**РАЗВОЈ СОЦИЈАЛНЕ МЕДИЦИНЕ**

Литература:

1. Симић С. Социјална медицина. Београд: Медицински факултет Универзитета у Београду, 2012.
2. Цуцић В. Социјална медицина. Београд: Савремена администрација; 2000.
3. Закон о здравственој заштити („Сл. гласник РС", бр. *25/2019*)

Као самостална научна дисциплина и наставни предмет, социјална медицина нема дугу традицију, али као легитимни научни поглед на здравље и болест, она има своје корене у далекој прошлости. Социјална медицина је стара као и медицина, што значи да трагови њеног постојања воде у прошлост од преко 5000 година. Корени социјалне медицине се могу наћи у религијским одредбама старих Вавилонаца, Јевреја, Египћана и Халдејаца, које говоре о покушајима да се уведу мере општег карактера, које су ишле са заштитом народног здравља.

Развој социјалне медицине као модерне науке везан је за више великих имена, од којих ћемо напоменути само неке од њих.

**Johann Peter Frank** **(1745-1821)**

Лекар из Немачке кога сматрају једним од пионира социјалне медицине. Као сасвим млад лекар он предлаже влади низ мера и активности које, према његовом мишљењу, спадају у њену надлежност у области здравља становништва. Иако клиничар и управник болнице, он показује велико интересовање за социјално медицинске теме и за образовање лекара у том смислу. Његове идеје прошириле су се широм Немачке, затим и у низ других земаља.

**Rudolf Virchow (1821-1902)**

Исте године када је умро Франк, рођен је у Немачкој други знаменити пионир социјалне медицине, Руфолф Вирхов. Вирхов је био патолог по специјалности али су епидемиологија и социјална антропологија биле његова преокупација. Анализирао је појаве једне епидемија и након једне, тифусне, у Горњој Шлезији, закључио је да су социјално-економски и политички фактори значајни за њену појаву исто као и биолошки. Покреће часопис “Медицинска реформа“ у коме пише о повезаности између социјалне беде и болести.

**Alfred Grotjahan** **(1869-1931)**

Је не само најзначајније име у социјалној медицини Немачке него и Европе. Његов допринос обухвата најпре објашњење социјалне природе болести и дефинисање социјаних болести, које је и данас актуелно. Даље, његов допринос је је веома велики у самој концептуализацији социјалне медицине као науке. Гротјан истиче и њену мултидисциплинарност и сматра да она мора да користи методе статистике, антропологије, демографије, економике и слично, да би објаснила појаве које проучава. Истицање здравственог васпитања као научне дисциплине такође је један од Гротјанових доприноса.

**Jules Rene Guerin (1801-1886)**

Термин социјална медицина увео је француски ортопед Жил Рене Герин револуционарне 1948. Године У часопису “Медицинске новине“ чији је био уредник, означио је овим термином посебну рубрику-у којој су разматрана питања повезаности здравља становника са социјално економским факторима, као и питања очувања и унапређења здравља људи.

Корени јавног здравства у Србији могу се пратити већ од XII века, односно од првих писаних докумената о развоју медицинске мисли у нас. У српској средјовековној медицини, а посебно у српској медицини после турске окупације може се препознати огроман број садржаја из делокруга онога чиме ће се касније бавити научна дисциплина – социјална медицина. Према Владану Ђорђевићу у старој српској држави се поред веома развијене народне медицине јасно препознају напори владара да оснују јавне заводе и болнице за лечење болесника и да у њима запосле стручњаке из других земаља. Оснивач и организатор првих болница као и писац докумената о њиховом организовању и унутрашњем уређењу био је Растко Немањић – Свети Сава.

После година успона и процвата у доба Немањића, са продором Турака настаје не само период ропства већ и сумрак свих прогресивних идеја. Све до почетка XИX века земља живи у веома тешким комунално хигијенским и здравственим приликама.



**Владан Ђорђевић (1844-1930)**

Лекар, књижевник и политичар, један од најзначајнијих реформиста у историји српског здравства и утемељивач његових законских и организационих поставки. Специјализацију из хирургије завршио је у Бечу код чувеног професора Бирлота и био је први школовани хирург у Србији. Био је један од оснивача Српског лекарског друштва (1872 ) и један од главних оснивача Црвеног крста у Србији (1876). За Владана Ђорђевића се може рећи да је он, без сумње, један од првих социјалних медицинара код нас. Творац је првог годишњег извештаја“Санитарни одношаји у држави” и творац првог здравственог законодавства у Србији: Закона о самосталном фонду зачување здравља људи (1879.). Закон о санитетске струке И чувања здравља људи (1881.).

**Милан Јовановић Батут (1847-1940)**

Милану Јовановићу Батуту припада посебно место у медицини Србије а посебно у социјалној. По завршетку студија из Беча , Батут је најпре био управник болнице и организатор здравствене службе на Цетињу да би, по доласку у Београд у свим институцијама у којима је радио или сарађивао оставио креативни печат реформатора, здравственог васпитача и јавноздравствено опредељеног лекара. Био је председник српског лекарског друштва, председник друштва за чување јавног здравља, оснивач и уредник часописа Народно здравље, оснивач, професор и први декан Медицинског факултета у Београду. Показивао је велико интересовање за коришчење статистике и проучавање здравственог стања становнишства. Њему дугујемо прве систематске анализе о кретању туберколозе као и проучавање њених социјално медицинских карактеристика. Његова најзначајнија активност, којој је остао веран читавог живота било је ширење здравствене културе и образовање лекара за реализовање задатака из те делатности.

**Aндрија Штампар (1888-1958)**

Тражећи следбеника за своје идеје, Батут доводи у Србију из Хрватске др Штампара. Др Штампар један је од најзначајнијих социјално-медицинских умова у Европи. По специјалности је био хигијеничар и лекар социјалне медицине. Већ као студент медицине у Бечу бива фасциниран Гротјановим идејама социјалне медицине и остаје веран свом избору до краја живота. Штампар је радио на сузбијању заразних болести, оснивао је хигијенске установе и заводе, осмислио и реализовао у пракси идеје о домовима здравља. Био је декан Медицинског факултета у Загребу, први професор социјалне медицине И писац првог удзбеника из те области. Један значајни део своје каријере посветио је интернационалном здравству посебно СЗО. Један је од оснивача ове организације као и председавајући њеној првој Генералној скупштини. За име Андрије Штампара везује се и формулисањечувене дефиниције здравља од 7. Априла 1948. Године која се налази у Уставу СЗО. Заједно са Батутом и другим стручњацима окупљеним око њих, при Министарству здравља југославије основао је 1923. Године институт за социјалну медицину, на чијем се челу налазио др Богољуб Констатиновић.

**Др Богољуб Констатиновић** је први специјалиста социјалне медицине код нас и први наставник на Медицинском факултету за тај предмет 1934. године.

**Професор др Радомир Герић** (1913-1984) био је, после Другог светског рата, први предавач социјалне медицине на Медицинском факултету у Београду и човек који је наставио дугу социјално медицинску традицију код нас. Герић је паралелно обављао две врсте активности, административно-управне и наставничко истраживачке. Ангажовао се и изван граница земље, посебно у СЗО где је обављао висоје дужности и уживао је огроман углед.

**Дефиниције социјалне медицине**

“Социјална медицина је наука која се бави испитивањем међусобног утицаја социјалних односа и патолошких појава у народу и проналажењем мера социјалног карактера за унапређење народног здравља.”

(Штампар А.)

“Социјална медицина значи организовану бригу заједнице, државе и друштва као целине за здравље и добробит читавог народа”.

(Герић Р.)

“Наука која проучава здравствено стање народа и разне утицаје на мјега, систем и организацију здравствене заштите као и могућност примене и итицај савремених тековина науке у систему здравствене заштите”.

(Савић С, Јаковљевић Ђ.)

“Социјална медицина је примена епидемиологије и социјалних наука на истраживање, као и на заштиту здравља, и то како појединаца, тако и целокупног становништва”.

(Susser M.)

“Социјална медицина је област медицине која проучава утицај колективног понашања организованог друштва на појединце који припадају различитим, често депривираним групама”.

(McGraw Hill)

“Социјална медицина је академска дисциплина која проучава социјалне факторе у болести И здрављу, као и начин функционисања социјалних (здравствених) институција”.

(Roemer M)

**Предмет проучавања социјалне медицине**

* Здравље
* Мерење здравља и здравственог стања на нивоу категорија становништва и заједнице
* Организација здравствене заштите
* Здравствени системи
* Економика у здравству
* Менадзмент у здравству
* Квалитет у здравству
* Планирање за здравље
* Понашање и здравље
* Васпитање за здравље
* Технологије за здравље
* Образовање за здравље, кадар за здравље
* Здравствено информациони систем
* Истраживања у здравству

**САВРЕМЕНИ КОНЦЕПТ ЗДРАВЉА**

**Теоријски концепт здравља**

Здравље је један од најзначајнијих атрибута нашег живота, услов за обављање свакодневних активности, један од предуслова за срећу.

Разумевање теоријског концепта здравља је актуелно од самих почетака медицинске научне мисли**.** То је заправо историјат борбе за превласт два различита схватања о концепту медицинске науке и задацима медицине:

1. По једном, примаран задатак медицине јесте да промовише здравље, да превенира болест и да обезебди здравствену заштиту становништву;
2. По другом, лечење нарушеног здравља (болести) представља основни задатак медицине.

Развој схватања о здрављу мењао се кроз историју, пратећи са једне стране сталне напоре човека да се адаптира и опстане у стално промењивим условима живота, а са друге развој сазнања у оквиру медицинских и сродних наука.

**Модели здравља и болести**

**Антички период**

Прва забележена објашњења говоре о здрављу као стању равнотеже. Кинези су сматрали да ако се наруши природни ред ствари у универзуму мора настати болест. У античкој Грчкој здрављем се баве не само лекари већ и филозофи. Платон каже да је здравље хармонија која је основ сваког моралног понашања. Демокрит сматра да се не треба молити богу за здравље јер је оно у рукама самих људи. Здравље као стање равнотеже најдетаљније је разрадио Хипократ. Природа, каже у својим делима Хипократ, има непрекидну тежњу да одржи стање стабилности па се стога својим снагама непрекидно адаптира и реадаптира своје елементе да би очувала равнотежу. У тој равнотежи човек је здрав. Различити утицаји доводе до поремећаја равнотеже и онда се јавља болест. Дужност лекара је да помогне природи у поновном успостављању нарушене равнотеже. Антички период схватања здравља оставио је медицинској науци концепт постојања везе између човека и његове околине, схватање о јединству тела и душе, као и схватање здравља као равнотежу човека и његове околине.

**Биомедицински модел**

Снажан развој овог приступа у објашњењу здравља започиње у XVI веку када су значајна сазнања о функционисању физичког света почела да се примењују и на машину људског тела, којом управљају физички закони. По првој, владајућој парадигми, људско тело било је модел машине, а здравље је представљало перфектно функционисање ове машине. Ова научна парадигма почива на радовима Ренеа Декарта и Вилијама Харвеја, и означена је као механистички модел здравља. Штавише, методе у лечењу недостатка здравља настале на основу овог приступа позивају се на то да су узроци обољења биолошки и да се налазе на индивидуалној основи. Значај социјално економских узрока оштећења здравља сматра се другоразредним па је отуда и терапија индивидуализирана, биолошко-хемијско-хирушка. Овај модел је веома дуго био апсолутно доминантан у медицинској науци, образовању здравственог кадра па и у креирању здравствене политике. Његова снага била је толика да су се 60-их и 70-их година јављали теоретичари који су тврдили да је здравље перфектан рад машинерије људског тела и да је болест квар те машине коју доктор има задатак да поправи. Модел је допринео научном чуду у медицини, развоју високе технологије у дијагностици и терапији, посебно у хирушким гранама где се као врхунско достигнуће доживљава репарација и трансплатација органа. Модел је, међутим, допринео такође значајном порасту трошкова за здравствену заштиту а да за узврат није довео до решавања најзначајнијих здравствених проблема.

**Рани социомедицински модел**

Публиковањем Чедвиковог извештаја средином XIX века препознаје се социјална основа и утицај животне средине у нхастанку болести и неспособности. Разумевање узрока настанка кардиоваскуларних и малигних болести иде у прилог овој парадигми. Друштвена организација и животни стилови који се огледају у начину исхране, пушењу и физичкој активности, представљају неспорне социјалне узроке настанка кардиоваскуларних болести, док се малигне болести, осим овим, могу објаснити и присуством карциногених материја у животној средини. Стога индивидуална био-хемохирушка терапија без промене животних стилова или животне средине неће довести до смањења учесталости ових обољења. Тако се појавила потреба за новом парадигмом, оном која препознаје да је здравствено понашање у сваком друштву социјално одређено, чак у толикој мери да је здравље само по себи више друштвено него стриктно биолошки условљено.

**Превентивни и епидемиолошки модел, модел троугла**

Основе овог приступа произишле су из првих открића везаних за имунитет, из којих су даље следила истраживања превенције болести имунизацијом, односно вакцинацијом.

Тако се ризици по здравље могу:

• Елиминисати (ерадикација)

• Избећи (имунизација)

• Склонити иза бране која се поставља између њих и индивидуе (заштитна средства)

• Рано открити

• Модификовати (утицајем на промене понашања)

Иако је веома сличан са медицинским моделом, јер је орјентисан превасходно на болест, односно њено избегавање, овај модел је ипак отишао корак унапред јер је обухватио и околинске ризике. У тим оквирима крећу се и почеци епидемиолошког модела, у првим годинама овог века. Модел је подразумевао интеракцију између агенаса (проузроковача), домаћина (човека) и средине. Осетљив домаћин, инфективни агенс и спољна средина погодна за преживљавање узрочника, чине основне елементе овог модела. Први корак је идентификација елемента, а следећи прекид ланца на било којој тачки (елиминација узрочника, имунизација, санитација).

Овај модел заслужан је за развој низа мера специфичне и неспецифичне заштите као и формулисање програма за спречавање заразних и незаразних обољења свуда у свету.

**Модел дијаманта**

Модел дијаманта представља модификацију првог. Здравље, односно болест, детерминисано је дејством независних, али и међусобно повезаних варијабли: генетски фактори, начин живота и понашања, социо-економски фактори и приступачност и рад здравствене службе.



**Супербиолошки модел (Haus Sely) или модел Адаптације**

Основе модела дао је Ханс Селл у својој теорији о генералном адаптационом синдрому. По овој теорији болест настаје као резултат немогућности организма да се адаптира изазовима било из унутрашње или спољне средине.

Социоеколошки модел

Ослањајући се на супербиолошки модел, овај модел даље разрађује теорију по којој се индивидуа адаптира својој физичкој и социјалној околини и савладава њихове захтеве све дотле док њеним захтевима не буде нарушен њен физички, психолошки и сазнајни баланс. У одређеним ситуацијама или догађајима (као што су на пример сиромаштво, малнутриција, недостатак социјалне подршке, лични губици) који имају карактер стресогених, расте ризик од губитка тог баланса па самим тим и ризик обољевања. Према овом моделу здравствено стање индивидуе је резултантаq међусобних оноса два универзума:

• Интерног (телесног)

•Екстерног, састављеног од мултиплих утицаја спољне средине

Основна слабост модела је што посматра ова два универзума као независне целине, одвојене једна од друге.

**ДЕФИНИЦИЈЕ ЗДРАВЉА**

Покушаји да се дефинишу здравље и болест започињу са настанком људског рода и могу се пратити од времена Галена. Дефинисање појмова „здравље” и „болест” представља веома сложен задатак, јер је тешко поставити границу где престаје здравље а где почиње болест. Различите научне дисциплине, као што су биологија, психологија и социологија имају своје различите препознатљиве концепте од којих полазе при дефинисању здравља и болести. Вредносни критеријуми друштва, владајућа култура и филозофија друштвених заједница у одређеним историјским периодима и на појединим животним просторима имале су такође велики утицај на схватање здравља и болести.

Објашњавајући прелазак здравља у болест Хипократ каже: „Болест не долази одједном, као из ведра неба, него је последица дугог низа малих, незнатних грешака против здравља, које се надовезују једна на другу и расту као ваљајућа грудва снега, док се једног дана не свале на главу оног који греши.”

Једна од најстаријих забележених дефиниција здравља је дефиниција коју је дао Пиндар: „Здравље представља беспрекорно функционисање људског организма.” Овакав концепт се ослања на механичистичко поимање света и уважава искључиво биолошку компоненту здравља, из које затим следи и одговарајућа методологија приступа у медицинској пракси.

Низ теоријских модела и концепата дали су свој допринос дефинисању здравља, тако да се данас у литератури може наћи велики број дефиниција које се разликују у полазним основама: за једне је то схватање здравља као идеалног концепта, друге се баве проблемима практичне природе, за једне је примарно физичко здравље за друге његове глобалне димензије. У највећем броју медицинских уџбеника здравље је дефинисано као недостатак болести, па га и здравствени радници најчешће схватају у том, негативном концепту. Заједнички став стручњака је да је здравље тешко дефинисати и то из неколико најзначајнијих разлога:

‒ здравље је превасходно нормативни концепт и много теже се објашњава од болести која еволуира, показује знаке, може се дијагностиковати, лечити, и може јој се дефинисати прогноза;

‒ здравље је јединствено, један целовит концепт, док болести има много;

‒ добро, позитивно здравље је тешко дефинисати јер су његове карактеристике недовољно проучене и мерљиви елементи недовољно дефинисани.

У литератури се срећу бројне дефиниције здравља. Низ дефиниција објашњава здравље као продукт хармоничног односа човека и његове околине. Тако Рене Дибоа (R. Dubos) каже да су „болест и здравље израз успеха или затајивања у напорима организма да одговори адаптабилно на промене у околини“.

Један део дефиниција објашњава здравље као капацитет, потенцијал, активност, нешто што човеку омогућава самоиспуњење. У овој групи најпознатија је Парсонова (Parson) дефиниција по којој је „здравље стање оптималног капацитета индивидуе за ефикасно испуњење улога и задатака за које је социјализована“.

Појам личне, индивидуалне одговорности за здравље појављује се код више аутора. Тако Илић каже да је у процесу адаптације која је основ здравља укључена и индивидуална одговорност, па према томе здравље не може бити схваћено само као ствар физиолошке равнотеже.

Развој социјалне медицине, као науке која здравље појединца разматра у функцији његових интеракција са животном околином, резултирао је и дефиницијом здравља, у којој је здравље сагледано не само као биолошки и психолошки већ и као социјални феномен. Устав Светске здравствене организације (СЗО) из 1948. године даје свеобухватну дефиницију здравља која по први пут истиче и социјалну компоненту као изузетно значајну.

**ЗДРАВЉЕ У ДЕФИНИЦИЈИ СВЕТСКЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ОРГАНИЗАЦИЈЕ**

Од свих дефиниција здравља најпознатија је она коју је дала Светска здравствена организација (СЗО). Својом појавом изазвала је низ професионалних дискусија и оспоравања од којих нека трају и данас.

Уставом СЗО, који је усвојен на Међународној здравственој конференцији у Њујорку 1948. године, здравље је дефинисано као „стање потпуног физичког, психичког и социјалног благостања, а не само одсуство болести и онеспособљености“. Ова дефиниција прихваћена је у целом свету, мада је критикована од многих аутора зато што:

‒ здравље представља као статички а не динамички концепт (говори о „стању“);

‒ непрактична је за процену здравстевних потреба и мерења здравстевног стања становништва или становника;

‒ залаже се за идеалани концепт, који се не може достићи.

Поред бројних примедби оваквом дефинисању здравља, постоји нешто што ову дефиницију ставља изнад свих осталих, а то је увођење социјалне компоненте здравља (социјалног благостања). СЗО дефинише социјално благостање као „стање мира и сигурности у коме сваки човек, без разлике на расу, веру, пол, политилко уверење, има право на школовање и рад који му дају могућност да живи хармонично у здравој околини и који му пружа осигурање у случају болести, изнемоглости и старости“. Ова компонента даје здрављу изузетну вредност и омогућава да се унапређењу здравља приђе на савременији, реалнији и рационалнији начин. Социјална компонента здравља условила је да се социјално благостање не односи само на појединца, већ и на друштвену заједницу у целини, а то је допринело и схватању здравља као дела социјалне политике.

Критике ни у ком случају нису умањиле значај дефиниције, који се превасходно огледа у томе што су све три компоненте здравља: физичка, психичка и социјална препознате и једнако вредноване из чега произилази обавеза заједнице да обезбеди не само здравствену службу већ и предуслове за социјално и психичко благостање.

Дефиниција СЗО не само да је преживела пуних шест деценија, него је реафирмисана (оснажена) у Декларацији о примарној здравственој заштити (Alma Ata, 1978), Декларацији из Саитаме из 1991, као и глобалној стратегији СЗО „Здравље за све“ до 2000. године која дефинише као циљ за период до 2000.године, ниво здравља који ће омогућити сваком појединцу да води „економски и социјално продуктиван живот“.

СЗО је нешто касније (1990. године) унела нове елементе у властиту дефиницију у смислу да је здравље „мултидимензиони феномен динамичне равнотеже у коме се однос између индивидуе и њене околине, како социјалне тако и физичке, мора схватити као интегралан (целовит)”.

СЗО сматра здравље фундаменталним људским правом, и сходно томе, требало би да сви људи имају приступ основним ресурсима за здравље. У Повељи о промоцији здравља прихваћеној у Отави, истакнути су одређени предуслови за здравље, као што су мир, адекватна економска средства, храна и становање, и стабилан еколошки систем. У овој повељи здравље је дефинисано као способност да се идентификују и реализију аспирације, задовоље потребе и да се мења или савлада животна средина. Стога је здравље ресурс за свакодневни живот, а не објекат живљења.

Здравље и болест нису раздвојени ентитети, већ континуум са оптималним здрављем на једној страни и смртним исходом на другој страни. Сваког трнутка свог живота особа се налази у некој тачки овог континуума и њена позиција се константно мења, зависно од позитивних и негативних ефеката животног искуства, који су под утицајем биолошких, психолошких и социјалних фактора.

Болест можемо дефинисати као одступање, односно прекид нормалне структуре и функције било ког дела тела, органа или система, а који се манифестује скупом симптома и знакова чија етиологија, патологија или прогноза може бити позната или непозната. Три концепта одсликавају системски приступ размишљања о болести. То су недостатак здравља (обољење), неспособност (инвалидитет) и хендикеп.

Недостатак здравља, односно обољење јесте сваки губитак или абнормалност психолошке, физиолошке или анатомске структуре и функције. Неспособност је ограничење или немогућност (који су проистекли из недостатка) да се нека активност обави на начин или границама које се сматрају нормалним за људско биће, док хендикеп представља немогућност одређене особе да, услед недостатка или неспособности, испуњава нормалну (уобичајену) друштвену улогу (у зависности од старости, пола, друштвених и културних фактора).

**ФАКТОРИ КОЈИ УТИЧУ НА ЗДРАВЉЕ**

Савремени концепт здравља указује на то да се здравље састоји од биопсихосоцијалних компоненти појединца и еколошко-социјалних компоненти његовог окружења. То значи да здравље произилази из динамичке равнотеже човека и његове околине, тј да је здравље резултат ендогених, наследних и спољашњих фактора који се налазе у човековом окружењу. Између човека и његове околине постоји динамичан однос са сталном интеракцијом међусобних утицаја. Човек својим активностима мења своју околину, али се истовремено, под утицајем околине и сам мења. Ови процеси се не могу објаснити чисто биолошким реакцијама зато што се са њима преплићу и различити друштвено-економски и културни утицаји. На тај начи се човек рађа као биолошко и постепено прераста у социјално биће.

Способност индивидуе да очува динамичку равнотежу зависи од њеног здравственог потенцијала који је основни општи здравствени ресурс.

Здравствени потенцијал представља посебан тип интеракције између индивидуе и њене средине, од које зависи одржавање равнотеже или њено поновно успостављање, ако је нарушена.

Постоје две врсте фактора који утичу на здравље, фактори који подржавају здравствену равнотежу (здравстевни ресурси), и фактори који је угрожавају (здравстевни ризици).

**Здравствени ресурси су:**

• Добар нутритивни статус, имунитет, емоционална стабилност, добра физичка кондиција, здраве личне навике, одмор, рекреација, позитиван однос према здрављу, социјална интеграција, запосленост и позитивна радна клима, приступачна здравствена служба, социјална служба и образовне установе, адекватно становање, исхрана и вода за пице, санитација, здрава клима и животна и радна средина.

**Здравствени ризици су:**

• Неадекватни здравствени ставови и понашање, општа осетљивост, пушење, алкохолизам, недовољна физичка активност, изложеност стресу и рад на опасним местима, недовољан одмор и рекреација, социјална изолација, незаппосленост, неадекватна исхрана, лоши услови становања, водоснабдевања и санитација, загађеност животне средине.

Чиниоци који у организму покрећу покрећу процесе одговорне за одржавање равнотеже називају се изазовима (стресорима). Изазови могу да делују у позитивном, или негативном смислу. Они изазови који имају негативан утицај називај се ризикофакторима. Фактори ризика су особине, догађаји или навике које повећавају вероватноћу појављивања болести, повреде или смрти код људи.

Ако је човек дужи период времена изложен деловању фактора ризика, механизам за прилагођаваје се замара, исцрпљује, одбрамбена способност организма слаби и наступа болест.

Према овом концепту, фактори ризика су:

**а) личне карактеристике појединца:**

-пол, старосна доб, наследне особине, раст, развој, пубертет, трудноћа, претходна и новонастала обољења

-понашање: пушење, узимање дроге и алкохола, недовољна физичка активност, неодговарајућа исхрана, лична хигијена;

**б) друштвено-економске карактеристике:** ниво образоања, брачно стање, занимање, материјални статус;

**ц) физичке карактеристике околине:** загађеност ваздуха, хране, воде и земљишта, бука, биолошке промене биљног и животињског света, збивања у друштвеним (социјалним) односима у кући, на радном месту, у шко