

На правах рукописи



ЛЕБЕДЕВА-НЕСЕВРЯ Наталья Александровна

**ТЕОРИЯ, МЕТОДОЛОГИЯ И ПРАКТИКА АНАЛИЗА
СОЦИАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ РИСКОВ
ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ**

Специальность 14.02.05 – Социология медицины

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора социологических наук

Волгоград – 2014

Работа выполнена в Федеральном бюджетном учреждении науки
«Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления
рисками здоровью населения», г. Пермь

*Научные
консультанты:*

Заслуженный деятель науки РФ,
академик Российской академии наук
доктор медицинских наук, профессор
Зайцева Нина Владимировна

Доктор философских наук, профессор
Серова Ирина Анатольевна

*Официальные
оппоненты:*

Захарова Мария Александровна,
кандидат медицинских наук, доктор социологических наук
(14.02.05 – Социология медицины)
Государственное казенное учреждение здравоохранения
Новосибирской области «Региональный центр
медицинской профилактики», заведующая бюро медико-
социологических исследований отдела мониторинга факторов
риска хронических неинфекционных заболеваний и координации
деятельности центров здоровья

Стризов Александр Леонидович,
доктор философских наук (09.00.11 – Социальная философия),
профессор
Государственное образовательное учреждение высшего профес-
сионального образования «Волгоградский государственный уни-
верситет», заведующий кафедрой философии

Ревич Борис Александрович,
доктор медицинских наук (14.02.01 – Гигиена), профессор
Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт народнохозяйственного прогнозирования РАН
(г. Москва), заведующий лабораторией прогнозирования качества
окружающей среды и здоровья населения

*Ведущая
организация:*

*ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава РФ»,
Научно-исследовательский институт социологии медицины, эконо-
мики здравоохранения и медицинского страхования*

Защита диссертации состоится _____ 2014 года в _____ на заседании
диссертационного совета Д 208.008.04 при Волгоградском государственном медицинском
университете по адресу: 400131, г. Волгоград, пл. Павших Борцов, 1, ауд. 4–07.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-фундаментальной библиотеке Волгоград-
ского государственного медицинского университета и на сайте <http://www.volgmed.ru/ru/>.

Автореферат разослан « _____ » _____ 2014 г.

Ученый секретарь диссертационного совета, профессор

В.В. Деларю

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Социальные условия жизнедеятельности человека и его здоровье находятся в неразрывной связи, опосредуя и определяя друг друга, как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Будучи значимым показателем успешности развития общества, маркером его устойчивости, здоровье населения свидетельствует об эффективности управленческих решений и проводимой политики во всех сферах. Высокий уровень общественного здоровья является залогом стабильного поступательного развития страны, региона, ключевым условием накопления человеческого потенциала. Многочисленными исследованиями установлено и закреплено документами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), что здоровье человека формируется под влиянием социальной среды, внешней природной среды и генетических особенностей. При этом, по мнению международных экспертов, структурные факторы и условия повседневной жизни, составляющие в совокупности социальные детерминанты здоровья, отвечают за большую часть глобального бремени болезни и предотвратимой смерти¹. В этой связи социальный контекст формирования смертности, заболеваемости и продолжительности жизни населения выходит сегодня на первый план при анализе медико-демографической ситуации и на глобальном, и на региональном уровнях.

Стратегические документы Российской Федерации декларируют в качестве цели демографической политики и политики народосбережения снижение смертности и увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения². Данные цели достижимы, в первую очередь, с помощью целенаправленного управленческого воздействия на основные детерминанты здоровья. Научная обоснованность выделения приоритетных факторов риска здоровью как объектов управления обеспечивает эффективность мер по их минимизации. При этом сосредоточение исследовательского фокуса на социальных детерминантах здоровья предполагает принципиальный уход от анализа непосредственных причин заболеваний к «причинам причин», к социальным контекстам формирования индивидуальных факторов риска или «рискам рисков» (B. Link, Jo Phelan)³, действующим как на микро- (малые группы), так и на макроуровне (социальное расслоение, уровень безработицы, доступность медицинской помощи и пр.).

Для решения задачи установления связи между изменением в состоянии здоровья и предшествующим вредным воздействием фактора в медицине

¹ *Ликвидировать* разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья: заключительный доклад Комиссии ВОЗ по социальным детерминантам здоровья [Электронный ресурс] // Официальный сайт ВОЗ. – Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789244563700_rus.pdf

² *Концепция* демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (утв. Указом Президента РФ от 9 октября 2007 г. №1351) [Электронный ресурс] // Система ГАРАНТ. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/191961/#ixzz2z6qdbhVV>

³ *Link, B. Social Conditions as Fundamental Causes of Disease / Link B., Phelan J. // Journal of Health and Social Behavior. – 1995. – Extra Issue.*

с 1970-х гг. активно используется методология анализа риска. Уже в 1978 г. ВОЗ употребляла понятие «риск» в своих рекомендациях⁴. Методология позволяет учитывать вероятность и тяжесть негативных последствий, структурировать риски с выделением наиболее значимых, прогнозировать медико-демографические потери и т.п.⁵ При этом, категория риска, несмотря на свою эвристическую ценность, применительно к анализу проблем здоровья человека в рамках социальных наук используется крайне мало, фактически исключаясь из социально-гуманитарного дискурса о здоровье. Риски, связанные с действием социальных факторов на здоровье человека, недостаточно анализируются и в рамках медико-социальных или санитарно-эпидемиологических исследований.

Принимая во внимание полидетерминированность здоровья человека в современном мире, многообразие действующих факторов, а также значимый вклад социальных детерминант в показатели смертности, инвалидизации и заболеваемости населения, пристального внимания ученых требует разработка методов и критериев оценки риска, связанного с действием социальных факторов. В особенности это относится к такой мало разработанной проблеме как характеристика рисков, обусловленных действием макросоциальных детерминант.

Необходимость создания целостной концепции социально детерминированных рисков здоровью диктуется также потребностью разработки эффективных способов обоснования и выбора управленческих решений по регулированию воздействия социальных и поведенческих факторов на здоровье человека. По сути, методология анализа социально детерминированных рисков призвана стать действенным инструментом, обеспечивающим политику в области сохранения и укрепления здоровья граждан.

Значительный потенциал применения социологического подхода к рискам здоровью связан также с концепцией рискованных коммуникаций, предполагающей обоснование необходимости перехода от одностороннего процесса распространения информации о риске здоровью (информирование о риске) к успешному субъект-субъектному диалогу производителей и реципиентов рисков (например, хозяйствующих субъектов и населения). Только при наличии ясности в понимании механизмов формирования восприятия рисков здоровью различными социальными группами, владении методикой эмпирического исследования возможно построение успешных рискованных коммуникаций в сфере здоровья, как на уровне страны, региона, так и на уровне территории или отдельно взятой организации.

Важность интеграции понятия риска в социологическую теорию здоровья диктуется во многом и трансформационными процессами современного общества, в котором риск становится социокультурной основой его развития. Высокая динамика социальной реальности, сопряженная с научно-техничес-

⁴ *Arterial hypertension: Report of a WHO expert committee.* – Geneva: World Health Organization, 1978.

⁵ *Онищенко, Г.Г.* Концепция риска и ее место в системе социально-гигиенического мониторинга (проблемы и пути решения) / *Г.Г. Онищенко* // Вестник РАМН. – 2005. – №11. – С. 27–33.

ким прогрессом, порождая все новые контексты и ситуации риска, увеличивает уязвимость человека, в том числе, и в сфере здоровья (социального, психического или соматического).

Актуальность темы диссертации определяется также важностью осознания того, что мероприятия, направленные на снижение уровня рисков, сохранение и укрепление здоровья населения могут быть эффективны только при реализации определенных социально-политических, социально-экономических и социокультурных условий. Вероятно, некоторые неудачи реализуемой в России политики по управлению здоровьем связаны с недостаточной ориентацией на создание соответствующих макросоциальных контекстов ее реализации.

Степень научной разработанности темы. Постановка проблемы диссертационного исследования стала возможна благодаря развитию концепции детерминизма, предполагающей признание объективного характера обусловленности явлений и процессов (в частности, здоровья). Важными предпосылками диссертационного исследования стали также процессы нарастания междисциплинарности, вплоть до трансдисциплинарности (J. Piaget), в социально-гуманитарных науках, позволяющие включить такой феномен как здоровье в предметное поле социологии.

Основы социально-философского и собственно социологического анализа здоровья заложены в работах классиков социологии E. Durkheim, T. Parsons, E. Goffman, E. Fromm. Обоснование социологии здоровья как самостоятельной отраслевой социологической дисциплины приведено в трудах P. Conrad, K. White, S. Nettelton, S. Taylor, D. Field, E.B. Дмитриевой. Определение и анализ здоровья как предмета изучения социологии медицины приводится в работах отечественных ученых: А.М. Изуткина, В.П. Петленко, А.В. Решетникова, Г.И. Царегородцева, О.А. Шаповаловой.

В изучение социальных детерминант здоровья и их роли в формировании отдельных патологий значительный вклад внесли специалисты в области социальной гигиены и эпидемиологии (M. Marmot, R. Bell, С.В. Курашов, Ю.П. Лисицын, Н.А. Семашко, Б.Я. Смулевич, С.Я. Фрейдлин, З.Г. Френкель). Социологические работы по данной теме концентрируют внимание на социальных контекстах формирования здоровья, социальном градиенте здоровья и макросоциальных детерминантах здоровья (K. Horn, B. Link, Jo Phelan, R.G. Wilkinson, G. Steinkamp, G. Pappas, M. Susser, K. Nopper, И.Г. Карташов, В.Г. Копина, Н.М. Римашевская, В.С. Тапилина), критериях типологизации и группировки социальных факторов риска здоровью (И.А. Гареева, О.Я. Кислицына, Н.Л. Русинова) и эмпирическом анализе подверженности социальным факторам риска различных социальных групп (И.Б. Назарова, В.М. Нилов, В.Н. Келасьев, И.Л. Первова, С.В. Туманов, Э.А. Фомин, Н.М. Федорова, К.Н. Хабибуллин).

В значительной степени изученной, как в зарубежной, так и в отечественной социологической науке, можно считать проблематику самосохранительного поведения индивида (А.И. Антонов, В.А. Зотин, Л.Ю. Иванова,

Г.А. Ивахненко, С.С. Кашуркина, А.А. Ковалева, П.С. Корчагина, В.М. Медков, Л.С. Шилова, В.Я. Шклярчук, А.А. Шабунова,) и здорового образа жизни (Н.И. Белова, Н.В. Бредихина, Д.А. Изуткин, А.В. Мартыненко, Н.Ю. Трифонова,). Вопросы отношения индивида и общества к здоровью поднимаются в трудах С.В. Бастыргина, Л.В. Водогреевой, И.В. Журавлевой, Д.Н. Лоранского, Н. Palosuo.

Проблемы социального конструирования здоровья и болезни находят свое отражение в исследованиях Т. Abel, Р. Bourdieu, W. Cockerham, М. Foucault, J. Vaudrillar.

Определенное развитие с позиций социологического подхода получили такие темы, как инвалидность (М. Priestly, Л. Доминелли, А.Ю. Домбровская, Д. Завиржек, С.Н. Кавокин, Е.В. Кулагина, Э.К. Набершукина, П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова) и стигматизация больных (В.А. Михайлов, В.Д. Менделевич, Ю.Г. Пасынкова).

Изменению места медицины и ее субститутов в обществе, трансформации социальных ролей врача и пациента, а также проблемам медиализации социума посвящены работы I. Illich, Т. Szasz, Л.А. Бургановой, Е.И. Викулиной, М.Е. Волчанского, В.В. Деларю, Д.В. Михеля, Ж.В. Савельевой, Н.Н. Седовой, Н.В. Сергеевой, вопросы фармакологизации повседневной жизни поднимаются в трудах J. Hoberman.

Риск как социально-философская категория обосновывается в рамках концепции «общества риска», разрабатываемой U. Beck и A. Giddens. Свое развитие данный подход получил в работах О.Н. Яницкого, которых ввел понятие «общество всеобщего риска» применительно к России.

Акцент на субъективной природе риска, проявляющейся в восприятии риска и коммуникации по поводу актуальных и потенциальных рисков, делается в работах N. Luhmann. Восприятие рисков концептуализировано в работах M. Douglas, D. Kahneman, D. Lupton, P. Slovic, A. Tversky, J. Tulloch и A. Wildavsky.

Определенный вклад в развитие социологического подхода к анализу рисков в нашей стране вносят сотрудники сектора проблем риска и катастроф Института социологии РАН, поднимая вопросы методов эмпирического изучения рисков, их социальной приемлемости, восприятия и субъективной оценки.

Проблематика рисков здоровью находит свое отражение преимущественно в рамках эпидемиологических и медицинских исследований. Риск для здоровья здесь трактуется в терминах наблюдаемого и измеряемого, определяется как количественный показатель опасности, вероятного ущерба, наступившего в результате некоторого неблагоприятного события.

Методология анализа риска для здоровья при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду, развивается С.Л. Авалиани, К.А. Буштуевой, С.М. Новиковым, Г.Г. Онищенко, Ю.А. Рахманиным, Н.В. Зайцевой, Б.А. Ревичем; при воздействии шума – А.В. Богомоловым, В.Н. Зинкиным, С.К. Солдатовым, М.В. Фокиным, И.В. Май; при воздейст-

вии электромагнитного излучения – Н.Н. Верещагиным, В.Н. Дунаевым, Г.И. Тихоновой и другими.

Комплексные вопросы управления риском здоровью при обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населению поднимаются в работах представителей пермской школы анализа рисков под руководством академика РАН Н.В. Зайцевой (П.З. Шур, И.В. Май, Д.А. Кирьянов, М.А. Землянова и др.).

Работ, реализующих социологический подход к теме рисков для здоровья, крайне мало. В основном они касаются индивидуальных поведенческих практик, связанных с принятием или предотвращением риска (А. Bredstrom, F. Langer, П.А. Мейлахс). Ограниченное число публикаций рассматривают риск-коммуникации в сфере здоровья и медицины (S. Hashimoto, T. Yamamoto). В трудах А.О. Барг, С.М. Новикова, И.С. Паутова, С.А. Скворонской, Т.Н. Унгурияну освещены некоторые аспекты восприятия населением рисков для здоровья.

Таким образом, социально детерминированные риски для здоровья, несмотря на их значительную роль в объяснении медико-демографических процессов современного общества, до сих пор не стали предметом целостного, системного изучения в рамках социологической науки. Восполнение данного пробела представляется актуальной научной проблемой, решению которой посвящено данное исследование.

Целью диссертационной работы является теоретическое обоснование и методическая поддержка концепции анализа социально детерминированных рисков здоровью населения и раскрытие возможностей ее практической реализации.

Для достижения цели исследования были сформулированы следующие **задачи исследования:**

1. Уточнить с позиций социологической науки понятие «риск» применительно к здоровью населения, обосновать и раскрыть возможности социологического подхода к изучению рисков здоровью.
2. Систематизировать научные знания о социальных детерминантах здоровья, обобщить теорию и практику управления социальными факторами риска и устойчивости на различных уровнях.
3. На основании обобщения и критического анализа основных подходов к исследованию социальных детерминант здоровья разработать их типологию и раскрыть механизм воздействия на индивидуальное и общественное здоровье.
4. Определить сущность и содержание социально детерминированных рисков здоровью населения, обосновать и апробировать модель их исследования на микро- и макроуровне.
5. Обосновать необходимость применения системного подхода к анализу социально детерминированных рисков здоровью. Предложить и апробировать алгоритм и методы оценки социально детерминированных рисков здоровью населения.

6. Раскрыть сущность рисков коммуникаций в сфере здоровья, установить основных акторов, особенности и механизм реализации рисков коммуникаций в отношении социально детерминированных рисков здоровью.
7. Обосновать концептуальную модель информирования о социально детерминированных рисках здоровью, показать значимость учета восприятия риска в процессе информирования.
8. Разработать модель управления социально детерминированными рисками здоровью населения и апробировать ее на примере промышленно развитого региона.

Объектом диссертационного исследования являются социальные механизмы формирования индивидуального и общественного здоровья.

Предмет исследования – социально детерминированные риски здоровью населения современной России.

Гипотеза исследования: Социальная среда и здоровье населения имеют тесную дуальную связь, выраженную в их взаимосвязанности и взаимообусловленности. С одной стороны, качество здоровья населения выступает одним из ключевых показателей уровня развития общества, эффективности проводимой социальной и экономической политики. С другой стороны, здоровье населения является важнейшим ресурсом государства, а его утрата – ущербобразующим фактором для безопасности страны, влияющим на содержание и изменения социальной и экономической политики государственных органов. Высокая динамика социальной реальности, сопряженная с издержками научно-технического прогресса, порождает все новые контексты и ситуации риска, увеличивает уязвимость человека, в том числе в сфере социального, психического или соматического здоровья. Полидетерминированность здоровья человека в современном мире и значимый вклад в показатели смертности, инвалидизации и заболеваемости населения, вносимый социальными факторами, требуют социологического анализа, разработки критериев и алгоритмов оценки нарастающих социально детерминированных и сочетанных рисков здоровью населения. Системный подход к оценке социальных факторов риска для здоровья населения и создание на его основе концептуальной модели управления рисками обеспечивает эффективность мер по их минимизации в масштабах всего современного российского общества.

Научная новизна диссертационного исследования состоит в обосновании и развитии концепции социально детерминированных рисков здоровью населения, а также в разработке авторской методологии их комплексного анализа и целостной модели управления. Новизна находит отражение в следующем:

- разработаны концептуальные основы и сформулированы ключевые положения теории социально детерминированных рисков здоровью. Дана авторская социологическая трактовка категории «социально детерминированные риски здоровью»;
- на основе обобщения и критического анализа основных подходов к систематизации социальных детерминантов здоровья предложена типология

социальных и поведенческих факторов риска нарушений индивидуально и популяционного здоровья;

- научно обоснована и разработана принципиальная схема системного анализа социально детерминированных рисков здоровью населения;
- предложены и апробированы алгоритм и методы оценки социально детерминированных рисков, связанных с воздействием макросоциальных, микросоциальных и поведенческих факторов на здоровье населения;
- доказаны и количественно параметризованы причинно-следственные связи между поведенческими и социальными факторами риска и формированием нарушений состояния здоровья у различных контингентов населения;
- разработан и апробирован метод оценки риска, ассоциированного с сочетанным действием поведенческих, микросоциальных и профессиональных факторов на здоровье работников промышленных предприятий, занятых во вредных условиях труда;
- раскрыты основные компоненты и механизмы реализации диалоговой модели риск-коммуникации в сфере социально детерминированных рисков здоровью, разработана и апробирована методика исследования особенностей восприятия социально детерминированных рисков ухудшения здоровья населения;
- разработаны системные основания и раскрыты ключевые стратегические направления политики управления социально детерминированными рисками здоровью населения на федеральном и региональном уровне в современной России;
- предложена и апробирована на примере крупного промышленно развитого региона система поддержки принятия решений в сфере управления социально детерминированными рисками здоровью, основанная на определении целевых значений показателей риска и соответствующих показателей здоровья населения, уровней социальных и поведенческих факторов, а также анализе экономических потерь, формируемых смертностью, инвалидизацией и заболеваемостью населения, связанных с негативным воздействием социальных факторов;
- обоснована система мониторинга социально детерминированных рисков здоровью населения региона и предупреждения о критических состояниях.

На защиту выносятся следующие положения:

– Доминанта социальных факторов в формировании предотвратимой смертности и заболеваемости населения в современном обществе в сочетании а) с высокой динамикой социальных процессов и нарастанием рискогенности среды и б) обеспечением безопасности населения как отсутствия недопустимых рисков для здоровья в качестве приоритета национальной политики требует разработки целостной методологии анализа рисков для здоровья, связанных с действием социальной среды, определения и обоснования теории и методов анализа социально детерминированных рисков здоровью.

– Социально детерминированный риск здоровью представляет собой объективно существующую, потенциально наблюдаемую и субъективно вос-

принимаемую вероятность расстройства (нарушения) индивидуального или популяционного здоровья определенной тяжести, связанную с действием социальной макро- и микросреды, возникающую при определенных условиях. Социальная среда является источником и контекстом формирования социальных факторов риска здоровью, проявляющихся, в соответствии с уровнями существования социального, на социетальном, институциональном и групповом уровнях, а также через индивидуальное поведение (и, соответственно, поведенческие факторы риска здоровью).

– Концептуальная модель анализа социально детерминированных рисков здоровью включает три элемента, находящиеся в неразрывной связи и взаимозависимости – оценку социально детерминированных рисков, риск-коммуникацию и управление риском.

– Для эффективной оценки социально детерминированных рисков здоровью на этапах идентификации опасности, установления зависимости «фактор-эффект», оценки экспозиции и характеристики риска целесообразно использовать комплекс методов, включающих социологические, статистические и направленные медико-биологические исследования в сопряжении с математическим моделированием для подтверждения причинно-следственных связей в системе «социальные/поведенческие факторы – нарушения здоровья». Количественную оценку рисков здоровью, ассоциированных с воздействием поведенческих и микросоциальных факторов, рекомендуется реализовывать с использованием эволюционного математического моделирования. Расчет риска целесообразно осуществлять с учетом коэффициента тяжести нарушения здоровья, а характеристику риска – на основе приведенного индекса риска после установления в рамках риск-коммуникации, включающей всех участников «рискового поля», уровня социально приемлемого риска.

– Современные условия развития общества, выражающиеся а) в «фундаментальной неуверенности» и интегрированности рисков в повседневную жизнь людей, б) стремлении всех акторов социального пространства редуцировать риски за гранью неопределенности и в) требованиях демократизации принятия решений определяют необходимость перехода от однонаправленной модели информирования о социально детерминированных рисках здоровью с доминантой экспертного знания к диалогической партисипативной модели коммуникации. В рамках данной модели коммуникация социально детерминированных рисков здоровью раскрывается как целенаправленный обмен информацией между заинтересованными сторонами (экспертное сообщество, лица, принимающие решения, СМИ, НКО, население) о значениях и уровнях социально детерминированных рисков здоровью, а также способах их снижения.

– На территориях с высокой антропогенной нагрузкой на окружающую среду наблюдается разрыв между результатами оценки социально детерминированных рисков здоровью («риск исчисленный») и их восприятием («риск воспринимаемый») как населением в целом, так и отдельными социальными группами (родители детей дошкольного возраста, студенческая молодежь, работающее население), выражающийся, в первую очередь, в недооценке значимости поведенческих факторов в детерминации индивидуально-

го здоровья на фоне завышения роли внешнесредовых факторов. Наличие данного разрыва определяет необходимость трансформации системы распространения информации о результатах оценки социально детерминированных рисков здоровью и методах их снижения.

– Система управления социально детерминированными рисками здоровью представляет собой совокупность взаимосвязанных и взаимозависимых элементов (мер, методов, мероприятий), конечной целью которых является обеспечение достижения допустимых (приемлемых) уровней рисков для здоровья населения в целом и отдельных социальных групп. Данная система включает экономические, политические, организационные и социокультурные меры по выявлению, оценке, предупреждению, снижению и компенсации социально детерминированных рисков здоровью, реализуемые на нескольких уровнях – от глобального до объектового. Основой управления выступает система целевых ориентиров, отражающих стратегические, тактические и оперативные цели, выраженные в виде конкретных количественных показателей, характеризующих а) уровень риска, б) выраженность социального или поведенческого фактора риска, в) состояние популяционного здоровья.

– Эффективное управление социально детерминированными рисками здоровью должно базироваться на актуальных данных об уровнях и распространности поведенческих и социальных факторов риска здоровью, что предполагает существование как на федеральном, так и на региональном уровнях системы мониторинга социально детерминированных рисков здоровью. Реализация данной системы возможна на базе системы социально-гигиенического мониторинга.

Методологическую базу исследования формируют принципы полипарадигмальности современной социологической науки и интегративный характер современного этапа научного познания, определяющие возможность и высокий эвристический потенциал сочетания различных подходов к анализу социальных проблем. В целом диссертационное исследование носит междисциплинарный характер и располагается в предметных полях социологии медицины, эпидемиологии и социальной гигиены. Целесообразность применения междисциплинарного научного подхода диктуется обоснованием его как методологического принципа социологии медицины (А.В. Решетников⁶).

Интерпретация риска строится преимущественно на принципах позитивизма («объективистский» подход), допускающего возможности количественной оценки вероятности негативного события и тяжести его последствий, а также, соответственно, расчета рисков. Однако в значительной мере полезными для понимания механизмов управления рисками здоровью стали положения теорий восприятия рисков (в частности, «психометрическая парадигма» Р. Slovic⁷ и «культурная теория» М. Douglas⁸). Также использовались

⁶ Решетников, А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): Руководство / А.В. Решетников. – М.: Медицина, 2002.

⁷ Slovic, P. Perceptions of Risk: Reflections on the Psychometric Paradigm / P. Slovic / Social Theories of Risk. – N.Y.: Praeger, 1992.

элементы социокультурного подхода, связывающего риск с культурными нормами, стереотипами, традициями и образом жизни различных обществ и социальных групп, подразумевающего конструирование рисков как социальных фактов.

Эмпирической базой исследования явились результаты социологических исследований, выполненных под руководством и при непосредственном участии автора, следующими методами:

1. Массовый репрезентативный опрос населения (формализованное интервью в домохозяйствах) «Особенности восприятия рисков для здоровья населением Пермского края» (грант РГНФ № 10-06-82619а/У). Объем выборочной совокупности (n) составил 1068 человек. Полевой этап исследования проводился в сентябре–октябре 2010 г.
2. Формализованный опрос (раздаточное анкетирование и телефонное интервью) в особых социальных группах (контингенты риска): а) опрос родителей детей дошкольного возраста, посещающих ДДОУ ($n = 642$ человека, полевой этап исследования – март–май 2010 г. в 6 муниципальных образованиях Пермского края); б) опрос работников промышленных предприятий (первый этап: 2010–2012 гг., $n = 1105$ человек на 6 предприятиях Пермского края (грант РФФИ № 10-06-00328-а); второй этап: 2012–2013 гг., $n = 611$ человек (466 человек – основная группа и 145 человек – контрольная группа) на 3 предприятиях Пермского края); в) опрос женского работающего населения промышленных городов ($n = 2770$ человек (гг. Санкт-Петербург и Нижний Тагил)); г) опрос учащихся различных типов учебных заведений в 6 муниципальных образованиях Пермского края (РЦП «Профилактика алкоголизма, наркомании и токсикомании в Пермском крае на 2008–2011 гг.»), $n = 3408$ человек ($n = 1638$ человек (2010 г.), $n = 1770$ человек (2011 г.)).
3. Глубинное интервью с контингентами риска (жители территорий с высокой антропогенной нагрузкой, родители детей дошкольного возраста, работники промышленного предприятия), $n = 20$ человек.

Соответствие темы диссертации требованиям паспорта специальностей ВАК. Исследование выполнено в рамках специальности 14.02.05 – Социология медицины. Тема диссертации соответствует п. 4 «Изучение социальных факторов этиологии болезни, динамики демографических показателей», а также п. 7 «Исследование сферы социальных процессов и отношений: тенденции в деятельности по социальной профилактике болезней, изучение закономерностей активного, целенаправленного формирования здорового образа жизни людей в условиях современного общества, структуры связи, механизмы функционирования и эффективность различных мероприятий общественных организаций по охране здоровья людей» паспорта специальностей научных работников ВАК Министерства образования и науки РФ (социологические науки).

⁸ Douglas, M. Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers / M. Douglas, A. Wildavsky. – Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1982.

Теоретическая значимость диссертационного исследования состоит в том, что оно дает целостное научное представление о социально детерминированных рисках здоровью населения, механизмах их формирования и оптимальной модели управления. Изложенные в работе методологические положения могут быть использованы для дальнейшего анализа процессов формирования индивидуального и общественного здоровья и явиться основой для исследований социально детерминированных рисков здоровью в различных половозрастных, территориальных и иных группах населения.

Практическая значимость диссертационного исследования заключается в возможности использования его результатов в деятельности органов государственной власти и местного самоуправления при оценке потенциального вреда здоровью человека, сравнительном анализе вариантов управления риском; разработке программ профилактических и санитарно-эпидемиологических мероприятий; реализации полномочий по информированию органов государственной власти, местного самоуправления и населения о рисках здоровью, а также при обосновании социально-экономической политики, политики в области санитарно-эпидемиологического благополучия и экологической безопасности населения органами государственного, местного управления, а также на уровне организаций, осуществляющих свою деятельность на территории субъекта федерации или муниципального образования.

Материалы диссертации были использованы для выполнения государственных заданий в рамках отраслевой ведомственной программы «Гигиеническая безопасность России: проблемы и пути обеспечения (на 2006–2010 гг.)» (утв. руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека Российской Федерации 31.12.2005 г.) и отраслевой научно-исследовательской программы «Гигиеническое обоснование минимизации рисков для здоровья населения России» (на 2011–2015 гг.) (утв. руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителя и благополучия человека Российской Федерации 21.12.2010 г.). Часть исследований проведена в рамках Ведомственных целевых программ Пермского края: «Профилактика массовых неинфекционных заболеваний, обусловленных влиянием факторов среды обитания человека в Пермском крае» и «Модернизация и обеспечение деятельности системы государственного санитарно-эпидемиологического надзора («Санитарный щит») в Пермском крае» в 2009–2011 гг. и на период до 2014 года (утв. Гл. гос. санитарным врачом по Пермскому краю 28.12.2008 г.).

Материалы диссертационного исследования составили основу для разработанных автором курсов «Социология здоровья» и «Социология рисков», преподаваемых студентам-магистрам специальности «Социология», обучающихся в Пермском государственном национальном исследовательском университете, а также используются при проведении занятий в рамках курсов повышения квалификации по программе «Современные методические подходы к оценке риска, связанного с разнородными факторами среды оби-

тания» в ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения». На базе материалов диссертации подготовлено два авторских учебных пособия – «Социология здоровья» (в соавторстве с С.С. Гордеевой) и «Практикум по социологии здоровья».

Результаты исследования могут быть использованы в рамках курсов по общей социологии, социальной гигиене, общественному здоровью и здравоохранению.

Апробация результатов исследования. Концепция диссертационного исследования, выносимые на защиту основные положения и теоретико-практические выводы обсуждались на заседаниях Ученого совета ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения».

Основные положения и выводы диссертации получили отражение в 64 научных публикациях, включая 20 – в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ, 1 индивидуальной и 3 коллективных монографиях (общий объем публикаций – 41 усл.п.л.), а также были представлены на научно-практических конференциях различного уровня. Среди них: Пятые Ковалевские чтения (научно-практическая конференция 12–13 ноября 2010 г., г. Санкт-Петербург), «Гигиенические и медико-профилактические технологии управления рисками здоровью населения» (2-я Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, г. Пермь, октябрь 2011 г.), «Охрана здоровья населения промышленных территорий» (Всероссийская научно-практическая on-line конференции молодых ученых г. Пермь, май 2011 г.), «Социология медицины: наука и практика» (Научно-практическая конференция с международным участием, 26–27 апреля 2012 г., г. Москва), Седьмые Ковалевские чтения (научно-практическая конференция 15–16 ноября 2012 г., г. Санкт-Петербург), «Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития» (Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием 19–20 сентября 2013 г., г. Москва), «Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе» (Международная научно-практическая интернет-конференция 3–4 декабря 2013 г., г. Пермь), 2013 Conference of the International Society of Environmental Epidemiology (ISEE), the International Society of Exposure Science (ISES), and the International Society of Indoor Air Quality and Climate (ISIAQ) (19–23 августа 2013 г., г. Базель, Швейцария).

Научные результаты и выводы, полученные лично автором, внедрены в управленческую практику Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека на федеральном и региональном уровнях, что подтверждается методическими рекомендациями федерального уровня (утв. Гл. гос. санитарным врачом РФ), 5 методическими документами, введенными в действие приказами Главного санитарного врача Пермского края. Получено Свидетельство о государственной регистрации базы данных («Социально-экономические и поведенческие факторы риска здоровью рабо-

тающего населения») и Свидетельство о регистрации программного продукта («Оценка риска, связанного с воздействием факторов образа жизни на здоровье населения»).

Структура работы. Диссертация состоит из введения, пяти глав, включающих шестнадцать параграфов, заключения, библиографического списка (459 источников, в т.ч. 155 – на иностранных языках) и 8 приложений.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **Введении** обосновывается выбор проблематики диссертационного исследования, его актуальность, характеризуется существующая степень научной разработанности темы диссертации, формулируются цель, задачи, объект и предмет исследования, обозначаются методологические основы исследования, представляются элементы научной новизны и научные положения, выносимые на защиту, теоретическая и практическая значимость исследования, а также апробация его основных результатов и структура диссертационной работы.

Первая глава «МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ НАУЧНОГО ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ РИСКОВ ЗДОРОВЬЮ», носящая теоретический характер, посвящена анализу основных подходов к исследованию рисков здоровью, обусловленных действием социальных факторов, в контексте междисциплинарности. Здесь раскрываются основные положения авторской концепции социально детерминированных рисков здоровью, конструируется предмет диссертационного исследования.

В **параграфе 1.1. «Концептуализация основных подходов к изучению социальной детерминированности здоровья человека»** излагается история научного изучения влияния социальных детерминантов на общественное и индивидуальное здоровье, а также систематизируются основные проблемные вопросы научного дискурса о социальной обусловленности здоровья.

Основываясь на предложенном Р. Townsend разделении подходов к изучению социальных детерминант здоровья на культурный (бихевиористский) и материалистический (структурно-функциональный), автор выделяет в рамках них группы теорий (психосоциальные теории, экосоциальные теории, структурно-функциональные теории, теории социального продуцирования здоровья), по-разному интерпретирующие сущность и механизм воздействия социальных факторов на здоровье человека. В работе освещается подход Е. Brunner и М. Marmot, представляющий собой попытку интеграции бихевиористского и материалистического подходов, а также новые направления в объяснении социальной детерминированности здоровья, в частности, подход с позиций социальных коммуникаций и социального капитала (I. Kawachi).

Автор приходит к выводу, что, несмотря на значительное количество работ, посвященных изучению социальных детерминантов здоровья, единого представления о сущности, характере воздействия на здоровье и механизмах их обусловленности научное сообщество не выработало. К социальным де-

терминантам здоровья, часто называемым социальными факторами, относят, по меньшей мере, два типа факторов: а) макросоциальные (социетальные), характеризующие особенности социальной структуры общества, уровень его социально-экономического развития, степень проявления социального неравенства, и б) микросоциальные, описывающие индивидуальный и групповой образ и стиль жизни. Нечеткой представляется граница между собственно социальными и социально-психологическими, социально-экономическими и социально-демографическими факторами формирования здоровья, что приводит при построении типологии социальных факторов к включению в их число пола, возраста, личностных психологических ресурсов и пр. В целом, резонным является вывод о том, что социальные детерминанты здоровья – это феномен, имеющий сложную структуру, проявляющийся на разных уровнях в соответствии с уровнями существования социального.

Остановившись на подходе к социальным детерминантам здоровья, предложенном специалистами Всемирной организации здравоохранения, а также развиваемом в стратегических документах в сфере здоровья США и Великобритании, автор признает дуальную природу социальных факторов формирования здоровья не только в рамках научного дискурса, но и в сфере практического управления.

Значительное количество работ, посвященных эмпирическому изучению социальных детерминантов здоровья, продиктовало необходимость систематизации применяемых в них методов и характеристики основных направлений исследования. Автор выделяет 3 наиболее распространенных типа эмпирических исследований – 1) социально-гигиенические, социологические, медико-социальные и социально-эпидемиологические исследования, основанные на анализе статистических медико-демографических и социально-экономических показателей с применением методов многомерного количественного анализа данных, 2) социологические исследования, основанные на результатах выборочных опросов населения, включающие, с одной стороны, самооценку здоровья и, с другой стороны, оценку социальных факторов его формирования, 3) медико-социальные и социально-эпидемиологические исследования, сочетающие клинические и лабораторные обследования, направленные на установление объективного статуса здоровья, и опросные методы, нацеленные на определение социальных факторов риска. Отмечается, что общей характеристикой исследований всех трех типов является их фрагментарность и игнорирование необходимости методологической триангуляции для составления адекватного представления как о состоянии здоровья (общественного или индивидуального), так и о социальных и поведенческих факторах его формирования. Кроме того, автор подчеркивает преимущественно локальный и «разовый» характер исследований, не позволяющий оценить феномен в динамике.

Таким образом, несмотря на то, что, по мнению большинства ученых, влияние социальных факторов на здоровье носит доминирующий, приоритетный, по отношению к остальным факторам, характер, общая теоретико-

методологическая база для их анализа пока не выработана, 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, особенности их взаимовлияния.

Параграф 1.2. «Риски здоровью как междисциплинарный предмет анализа» посвящен анализу использования категории риска применительно к изучению проблем здоровья человека в рамках социально-гуманитарного дискурса. Автор называет 3 основных причины неоправданно малого внимания ученых, специализирующихся в области социологии медицины и здоровья, к данному понятию. Во-первых, само понятие риска в социологической науке (особенно отечественной) долгое время находилось на периферии интересов, являясь недостаточно разработанным, дискуссионным и многозначным. Во-вторых, исследовательский фокус социологии здоровья долгое время был смещен в сторону проблем медицины (оценки ее эффективности, функциональности субститутов, анализа социальных ролей врача и пациента и пр.)⁹. В рамках собственно социологического научного дискурса проблематика социальных условий и факторов формирования здоровья, субъективного восприятия и отношения к здоровью, прогнозирования изменения здоровья, его охраны и профилактики болезней, т.е. тот контекст, который предполагает и даже органично включает тематику рисков для здоровья, не получила должного обоснования. В-третьих, доминирование «объективистского» подхода к риску, когда последний интерпретируется в научных и технических терминах, калькулируется и прогнозируется, а его понятие формализуется через категории вероятности, частоты ожидаемого нежелательного события и тяжести последствий. Это и активное внедрение в управленческие практики процедур количественной оценки рисков для здоровья (от загрязнения окружающей среды) определяло восприятие социологами проблематики рисков для здоровья как «чуждой», относящейся исключительно к предметной области медицины и экологии.

Диссертант полагает, что успешная интеграция рискологических теорий и подходов в социологическое изучение здоровья предполагает опору на междисциплинарный подход и возможна при снятии следующих противоречий: 1) противоречие между естественнонаучным и социологическим тезаурусом проблематики рисков для здоровья (разрешается через принятие полипарадигмального подхода к интерпретации рисков для здоровья), 2) противоречие между ориентацией на экспертное суждение о риске при определении приемлемого риска и существованием социальной приемлемости риска (разрешается через построение эффективных рискованных коммуникаций, в частности, по поводу уровня допустимого риска), 3) противоречие между трактовкой риска как, в первую очередь, объективного и измеряемого, и риска воспринимаемого (разрешается через интеграцию результатов социологических

⁹ Дмитриева Е.В. Еще раз о понятиях. От социологии медицины к социологии здоровья / Е.В. Дмитриева // Социс. – 2003. – № 11.

исследований восприятия риска различными социальными группами в практику управления риском).

В параграфе 1.3. «Социально детерминированные риски здоровью: сущность и определение» раскрывается авторское видение ключевой категории диссертационного исследования – социально детерминированных рисков здоровью.

Опираясь на биосоциальную модель здоровья и результаты обобщения подходов к пониманию категории «риск» в современной социологической науке, диссертант формулирует определение риска для здоровья как вероятности возникновения объективных и субъективно ощущаемых функциональных отклонений определенной тяжести в органах и системах организма от их нормального состояния, формируемых под действием разнородных факторов (в т.ч. факторов среды обитания) в определенных условиях.

Социально детерминированный риск здоровью трактуется автором как объективно существующая, потенциально наблюдаемая и субъективно воспринимаемая вероятность расстройства (нарушения) индивидуального или популяционного здоровья определенной тяжести, связанная с действием социальной макро- и микросреды, возникающая при определенных условиях.

Подобное определение позволяет при изучении социально детерминированных рисков здоровью опираться на междисциплинарный подход, т.к. сочетает в себе, с одной стороны, объективистский подход к пониманию риска, характерный для естественных наук (риск – объективная реальность), с другой стороны – интерпретацию риска как социального конструкта (риск есть риск воспринимаемый), традиционную для социологической науки.

Важным для понимания сущности социально детерминированных рисков здоровью является трактовка их сквозь призму социальной макро- и микросреды. Автор отмечает, что макро- и микросреда здесь не тождественны социальным факторам риска формирования нарушений здоровья, они задают, определяют их возникновение и существование. Уместным представляется использование термина «социальный контекст здоровья». Последний проявляется не только через макросоциальные или микросоциальные факторы формирования здоровья, но и через индивидуальное поведение. Диссертанту близка позиция R. Willkinson, описывающего поведение человека или группы людей как обязательно (и всегда) социально детерминированное. Соответственно, социально детерминированные риски здоровью – это риски, формируемые действием социальных макро- и микрофакторов, а также индивидуальным поведением человека (поведенческие факторы).

Принципиальным, по мнению автора, является различение понятий «социально детерминированный риск» и «социальный риск». Определения термина «социальный риск» обобщены в работе в 4 группы: 1) социальный риск как риск, возникающий по причинам общественного характера, 2) социальный риск как риск, объектом которого выступает социальная группа или общество в целом, 3) социальный риск как риск в социальной сфере, 4) социальный риск как особый вид деятельности индивида (или группы), связанный

с негативным изменением его положения в социальной структуре общества или, шире, имеющий социально значимые негативные последствия.

Социально детерминированные риски здоровью могут считаться социальными в том смысле, что они проявляются, в том числе, на популяционном уровне, а также формируются под действием социальных факторов, носящих по отношению к индивиду объективный характер (например, если речь идет о макросоциальных факторах риска здоровью).

Автором обосновывается модель анализа социально детерминированных рисков здоровью, включающая 3 неразрывно связанных между собой элемента: 1) оценка социально детерминированного риска, 2) риск-коммуникация и 3) управление риском. Доказывается, что исключение любого из элементов приводит к снижению эффективности реализации методологии анализа социально детерминированных рисков на практике.

Вторая глава «ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ РИСКОВ ЗДОРОВЬЮ» раскрывает алгоритм и основные методы первого элемента модели анализа социально детерминированных рисков здоровью – оценки риска.

В параграфе 2.1. «Алгоритм и методы оценки социально детерминированных рисков здоровью населения» обосновано 6 принципиальных схем оценки социально детерминированных рисков здоровью, каждая из которых наиболее адекватна конкретной поставленной цели исследования. Все рассмотренные схемы оценки предполагают реализацию четырех взаимосвязанных этапов: 1) идентификация опасности, 2) оценка зависимости «фактор – эффект», 3) оценка экспозиции, 4) характеристика риска.

На этапе идентификации опасности необходимо ответить на три принципиальных вопроса: а) где сосредоточены основные факторы риска; б) какие из факторов риска наиболее опасны для индивида или социальной группы; в) какие из факторов риска являются наиболее управляемыми. Эмпирической базой данного этапа являются: 1) результаты социологических исследований, проводимых методом опроса (при сборе информации о поведенческих или микросоциальных факторах риска, а также самооценке здоровья) или анализа документов (для анализа социально-политических или социокультурных макрофакторов); 2) статистические данные (при исследовании макросоциальных факторов и популяционных показателей здоровья); 3) результаты клинических и лабораторных исследований (для установления объективных характеристик здоровья на индивидуальном или групповом уровне).

Анализ зависимости «фактор – эффект» в отношении поведенческих и микросоциальных факторов риска здоровью предложено осуществлять с использованием моделирования эволюции риска. Данный подход дает возможность при заданных сценариях экспозиции в течение любого временного периода, в том числе в течение всей жизни человека, оценивать риск появле-

ния нарушений функций отдельных органов и систем, анализировать вклад отдельных факторов и/или их сочетаний в формирование риска здоровью¹⁰.

Оценка экспозиции может быть выполнена с применением методов статистики или в ходе направленных социологических исследований. Качество выполнения оценки экспозиции оказывает наиболее существенное влияние на корректность оценки риска.

Расчет социально детерминированного риска возникновения нарушения здоровья осуществляется с учетом тяжести конкретного нарушения. Автор анализирует 2 подхода к определению критериев степени тяжести нарушений здоровья – объективистский (медицинский) и субъективный. Рассматриваются возможности применения каждого из них в практике оценки социально детерминированных рисков здоровью. В итоге, в работе предложено использовать индекс тяжести нарушения здоровья, рассчитанный как отношение смертности к заболеваемости (по определенному классу болезней).

Характеристика риска имеет целью получение качественных или количественных параметров, которые должны дать четкое представление об уровне риска как сочетании вероятности и тяжести вреда для здоровья человека в условиях конкретной экспозиции. В ходе реализации этапа выполняются собственно расчетные операции, классификация (категорирование) полученной величины. Оптимальной является критериальная количественная оценка риска, когда исследователь имеет параметр допустимости (приемлемости) риска и шкалу (матрицу) для классификации риска.

В диссертации подчеркивается, что серьезной проблемой на заключительном этапе процедуры оценки социально детерминированных рисков здоровью является их классификация и ранжирование. Решение краеугольного вопроса об уровне допустимого социально детерминированного риска здоровью возможно 3 способами (аналоговая стратегия, имеющая два варианта реализации – межсферный перенос и bootstrapping, метод экспертных оценок и метод социального консенсуса). Последний способ предполагает опору на мнение объекта (реципиента) риска (индивида, социальной группы, общества в целом) об уровне его приемлемости. Здесь основную роль играют а) социологические методы сбора данных, позволяющие дать целостную характеристику общественного мнения по поводу риска и его допустимости и б) эффективные риск-коммуникации, позволяющие при определении границы допустимости риска понять позиции всех акторов поля риска и выработать наиболее эффективное решение.

В параграфе 2.2. «Оценка индивидуального и популяционного риска нарушения здоровья при воздействии поведенческих и микросоциальных факторов» раскрываются этапы и предлагаются методы оценки факторов микроуровня, описывается механизм их воздействия на индивиду-

¹⁰ Методические подходы к оценке риска воздействия разнородных факторов среды обитания на здоровье населения на основе эволюционных моделей / Н.В. Зайцева, П.В. Трусов, П.З. Шур, Д.А. Кирьянов, В.М. Чигвинцев, М.Ю. Цинкер // Анализ риска здоровью. – 2013. – № 1. – С. 15–23.

альное и популяционное здоровье, даются критерии включения в дальнейшую процедуру оценки риска.

Индивидуальные (поведенческие) факторы, формирующие здоровье, предлагается разделить на несколько подгрупп. Первая подгруппа отражает особенности медицинского поведения (медицинской активности) индивида. К факторам риска ухудшения здоровья, входящим в данную группу, относятся несвоевременное обращение к врачу, низкая приверженность пациента терапии, безответственное самолечение¹¹, а также отсутствие мониторинга (в т.ч. в режиме самоконтроля) основных маркеров здоровья. Вторая подгруппа связана с гигиеническим поведением индивида и включает такие факторы риска, как несоблюдение правил личной и бытовой гигиены (нерегулярное мытье тела, чистка одежды, уборка помещений), небезопасное сексуальное поведение, игнорирование средств защиты от внешних угроз (например, отказ от марлевой повязки или респиратора в ситуации угрозы заражения) и пр. В третью подгруппу входят факторы, связанные с двигательной активностью человека (неадекватная, недостаточная, избыточная двигательная активность, занятие травмоопасными видами спорта). Четвертая подгруппа факторов касается различных аспектов питания – нарушение режима питания, несбалансированность питания, а также пренебрежение требованиями безопасности в отношении продуктов питания. Пятая подгруппа факторов затрагивает область аддиктивного и вынужденного поведения. К ней относятся такие факторы риска, как курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков и токсикомания. Иногда данные факторы называют факторами девиантного поведения. Однако, на взгляд автора, данный термин не вполне корректен, т.к. подразумевает деятельную позицию индивида, его существование как социального актора, целенаправленно отклоняющегося в своем поведении от общепринятых социальных норм. Например, для интерпретации такого фактора как пассивное курение, указанная позиция не подходит.

К микросоциальным факторам риска здоровью автор относит, в первую очередь, социально-экономический статус индивида и его семьи, интегрирующий уровень материального благополучия, уровень образования, брачный статус и наличие детей. Кроме того, сюда относится уровень и особенности включения индивида в систему социальных связей, качество социального микроклимата.

Показано, что в качестве основного метода идентификации поведенческих и микросоциальных факторов риска наиболее целесообразно использовать социологические опросные методы – формализованное интервью или анкетирование. Реализация данных методов позволяет в дальнейшем дать характеристику экспозиции факторов, выражаемой категориями «поведение», «паттерн поведения» и «типичность паттерна» (применительно к поведенче-

¹¹ Принятие во внимание разработанной Всемирной организацией здравоохранения Концепции ответственного самолечения не позволяет причислить любые вариации самолечения к группе факторов риска здоровью.

ским факторам риска), а также «статус» и «устойчивость статуса» (применительно к микросоциальным факторам риска).

На основе обобщения материалов отечественных и зарубежных эпидемиологических исследований автором составлен перечень социальных и поведенческих факторов и ответов со стороны здоровья, хотя бы единожды попавших в фокус научного изучения. Разработаны и применены в исследовании критерии оценки доказанности связи «фактор – эффект». Отобраны микросоциальные и поведенческие факторы риска и ответы со стороны здоровья, связь которых можно считать доказанной и количественно параметризованной, что позволяет их включать в процедуру количественной оценки риска для здоровья.

В отношении четырех ключевых поведенческих факторов риска (активное курение, злоупотребление алкоголем, нарушения питания и неадекватная двигательная активность) на основе эволюционных детерминированных моделей, позволяющих учитывать процессы естественного старения организма, количественно охарактеризованы связи с отдельными ответами со стороны здоровья (ишемическая болезнь сердца, рак легкого, рак желудка и пр.), в том числе социально значимыми (самоубийство, убийство и пр.).

Для поведенческих факторов, в отношении которых связь «фактор – эффект» является доказанной и количественно параметризованной, индивидуальный риск нарушения здоровья, ассоциированный с их действием, рассчитывается по формуле:

$$R_t^{A/F^i} = P_t^i \cdot g^i, \quad (1)$$

где g^i – тяжесть нарушения здоровья.

Дополнительный атрибутивный риск нарушения здоровья рассчитывается по формуле:

$$\Delta R_t^j = R_t^j(F) - R_t^j(F)|_{F=0}, \quad (2)$$

Приведенный индекс нарушения здоровья (вероятность нарушений здоровья при воздействии фактора с учетом нарастания общего риска здоровью по мере увеличения возраста) рассчитывается по формуле:

$$\tilde{R}_t = \frac{\Delta R_t}{1 - \sum_i \sum_j g^j P_t^j(F^i)|_{F^i=0}}, \quad (3)$$

Для качественной оценки риска предложен метод анализа зависимости «микросоциальный/поведенческий фактор – эффект» с применением матриц оценки вероятности с расчетом частных и интегральных индексов, а характеристика риска – с помощью матриц оценки риска.

Параграф 2.3. «Оценка индивидуального и популяционного риска нарушения здоровья при воздействии макросоциальных факторов» по-

священ описанию алгоритма и методов оценки рисков, связанных с действием факторов макроуровня на популяционное здоровье.

Макросоциальные факторы разделяются на четыре группы. Первая группа характеризует социально-экономическое развитие территории (региона, общества). Вторая – отражает уровень развития социальной инфраструктуры. Третья касается политики государства в области здоровья, а четвертая носит социокультурный характер. Эмпирическое изучение данных факторов, в силу их сложности и системности, возможно либо с помощью построения для каждого из факторов интегральных индексов, либо с помощью обратной процедуры объединения методом факторного анализа отдельных макросоциальных показателей в факторы.

Предложена процедура установления зависимости «фактор – эффект», основанная на методах факторного, множественного регрессионного и динамического анализа. Процедура факторного анализа, реализуемая с целью классификации макросоциальных показателей, проводится методом главных компонент, в ходе которого исходный массив данных преобразуется в систему некоррелирующих между собой общих факторов.

При количественной оценке риска, связанного с воздействием макросоциальных факторов на популяционное здоровье, расчет риска осуществляется по формуле:

$$R = [y(x_i) - y(\hat{x}_i)] \times R^2 \times g^i, \quad (4)$$

где $y(x_i)$ – значение показателя нарушения здоровья (заболеваемости, смертности, инвалидизации и пр.) для текущих значений факторов, $y(\hat{x}_i)$ – значение показателя для пороговых значений факторов, R^2 – коэффициент детерминации модели, g_i – тяжесть нарушения здоровья.

Под «пороговым» понимается такое значение макросоциального фактора, которое является оптимальным в сложившихся общественных условиях. Это может быть «наилучшее» значение фактора среди всех включенных в анализ при построении математических моделей территорий или среднее значение фактора.

В параграфе 2.4. «Оценка связи социальных и поведенческих факторов при формировании рисков для здоровья населения» показано, что созависимость поведенческих и микросоциальных факторов риска, а также их связь с рядом макросоциальных факторов, требует разработки более сложной схемы оценки риска. Процедура прямой оценки риска в системе «поведенческий/микросоциальный/макросоциальный фактор – ответ со стороны здоровья» дополнена процедурой оценки «риска рисков».

Предложена схема, интегрирующая методы и приемы, используемые при оценке рисков, формирующихся при воздействии микросоциальных/поведенческих факторов и при оценке рисков, формируемых макросоциальными факторами. Особенностью схемы является то, что в ее рамках устанавливается и характеризуется зависимость поведенческих факторов от социальных контекстов. При этом становится возможным оценка вклада

микросоциальной и макросоциальной среды в формирование рисков, связанных с влиянием поведенческих факторов на здоровье. В рамках схемы используется метод расчета «отношения шансов».

Глава 3 «РЕАЛИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ОЦЕНКИ СОЦИАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ И СОЧЕТАННЫХ РИСКОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ» представляет собой апробацию предложенной автором методики оценки социально детерминированных рисков здоровью в различных социальных группах.

В параграфе 3.1. «Количественная оценка социально детерминированных рисков здоровью населения регионов и городов России» на примере а) 79 регионов и б) 14 крупных промышленно развитых городов России реализован алгоритм оценки рисков популяционного здоровья населения, связанных с воздействием макросоциальных факторов. С использованием материалов федерального информационного фонда социально-гигиенического мониторинга и данных федеральной службы государственной статистики за период с 2008 по 2012 гг., характеризующих уровень социально-экономического развития территорий, развитость социальной (спортивной, медицинской, рекреационной и пр.) инфраструктуры, уровень и условия жизни населения, безопасность социальной среды, а также состояние здоровья произведена идентификация макросоциальных факторов риска, динамическая оценка экспозиции и описание зависимостей «фактор – эффект». Выполнен расчет и характеристика рисков здоровью.

Определено, что макросоциальные показатели (уровень доходов, обеспеченность жилой площадью и благоустроенность жилья и пр.) наиболее существенно влияют на смертность взрослого населения. Риски для пенсионеров оказываются более значимыми и чаще реализуются в виде дополнительных случаев смерти. Так, например, увеличение на 1 % доли лиц с доходами ниже прожиточного минимума формирует риски смерти среди лиц возрасте 18–60 лет в среднем на уровне $2,7 \cdot 10^{-5}$, среди пенсионеров – на уровне $3,3 \cdot 10^{-5}$. Этот же показатель формирует у пенсионеров в три раза более высокие, чем у всего населения в целом риски смерти от болезней органов пищеварения. Увеличение числа врачей на 1/1 тыс. населения может снизить риск детской инвалидности по причинам травм, отравлений и некоторых др. последствий воздействия внешних причин на $8,7 \cdot 10^{-5}$ и/или риск инвалидности по причине отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, на $3,3 \cdot 10^{-5}$.

Для регионов России по результатам факторного анализа макросоциальных показателей были выделены 4 группы макросоциальных факторов, характеризующих: $F1$ – общий уровень социально-экономического развития территории, $F2$ – условия быта населения, $F3$ – уровень развития системы здравоохранения, $F4$ – уровень развития социальной инфраструктуры

По итогам множественного регрессионного анализа получены достоверные модели, описывающие связь макросоциальных факторов с ответами со стороны здоровья. В частности, охарактеризованы зависимости: а) мла-

денческой смертности от уровня развития социальной инфраструктуры (коэффициент детерминации модели $R^2=0,23$), б) перинатальной смертности от уровня развития социальной инфраструктуры ($R^2=0,08$), в) стандартизованного показателя смертности населения по причине болезней органов дыхания от условий быта ($R^2=0,33$), г) стандартизованного показателя смертности населения по причине инфекционных и паразитарных болезней от уровня социально-экономического развития территории, условий быта населения и уровня развития социальной инфраструктуры ($R^2=0,16$) и ряд других.

Для крупных промышленно развитых городов России по результатам факторного анализа макросоциальных показателей были выделены 6 групп макросоциальных факторов, характеризующих: $F1$ – общий уровень социально-экономического развития территории, $F2$ – уровень потенциала экономического развития территории, $F3$ – уровень развития медицинской инфраструктуры, $F4$ – обеспеченность медицинскими кадрами, $F5$ – уровень социального благополучия территории, $F6$ – уровень жизни населения.

По итогам множественного регрессионного анализа получено 12 достоверных моделей, описывающих связь макросоциальных факторов с показателями здоровья. В частности, охарактеризованы зависимости: а) инфекционной и паразитарной заболеваемости от обеспеченности медицинскими кадрами (коэффициент детерминации модели $R^2=0,43$), б) заболеваемости болезнями эндокринной системы от потенциала экономического развития территории и обеспеченности медицинскими кадрами ($R^2=0,37$), в) заболеваемости болезнями органов дыхания от общего уровня социально-экономического развития территории, уровня развития медицинской инфраструктуры и обеспеченности медицинскими кадрами ($R^2=0,40$).

Высокий уровень риска¹², связанного с воздействием макросоциальных факторов, установлен в отношении показателя «младенческая смертность» в 8 регионах: Республика Дагестан ($R(Risk)=0,00225$), Еврейская автономная область ($R=0,00194$), Республика Тыва ($R=0,0018$), Республика Ингушетия ($R=0,00174$), Республика Алтай ($R=0,00126$), Амурская область ($R=0,001192$), Хабаровский край ($R=0,001146$), Камчатский край ($R=0,001031$). В указанных субъектах РФ требуются незамедлительные действия по снижению социально детерминированного риска младенческой смертности, направленные, в первую очередь, на развитие социальной инфраструктуры на территории.

Социально детерминированный риск в отношении стандартизованного показателя смертности населения от инфекционных и паразитарных болезней превышает допустимый уровень только в 1 субъекте РФ – Республике Тыва ($R=0,000110$); по показателю «заболеваемость болезнями системы кровообращения» – в 6 регионах: Республика Ингушетия ($R=0,000223$), Московская область ($R=0,000199$), Ленинградская область ($R=0,000193$), Алтайский край ($R=0,000128$), Камчатский край ($R=0,000103$) и Белгородская область ($R=0,000102$).

¹² Допустимый уровень риска смерти или тяжелого заболевания принят на уровне $1*10^{-4}$; умеренный риск – в диапазоне от $1*10^{-4}$ до $1*10^{-3}$; высокий риск – на уровне выше $1*10^{-3}$

В исследованных городах установлено превышение допустимого уровня риска формирования заболеваемости болезнями органов пищеварения, обусловленного действием макросоциальных факторов. Причем в гг. Волжский и Владивосток риск был оценен как высокий ($R=0,00119$ и $R=0,00116$ соответственно). Также превышены уровни допустимого социально детерминированного риска по заболеваемости болезнями органов дыхания и по классу «травмы и отравления». Для г. Владивосток по обоим показателям риск находится на высоком уровне ($R=0,0014$ и $R=0,0107$ по указанным классам соответственно). В целом по результатам оценки риска здоровью, связанного с макросоциальными факторами комплексно, была отмечена напряженная ситуация в регионах Дальневосточного федерального округа.

Алгоритм количественной оценки риска, связанного с влиянием поведенческих факторов на здоровье населения на примере курения, потребления алкоголя и нарушения питания, был апробирован на примере женского населения двух промышленно развитых городов России – г. Санкт-Петербург и г. Нижний Тагил. По результатам оценки риска установлено, что в условиях типовой экспозиции для регулярно курящего женского населения гг. Нижний Тагил и Санкт-Петербург низкий уровень риска возникновения рака легкого будет сохранен для возраста 18–66 лет (табл. 1), а начиная с возраста 67 лет уровень риска может быть охарактеризован как неприемлемый.

Таблица 1

Расчет риска заболевания раком легкого при изолированном действии фактора «табакокурение» (работающее женское население, г. Нижний Тагил и г. Санкт-Петербург)

| Показатель | Город* | Возраст (лет) | | | | |
|---|--------|----------------------|----------------------|--|--|--|
| | | 18 | 40 | 60 | 70 | 80 |
| Вероятные случаи обращения ЛПУ (без воздействия фактора) | НТ | 0,074 | 1,005 | 10,7 | 34,9 | 113,83 |
| | СПб | 0 | 0,003 | 0,07 | 0,315 | 1,416 |
| Риск без воздействия фактора | НТ | $6,49 \cdot 10^{-7}$ | $8,75 \cdot 10^{-6}$ | $9,31 \cdot 10^{-5}$ | $3,04 \cdot 10^{-4}$ | 0,00099 |
| | СПб | $5,39 \cdot 10^{-7}$ | $1,47 \cdot 10^{-5}$ | $2,95 \cdot 10^{-4}$ | $1,33 \cdot 10^{-3}$ | $5,95 \cdot 10^{-3}$ |
| Вероятные случаи обращения в ЛПУ (под воздействием фактора) | НТ | 0,116 | 5,701 | 63,85 | 209,03 | 682,56 |
| | СПб | 0,138 | 5,313 | 108,16 | 485,66 | 2179,9 |
| Риск под воздействием фактора | НТ | $1,01 \cdot 10^{-6}$ | $4,96 \cdot 10^{-5}$ | $5,56 \cdot 10^{-4}$ | $1,82 \cdot 10^{-3}$ | $5,94 \cdot 10^{-3}$ |
| | СПб | $5,80 \cdot 10^{-7}$ | $2,23 \cdot 10^{-5}$ | $4,54 \cdot 10^{-4}$ | $2,04 \cdot 10^{-3}$ | $9,16 \cdot 10^{-3}$ |
| Характеристика риска | НТ | Допустим. | Допустим. | Недопуст. | Недопуст. | Недопуст. |
| | СПб | Допустим. | Допустим. | Недопуст. | Недопуст. | Недопуст. |

*СПб – Санкт-Петербург; НТ – Нижний Тагил

Низкий риск развития ИБС, связанный с табакокурением, установлен в возрасте 18–57 лет в обеих выборках. Риск среднего или умеренного уровня, классифицирующийся как неприемлемый (при условии неизменной интенсивности действия фактора) будет достигнут к 58 годам со значением \tilde{R}_i равным 0,00114 для населения г. Санкт-Петербург и 0,00109 для населения г. Нижний Тагил.

Низкий уровень риска развития ИБС, ассоциированный с потреблением алкоголя, для женского населения г. Санкт-Петербург будет наблюдаться в возрасте 18–55 лет, умеренный уровень риска достигается с возраста 56 лет ($\tilde{R}_i = 1,04 * 10^{-4}$), экстремальный риск с возраста 68 лет ($\tilde{R}_i = 0,0011$). Суммарный дополнительный риск развития ИБС в исследуемой группе женщин, связанный с воздействием факторов табакокурения и употребления алкоголя отмечается на допустимом уровне в возрастном диапазоне 18–44 лет, начиная с 45 лет уровень риска становится умеренным ($\tilde{R}_i = 1,14 * 10^{-4}$), с 57 лет – экстремальным ($\tilde{R}_i = 1,006 * 10^{-3}$).

В параграфе 3.2. «Оценка “риска рисков”: контекстуализация и сочетанного действие социальных, поведенческих и внешнесредовых факторов риска здоровью» приводятся результаты апробации методики влияния макросоциальных контекстов на формирование поведенческих факторов риска для здоровья на примере анализа системы «социально-экономические факторы – потребление алкоголя» (информационная база – данные государственной статистики). Представлены множественные регрессионные модели, описывающие связь объемов розничной продажи алкогольных напитков и отдельных показателей макросоциальных факторов. Установлено, что а) чем выше уровень жизни и чем лучше условия быта населения на территории, тем больше будут объемы потребления шампанских и игристых вин и коньяков, а также б) чем ниже уровень благоустроенности жилого фонда, тем больше будут объемы потребления водки и ликероводочных изделий.

Показано, что вклад макросоциальных факторов в формирование спроса на алкоголь в регионах России неодинаков. По результатам ранжирования субъектов РФ по критерию количества дополнительных случаев потребления алкоголя, детерминированных макросоциальными факторами, все регионы были разделены на 4 группы. Установлено, что к территориям с наиболее существенным социально детерминированным риском повышенного потребления водки и ликероводочных изделий (свыше 0,5 л/душу населения) относятся Республика Саха (Якутия) и Республика Тыва. Именно в данных субъектах федерации позитивные изменения социальных факторов наиболее существенно повлияют на снижение уровня спроса на спиртные напитки.

Также в параграфе изложены результаты апробации алгоритма оценки воздействия микросоциальных факторов на поведение в сфере здоровья (на материалах выборочного опроса родителей дошкольников в Пермском крае). Показано, что безответственное медицинское поведение родителей, гиподи-

намия детей, особенно в домашних условиях, подверженность детей пассивному курению, нерациональное и небезвредное питание имеют достоверные причинно-следственные с социально-экономическими характеристиками семьи и являются факторами риска возникновения заболеваний органов дыхания и органов пищеварения у ребенка ($OR=1,1\div 4,6$).

В параграфе 3.3. «Оценка социально детерминированных и сочетанных рисков здоровью работников, занятых во вредных условиях труда на промышленных предприятиях» на материалах двухэтапного комплексного исследования на промышленных предприятиях Пермского края (общий объем выборки 1716 человек) апробирован алгоритм и методы оценки рисков, ассоциированных с воздействием поведенческих, микросоциальных и производственных факторов на здоровье работающих.

На этапе идентификации опасности установлены следующие особенности проявления обозначенных факторов риска в изучаемой группе работников: 1) высокий уровень распространенности активного и пассивного курения (доля активно курящих работников составляет 50,9 %, в том числе 42,6 % респондентов являются ежедневно курящими, 72 % респондентов имеют опыт активного курения; почти половина опрошенных (45,2 %) подвергаются систематическому пассивному курению (члены семьи регулярно курят в их присутствии)); 2) повышенный уровень потребления алкогольных напитков в группе респондентов-мужчин. Так, несколько раз в месяц или чаще слабоалкогольные напитки потребляют 42 % опрошенных мужчин и 22,6 % женщин. С аналогичной регулярностью пьют крепкие спиртные напитки 27,5 % мужчин и 6,9 % женщин; 3) сочетанное проявление поведенческих факторов риска здоровью (в частности, активного курения и злоупотребления алкоголем). Так, 45 % регулярно курящих работников потребляют слабоалкогольные напитки несколько раз в месяц или чаще. В группе нерегулярно курящих таких 36,6 %, а в группе никогда не куривших – только 21,3 % (коэффициент корреляции Спирмена равен 0,29 при $p < 0,05$); 4) значимые отклонения от норм рационального питания в части режима питания – большинство работников не соблюдают требования кратности питания и распределения приемов пищи в течение дня. Так, только 18,2 % опрошенных всегда соблюдают трехразовый режим питания, еще 27 % стараются следовать рекомендуемой кратности потребления пищи, но это у них «не всегда получается», 26,9 % соблюдают требуемый режим питания нерегулярно, а 26,4 % респондентов всегда питаются «как придется». Еще 1,5 % опрошенных затруднились охарактеризовать свой режим питания; 5) недостаточный уровень двигательной активности – только треть опрошенных (32,3 %) в принципе занимаются физической культурой и спортом в свободное от работы время, и лишь половина (54,2 %) занимающихся делают это систематически (с регулярностью 2 раза в неделю или чаще); 6) сочетанное проявление таких микросоциальных факторов риска здоровью как а) неблагоприятные условия быта и б) низкий социально-экономический статус работников. Жилье менее трети респондентов (27,9 %) оборудовано отоплением, холодным и горячим водоснабжением и

газом, а на одного члена семьи приходится от 12 квадратных метров общей площади.

Для отбора приоритетных поведенческих и микросоциальных факторов с использованием пяти индексов, учитывающих а) показатели уровня образования и дохода работника, б) показатели благоустроенности быта, в) приверженность вредным привычкам – курению и злоупотреблению алкоголем, г) нарушения режима и рациона питания и д) показатели физической (двигательной) активности, проведен анализ зависимости вероятностных характеристик здоровья работников (установлены на основе данных о регистрируемых обращениях за медицинской помощью) от уровней факторов риска. Установлено, что наибольший вклад в ухудшение состояния здоровья работников промышленных предприятий вносят гиподинамия и высокая распространенность практик аддиктивного поведения, не воспринимаемые в изучаемой группе в качестве негативных девиаций.

Произведен расчет риска, ассоциированного с активным курением, злоупотреблением алкоголем и недостаточной двигательной активностью в целом по выборке работников, отдельно для мужского и женского контингента и для различных возрастных групп. В частности, установлено, что риск развития ишемической болезни сердца под действием только фактора «активное курение» (при условии его неизменной интенсивности) в возрастной группе 46–55 лет (при среднесуточном поступлении никотина 9,45 мг.) достигнет неприемлемого уровня через 20 лет, а в группе старше 56 лет, (при среднесуточном поступлении никотина в 27 мг.) – через 10 лет (табл. 2).

Исследование сочетанного действия производственных факторов в комплексе с непроизводственными факторами риска, реализованное по авторскому алгоритму, позволило установить, что стаж работы на предприятии в условиях воздействия шума, вибрации и при высокой тяжести труда является более значимым для здоровья в подгруппах работников, подверженных действию микросоциальных и поведенческих факторов. Для группы работников регулярно (несколько раз в месяц или чаще) употребляющих алкогольные напитки значимость связи заболеваний органов пищеварения и стажа работы выше, чем для тех, кто вообще спиртные напитки не употребляет. Так, отношение шансов развития заболеваний пищеварительной системы для непьющих работников находится на уровне 1,26–1,27 вне зависимости от стажа, а у работников, систематически употребляющих алкоголь, увеличивается с 1,16 через 1 год работы до 1,47 через 6 лет работы на предприятии с вредными условиями труда.

Доказано, что риск развития болезней органов пищеварения у лиц, работающих во вредных условиях труда, достоверно связан и со стажем работы и особенностями соблюдения режима питания. Так, относительный риск формирования заболевания у работников, соблюдающих трехразовый режим питания, при стаже 0,8 лет составлял 1,12; при стаже 4,1 года – 1,29, при стаже 6,1 года 1,38. Для лиц, систематически нарушающих режим пи-

тания, при стаже 0,8 лет $OR=1,12$, при стаже 4,1 года $OR=1,44$, при стаже 6,1 лет $OR=1,67$.

Таблица 2

Риск развития ишемической болезни сердца при действии изолированного фактора – «курение» в различных возрастных группах работников

| Возрастные группы | Среднесуточное поступление никотина (мг) | Возраст начала курения (лет) (в среднем по группе) | Риск формирования ИБС | | |
|-------------------|--|--|--|-------------------------|--------------------------|
| | | | Возраст, для которого выполнена оценка риска | Без воздействия фактора | Под воздействием фактора |
| 18–25 лет | 3,97 | 16 | 25 лет | 3,9E-08 | 7,0E-08 |
| | | | 35 лет | 2,4E-07 | 4,5E-07 |
| | | | 45 лет | 1,4E-06 | 2,8E-06 |
| 26–35 лет | 6,43 | 19 | 35 лет | 2,4E-07 | 4,4E-07 |
| | | | 45 лет | 1,4E-06 | 2,7E-06 |
| | | | 55 лет | 9,1E-06 | 1,6E-05 |
| 36–45 лет | 12,13 | 19 | 45 лет | 1,4E-06 | 4,6E-06 |
| | | | 55 лет | 1,4E-06 | 3,8E-06 |
| | | | 65 лет | 9,1E-06 | 2,4E-05 |
| 46–55 лет | 9,45 | 22 | 55 лет | 9,1E-06 | 2,1E-05 |
| | | | 65 лет | 4,6E-05 | 8,0E-05 |
| | | | 75 лет | 2,9E-04 | 4,9E-04 |
| 56 лет и старше | 27,00 | 24 | 60 лет | 1,9E-05 | 4,6E-05 |
| | | | 70 лет | 1,4E-04 | 8,0E-04 |
| | | | 80 лет | 7,1E-04 | 1,7E-03 |

Зафиксировано различие в уровнях риска заболеваний органов дыхания в зависимости от стажа работы во вредных условиях труда и времени пребывания на свежем воздухе. Так, среди регулярно совершающих прогулки на свежем воздухе значение OR при стаже 5 лет составляло 0,65, а в группе мало пребывающих на свежем воздухе – 0,85.

В четвертой главе «РИСК-КОММУНИКАЦИИ В СИСТЕМЕ АНАЛИЗА СОЦИАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ РИСКОВ ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ» раскрываются особенности реализации второго элемента методологии анализ социально детерминированных рисков здоровью – риск-коммуникации. Обосновывается необходимость перехода от односторонней модели распространения информации о риске к диалогической партисипативной модели коммуникации по поводу социально детерминированных рисков здоровью.

В параграфе 4.1. «Общие принципы и модель коммуникации социально детерминированных рисков здоровью населения» проводится анализ теорий риск-коммуникаций в сфере здоровья. Показана динамика разви-

тия от указания на значимость ликвидации разрыва между специализированным и обыденным пониманием риска с помощью максимального расширения знаний о риске общественности и лиц, принимающих решения, до признания целесообразности партисипативных моделей коммуникации риска, базирующихся на принципе равноправия участников дискурса.

Определено, что коммуникация социально детерминированных рисков здоровью представляет собой целенаправленный обмен информацией между заинтересованными сторонами о значениях и уровнях социально детерминированных рисков здоровью, а также способах их снижения.

В рамках диалогической модели коммуникации социально детерминированных рисков здоровью население не может восприниматься только как конечный объект информирования о риске, т.к. 1) через каналы неформальных коммуникаций социально детерминированные риски дискутируются внутри различных социальных групп без посредничества каких-либо социальных институтов или организаций, 2) население само может выступать инициатором (отправителем) сообщения о риске, адресованного, например, лицам, принимающим решения, 3) население выступает субъектом обратной связи, реагируя на информационное сообщение, переданное в процессе информирования о риске.

Полноправными субъектами процесса коммуникации социально детерминированных рисков здоровью выступают а) представители экспертного сообщества – специалисты по оценке риска, сотрудники учреждений здравоохранения, ученые, владеющие информацией об установленных уровнях риска (т.е. «риске исчисленном»), б) население, являющееся субъектом восприятия риска и, соответственно, оперирующее «риском воспринимаемым», (как социальные группы – контингенты риска, так и широкая общественность), в) СМИ и г) НКО, формирующие во многом особенности восприятия социально детерминированного риска населением, г) лица принимающие решения (как на уровне страны, региона, так и на уровне предприятия, организации).

Возрастание роли СМИ и сети Интернет в коммуникации риска, в том числе социально детерминированного, требует внимания к ним не только как к источникам релевантной информации о риске, но и как к инструменту формирования «чувства возмущения», принципиально модифицирующего риск в сознании людей и отдаляющего, зачастую очень существенно, его восприятие («воспринимаемый риск») от его реальных или установленных значений («фактический риск» и «исчисленный риск»).

Эффективность коммуникации социально детерминированных рисков для здоровья определяется следующими параметрами: 1) готовность и способность субъектов риск-коммуникации к конструктивному диалогу, 2) способность экспертного сообщества донести информацию о рисках до различных социальных групп и институтов, 3) специфика реакции возмущения, 4) соотношения риска реального, риска исчисленного и риска воспринимаемого.

В параграфе 4.2. «Особенности восприятия социально детерминированных рисков для здоровья различными социальными группами» на

материалах 3 эмпирических исследований (разведывательное исследование в качественной традиции, объем выборки – 20 человек, проживающих в г. Пермь; формализованный опрос населения Пермского края по многомерной стратифицированной выборке, объем выборки 1068 человек; формализованный опрос родителей детей дошкольного возраста, посещающих ДДУ Пермского края по вероятностной кластерной выборке, объем выборки 584 человека) проанализированы особенности восприятия рисков для здоровья, связанных с действием поведенческих и социальных факторов, населением территории с высокой антропогенной нагрузкой на окружающую среду.

Анализ результатов исследования позволил установить наличие разрыва между результатами оценки социально детерминированных рисков («исчисленный риск») и их восприятием населением региона («воспринимаемый риск»). Характерной особенностью восприятия рисков здоровью является переоценка значимости внешнесредовых факторов риска при недооценке значимости поведенческих факторов (рис.).

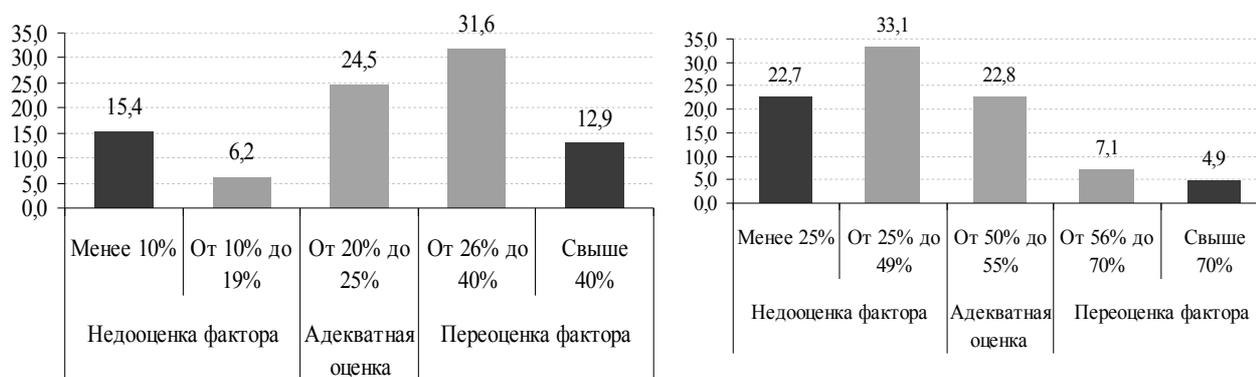


Рис. Оценка населением Пермского края вклада внешнесредовых факторов (слева) и факторов образа жизни (справа) в здоровье человека (в % к общему числу валидных ответов)

Восприятие рисков, ассоциированных с поведенческими факторами, зависит от самооценки индивидом своего здоровья и степени персональной ответственности за его сохранение и укрепление. Если собственное здоровье оценивается человеком как хорошее и ключевая роль в его поддержании отводится индивидуальным действиям, то поведенческие факторы риска здоровью оцениваются как более опасные, а в повседневной жизни доминируют активные самосохранительные поведенческие практики. При низкой степени осознания персональной ответственности за собственное здоровье и негативной характеристике его состояния риски, связанные с поведенческими факторами, недооцениваются, а человек пассивен в здоровьесберегающем поведении.

Для более молодых респондентов, а также жителей, имеющих более низкий уровень образования, недооценка значимости поведенческих факторов в формировании здоровья человека является более характерной, нежели

для опрошенных, имеющих высшее или неполное высшее образование и принадлежащих к старшим возрастным когортам.

Установленные в отношении всего населения особенности восприятия социально детерминированных рисков здоровью проявляются и в группе родителей детей дошкольного возраста. Индекс факторной нагрузки, демонстрирующий направленность общественного мнения при оценке потенциала влияния различных факторов риска на здоровье детей, по факторам «загрязненность воды» и «загрязненность воздуха» составляет 0,94 и 0,91 соответственно (при максимально уровне 1). По фактору «неправильное питание» значение указанного индекса составило 0,76, по фактору «несоблюдение ребенком правил личной и бытовой гигиены» – 0,72, а по фактору «несоблюдение ребенком режима дня» – только 0,38. Таким образом, родители также склонны недооценивать влияние поведенческих факторов риска на здоровье детей, переоценивая, при этом, влияние внешнесредовых факторов.

Респонденты, высоко оценивающие роль поведенческих факторов в детерминации здоровья ребенка, скорее склонны реализовывать самосохранительные модели поведения в отношении здоровья своих детей. Однако установлено, что большинство детей воспитывается в семьях, где здоровый образ жизни не является нормой. Родители не занимаются спортом, нерационально питаются, имеют вредные привычки (только 10 % родителей могут назвать свой образ жизни полностью здоровым). Родители детей дошкольного возраста слабо осознают значимость собственного примера в формировании образа жизни ребенка. Свыше половины опрошенных (55 %) полагают, что могут сформировать у ребенка навыки здорового образа жизни, даже если сами здоровый образ жизни не ведут.

В параграфе 4.3. «Построение эффективных риск-коммуникаций в сфере социально детерминированных и сочетанных рисков здоровью» раскрываются основные условия и механизмы эффективного взаимодействия субъектов коммуникации социально детерминированных рисков здоровью, обосновываются принципы распространения информации о социально детерминированных и сочетанных рисках здоровью.

Условиями эффективной коммуникации социально детерминированных рисков здоровью является: а) участие в процессе коммуникации специалистов в качестве субъектов распространения информации (общественных лидеров, представителей СМИ и НКО); б) диалог, предполагающий взаимодействие в ходе обмена данными и мнениями относительно риска между отдельными лицами, группами людей и учреждениями; в) субъект-субъектное взаимодействие всех участников коммуникационного процесса – экспертного сообщества, населения и должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с сохранением и укреплением здоровья людей.

Риск-коммуникация в части социально-детерминированных рисков должна быть направлена на решение задач:

а) информационной поддержки принятия решений в сфере управления здоровьем населения, разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий;

б) снижения распространенности индивидуально детерминированных факторов риска здоровью населения; формирования приверженности здоровьесохранной модели поведения;

в) повышения мотивации населения к ответственному отношению к своему здоровью; формирования здорового образа жизни;

г) снижения уровня социальной напряженности, обусловленной высокой распространенностью неподтвержденной (искаженной, неполной) информации о рисках здоровью;

д) интегрирования лиц, ответственных за сохранение и укрепление здоровья населения, в систему управления рисками здоровью;

е) формирования системных медико-гигиенических знаний, повышение уровня гигиенической и медицинской грамотности лиц, ответственных за сохранение и укрепление здоровья населения, развития санитарно-гигиенической культуры населения.

Решение поставленных проблем возможно при соблюдении следующих принципов информирования о рисках: а) адресность, б) актуальность, в) полнота, г) доступность, д) понятность (когнитивная доступность), е) практическая ценность, ж) достоверность.

Оценка эффективности информирования о рисках выполняется по критериям охвата целевой аудитории информационными сообщениями и степени адекватности восприятия целевой аудиторией полученной информации о рисках. Автором предложена двухэтапная модель оценки эффективности с использованием социологических методов и инструментов.

В работе отдельно рассмотрена коммуникация по поводу социально детерминированных рисков для здоровья между организациями, реализующими оценку риска, и лицами, принимающими решения на региональном, местном и организационном уровнях.

Оценка социально детерминированных рисков для здоровья может осуществляться как по заказу органов власти (лиц, принимающих решения), так и инициативно, а распространение информации о ее результатах – носить а) планово-уведомительный и б) экстренный характер. В качестве формы планового информирования органов власти о социально детерминированных рисках здоровью населения предложен Информационный бюллетень «Оценка влияния социальных и поведенческих факторов на здоровье населения по показателям социально-гигиенического мониторинга», содержащий 4 раздела: анализ медико-демографической ситуации на территории и состояния здоровья населения; характеристика приоритетных факторов, формирующих медико-демографическую ситуацию на территории; результаты оценки риска; рекомендации для принятия управленческих решений. Рекомендации должны содержать предложения, потенциально воздействующие на показатели, включенные в перечень для оценки эффективности деятельности органов исполнительной

власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления. Целесообразно представить количественные значения данных показателей, достижимые при условии реализации сделанных рекомендаций.

Глава 5 «СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ СОЦИАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫМИ РИСКАМИ ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ» посвящена анализу третьего элемента методологии анализа социально детерминированных рисков для здоровья – управлению рисками. Автором предлагается система целевых показателей управления социально детерминированными рисками здоровью населения промышленно развитого региона (на примере Пермского края), раскрываются основные стратегии и методы достижения целевых ориентиров.

В параграфе 5.1. **«Общий контур управления социально детерминированными рисками здоровью»** показано, что социально детерминированные риски здоровью вписаны в более широкий рисковый контекст – они определяют риски в сфере устойчивого развития, сохранения и укрепления человеческого потенциала страны, региона, территории. К рискам-следствиям относится снижение конкурентоспособности территории, обусловленное ростом потерь человеческого капитала, сокращение численности экономически активного населения из-за высокой преждевременной смертности мужчин трудоспособного возраста, снижение уровня безопасности социальной среды, рост преступности, обусловленный высокой распространенностью практик девиантного поведения, рождение нездорового поколения из-за ухудшения генетического и репродуктивного здоровья населения, снижение эффективности трудовых ресурсов, возрастание нагрузки на госпитальное звено и увеличение расходов на обеспечение лечения в силу роста доли запущенных заболеваний, обусловленных низкой степенью ответственности населения за состояние своего здоровья, безответственным медицинским поведением, а также прямые экономические потери.

Определено, что система управления социально детерминированными рисками здоровью представляет собой совокупность взаимосвязанных и взаимозависимых элементов достижения допустимых (приемлемых) уровней рисков для здоровья населения в целом и отдельных социальных групп. Данная система включает экономические, политические, организационные и социокультурные меры по выявлению, оценке, предупреждению, снижению и компенсации социально детерминированных рисков для здоровья, реализуемые на различных уровнях – от глобального до уровня хозяйствующего субъекта.

Связь управления социально детерминированными рисками с их оценкой и коммуникацией проявляется в том, что 1) результаты оценки риска выступают, с одной стороны, основной для принятия управленческих решений в сфере здоровья, с другой – поводом для «запуска» процесса риск-коммуникации; 2) планируемые и/или принятые управленческие решения по поводу социально детерминированных рисков являются предметом риск-коммуникации; 3) особенности восприятия социально детерминированных

рисков для здоровья населением и/или контингентами риска, проявившиеся в процессе риск-коммуникации, должны быть учтены при принятии управленческих решений.

Автором предлагается концептуальная схема управления социально детерминированными рисками здоровью населения на региональном уровне, включающая в качестве субъектов управления региональные органы власти, органы местного самоуправления, региональное и территориальные управления Роспотребнадзора, а также средства массовой информации, общественные организации, субституты системы образования и здравоохранения.

В параграфе 5.2. «Информационное обеспечение управления социально детерминированными рисками здоровью населения» раскрываются основные элементы информационно-аналитической системы поддержки принятия решений в области управления социально детерминированными рисками здоровью населения.

Первый модуль системы базируется на данных о состоянии популяционного здоровья, собираемых в рамках государственной статистики и социально-гигиенического мониторинга. На данном этапе по системе показателей анализируется медико-демографическая ситуация и отбираются показатели, связь которых с социальными или поведенческими факторами установлена в процессе оценки риска на этапе исследования зависимости «фактор – эффект». Далее на основе результатов оценки риска составляется перечень показателей здоровья, социально детерминированный риск в отношении которых необходимо снижать. На следующем этапе определяются целевые уровни социально детерминированного риска ухудшения популяционного здоровья, которые необходимо достичь в результате реализуемой политики. Целевые уровни являются результирующей процесса рискованных коммуникаций и устанавливаются с учетом мнений всех заинтересованных сторон.

Если на этапе оценки риска для группировки отдельных социальных/поведенческих показателей в более масштабные факторы реализовывалась процедура факторного анализа, то после того как определены целевые ориентиры, строятся модели зависимостей выделенных факторов и отдельных макросоциальных показателей, включенных в исследование (второй модуль системы).

Третий модуль системы нацелен на моделирование целевых значений социальных/поведенческих факторов и их отдельных показателей при заданных уровнях социально детерминированного риска или показателей здоровья.

Описанная система поддержки принятия управленческих решений в сфере управления социально детерминированными рисками для здоровья была апробирована на примере Пермского края.

Для задач обоснования приоритетов в качестве дополнительного инструмента рассмотрена методика оценки экономических потерь от социально детерминированной смертности, инвалидизации и заболеваемости населения. Показано, что в РФ в 2013 г. негативное влияние только макросоциальных

факторов вероятно обусловило порядка 144 тыс. смертей занятого населения и более 5 млн. 864 тыс. случаев нетрудоспособности, что привело к экономическим потерям на уровне 257,8 млрд. рублей.

В параграфе 5.3 «Совершенствование процессов управления социально детерминированными рисками здоровью в современных условиях развития российского общества» раскрываются основные задачи и направления реализации политики в сфере управления социально детерминированными рисками здоровью населения на федеральном и региональном уровнях в современной России.

Для задач унификации подходов к управлению рисками по системе показателей, характеризующих макросоциальные контексты и медико-демографическую ситуацию с учетом наиболее значимых параметров санитарно-эпидемиологического благополучия населения, была выполнена кластеризация регионов Российской Федерации с выделением 4 групп (кластеров) территорий с максимально сближенными параметрами.

Выделены регионы с наиболее благоприятными социально-экономическими показателями и минимальным уровнем медико-демографических показателей, ассоциированных с макросоциальными факторами (г. Москва, Санкт-Петербург, Тюменская область и т.п.). Показано, что в целом данные субъекты не требуют разработки комплексных программ по минимизации социально детерминированных рисков для здоровья населения и региональные планы действий должны в качестве приоритетных направлений ориентироваться на управление иными факторами, оказывающими более существенное влияние на медико-демографические показатели – экологическими, санитарно-гигиеническими и т.п. и на решение отдельных социальных проблем.

Установлены субъекты федерации, имеющие самые высокие по стране уровни социально-детерминированных рисков смертности и заболеваемости населения (республика Алтай, Алтайский край, республика Бурятия и т.п.). Показано, что регионы нуждаются в масштабных социально-экономических преобразованиях, поскольку негативное воздействие на медико-демографические показатели оказывают факторы практически всех групп.

Апробирован подход к типологизации регионов по системе макросоциальных и поведенческих факторов риска (потребление алкоголя). Выделено четыре субъекта РФ, в которых требуются экстренные меры, направленные на снижение воздействия социальных и поведенческих факторов на здоровье населения.

Для регионов с недопустимым уровнем риска, связанного с действием поведенческих факторов, очевидна необходимость разработки комплексной программы по формированию здорового образа жизни населения. Задачами данной программы являются: 1) целостная система формирования здорового образа жизни на основе внедрения эффективных форм взаимодействия органов власти и гражданского общества; 2) создание эффективной системы пропаганды принципов здорового образа жизни, направленной на повышение

информированности населения о факторах риска здоровью и создание мотивации ведения здорового образа жизни; 3) формирование системы правовых, экономических, организационных и инфраструктурных условий для ведения здорового образа жизни; 4) развитие системы профилактики в деятельности органов и организаций, ответственных за сохранение и укрепление здоровья населения.

Автором обоснована необходимость разработки системы мониторинга социально детерминированных рисков здоровью, реализация которой возможна на базе системы социально-гигиенического мониторинга.

В **Заключении** подводятся итоги проведенного исследования, излагаются основные выводы и раскрываются направления дальнейшего развития методологии анализа социально детерминированных рисков здоровью населения.

По материалам диссертационного исследования опубликованы следующие работы:

Монографии и главы в монографиях

1. *Лебедева-Несебря Н.А.* Социальные факторы риска здоровью населения: опыт эмпирического исследования: монография / Н.А. Лебедева-Несебря. – Пермь: Перм. гос. нац. исслед. ун-т, 2013. – 192 с. (11,16 усл.п.л.).
2. *Лебедева-Несебря [Несебря] Н.А.* Уровень жизни и социальное самочувствие населения Пермского края (Глава 5) / в кн. Социологический портрет Пермского края: региональные социокультурные традиции в условиях политико-административных инноваций: монография / Е.Б. Плотникова, Н.В. Борисова, И.А. Германов, Н.А. Лебедева-Несебря [Несебря], Л.А. Хачатрян, В.Г. Попов; Под общ. ред. Е.Б. Плотниковой и Н.В. Борисовой. – Перм. гос. ун-т. – Пермь, 2008. – С. 75–91. (9,53/0,98 усл.п.л.).
3. *Лебедева-Несебря [Несебря] Н.А.* Пермский край (Глава 9) / Е.Б. Плотникова, Н.В. Борисова, И.А. Германов, Н.А. Лебедева-Несебря [Несебря] // В кн. Регионы России: социокультурные портреты регионов в общероссийском контексте. Монография / Составл. и общ. ред.: Н.И. Лапин, Л.А. Беляева. – М.: Academia, 2009. – С. 495–566. (50,5/1,42 усл.п.л.).
4. *Лебедева-Несебря Н.А.* Общественное здоровье и здравоохранение в Лысьве и Кудымкаре (Глава 8) / в кн. Социокультурные особенности городских сообществ Пермского края: Монография / Е.Б. Плотникова, Н.В. Борисова, И.А. Германов, Л.А. Хачатрян, К.А. Петухов, Н.А. Лебедева-Несебря, К.В. Воронова, В.С. Волегов, Е.А. Алтынцева, А.Е. Кузнецов, Е.В. Плотникова; под общ. ред. Е.Б. Плотниковой; Перм. гос. иссл. ун-т. – Пермь, 2013. – С. 159–176. (13,6/0,98 усл. печ. л.).
5. *Лебедева-Несебря Н.А.* Формирование здорового образа жизни в современном провинциальном городе: сравнительный анализ Лысьвы и Кудымкара (Глава 9) / в кн. Социокультурные особенности городских сообществ Пермского края: Монография / Е.Б. Плотникова, Н.В. Борисова, И.А. Германов, Л.А. Хачатрян, К.А. Петухов, Н.А. Лебедева-Несебря, К.В. Воронова, В.С. Волегов, Е.А. Алтынцева, А.Е. Кузнецов, Е.В. Плотникова; под общ. ред.

Е.Б. Плотниковой; Перм. гос. иссл. ун-т. – Пермь, 2013. – С. 177–189 (13,6/0,69 усл. печ. л.).

**Публикации в рецензируемых научных журналах, рекомендованных
ВАК Минобрнауки РФ**

1. *Лебедева-Несевря Н.А.* Риски здоровью в контексте социологического анализа / Н.В. Зайцева, Н.А. Лебедева-Несевря // СОЦИС. – 2013. – № 9. – С. 137–143. (0,92/0,8 усл.п.л.).
2. *Лебедева-Несевря Н.А.* Закономерности влияния социально-экономических факторов риска на здоровье работников промышленных предприятий / Н.В. Зайцева, П.З. Шур, Н.А. Лебедева-Несевря, Д.А. Кирьянов // Medline.ru: Российский биомедицинский журнал. – 2010. – ТОМ 11. – СТ. 45. – С. 538–547. – Режим доступа: http://www.medline.ru/public/pdf/11_045.pdf (идентификационный № РИНЦ 0421000002\0045). (1,15/0,6 усл.п.л.).
3. *Лебедева-Несевря Н.А.* Оценка сочетанного воздействия социальных и производственных факторов риска на здоровье работников предприятия порошковой металлургии по результатам эпидемиологических исследований / Н.А. Лебедева-Несевря, Д.А. Кирьянов, А.О. Барг // Здоровье населения и среда обитания (ЗНиСО). – 2010. – 11 (212). – С. 44–46. (0,35/0,2 усл.п.л.).
4. *Лебедева-Несевря Н.А.* Анализ влияния социально-демографических факторов на распространенность некоторых форм девиантного поведения / Н.В. Зайцева, В.Б. Алексеев, Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг, В.К. Гасников // Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал. – № 3. – 2011. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/322/30/lang,ru/> (1,19/0,7 усл.п.л.).
5. *Лебедева-Несевря Н.А.* Социально-экономические последствия алкоголизма в Пермском крае / Н.А. Лебедева-Несевря, В.Б. Алексеев, Н.В. Зайцева, Д.А. Кирьянов // Здоровье населения и среда обитания (ЗНиСО). – 2011. – № 10 (223), октябрь 2011. – С. 19–22. (0,46/0,2 усл.п.л.).
6. *Лебедева-Несевря Н.А.* Гигиеническая оценка факторов риска на производствах порошковой металлургии / Н.В. Зайцева, П.З. Шур, А.Р. Клименко, О.Ю. Устаниова, Н.А. Лебедева-Несевря, В.Г. Костарев // Медицина труда и промышленная экология. – 2011. – № 11. – С. 16–20. (0,46/0,17 усл.п.л.).
7. *Лебедева-Несевря Н.А.* Риски потерь регионального человеческого потенциала, связанные с распространенностью некоторых форм девиантного поведения / Н.В. Зайцева, В.Б. Алексеев, Д.А. Кирьянов, Н.А. Лебедева-Несевря, В.К. Гасников // Медицинский альманах. – 2011. – № 6 (19). – С. 35–38. (0,4/0,18 усл. п.л.).
8. *Лебедева-Несевря Н.А.* Методические подходы к идентификации опасности при оценке риска, связанного с воздействием курения на здоровье населения / А.О. Барг, Н.А. Лебедева-Несевря // Казанская наука. – № 2. – 2012. – С. 273–275. (0,35/0,28 усл.п.л.).
9. *Лебедева-Несевря Н.А.* Социально-поведенческие факторы репродуктивного здоровья работниц (на примере предприятия текстильной промышленности) / В.Б. Алексеев, Н.В. Зайцева, Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг // Медицина труда и промышленная экология. – 2012. – № 2. – С. 18–22. (0,46/0,2 усл.п.л.).

10. *Лебедева-Несевря Н.А.* Методические подходы к анализу социально-экономических последствий и рисков развития человеческого потенциала, связанных с потреблением алкоголя / Н.А. Лебедева-Несевря // Теория и практика общественного развития (Электронный журнал). – 2012. – № 8. – Режим доступа: <http://www.teoria-practica.ru/-8-2012/sociology/lebedeva-nesevrya.pdf> (0,35 усл.п.л.).
11. *Лебедева-Несевря Н.А.* Алгоритм оценки индивидуального риска, связанного с воздействием злоупотребления алкоголем на здоровье / Н.А. Лебедева-Несевря // Здоровье семьи – 21 век (Электронный журнал). – 2012. – № 3. – Режим доступа: <http://fh-21.perm.ru/download/2012-3-11.pdf> (идентификационный № РИНЦ 0421200104/0059). (1,27 усл.п.л.).
12. *Лебедева-Несевря Н.А.* Медико-социальные риски десинхронизации административного и астрономического времени в оценках населения регионов России / В.Б. Алексеев, Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг, О.Ю. Дугина, В.К. Гасников // Социальные аспекты здоровья населения: электронный научный журнал. – 2012. – № 5. – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/437/30/lang,ru/> (0,82/0,3 усл.п.л.).
13. *Лебедева-Несевря Н.А.* Гигиеническое поведение в системе социальных факторов, формирующих здоровье населения // Научно-технические ведомости СПбГПУ. – Серия «Гуманитарные и общественные науки». – 2012. – № 4 (160). С. 93–96. (0,38 усл.п.л.).
14. *Лебедева-Несевря Н.А.* Сочетанное влияние производственных и социальных факторов риска на здоровье работающих на предприятиях по производству изделий методом порошковой металлургии / П.З. Шур, Н.В. Зайцева, В.Г. Костарев, Н.А. Лебедева-Несевря, Д.М. Шляпников // Медицина труда и промышленная экология. – 2012. – № 12. – С. 8. (0,4/0,12 усл.п.л.).
15. *Лебедева-Несевря Н.А.* Методы оценки социально детерминированных рисков потребления алкоголя в регионах России / Н.А. Лебедева-Несевря // Современные проблемы науки и образования (Электронный журнал). – 2013. – № 5. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/111-10028> (0,92 усл.п.л.).
16. *Лебедева-Несевря Н.А.* Идентификация социальных факторов риска здоровью детей дошкольного возраста, проживающих на территориях с высокой антропогенной нагрузкой / П.З. Шур, Н.А. Лебедева-Несевря // Гигиена и санитария. – 2013. – № 5. – С. 59. (0,46/0,3 усл.п.л.).
17. *Лебедева-Несевря Н.А.* Методические подходы к оценке риска, связанного с воздействием макросоциальных факторов на здоровье населения / Н.В. Зайцева, Н.А. Лебедева-Несевря, М.Ю. Цинкер, Е.А. Рязанова // Здоровье семьи – 21 век (Электронный журнал). – 2013. – № 4 (4). – Режим доступа: <http://fh-21.perm.ru/download/2013-4-4.pdf> (1,73/0,7 усл.п.л.).
18. *Лебедева-Несевря [Несевря] Н.А.* Политико-административные решения социально-экономических и социокультурных проблем в Пермском крае / Н.В. Борисова, И.А. Германов, Н.А. Лебедева-Несевря [Несевря], Е.Б. Плотникова // Политическая наука. – 2009. – № 2. – С. 132–153. (2,65/0,7 усл.п.л.).
19. *Лебедева-Несевря Н.А.* Роль здорового образа жизни и социальных факторов в формировании здоровья дошкольников / О.А. Маклакова, Н.А. Лебедева-Несевря, А.И. Аминова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 5. – С. 22. (0,11/0,07 усл.п.л.).
20. *Лебедева-Несевря Н.А.* Потребление алкоголя как фактор риска здоровью работников промышленных предприятий, занятых во вредных условиях труда (на

примере Пермского края) / Е.А. Рязанова, Н.А. Лебедева-Несевря // Вестник РГМУ. – 2013. – № 5–6. – С. 45–46. (0,44/0,3 усл.п.л.).

Публикации в научных журналах и сборниках

1. *Лебедева-Несевря [Несевря] Н.А.* Социальные аспекты сокращения предотвратимой смертности в Пермском крае / Н.А. Лебедева-Несевря [Несевря] // Вестник Пермского университета. Серия «Социология». 2009. Выпуск 8 (34). – Пермь: ГОУ ВПО «Пермский государственный университет», 2009. С. 176–181. (0,69 усл.п.л.).
2. *Лебедева-Несевря [Несевря] Н.А.* Социальные факторы риска здоровью как объект регионального управления / Н.А. Лебедева-Несевря [Несевря] // Бюллетень Пермской социологии. Исследования 2008–2009 гг. / Сборник. – Пермь: Типография «Меркурий», 2009. – С. 28–31. (0,46 усл.п.л.).
3. *Lebedeva-Nesevria N.A.* Social Health Risk Factors Management at Industrial Enterprises [Электронный ресурс] / N.A. Lebedeva-Nesevria, A.O. Barg //– Russian Sociology on the Move / Ed. by V.A. Mansurov. – Moscow: RSS. 2010. ISBN 978-5-904804-01-5. CD-ROM (0,34/0,28 усл.п.л.). Опубликовано на английском языке
4. *Лебедева-Несевря Н.А.* Особенности восприятия внешнесредовых и поведенческих рисков для здоровья населением крупного города (на примере г. Перми) / А.О. Барг, Н.А. Лебедева-Несевря // Бюллетень Пермской социологии. Исследования 2009–2010 гг. / Сборник. – Пермь: Типография «Меркурий», 2010. – С. 145–155. (0,46/0,37 усл.п.л.).
5. *Лебедева-Несевря [Несевря] Н.А.* Социальные факторы риска здоровью: теоретико-методологические проблемы анализа / А.О. Барг, Н.А. Лебедева-Несевря // Вестник Пермского университета. Серия Философия. Психология. Социология. – 2010. – Выпуск 1 (1). – Пермь: ГОУ ВПО «Пермский государственный университет». – С. 99–108. (1,16/0,95 усл.п.л.).
6. *Лебедева-Несевря Н.А.* Методика построения сопряженной базы данных показателей здоровья и социальных факторов риска развития соматических неинфекционных заболеваний у работников промышленных предприятий / Д.А. Кирьянов, Н.А. Лебедева-Несевря // Современные наукоемкие технологии. – 2010. – № 11. – С. 27–31. (0,29/0,17 усл.п.л.).
7. *Лебедева-Несевря Н.А.* Социальные факторы риска здоровью как объект управления / Н.А. Лебедева-Несевря // Вестник Пермского университета. Серия Биология. – 2010. – Выпуск 3. – С. 36–41. (0,69 усл.п.л.).
8. *Лебедева-Несевря [Несевря] Н.А.* Методы оценки социального благополучия и экологического статуса территорий, прилегающих к потенциально опасным промышленным объектам / Г.М. Батракова, Ю.И. Рудакова, Н.А. Лебедева-Несевря [Несевря] // Научные исследования и инновации. – 2010. – Т. 4. – № 4. – С. 15–21. (0,81/0,5 усл.п.л.).
9. *Лебедева-Несевря [Несевря] Н.А.* Социально-экономические последствия алкоголизма и наркомании в Пермском крае / Н.А. Лебедева-Несевря [Несевря], Д.А. Кирьянов // Вестник Пермского университета. Серия Философия. Психология. Социология. – 2010. – Выпуск 1 (1). – Пермь: ГОУ ВПО «Пермский государственный университет». – С. 109–115. (0,81/0,6 усл.п.л.).

10. *Лебедева-Несевря Н.А.* Особенности восприятия родителями внешнесредовых и поведенческих рисков для здоровья детей дошкольного возраста / Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг // Вестник Пермского университета. Серия Философия. Психология. Социология. – 2011. – Выпуск 1 (5). – С. 101–106. (0,64/0,5 усл.п.л.).
11. *Лебедева-Несевря Н.А.* Социальные факторы риска для здоровья как предмет эмпирического социологического исследования / А.О. Барг, Н.А. Лебедева-Несевря // Вестник Пермского университета. Серия Философия. Психология. Социология. 2012. Выпуск 4 (12). С. 102–106. (0,58/0,47 усл.п.л.).
12. *Лебедева-Несевря Н.А.* Самоубийства и злоупотребление алкоголем: анализ взаимосвязи на материалах исследования в Пермском крае / Н.А. Лебедева-Несевря, Д.А. Кирьянов // Вестник Пермского университета. Серия Философия. Психология. Социология. 2012. Выпуск 4 (12). С. 107–110. (0,46/0,28 усл.п.л.).
13. *Лебедева-Несевря Н.А.* Подходы к построению эффективной региональной системы информирования о рисках здоровью / Н.В. Зайцева, Н.А. Лебедева-Несевря // Здоровье семьи – 21 век (Электронный журнал). – 2010. – № 4 (4). URL: http://fh-21.perm.ru/download/5_8.pdf (0,8/0,65 усл.п.л.).

Публикации в сборниках материалов международных и всероссийских конференций

1. *Лебедева-Несевря [Несевря] Н.А.* Поведенческие факторы риска здоровью населения Пермского края / Н.А. Лебедева-Несевря [Несевря], А.О. Барг // Научные основы и медико-профилактические технологии обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения: материалы Всерос. науч.-практ. конф. / под общ. ред. чл.-корр. РАМН д-ра мед. наук, проф. Н.В. Зайцевой. – Пермь: Книжный формат, 2009. – С. 44–55. (0,63/0,51 усл.п.л.).
2. *Лебедева-Несевря [Несевря] Н.А.* Социально-экономические детерминанты здоровья Н.А. / Лебедева-Несевря [Несевря] // Социальная теория и проблемы информационного общества: материалы международного симпозиума, 30–31 октября 2009 г. – Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет», 2009. – С. 381–384. (0,28 усл.п.л.).
3. *Лебедева-Несевря [Несевря] Н.А.* Социальные факторы риска здоровью: проблемы управления / Н.А. Лебедева-Несевря [Несевря] // Четвертые Ковалевские чтения / Материалы научно-практической конференции 12–13 ноября 2009 года / Отв. ред. Ю.В. Асочаков. – СПб., 2009. Часть I. – С. 452–453. (0,12 усл.п.л.).
4. *Лебедева-Несевря Н.А.* Управление поведенческими факторами риска здоровью работников предприятия порошковой металлургии / Н.А. Лебедева-Несевря // Экология. Риск. Безопасность: Материалы Международной научно-практической конференции (20–21 октября 2010 г.): Сб. науч. тр. – в 2 т. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2010. – Т. 2. – С. 144. (0,14 усл.п.л.).
5. *Лебедева-Несевря Н.А.* Социальные условия формирования поведенческих рисков здоровью детей дошкольного возраста, проживающих в условиях техногенной нагрузки (на примере территорий Пермского края) / Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг, М.В. Рахова // Гигиенические и медико-профилактические технологии управления рисками здоровью населения в промышленно развитых регионах: материалы научн.-практ. конф. с международ. участием / под общ. ред.

- акад. РАМН Г.Г. Онищенко, чл.-корр. РАМН Н.В. Зайцевой. – Пермь: Книжный формат, 2010. – С. 253–258. (0,58/0,4 усл.п.л.).
6. *Лебедева-Несевря Н.А.* Анализ социально детерминированных рисков в системе управления здоровьем работников промышленного предприятия / Н.А. Лебедева-Несевря, Д.А. Кирьянов // Пятые Ковалевские чтения / Материалы научно-практической конференции 12–13 ноября 2010 года / Отв. редактор: Ю.В. Асочаков. СПб., 2010. – С. 1083–1085. (0,17/0,13 усл.п.л.).
 7. *Лебедева-Несевря [Несевря] Н.А.* Проблемы формирования здорового образа жизни населения в современной России / Н.А. Лебедева-Несевря [Несевря] // Актуальные проблемы социологии молодежи, культуры и образования: материалы международной конференции. В 3 т. Том II / под общ. ред. Ю.Р. Вишневого. – Екатеринбург: УГТУ-УПИ, 2010. – С. 207–209. (0,23 усл.п.л.).
 8. *Лебедева-Несевря [Несевря] Н.А.* Социальные детерминанты здоровья: сущность и типология / Н.А. Лебедева-Несевря [Несевря], А.О. Барг // Здоровье как ресурс / Под общей редакцией проф. З.Х. Саралиевой. – Н.Новгород: Издательство НИСОЦ, 2010. – С. 557–561. (0,46/0,37 усл.п.л.).
 9. *Лебедева-Несевря Н.А.* Цели, задачи и основные принципы информирования о рисках здоровью населения / Н.А. Лебедева-Несевря // Актуальные проблемы общей и военной гигиены: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (22 апреля, 2011 года). – СПб, 2011. – С. 17–18. (0,11 усл.п.л.).
 10. *Лебедева-Несевря Н.А.* Идентификация опасности при оценке риска, связанного с воздействием злоупотребления алкоголем на здоровье населения / Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг // Гигиенические и медико-профилактические технологии управления рисками здоровью населения: материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под общ. ред. акад. РАМН Г.Г. Онищенко, чл.-корр. РАМН Н.В. Зайцевой. – Пермь, Книжный формат, 2011. – С. 153–155. (0,35/0,28 усл.п.л.).
 11. *Лебедева-Несевря Н.А.* Учащаяся молодежь как объект профилактики злоупотребления алкоголем (по результатам исследования в Пермском крае) / Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг, Е.А. Рязанова // Материалы третьей межрегиональной научно-практической конференции «Эмпирические социологические исследования как инструмент анализа оптимизации государственной молодежной политики». Краснодар: Просвещение-Юг, 2011. – С. 152–155. (0,23/0,1 усл.п.л.).
 12. *Лебедева-Несевря Н.А.* Идентификация опасности при оценке риска, связанного с воздействием факторов образа жизни на здоровье населения / А.О. Барг, Н.А. Лебедева-Несевря // Фундаментальные и прикладные аспекты анализа риска здоровью населения: материалы Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых и специалистов Роспотребнадзора: в 2 т. / под общ. ред. акад. РАМН Г.Г. Онищенко, акад. РАМН Н.В. Зайцевой. – Пермь: Книжный формат, 2012. – Т. 1. – С. 362–364. (0,17/0,1 усл.п.л.).
 13. *Лебедева-Несевря Н.А.* Оценка риска, связанного с воздействием факторов образа жизни на здоровье населения / П.З. Шур, Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг // Материалы XI Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей / под ред. акад. РАМН Г.Г. Онищенко, акад. РАМН профессора А.И. Потаповича. – Москва, 29–30 марта 2012 г. – Т. 1. – С. 780–783. (0,23/0,1 усл.п.л.).
 14. *Лебедева-Несевря Н.А.* Идентификация социальных факторов риска развития заболеваний органов пищеварения у детей дошкольного возраста / А.О. Барг, Н.А. Лебедева-Несевря // Охрана здоровья населения промышленных террито-

- рий. Материалы всероссийской научно-практической on-line конференции молодых ученых (15–20 июня 2011 г.) / под общей ред. акад. РАМН Г.Г. Онищенко, чл.-корр. РАМН Н.В. Зайцевой. – Пермь, 2011. – С. 75–79 (0,23/0,13 усл.п.л.).
15. *Лебедева-Несевря Н.А.* Оценка сочетанного действия социальных и производственных факторов рисков здоровью (на примере работников машиностроительного предприятия) / Н.А. Лебедева-Несевря // Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. – М.: РОС, 2012. – 1 CD ROM. – С. 4381–4385. (0,52 усл.п.л.).
 16. *Лебедева-Несевря Н.А.* Социальные факторы, формирующие здоровье населения: сущность и типология / Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг // Социология и общество: глобальные вызовы и региональное развитие [Электронный ресурс]: Материалы IV Очередного Всероссийского социологического конгресса / РОС, ИС РАН, АН РБ, ИСППИ. – М.: РОС, 2012. – 1 CD ROM. – С. 4373–4379 (0,92/0,7 усл.п.л.).
 17. *Лебедева-Несевря Н.А.* Методические подходы к оценке влияния социально-экономических факторов на здоровье населения территории в системе социально-гигиенического мониторинга / Е.А. Рязанова, Н.А. Лебедева-Несевря // Актуальные проблемы и инновационные технологии в гигиене [Электронный ресурс]: Материалы Всероссийской научно-практической интернет – конференции (1–5 октября 2012, г. Пермь). – Пермь, 2012. URL: <http://fcrisk.ru/forums/node/172> (0,31/0,2 усл.п.л.).
 18. *Лебедева-Несевря Н.А.* Безответственное медицинское поведение как фактор риска ухудшения здоровья населения / Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг, // Седьмые Ковалевские чтения / Материалы научно-практической конференции 15–16 ноября 2012 года / Отв. редактор: Ю.В. Асочаков. СПб., 2012. – С. 1475–1482. (0,35/0,2 усл.п.л.).
 19. *Лебедева-Несевря Н.А.* К вопросу сочетанного воздействия социальных и внешнесредовых факторов риска на здоровье человека / А.О. Барг, Н.А. Лебедева-Несевря // Седьмые Ковалевские чтения / Материалы научно-практической конференции 15–16 ноября 2012 года / Отв. редактор: Ю.В. Асочаков. СПб., 2012. – С. 1428–1431. (0,46/0,3 усл.п.л.).
 20. *Лебедева-Несевря Н.А.* Информирование региональных органов власти о риске, связанном с воздействием факторов среды обитания на здоровье населения, и мерах по его снижению / Е.А. Рязанова, Н.А. Лебедева-Несевря // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития// Сборник докладов / Под ред. Решетникова А.В. М.: Изд-во Первого московского государственного университета им. И.М. Сеченова, 2013. Т. 2. С. 207–211. (0,58/0,4 усл.п.л.).
 21. *Лебедева-Несевря Н.А.* Изучение факторов образа жизни при проведении эпидемиологических исследований воздействия шума на здоровье населения / Н.А. Лебедева-Несевря // Актуальные направления развития социально-гигиенического мониторинга и анализа риска здоровью: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Пермь, 15–17 мая 2013 г. – Пермь, 2013. – С. 61–65. (0,52 усл.п.л.).
 22. *Лебедева-Несевря Н.А.* Употребление алкоголя учащейся молодежью (опыт социологического исследования в городах Пермского края) / Н.А. Лебедева-Несевря // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития// Сборник

докладов / Под ред. Решетникова А.В. М.: Изд-во Первого московского государственного университета им. И.М. Сеченова, 2013. – Т. 2. – С. 35–43. (1,04 усл.п.л.).

23. *Лебедева-Несевря Н.А.* Оценка потерь трудового потенциала промышленно развитого региона, связанных с преждевременной смертностью населения / М.Ю. Цинкер, Н.А. Лебедева-Несевря // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе [Электронный ресурс]: материалы междунар. науч.-практ. интернет-конференции (3–4 декабря 2013 г.) / Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Электрон. издан. – Пермь, 2013. – 159 с. – 1 электрон. опт. диск (CDROM); 12 см. (0,21/0,15 усл.п.л.).

Учебники и учебные пособия

1. *Лебедева-Несевря Н.А.* Социология здоровья: учеб. пособие для студ. вузов / Н.А. Лебедева-Несевря, С.С. Гордеева; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – 238 с. (13,83/7 усл.п.л.).
2. Практикум по социологии здоровья: учеб. пособие для студ. вузов / сост. Н.А. Лебедева-Несевря. Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2013. – 236 с. (13,72 усл.п.л.).

Методические рекомендации

1. *Лебедева-Несевря Н.А.* Оценка риска, связанного с воздействием факторов образа жизни на здоровье населения. Методические рекомендации (МР 2.1.10.0033-11). Утверждены Роспотребнадзором 31.07.2011 / коллект. авт. – М., 2012. – 62 с. (4/2 усл.п.л.).
2. *Лебедева-Несевря Н.А.* Информирование о рисках заболеваний у детей дошкольного возраста при сочетанном действии внешнесредовых и социальных факторов. Методические рекомендации (внедрены Приказом Управления Роспотребнадзора по Пермскому краю № 9 от 16.11.2012) / Н.А. Лебедева-Несевря, А.О. Барг, Е.А. Рязанова. – 27 с. (1,2/0,68 усл.п.л.).
3. *Лебедева-Несевря Н.А.* Выявление контингентов риска среди работающих на предприятиях в условиях сочетанного воздействия социальных и производственных факторов. Методические рекомендации (внедрены Приказом Управления Роспотребнадзора по Пермскому краю № 217 от 17.12.2012) / П.З. Шур, Д.М. Шляпников, Н.А. Лебедева-Несевря, Е.А. Рязанова. – 25 с. (0,6/0,3 усл.п.л.).
4. *Лебедева-Несевря Н.А.* Информирование руководителей промышленных предприятий о риске здоровью работников. Методические рекомендации (внедрены Управлением Роспотребнадзора по Пермскому краю от 14.12.2011) / П.З. Шур, Н.А. Лебедева-Несевря, Е.А. Рязанова, А.О. Барг. Пермь, 2012. – 11 с. (0,51/0,2 усл.п.л.).

Патенты, свидетельства

1. *Лебедева-Несевря Н.А.* Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2014620021 «Социально-экономические и поведенческие факторы риска здоровью работающего населения» / Н.А. Лебедева-Несевря, Е.А. Рязанова, Л.А. Ситчихина; заявитель и патентообладатель ФБУН «ФНЦ медико-

