

УДК 316.344.6:613

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ

М. Г. Королев

старший преподаватель кафедры социально-гуманитарных наук,
Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет

В статье на основании ряда социологических и медицинских исследований рассматривается вопрос социальной детерминации здоровья. Автор классифицирует социальные факторы здоровья в три большие группы: обуславливающие и описывающие социально-экономические условия бытия человека (онтологический аспект); обусловленные интеллектуальным развитием человека (гносеологический аспект); составляющие образа жизни (аксиологический аспект). Подчеркивается необходимость учета социальных факторов в формировании государственной политики в сфере здравоохранения и демографии.

Ключевые слова: здоровье, социальные факторы здоровья, неравенство, условия жизни, познания в сфере медицины, социальная политика.

Введение

Здоровье представляет собой непреходящую ценность как для конкретного человека, так и для общества в целом. Однако уровень здоровья не является вечной данностью. Оно способно существенно изменяться в течении жизни человека и зависит от многих факторов (биологических, экологических, социальных). Понимание детерминированности здоровья становится необходимым условием его сохранения и воспроизводства и на личностном уровне, и на общественном. А потому исследования этой проблемы сегодня вышли далеко за пределы чисто медицинских наук. Социология также не остается в стороне и вносит свой вклад в изучение вопроса и формирование социальной политики государства.

Человек является существом социальным. Порождаемые обществом условия непосредственно влияют на состояние его здоровья. В настоящей статье мы обратимся к проблеме определения и классификации социальных факторов здоровья, так как именно они в большей степени поддаются изменению в результате целенаправленного воздействия общества и государства, а значит могут выступать объектами социального управления.

Основная часть

В отчете Всемирной организации здравоохранения “Глобальные факторы риска для здоровья” [1, с. V] приведены пять главных факторов риска для здоровья человека в современном мире: пониженная масса тела у детей, небезопасный секс, употребление алкоголя, непригодная для питья вода и низкий уровень санитарии и гигиены, а также повышенный уровень артериального давления. По оценкам ВОЗ, от этих факторов доля смертей составляет 25%, а сокращение их воздействия могло бы привести к увеличению средней продолжительности жизни в мире на 5 лет.

Анализируя перечисленные выше факторы, можно увидеть, что значительная их часть является либо чисто социальными (употребление табака, алкоголя, небезопасный секс), либо социально обусловленными (пониженная масса тела у

детей может быть вызвана бедностью, нарушением режима и рациона питания; высокий индекс массы тела становится следствием гиподинамии и опять же нарушения режима и рациона питания; непригодной для питья вода может стать вследствие антропогенного загрязнения либо нарушения правил природопользования). Здесь необходимо также учитывать и другие линии социальной детерминации. Например, несбалансированное питание может быть как результатом бедности (объективное условие жизни), так и личным выбором человека (при достаточном уровне экономической состоятельности; например, приверженность вегетарианству).

Отметим, что понятие “социальное” не является полностью тождественным понятию “общественное”, а выражает результат деятельности индивида по отношению к другим людям. Исходя из этого, под социальными факторами здоровья мы понимаем аспекты и условия совместной деятельности людей как представителей определенных групп и общностей, которые повышают либо снижают вероятность наступления негативного либо позитивного события касательно здоровья человека.

Различные ученые (В.И. Добренчиков, А.И. Кравченко, Н.А. Лебедева-Несевря, Ю.П. Лисицын, Ю.М. Осипов, А.В. Решетников, М.Ю. Сурмач, Р.Х. Ягудин) предлагают различные классификации социальных факторов здоровья. В русле социологической науки до сих пор не удалось выработать какого-либо универсального подхода, а потому следует согласиться со сделанными И.В. Журавлевой [2] выводами о том, что включение того или иного фактора в какую-то из групп в различных классификациях весьма субъективно и, вообще, деление факторов на группы всецело зависит от позиции исследователя, а потому не имеет унификации. В этой связи М.Ю. Сурмач считает целесообразным укрупнять группы факторов, воздействующих на здоровье, объединяя близкие по механизму и содержанию действия и явления [3, с. 5].

Часто при рассмотрении социальных явлений выделяют онтологическую, гносеологическую и аксиологическую составляющую. В некоторой степени это можно применить для разделения социальных факторов на три группы:

- Первую группу составляют факторы, обуславливающие и описывающие социально-экономические условия бытия человека. Сюда можно отнести уровень дохода, социальную изоляцию, безработицу, опасные условия труда, много часовую монотонную работу, технологизацию жизни, комфортность жилья, проживание в промышленных районах, проживание в криминализованных районах, работу транспорта, наличие условий для приемлемого досуга (парков, зон отдыха и т. п.), уровень медицинской помощи, доступность медицинских и социальных учреждений.
- Вторая группа связана с интеллектуальным развитием человека: уровень образования, познания в сфере медицины, осведомленность в отношении доступных учреждений здравоохранения, уход за детьми и их воспитание.
- В третью группу входят все составляющие образа жизни, которые на уровне ценностных ориентаций его определяют. Это отношение к курению, употреблению алкоголя, употреблению наркотических веществ, характер сексуальной жизни, рацион питания, физическая активность.

Остановимся на названных факторах более подробно.

Во второй половине XX в. в различных странах (Великобритания, Россия, США, Франция) были проведены исследования, выявившие четкую связь меж-

ду показателями заболеваемости и смертности и тем социальным классом, к которому принадлежит человек. Выводы показывали, что представители высшего класса в среднем здоровее, выше, сильнее и дольше живут, чем люди из более низких социальных слоев. Отмечается, что неквалифицированные рабочие, занимающиеся физическим трудом (принадлежащие к низшему классу), с вдвое большей вероятностью умирают до выхода на пенсию по сравнению с профессиональными служащими из высшего класса. Но даже среди служащих среднего звена лица, занимающие более низкие должности, болеют чаще и умирают раньше, чем их более высокопоставленные коллеги. В семьях неквалифицированных рабочих младенческая смертность вдвое превышает таковую в семьях профессиональных служащих [4; 5; 6].

Значимым социальным фактором здоровья является социальная изоляция. Под этим термином обычно понимается явление, при котором происходит отторжение индивида или группы от других индивидов и групп в результате резкого сокращения либо полного прекращения социальных контактов и взаимодействий. В англоязычной литературе чаще употребляется понятие социальное отчуждение (social exclusion), выражающее результат лишений, которые не позволяют индивидам или группам полноценно участвовать в экономической, политической и культурной жизни того общества, в котором они находятся [7, с. 286–295, 618].

Состояние социальной изоляции может быть тесно связано с распространением определенных ярлыков и стереотипов. Так, например, закрепление за индивидом ярлыка «алкоголик» вызывает отстраненное отношение соседей к его состоянию, что может послужить сопутствующей причиной преждевременной смерти.

Британские ученые (Э. Стептоу, А. Шанкар и др.) обратили внимание на одинокую старость как одно из возможных проявлений социальной изоляции. Их исследования показали, что социально изолированные пожилые люди имеют на 26% повышенный риск смерти, по сравнению с теми, кто продолжает вести социально активную жизнь [8].

Отрицательное влияние на здоровье человека оказывает безработица (особенно на тех, кто привык иметь гарантированную работу и зарплату). Ее последствия варьируются в зависимости от страны. Так, если доступ к социальным пособиям и системе здравоохранения гарантируется, то безработные могут испытывать острые финансовые трудности, но продолжать быть защищенными государством [7, с. 362], там же, где этого нет, положение безработного становится критичным. Поиск путей выхода из сложившейся ситуации вызывает продолжительный стресс, который, в свою очередь, может стать причиной повышенного артериального давления, болезней сердца, расстройств нервной системы, сахарного диабета.

Обстоятельное исследование американских ученых во главе с доктором Х. Тапиа показало, что в сравнении с занятыми людьми у безработных риск смерти значительно возрастает (почти на 73%), что потенциально сокращает их жизнь на 10 лет. Однако при этом подобный риск поражает лишь немногих, а массовая безработица, вызванная общим экономическим спадом, имеет более мягкие последствия [9].

Наличие постоянной трудовой занятости, к сожалению, не является гарантом хорошего здоровья. Некоторые работы сопряжены с вредными и опасными условиями труда. Отрицательно сказывается на состоянии здоровья и многоча-

совая монотонная работа. В организме человека это вызывает одностороннее снижение уровня показателей сердечно-сосудистой системы и высшей нервной деятельности, обусловленное уменьшением активирующего влияния ретикулярной формации на кору больших полушарий головного мозга [10].

Влияние на здоровье человека оказывает и технологизация современной жизни. Научно-технический прогресс в корне изменил уклад жизни людей. Мы все меньше зависим от воздействия внешних факторов. Сократился удельный вес физического труда, что сказалось на внешнем виде современного человека. Произошло перетекание рабочей силы в сферы умственного труда, который в большей степени сопряжен с сидячим образом жизни. Последний же значительно повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ожирения и некоторых видов рака (в т. ч. рака толстой кишки и рака яичников). Длительное пребывание в сидячем положении изменяет протекание обмена веществ в организме, в том числе прекращается синтез липазы, которая отвечает за поглощение жирных кислот, в результате чего жир, который мог бы быть усвоен организмом просто откладывается или забивает артерии. Этой проблеме посвящены многие исследования. Например, университет Южной Каролины и Центр биомедицинских исследований Пеннингтона обследовали мужчин, которые проводили сидя более 23 часов в неделю, и тех, кто сидел менее 11 часов. Оказалось, что риск сердечного приступа у первых выше на 64%. При этом даже посещение тренажерного зала (что практиковали многие из первой группы) не могло полностью компенсировать полученный в результате сидячей работы вред [11, с. 69, 72].

Технологизация принесла и положительный эффект. Роботы и машины стали заменять человека во вредных и опасных условиях, что позволило сократить травматизм и развитие профессиональных заболеваний. Технологии помогают поддерживать жизнь человека в таких ситуациях, когда раньше он бы неизбежно умер. Благодаря им стали возможными замена костей и суставов, стимуляции работы органов и т. п. Однако, как обратная сторона этого процесса, появились проблемы этического и биоэтического плана, связанные с эвтаназией и врачебной жестокостью, пластической хирургией тела, искусственным оплодотворением и пр. Многие технологии относительно здоровья стали применяться сравнительно недавно, а потому их долгосрочный эффект в некоторой степени непредсказуем. Созданные технологиями условия во многом отличаются от тех, в которых веками происходило развитие человека как биологического вида. Поэтому такое направление как эволюционная медицина склонна рассматривать многие заболевания как результат подобных изменений [12].

Еще одним фактором, вытекающим из социально-экономических условий бытия человека, выступает качество жилья. Исследования подтверждают, что недостаточная жилая площадь, отсутствие рациональной вентиляции повышает вероятность распространения инфекционных заболеваний и глистных инвазий. Теснота затрудняет уборку и приводит к неопрятности и распространению насекомых. Сырые и холодные помещения играют значительную роль в этиологии простудных заболеваний, ангины и ревматизма. Возникновение патологических отклонений объясняется понижением жизнедеятельности организма на почве нервно-трофических расстройств, вызываемых усиленным и неравномерным охлаждением тела [13]. Также в помещениях с повышенной влажностью и недостаточным проветриванием (ванные комнаты и кухня) фиксируется высокий уровень грибкового загрязнения.

Доказана роль плохих жилищных условий в развитии патологических явлений со стороны центральной нервной системы, которые субъективно выражаются в головной боли, плохом общем самочувствии, понижении аппетита, беспокойном сне. Причиной указанных явлений могут быть отсутствие уюта и покоя в квартирах и особенно шум, проникающий с улицы (от транспорта, промышленных и культурно-развлекательных объектов) или образующийся в самих помещениях (при этом в большей степени шумовому загрязнению подвержены жители верхних этажей высотных домов). Общеизвестно вредное влияние на здоровье темных жилищ с недостаточным естественным освещением. У детей из-за отсутствия возможности образования в коже витамина D часто развивается рахит [13].

Постоянно растущая насыщенность жилых помещений электрооборудованием вызывает опасения, связанные с влиянием электромагнитного фона. Исследования влияния беспроводных телекоммуникационных технологий (мобильной телефонной связи, wi-fi и др.) дают противоречивые выводы, а потому сохраняются опасения о негативном влиянии этих волн на здоровье человека в долгосрочной перспективе.

Как отдельный фактор выделяется проживание в промышленных районах. Хотя некоторые исследователи (Е.Н. Будрейко, Ф.Ф. Даутов и др.) рассматривают данный аспект более широко – проживание в городской среде. Города требуют аккумуляции множества ресурсов и одновременно являются сильнейшими источниками загрязнения окружающей среды. Е.Н. Будрейко отмечает, что крупный город изменяет почти все компоненты природной среды: атмосферу, растительность, почву, рельеф, грунты, подземные воды и даже климат. Перепады температур, относительной влажности, солнечной радиации между городом и его окрестностями иногда соизмеряется с весьма значительным продвижением в естественных условиях по широте, причем изменение одних условий вызывает изменение других. Горожане получают на 15% меньше солнечных лучей летом и на 30% – зимой, на 10% – больше осадков, на 10% – больше облачных дней, на 30% – больше тумана летом и на 100% – зимой. Города дают 80% всех выбросов в атмосферу и 3/4 общего объема загрязнений [14].

С медико-биологических позиций наибольшее влияние экологические факторы городской среды оказывают на следующие тенденции:

- процесс акселерации (ускорение развития отдельных органов или частей организма, а также полового созревания по сравнению с предыдущими поколениями),
- нарушение биоритмов (например, околосуточных ритмов в следствие использования электроосвещения, продлевающего световой день и ведущего к хаотизации прежних биоритмов),
- алергизация и рост аутоиммунных заболеваний населения (как результат разбалансировки иммунной системы человека городской средой: с одной стороны, на организм стали воздействовать новые вещества (ксенобиотики), давления которых иммунная система ранее не испытывала, а с другой стороны, исчезли прежние раздражители, которые формировали устойчивость организма к определенным болезням [12, с. 30–34]),
- рост онкологической заболеваемости и смертности (в т. ч. в результате постоянного контакта с токсинами и канцерогенами, содержащимися в загрязненных промышленных выбросах в воздухе и воде),
- рост доли лиц с избыточным весом (в т. ч. под воздействием так называемого “синдрома непрекращающегося лета”),

- рождение большого количества недоношенных детей (в следствие нарушения репродуктивного здоровья женщин),
- распространение инфекционных заболеваний,
- биологические тенденции в организации жизни (например, курение, наркомания, “стерилизация” среды и др.) [15].

Таким образом, проживание в городской среде оказывает свое давление на состояние здоровья человека. Воздействие же многочисленных и интенсивных промышленных выбросов это воздействие значительно усиливает.

Негативно сказывается на состоянии здоровья проживание в криминализованных районах. Сюда, зачастую, примешиваются также факторы бедности и некачественного жилья. Постоянный стресс по причине страха стать жертвой преступления угнетающе действует на уровень здоровья человека. Такое положение вещей изменяет социальную доступность мест отдыха и рекреации, учреждений здравоохранения, социальной защиты и пр. Также в подобных районах широко распространены наркомания, проституция (в т. ч. гомосексуальная) и прочие асоциальные явления, что значительно увеличивает риск заражения определенными заболеваниями.

Работа транспорта – еще один фактор, влияющий на здоровье человека. Здесь следует иметь в виду вредные выбросы, образующиеся в результате его функционирования (углеводородные соединения, свинец и др.), шумовое загрязнение, а также воздействие электромагнитных полей. Другой полус проблемой – возможность оперативно перемещаться в пространстве. Длительные ожидания на остановках (особенно в период повышенной влажности и низких температур), проезд в переполненных салонах (где высока вероятность контакта с инфицированными людьми) – все это может послужить причиной или катализатором возникновения различных простудных заболеваний.

Проведенные в последние годы в Великобритании, Нидерландах и США исследования показывают значимость для общественного здоровья такого фактора, как наличие доступа в парки и зеленые зоны. Это способствует снижению уровня стресса и психосоматических заболеваний, улучшает общее самочувствие и повышает ощущение счастья [16]. Правда, в большей степени это касается проживающих в так называемой “шаговой доступности” от парковых зон. Однако даже те, кто регулярно проводит в парках досуг, ощущают благотворное влияние природы на свой организм. Зеленые зоны – это не только прекрасное место для спортивных тренировок (катание на велосипеде, пробежки, скандинавская ходьба и пр.), но и пространство для налаживания и поддержания социальных контактов. Проблема же многих городов (в т. ч. белорусских) – недостаточное количество парков и зеленых насаждений. Здесь также встает проблема неравномерности их распределения в городской среде.

Согласно экспертной оценке ВОЗ, от уровня развития национальной системы здравоохранения индивидуальное здоровье зависит только на 10%. Однако и это весьма значимо. Тем более, что в мире наблюдается ассиметричное обеспечение населения услугами здравоохранения. Эта тенденция известна также как закон инверсной заботы: те группы, которые обладают самым плохим здоровьем, часто живут в регионах с наименьшими ресурсами (что вытекает в низкий уровень развитости системы здравоохранения). Подобная ситуация касается не только стран Африки и Азии. Даже в условиях развитого государства отмечается неравномерное распределение медицинских учреждений. Например, в нашей стране в сельской местности большую долю населения составляют пожилые люди, кото-

рые в силу возраста нуждаются в услугах медицинских и социальных учреждений, однако сконцентрированы последние преимущественно в больших городах. Это ставит также вопрос о доступности услуг медицины и социальной защиты для различных групп населения.

Вторую группу социальных факторов образуют те, что связаны с уровнем интеллектуального развития человека. В первую очередь, это уровень образования и познания в сфере медицины.

В последнее время проведено множество исследований (Н.А. Барбараш, E.V. Schneider, S. Sur и др.), подтверждающих прямую связь уровня образования со здоровьем человека и его продолжительностью жизни. Выводы показывают, что наличие образования влияет на многие сферы жизни, преобразует личность и ее восприятие окружающего мира. Образованные люди в среднем живут дольше, менее подвержены дегенеративным заболеваниям, быстрее и лучше восстанавливаются после черепно-мозговых травм и др. Они склонны принимать более рациональные и взвешенные решения по поводу своих перспективных планов, поступков и образа жизни.

Соотносится с образованием и уровень познаний в сфере медицины. В обществе бытует огромное количество стереотипов и искаженных представлений, которые в той или иной степени оказывают влияние на здоровье человека, а также на характер обращения им за медицинской помощью (иными словами, на самосохранительное поведение). На основании подобных различий строится большинство типологий пациентов [17]. От познаний в сфере медицины зависит уровень доверия системе здравоохранения и расположенность к обращению к специалистам альтернативных практик.

К данной группе относится также характер ухода за детьми и их воспитания. Он во многом зависит от осознания природы и предназначения родительства. При этом формируются базовые основы здоровьесберегающего поведения или противоположных ему явлений. Во всяком случае, система ценностных ориентаций и развития сознания играет здесь ключевую роль.

Третью группу факторов составляют производные образа жизни. Они довольно разнообразны, а потому притягивают к себе интерес исследователей. Касательно нашей страны написано не мало обобщающих работ [18; 19; 20], а потому в рамках настоящей статьи мы не станем подробно на них останавливаться.

Заключение

Таким образом, различные проявления нашей жизни создают специфические условия, которые оказывают влияние на здоровье современного человека. Под социальными факторами здоровья следует понимать аспекты и условия совместной деятельности людей как представителей определенных групп и общностей, которые повышают либо снижают вероятность наступления негативного либо позитивного события касательно здоровья человека. Можно выделить три больших группы этих социальных факторов: обуславливающие и описывающие социально-экономические условия бытия человека (онтологический аспект); обусловленные интеллектуальным развитием человека (гносеологический аспект); составляющие образа жизни (аксиологический аспект). Их исследование помогает лучше понять феномен здоровья, что, в свою очередь, делает возможным разработку действенных мер по улучшению состояния здоровья нации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Глобальные факторы риска для здоровья: Смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска / ВОЗ. – Женева, 2015. – 70 с.
2. **Журавлева, И. В.** Отношение к здоровью индивида и общества / И. В. Журавлева ; Ин-т социологии РАН. – М. : Наука, 2006. – 238 с.
3. **Сурмач, М. Ю.** Качество жизни подростков Республики Беларусь: связь со здоровьем : монография / М. Ю. Сурмач. – Гродно : ГрГМУ, 2013. – 228 с.
4. **Sen, A.** Economic progress and health // Poverty, inequality and health: An international perspective / A. Sen ; Ed.: P. Leon and G. Walt – Oxford : Oxford University Press, 2001. – P. 351.
5. **Падиарова, А. Б.** Социальное неравенство как фактор здоровья нового поколения россиян / А. Б. Падиарова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2009. – № 1(9). – С. 2–12.
6. **Добренков, В. И.** Фундаментальная социология : в 15 т. / В. И. Добренков, А. И. Кравченко. – М. : ИНФРА-М, 2003–2007. – Т. 9 : Возрасты человеческой жизни. – М., 2005. – 1094 с.
7. **Гидденс, Э.** Социология / Э. Гидденс, при участии К. Бердсолл. – 2-е изд., полностью перераб. и доп. – М. : Едиториал УРСС, 2005. – 632 с.
8. **Steptoe, A.** Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women / A. Steptoe <http://www.pnas.org/content/110/15/5797.full> – corresp-1, A. Shankar, P. Demakakos, J. Wardle // Proceedings of the National Academy of Sciences. – Vol. 110. – № 15. – P. 5797–5801.
9. **Tapia, J. A.** Individual Joblessness, Contextual Unemployment, and Mortality Risk / J. A. Tapia Granados, J. S. House, E. L. Ionides, S. Burgard, R. S. Schoeni // American Journal of Epidemiology. – 2014. – Vol. 180. – № 3. – P. 280–287.
10. Гигиена труда : учебник / под ред. Н. Ф. Измерова, В. Ф. Кириллова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 592 с.
11. **Джейкобс, Э. Д.** До смерти здоров. Результат исследования основных идей о здоровом образе жизни / Э. Д. Джейкобс. – М. : Манн, Иванов и Фербер, 2013. – 368 с.
12. **Тейлор, Д.** Здоровье по Дарвину: почему мы болеем и как это связано с эволюцией / Д. Тейлор. – М. : Альпина Паблишер, 2016. – 333 с.
13. **Лакшин, А. М.** Общая гигиена с основами экологии человека [Электронный ресурс] / А. М. Лакшин, В. А. Катаева // Медпортал.com. – Режим доступа: http://xn--80ahc0abogjs.com/gigiena-sanepidkontrol_733/vliyanie-jilischnyih-usloviy-zdorove-56973.html. – Дата доступа: 21.11.2016.
14. **Будрейко, Е. Н.** Экология городов. Загрязнение почв, воды и воздуха [Электронный ресурс] / Е. Н. Будрейко // Слово : Образовательный портал. – Режим доступа: <http://www.portal-slovo.ru/impressionism/41495.php>. – Дата доступа: 29.11.2016.
15. Экология человека и здоровье [Электронный ресурс] // Экологические проблемы. – Режим доступа: <http://greenconsumption.org/52-ehkologija-i-zdorove-cheloveka>. – Дата доступа: 29.11.2016.
16. **Larson, L.** New Study Shows Urban Parks Build Healthy, Happy Cities [Электронный ресурс] / L. Larson, V. Jennings, S. Cloutier // Gallup. – Режим доступа: http://www.gallup.com/opinion/thrive/191468/new-study-shows-urban-parks-build-healthy-happy-cities.aspx?utm_source=alert&utm_medium=email&utm_content=heading&utm_campaign=syndication. – Дата доступа: 30.11.2016.
17. **Астафьев, Л. М.** Роль типологизации пациентов в оценке качества медицинской помощи / Л. М. Астафьев // Социологические исследования. – 2005. – № 6. – С. 136–140.
18. **Савич, Н. А.** Здоровье как ценность / Н. А. Савич // Ценностный мир современного человека: Беларусь и ее соседи в международных проектах по изучению ценностей / Д. Г. Ротман [и др.] ; под ред. Д. М. Булышко, А. Н. Данилова, Д. Г. Ротмана. – Минск : БГУ, 2013. – С. 75–90.

19. *Соглаева, Л.* Трансформация ценностных установок и стратегий поведения населения Беларуси в сфере здоровья / Л. Соглаева, Л. Филинская, П. Бригадин, Д. Ротман // Здоровье населения и социальные перемены в постсоветских государствах / редкол.: П. Бригадин [и др.]. – Минск : ГИУСТ БГУ, 2013. – С. 84–103.
20. *Бубнов, Ю. М.* Социологические очерки народного здоровья / Ю. М. Бубнов. – Минск : Изд. центр БГУ, 2008. – 223 с.

Поступила в редакцию 12.12.2016 г.

Контакты: max.karaliou@gmail.com (Королев Максим Геннадьевич)

Korolev M. G. SOCIAL FACTORS OF HEALTH.

In the article social and medical research on the issue of social determination of health is considered. The author classifies social factors of health in three big groups: causing and describing social and economic conditions of the human being (ontological aspect); determined by the intellectual development of the person (gnosiological aspect); constituting a lifestyle (axiological aspect). The need to consider social factors while formulating state policy for health sector and demography is emphasized.

Keywords: health, social factors of health, inequality, living conditions, knowledge of medicine, social policy.