

И.А. ГУНДАРОВ, В.А. ПОЛЕССКИЙ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ

От факторов риска –
к резервам здоровья
и социальной профилактике



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

РОЛЬ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ В ФОРМИРОВАНИИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

6.1. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Согласно классическим руководствам по общественному здоровью, жизнеспособность населения трудоспособного возраста в основном зависит от четырех групп параметров. Вклад наследственности составляет 20–25%, но ее коррекция недоступна широкому практическому здравоохранению. На долю экологических условий приходится 10–15%, но и они не подвластны исправлению силами самих медиков, требуется государственное участие. Возможности клинической медицины не превышают 10%, обусловленные преимущественно лечением инфекционных и хирургических заболеваний. Остальные 50% относятся к образу жизни, который может быть здоровым и нездоровым [1].

Под ЗОЖ традиционно понимается минимизация пяти-шести классических ФР. Ответственность за их устранение возлагается на самого человека. Поэтому высокая заболеваемость объясняется нежеланием людей быть здоровыми. От органов здравоохранения в такой ситуации требуется проведение пропагандистских кампаний, осуществление мер информационного принуждения, обучение способам отказа от вредных привычек, принятие репрессивных законодательных актов.

Однако с позиций современной социологии образ жизни представляется значительно более содержательным явлением, включающим широкий спектр условий человеческого существования [2]. Образ жизни — это система устойчивых взаимодействий человека со средой обитания и самим собой, зависящая от всех формирующих ее сторон. Он служит своеобразным мостиком, соединяющим общественные закономерности с персональной сутью индивида. Поэтому понять поведение человека и управлять им в отрыве от среды обитания невозможно. Соответственно утопично надеяться на достижение обществом здоро-

вого поведения через обучение без учета социально-экономического окружения.

Воздействия среды могут быть непосредственными и опосредованными. Опосредованное влияние на здоровье населения оказывают образование, род занятий и уровень доходов [3]. От величины доходов зависит уровень жизни, т.е. совокупность потребляемых населением товаров и услуг. Среди них к числу главных относятся жилищные условия. Нормальная площадь жилого пространства должна составлять не менее 16 м² на человека. Скученность в городах сверх пороговой величины ведет к росту конфликтности, преступности, самоубийств, смертности.

К ключевым факторам образа жизни относится наличие или отсутствие семьи, а для семьи — характер внутрисемейных отношений. «Семейный климат, внутрисемейные отношения, семейное положение во многом формируют состояние здоровья... Даже при таких заболеваниях, возникновение которых, казалось бы, связано с внешними механическими условиями» [1]. Исследования показали, что мужчины, не состоящие в браке, имели более высокий риск развития острого инфаркта миокарда по сравнению с женатыми. Разница сохранялась после стандартизации по социально-экономическому статусу, предшествующему состоянию здоровья, привычке к курению и потреблению алкоголя. В Швеции среди разведенных мужчин по сравнению с женатыми смертность за 11 лет была в 2,2 раза выше [5, 6].

В семьях, имеющих детей, смертность среди супругов оказывается ниже, чем у бездетных пар. В многодетных регионах России, где на женщину приходится 3 ребенка и более, злокачественные новообразования молочной железы и матки встречаются в 5–8 раз реже, чем в регионах с наличием одного ребенка на семью. Семейные ссоры и разногласия ведут к ухудшению здоровья супругов. Дети из таких семей, став взрослыми, чаще жалуются на плохое самочувствие, чаще страдают ССЗ и психическими расстройствами, у них в 1,5 раза выше смертность.

Большое значение для здоровья человека имеет социальное положение. В исследованиях показано, что переход от высокого общественного положения к низкому сочетается с увеличением смертности [4] (рис. 35).

По мере ухудшения общественного статуса увеличивается распространенность вредных привычек, в частности курения [4] (рис. 36).

Важная составляющая ЗОЖ — социальная востребованность, потребность людям, участие в ответственном деле. Поэтому отстранение от полезного труда, переход в разряд безработных ведет к ухудшению

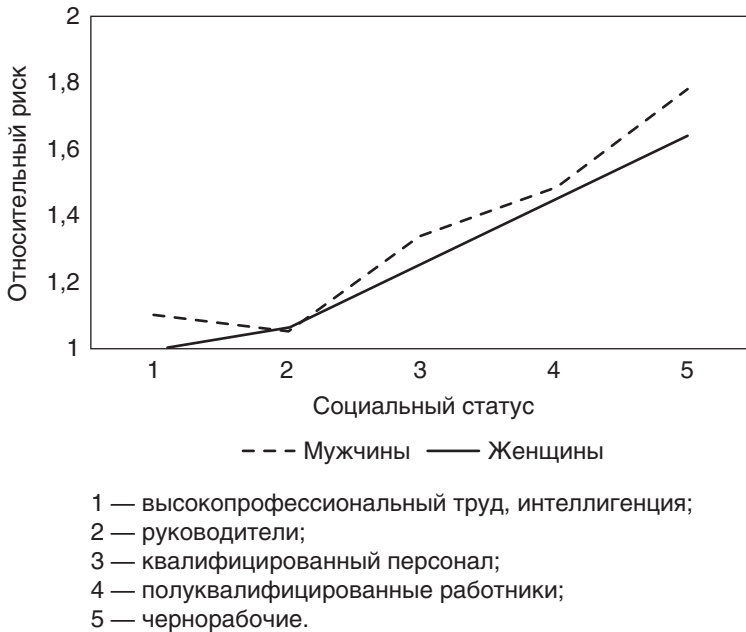


Рис. 35. Относительный риск смерти в зависимости от социального положения

самочувствия. Нарушается общественный статус, исчезают устойчивые жизненные цели, человек утрачивает ощущение принадлежности и значимости, нарастает ощущение унижения, ограничивается возможность принимать действенные решения. Даже при полной материальной компенсации безработные чувствуют себя ущербными и неполноценными, поскольку нуждаются еще и в том, что не определяется деньгами. Трудоустройство имеет не только материальное содержание, но и важное духовно-психологическое значение [7–10].

Среди лиц, потерявших работу, увеличивается число больных психическими расстройствами [11, 12], другими заболеваниями, растут инвалидность и общая смертность [13]. При 10-летнем наблюдении над британскими мужчинами-безработными стандартизованная по возрасту и социальному положению смертность была выше на 21% в сравнении с работающим населением [14].

В семьях потерявших работу чаще происходят конфликты между супругами, во взаимоотношениях с детьми, с окружающими людьми. Увеличивается уровень разводов. У жен, чьи мужья оказались без рабо-

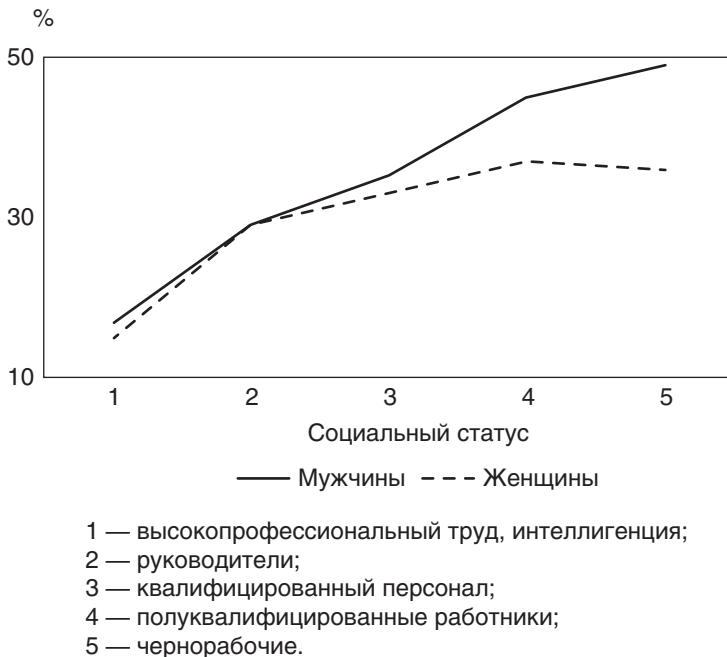


Рис. 36. Распространенность курения среди взрослого населения при разном социальном положении

ты, на 20% был выше уровень смертности [14]. Даже среди работающих, но опасющихся потерять работу, мысли о самоубийстве возникали в два с лишним раза чаще [15].

Для ЗОЖ требуется не только факт трудовой занятости, но и удовлетворенность своей работой. Профессиональная неудовлетворенность оказывает негативное влияние на жизнеспособность человека, увеличивает смертность от ССЗ даже при стандартизации по социальному статусу [16].

Благоприятное влияние на здоровье оказывают товарищеская взаимопомощь, сопереживание, доброжелательные межличностные связи, забота коллектива. Социальная поддержка, вовлечение в тесные связи с другими людьми, ощущение себя предметом заботы или уважения смягчают повреждающее действие многих стрессоров и снижают смертность [17, 18].

На величину здоровья сильное влияние оказывает интеллектуальное развитие. Этот феномен подтвержден многочисленными исследова-

ниями в США, Великобритании, Австралии, Финляндии [19]. Высокий уровень образования обеспечивает самоуважение, способность эффективно преодолевать сложные ситуации, вести более разумный образ жизни. Напротив, низкий образовательный потенциал выступает сильным ФР, ухудшающим жизненный прогноз [19–21]. При 10-летнем наблюдении над москвичами с низким уровнем образования смертность у них была более чем в 2 раза выше по сравнению с имевшими высшее образование [23].

К важным параметрам ЗОЖ относятся режим дня, регулярность выполнения стандартных действий, умение распределять время и избегать цейтнотов [1].

Во многих обстоятельствах традиционные ФР оказываются производными от условий существования. Игнорирование этого феномена приводит к ложным выводам, когда, например, улучшение демографической ситуации объясняют снижением ФР, хотя на самом деле причиной является рост благосостояния населения. Так, в США за 1960–1980 гг. произошел значительный спад смертности от БСК, особенно мозгового инсульта (табл. 27, А) [24]. Позитивный эффект объясняли улучшением лечения АГ, коррекцией избыточной массы тела и гиперхолестеринемии, уменьшением частоты курения. В действительности же их распространенность почти не изменилась (табл. 27, Б). К тому же благоприятная демографическая динамика началась раньше национальных профилактических программ [25].

Объяснение, вероятно, в том, что за указанный период валовой внутренний продукт США вырос в 9,5 раз, душевые затраты на медицинские нужды увеличились в 15 раз, общие расходы на здравоохранение — в 20 раз (табл. 27, В), численность врачей на душу населения выросла почти вдвое (табл. 27, Г) [26, 27].

Таблица 27

**Здоровье и благосостояние населения США
в 1960–1988 гг.**

Параметры	1960 г.	1970 г.	1980 г.	1988 г.
А. Смертность (%о, стандартизация по возрасту)				
Все причины	7,6	7,1	5,9	5,3
ИБС	2,9	2,5	2,0	1,7
Мозговой инсульт	0,8	0,7	0,4	0,3
Новообразования	1,3	1,3	1,3	1,3