

УДК 316.77

РИСК-КОММУНИКАЦИИ КАК ИНСТРУМЕНТ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ*

Н.А. Лебедева-Несевря

ФБУН «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», Россия, 614045, г. Пермь, ул. Монастырская, 82

Обосновывается необходимость интерпретации риск-коммуникации в сфере здоровья как целенаправленного обмена информацией между заинтересованными сторонами, выступающими равноправными участниками диалога, о значениях и уровнях рисков здоровью, а также способах их снижения. В качестве ключевых субъектов риск-коммуникации выступают: а) экспертное сообщество, б) лица, принимающие решения, в) население, г) СМИ и д) НКО.

Ключевые слова: риск, здоровье, коммуникация, информирование.

Осуществление эффективной риск-коммуникации является залогом успешного включения всех заинтересованных сторон в управление риском, ключом к переходу от «информирования» к «участию». Согласно подходу ВОЗ, участие означает право и способность всех заинтересованных лиц «выражать свои мнения и предпочтения, поднимать вопросы, вызывающие их обеспокоенность», а также «влиять на те знания и отношения, которые необходимы для поиска наилучших решений» в области риска. По сути это означает необходимость отказа от традиционной «экспертной» модели управления рисками и перехода на социально-ориентированный подход, в рамках которого анализируются такие аспекты риска, как «воспринимаемый риск», «социально допустимый уровень риска» и «социальное принятие риска». Риск должен исследоваться в контексте существующих ценностей общества, а управление им сопровождаться общественной поддержкой на всех этапах.

Развитие теорий риск-коммуникаций в сфере здоровья строилось от указания на

значимость ликвидации разрыва между специализированным и обыденным пониманием риска с помощью максимального расширения знаний о риске общественности и лиц, принимающих решения [16], до признания целесообразности партиципативных моделей коммуникации риска, базирующихся на принципе равноправия участников дискурса [18]. Сегодня концепцией, наиболее адекватно описывающей процесс риск-коммуникаций в сфере здоровья, является так называемая диалогическая перспектива, изложенная в работах V. Sovello и соавт. [11]. Опираясь на данный подход, коммуникацию рисков здоровью можно раскрыть как целенаправленный обмен информацией между заинтересованными сторонами о значениях и уровнях рисков здоровью, а также способах их снижения. Ключевой в данном определении является категория информационного обмена, предполагающая, что у каждого из субъектов коммуникации есть определенная информация о риске, которой он желает поделиться и в ответ на которую заинтересован получить реакцию (обратную связь).

© Лебедева-Несевря Н.А., 2014

Лебедева-Несевря Наталья Александровна – кандидат социологических наук, заведующая лабораторией методов анализа социальных рисков (e-mail: natnes@list.ru; тел.: 8(342)237-25-47).

*Статья подготовлена при финансовой поддержке РГНФ, проект № 14-16-59011.

Субъектами процесса коммуникации рисков здоровью являются, во-первых, представители экспертного сообщества – специалисты по оценке риска (например, в России – представители органов, аккредитованных по оценке риска для здоровья), сотрудники учреждений здравоохранения, представители органов и организаций Роспотребнадзора, ученые. Все они выступают носителями специализированного знания, и их совместная задача – обеспечить максимально полное информирование заинтересованных сторон об установленных уровнях рисков для здоровья, а также о мерах, требующихся для снижения риска до приемлемого уровня.

Медиализация общества, отражающая тенденцию усиления влияния медицины в самых разнообразных сферах жизнедеятельности современного социума, с одной стороны, детерминирует возрастание роли врача как субъекта распространения информации о рисках для здоровья, с другой – объясняет формирование нового типа «псевдоэкспертного» сообщества, представители которого, позиционируя себя в качестве специалистов в сфере рисков для здоровья, дают рекомендации по их минимизации. Важно, что суждения и оценки представителей данного сообщества являются крайне востребованными у населения. Яркий пример тому – высокие рейтинги телевизионных программ, посвященных обсуждению проблем здоровья, сочетающиеся с высоким уровнем доверия зрительской аудитории ведущим данных программ.

Во-вторых, в процесс коммуникации рисков активно включено население – как те социальные группы, которые выступают объектом риска, так и широкая общественность. В основном здесь используются неформальные каналы коммуникации – от межличностного общения с родственниками и друзьями до социальных сетей. Причем значение последних в коммуникации риска является все более возрастающим. Социальные сети способны выступать и как инструмент для поиска релевантной информации о риске (феномен апомедиации [15]), и как источник формирования «чув-

ства возмущения» [19], принципиально модифицирующего риск в сознании людей и отдаляющего, зачастую колоссально, его восприятие («воспринимаемый риск») от его реальных или установленных значений («фактический риск» и «исчисленный риск»).

Здесь обнаруживается первая проблема коммуникации рисков, заключающаяся в том, что их активное обсуждение вне специализированного знания приводит к неадекватному восприятию опасности (угрозы) здоровью населением (т.е. объектом риска).

Источником формирования чувства возмущения (outrage) выступает третий субъект коммуникации рисков – средства массовой информации (СМИ). С одной стороны, распространение информации, в том числе и о рисках здоровью, является одной из ключевых функций СМИ [17], с другой – реализация этой функции невозможна без сопутствующей функции редактирования, т.е. отбора и комментирования информации. В итоге в СМИ имеет место смещение акцентов в информации о рисках здоровью в сторону негативных элементов сообщений – ущерба, вреда, опасности, при замалчивании сведений об установленной вероятности события.

Отметим, что СМИ могут также занижать реальные риски здоровью, формируя иной тип неадекватного восприятия рисков. Причина лежит в тенденции коммерциализации журналистики и медиа-пространства, определяющей ангажированность СМИ и приписанную им необходимость представлять интересы определенных лиц и организаций.

Тенденция возрастания общественной активности в информационной сфере, увеличение количества и влияния альтернативных СМИ, созданных, преимущественно, на базе социальных сетей, а также демократизация медиа [22] определяют размытие границ между СМИ и общественностью как двумя отдельными субъектами риск-коммуникации.

Четвертым субъектом коммуникации рисков в сфере здоровья выступают лица,

принимающие решения. Органы государственной власти и местного самоуправления, реализуя политику по сохранению и укреплению здоровья населения, активно распространяют информацию о рисках здоровью (например, в рамках реализации программ по формированию здорового образа жизни населения), а активное внедрение систем health management на предприятиях и в организациях предполагает, что руководители будут выступать ключевым субъектом информирования работников о рисках, связанных с действием не только профессиональных, но и социальных, и поведенческих факторов на здоровье. При этом лица, принимающие решения, не являются в строгом смысле представителями экспертного сообщества, так как сами получают информацию об уровнях риска от специалистов по его оценке. Однако именно в функции представителей органов власти и руководителей предприятий входит задача определения и принятия конкретных мер по минимизации рисков для здоровья.

Активным субъектом коммуникации рисков, особенно в развитых западноевропейских и североамериканских обществах, являются некоммерческие организации, занимающиеся вопросами охраны окружающей среды, пропаганды здорового образа жизни, противодействия распространению поведенческих практик, разрушающих здоровье, и пр.

Все субъекты процесса коммуникации рисков для здоровья являются и производителями, и потребителями информации о риске. Однако, если экспертное сообщество и лица, принимающие решения, имеют дело преимущественно с результатами оценки риска, то средства массовой информации, некоммерческие организации и население – с воспринимаемым риском, значение и смысл которого преломляются через реакцию возмущения, формируемую как на уровне повседневных межличностных неформальных коммуникаций, так и с помощью средств массовой информации и некоммерческих организаций.

Реакция возмущения является результирующей сочетания социокультурных

ценностей и стереотипов, характерных для общества в целом и отдельных социальных групп, и информационно-дискурсивного поля, формируемого субъектами коммуникационного процесса. Причем, реакция возмущения может быть как завышенной, так и заниженной, и, соответственно, неадекватной реальной (исчисленной) опасности. Например, для России характерно лояльное отношение населения к курению: по данным фонда «Общественное мнение» (ФОМ) по состоянию на январь 2013 г. 61 % россиян не одобряли введение запрета на предприятиях и в организациях так называемых «курилок» (специально оборудованных комнат для курения), 53 % жителей полагали, что введенный штраф за курение в общественных местах либо завышенный, либо вообще излишний [9]. Подавляющее большинство россиян не верит в эффективность государственных мер, направленных на противодействие курению. Так, согласно опросу ФОМ, в октябре 2012 г. 74 % жителей страны полагали, что «антитабачный» закон и прописанные в нем мероприятия либо приведут к незначительному снижению числа курильщиков (36 % опрошенных), либо вообще не повлияют на количество курящих людей (38 %) [1]. Результаты опроса Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) в феврале 2013 г. показали, что 49 % россиян считают, что новый закон не снизит потребление табака, а лишь спровоцирует коррупцию и дополнительные траты из бюджета [2]. Курение (как активное, так и пассивное) не воспринимается как значимый фактор риска для здоровья. Например, по данным ФОМ, только 9 % населения, заботящегося о своем здоровье, видят в качестве проявления данной заботы отказ от вредных привычек вообще и курения в частности [5]. Опрос же ВЦИОМ показал, что большинство россиян вообще не связывают курение и состояние своего здоровья – лишь 5 % опрошенных сказали, что данный фактор является существенным для их самочувствия [8]. При этом треть россиян (28 %) является регулярными курильщиками, а среди мужчин доля регулярно куря-

щих составляет 43 % [10]. Подобное лояльное отношение к курению формирует заниженную реакцию возмущения, приобретающую форму «эффекта сглаживания», когда риски, оцениваемые специалистами как значимые, не воспринимаются таковыми населением.

Основным носителем знания о рисках здоровью является экспертное сообщество. Его задача – обеспечить максимально полной информацией о риске другие заинтересованные стороны, добившись соответствия исчисленного и воспринимаемого риска. Функция информирования о риске реализуется также и лицами, принимающими решения. Они, получив информацию о риске от органов по оценке риска (или других представителей экспертного сообщества), во-первых, принимают решение о мерах по снижению риска (если таковые необходимы), во-вторых, информируют об уровнях риска и принятых в отношении него решениях население, СМИ и НКО. В свою очередь СМИ и НКО также реализуют функцию информирования населения. Однако население не может восприниматься только как конечный объект информирования о риске, так как: 1) через каналы неформальных коммуникаций риски здоровью 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.

Приведем некоторые данные опроса, осуществленного в мае 2013 г. ВЦИОМ под названием «Мы и наши болезни». Согласно полученным результатам, чаще всего основной причиной своих болезней и болезней друзей и родственников россияне считают стрессы и тревоги (30 % опрошенных). Причем, на протяжении последних 7 лет данная причина лидирует при ответе на этот вопрос (2006 и 2008 г. – по 34 %

респондентов выбрали указанный вариант ответа, 2010 г. – 33 %, 2012 г. – 29 %) [8]. На втором месте по популярности в списке основных причин болезней – «плохая окружающая среда» (выбрано 26 % респондентов), на третьем – «возраст» (24 %) ¹. Доля респондентов, затруднившихся ответить на поставленный вопрос, составляет 5 %.

Полученные данные свидетельствуют о том, что тема факторов, формирующих здоровье, не только знакома населению, но у граждан сложилось определенное достаточно устойчивое мнение относительно того, что влияет на их здоровье в большей степени. Результаты опроса являются, в первую очередь для лиц, принимающих решения, маркером актуализированных в сознании населения проблем и особенностей восприятия рисков для здоровья, на которые необходимо ориентироваться при разработке программ информирования.

Эффективность коммуникации 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.

Говоря о восприятии рисков, во главу угла следует поставить индивида, который: а) оценивает вероятность возникновения некоторой будущей ситуации; б) определяет ее как нежелательную или опасную; в) обладает набором суждений, представлений и установок относительно данной ситуации и ее последствий (т.е. относительно риска) [3]. Последнее, собственно, и детерминирует то, оценит ли индивид будущую ситуацию как опасную и как определит ее вероятность. Источником представлений и установок относительно риска

¹ Вопрос имел форму неальтернативного закрытого вопроса, допускающего возможность выбора нескольких вариантов ответа, поэтому сумма распределения ответов по всем вариантам превышает 100 %.

могут выступать принадлежность к культурам и субкультурам [14, 21], личный опыт индивида, его социальное окружение, социальные контексты [13, 20], сложившаяся система ценностей и предпочтений [12] и пр. Главное, что допущение различия риска реального, исчисленного и воспринимаемого приводит к необходимости интерпретации риска не только как познаваемого объективного факта, но и как социального конструкта.

Социальное конструирование рисков для здоровья означает, что риски создаются в процессе социального взаимодействия, воспринимаются как часть реальности, интерпретируются, наделяются смыслами и становятся детерминантами социального поведения. Акторами процесса конст-

руирования рисков для здоровья выступают не только индивиды, но и социальные группы, организации и институты. Например, формирование СМИ реакции возмущения является примером конструирования риска.

При разработке мероприятий по распространению информации о рисках здоровью населения следует учитывать весь комплекс факторов, влияющих на адекватность восприятия сведений целевой аудиторией, адаптировать содержание и форму предоставления информации в зависимости от интересов, потребностей и др. характеристик целевой группы, что позволит существенно повысить эффективность реализации функции информирования.

Список литературы

1. «Антитабачный законопроект» // Официальный сайт ФОМ. – URL: <http://fom.ru/obshchestvo/10679> (дата обращения: 31.03.2014).
2. Антитабачный закон: оценка и последствия // Официальный сайт ВЦИОМ. – URL: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=113670> (дата обращения: 01.04.2014).
3. Гаврилов К.А. Социологическая реконструкция основных подходов к концептуализации восприятия риска: автореф. дис. ... канд. соц. наук // Официальный сайт ИС РАН. – URL: <http://www.isras.ru/publ.html?id=534> (дата обращения: 28.03.2014)
4. Елохин А.Н., Елохин А.А. Проблема выбора критериев приемлемого риска // Проблемы анализа риска. – 2004. – Т. 1, № 2. – С. 138–145.
5. Забота о здоровье. Заботятся ли люди о своем здоровье? И кто больше: молодые или пожилые? // Официальный сайт ФОМ. – URL: <http://fom.ru/obshchestvo/10984> (дата обращения: 31.03.2014).
6. Зайцева Н.В., Май И.В., Шур П.З. Анализ риска здоровью населения на современном этапе // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2013. – № 2. – С. 20–24.
7. Кузьмин И.И. Принципы управления риском // Проблемы анализа риска. – 2005. – Т. 2, № 1. – С. 73–93.
8. Мы и наши болезни // Официальный сайт ВЦИОМ. – URL: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=114331> (дата обращения: 01.04.2014).
9. О штрафах за курение, запрете «курилок» и курения в подъезде. Одобряют ли россияне «антитабачный» законопроект? // Официальный сайт ФОМ. – URL: <http://fom.ru/obshchestvo/10801> (дата обращения: 31.03.2014).
10. Отношение к повышению цен на сигареты // Официальный сайт ФОМ. – URL: <http://fom.ru/obshchestvo/10976> (дата обращения: 01.04.2014).
11. Covello V.T., von Winterfeldt D., Slovic P. Risk Communication: a Review of the Literature // Risk Abstracts. – 1986. – Vol. 3, № 4. – P. 172–182.
12. Dietz T., Scott Frey R., Rosa E. Risk, Technology, and Society // Handbook of Environmental Sociology / Ed. by R.E. Dunlap, W. Michelson. – Westport: Greenwood Press, 1996.
13. Douglas M. Introduction to Grid/Group Analysis // Essays in the Sociology of Perception / Ed. By M. Douglas. Routledge and Kegan Paul. – London, 1982.
14. Douglas M., Wildavsky A. Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers. – Berkeley and Los Angeles: Univ. of California Press, 1982
15. Eysenbach G. Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness // Journal of medical internet research. – 2008. – № 10(3).
16. Fischhoff B. Risk Perception and Communication Unplugged: Twenty Years of Process // Risk Analysis. – 1995. – Vol. 15, № 2. – P. 137–145.
17. Lasswell G. Propaganda, Communication and Public Order. – Princeton, 1946.

18. Leiss W. Effective Risk Communication Practice // *Toxicology Letters*. – 2004. – Vol. 149, № 1–3. – P. 399–404.
19. Sandman P. Responding to community outrage: strategies for effective risk communication. 1993.
20. Thompson M., Ellis R., Wildavsky A. *Cultural Theory*. – Boulder, Colorado: Westview, 1990. – P. 63.
21. Tulloch J., Lupton D. *Risk and Everyday Life*. – London: Sage Publications, 2003.
22. Wasko J., Mosko V. *Political economy of information*. – Madison, 1988.

References

1. «Antitabachnyj zakonoproekt» [Anti-smoking draft law]. *Oficial'nyj sajt FOM*. Available at: <http://fom.ru/obshchestvo/10679>.
2. Antitabachnyj zakon: ocenka i posledstvija [Anti-smoking law: assessment and implications]. *Oficial'nyj sajt VCIOM*. Available at: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=113670>.
3. Gavrilov K.A. Sociologicheskaja rekonstrukcija osnovnyh podhodov k konceptualizacii vosprijatija riska: avtoref. diss. kand. soc. n. [Sociological reconstruction of the main approaches to the conceptualization of risk perception: abstract of a candidate's thesis in social sciences]. *Oficial'nyj sajt IS RAN*. Available at: <http://www.isras.ru/publ.html?id=534>.
4. Elohin A.N., Elohin A.A. Problema vybora kriteriev priemlegogo riska [Problem of selecting criteria of acceptable risk]. *Problemy analiza riska*, 2004, vol. 1, no. 2, pp. 138–145.
5. Zabota o zdorov'e. Zabotjatsja li ljudi o svoem zdorov'e? I kto bol'she: molodye ili pozhilye? [Health care. Do people care about their health? And who cares more: young or old people?]. *Oficial'nyj sajt FOM*. Available at: <http://fom.ru/obshchestvo/10984>.
6. Zajceva N.V., Maj I.V., Shur P.Z. Analiz riska zdorov'ju naselenija na sovremennom jetape [Analysis of health risk at the present stage]. *Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii*, 2013, no. 2, pp. 20–24.
7. Kuz'min, I.I. Principy upravlenija riskom [Principles of risk management]. *Problemy analiza riska*, 2005, vol. 2, no. 1, pp. 73–93.
8. My i nashi bolezni [We and our diseases]. *Oficial'nyj sajt VCIOM*. Available at: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=114331>.
9. O shtrafah za kurenje, zaprete «kurilok» i kurenija v pod#ezde. Odobrajut li rossijane «antitabachnyj» zakonoproekt? [On the fines for smoking, ban of “smoking rooms” and smoking in the staircase. Do Russians approve of “anti-smoking” draft law?]. *Oficial'nyj sajt FOM*. Available at: <http://fom.ru/obshchestvo/10801>.
10. Otnoshenie k povysheniju cen na sigarety [Stance on cigarette price increase]. *Oficial'nyj sajt FOM*. Available at: <http://fom.ru/obshchestvo/10976>.
11. Covello V.T., von Winterfeldt, D., Slovic, P. Risk Communication: a Review of the Literature. *Risk Abstracts*, 1986, vol. 3, no. 4, pp. 172–182.
12. Dietz T., Scott Frey R., and Rosa E. Risk, Technology, and Society. *Handbook of Environmental Sociology*. Ed. by R.E. Dunlap, W. Michelson. Westport: Greenwood Press, 1996.
13. Douglas M. Introduction to Grid/Group Analysis. *Essays in the Sociology of Perception*. Ed. By M. Douglas. Routledge and Kegan Paul, London, 1982.
14. Douglas M., Wildavsky A. *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. Berkeley and Los Angeles: Univ. of California Press, 1982.
15. Eysenbach G. Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *Journal of medical internet research*, 2008, vol. 10 (3).
16. Fischhoff B. Risk Perception and Communication Unplugged: Twenty Years of Process. *Risk Analysis*, 1995, vol. 15, no. 2, pp. 137–145.
17. Lasswell G. *Propaganda, Communication and Public Order*. Princeton, 1946.
18. Leiss W. Effective Risk Communication Practice. *Toxicology Letters*, 2004, vol. 149, no. 1–3, pp. 399–404.
19. Sandman P. Responding to community outrage: strategies for effective risk communication. 1993.
20. Thompson M., Ellis R., Wildavsky A. *Cultural Theory*. Boulder, Colorado: Westview, 1990, p. 63.
21. Tulloch J., Lupton, D. *Risk and Everyday Life*. London: Sage Publications, 2003.
22. Wasko, J., Mosko V. *Political economy of information*. Madison, 1988.

RISK-COMMUNICATIONS AS AN INSTRUMENT FOR PUBLIC HEALTH MANAGEMENT

N.A. Lebedeva-Nesevrya

Federal Budget Institution of Science “Federal Scientific Center of Medical and Preventive Technologies for Public Health Risk Management”, Russian Federation, Perm, 82 Monastyrskaya St., 614045

The article describes the necessity of interpretation of the risk-communication in the field of public health as a method of information provision between concerned parties who are equal participants of the dialogue. The article offers the values and the health risk levels as well as their decreasing methods. The key parties of risk-communication are: a) expert community; b) decision-makers; c) population; d) mass media; and e) non-profit-making organizations.

Key words: risk, health, communication, provision of information.

© Lebedeva-Nesevrya N.A., 2014

Lebedeva-Nesevrya Nataliya Aleksandrovna – Candidate of sociological sciences, Head of social risk analysis laboratory (e-mail: natnes@list.ru; tel.: 8(342) 237-25-47).