

Феномен общественного здоровья в формате социологии медицины

Куандыков Г. Б.

главный врач, Центр медицинской профилактики Астраханской области.

E-mail: cosmos717@mail.ru

Аннотация

Исследования индивидуального и общественного здоровья в формате социологических знаний все более акцентируют внимание на роль социальных условий, создающих предпосылки к его разрушению либо поддержанию. Значимость социального пространства в конструировании общественного благополучия предполагает изучение психофизиологических параметров здоровья посредством их взаимосвязи с условиями жизни, трудовой деятельности, нравственными, социокультурными, институциональными и иными факторами.

Ключевые слова: здоровье, общество, социальные факторы

Здоровье представляет собой феномен, значимость которого выступает первостепенным условием как индивидуального, так и общественного благополучия на протяжении всего периода времени, в рамках которого человек существует и воспринимает себя как продукт общественного развития. Современные представления о сущности здоровья исходят из понимания его как индикатора качества жизни, сохраняя, тем самым, его социальную обусловленность. Социальная природа здоровья нашла отражение в определении, сформулированном ВОЗ, согласно которому здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов [13]. Появление в современной науке таких отраслей, как социология здоровья, социология медицины, медицинская антропология и пр. свидетельствует о возрастающей потребности в изучении здоровья как продукта общественных практик, регулирующих отношение человека к самому себе и всему, что его окружает. Важнейшей частью таких исследований И.В. Журавлев считает степень выражения потребности в здоровье, установки и мотивы заботы о нем, природу социокультурных факторов, влияющих на него, и механизмы этого влияния [8].

Анализ демографических показателей (рождаемости, смертности, средней продолжительности жизни), а также медицинской статистики заболеваемости, эпидемиологии болезней, инвалидности и иных факторов, прямым и косвенным образом отражающих общую картину социального и физического здоровья населения, требует учета степени и неоднозначности влияния на здоровье социальных факторов. К примеру, если смертность в старческом возрасте представляет собой результат естественного физиологического процесса старения, то детская смертность (особенно младенческая) является свидетельством неблагополучия социального здоровья общества. Обоснованно считая ребенка наиболее уязвимым пациентом, Н.Н. Седова и Л.А. Эртель рассматривают его здоровье как культурный феномен, раскрывая, тем самым, значимость социального пространства в решении множества медико-социальных проблем детского возраста [16].

Стандартный подход к изучению здоровья населения помимо вышеупомянутых параметров включает в себя показатели постарения населения, его механического движения, физического развития. Они же, в свою очередь, определяются социально-экономическим благополучием общества и отдельных социальных групп, их культурой, образом жизни, состоянием системы здравоохранения, эффективностью борьбы с детской смертностью и иными, как чисто медицинскими, так и социальными условиями. В частности, интенсивные изменения естественной среды обитания и появление тотальных экологических рисков диктуют необходимость в оценке общественного здоровья не только с позиций обозначенных выше параметров, но и с экологических позиций. Действие экологических рисков Е.А. Шишкина рассматривает как всепроникающий процесс, обуславливающий формирование полиморфной картины дисфункций, трудно поддающихся дифференциации по специфичности патологической симптоматики. Чрезмерное насыщение жизненного пространства токсичными продуктами производства повлекло за собой не только рост уже известных заболеваний, но и возникновение целого ряда специфической экопатологии [19].

Социальная обусловленность физического и психического здоровья человека была отмечена еще Гиппократом, раскрывшим важнейшую значимость факторов внешней среды – образа жизни людей, их привычек, государственного устройства, законодательства. Гиппократ заложил социологическое понимание в изучение причин различных человеческих недугов [2]. И чем более развитым становилось общество, тем большую значимость приобретало социальное пространство в конструировании здоровья. Между тем однозначность и неоспоримость понимания здоровья как интегральной ценности сочетается с далеко неоднозначным отношением к нему отдельных индивидов, социальных групп и целого общества. Динамика общественных отношений способствует обновлению мировоззрения, стилей поведения, работы социальных институтов, задающих новые режимы процесса конструирования здоровьесберегающих практик.

Как было отмечено выше, оценка общественного здоровья опирается на систему демографических и медико-статистических показателей, включающих информацию о рождаемости, смертности, заболеваемости и т.д. Наука сегодняшнего дня пополнила оценочный спектр рядом иных параметров, позволяющих развивать самые разнообразные концептуальные, методологические, практические композиции познания феноменов здоровья и болезни, адаптировать их к различным сферам общественной жизни. Так, *понятийный анализ здоровья может быть рассмотрен с позиции его уровней – индивидуального, группового, общественного*. В исследовательское поле каждого уровня попадают не только количественные характеристики системы «индивид-группа-общество», но и все социальные условия, определяющие качество физического и общественного самочувствия населения (культурная среда, ментальность, социальное неравенство, профессиональные, экономические, политические, экологические и иные составляющие жизненного пространства).

На *индивидуальном уровне* состояние здоровья и отношение к нему выступают как комплекс личностных и социальных характеристик, базирующихся, с одной стороны, на закреплённых в обществе традициях, мировоззрениях, стереотипах поведения; с другой – исходящих из субъективного пространства личности, индивидуального восприятия собственного существования. На этом уровне индивидуальное преобладает над социальным, личный выбор освобождает от влияния общественных установок, а человек выступает как система, устойчивая к внешним влияниям и имеющая свободу самостоятельного принятия решения.

Медицинская философия, исследуя феномены здоровья и болезни, пытается выявить в их возникновении и развитии степень человеческой свободы, личного выбора, определенного типа бытия человека. Здоровье в этом случае определяется как форма актуализации телесных потенций, которая обеспечивает максимум возможностей для самоосуществления человека. В личностной установке на здоровье С.И. Попов видит позицию неотчужденной ответственности за собственное бытие [12]. Р.С. Гринберг и Т.В. Чубарова индивидуальному поведению отводят центральное место среди детерминант здоровья. Поведение оказывает непосредственное влияние на его состояние, а образ жизни опосредует часть влияния большинства других детерминант здоровья [4]. Тем самым, адаптационные свойства индивида и его способность к самоорганизации становятся основополагающими характеристиками физического, психического, социального здоровья.

Однако личностное содержание и отношение к собственному здоровью строится не само по себе, а на основе общественных представлений, которые в ряде случаев могут оказаться сильнее, чем субъективные механизмы. И тогда личность становится более зависимой от принятых в обществе правил жизни. А.В. Кос уточняет, что здоровье обусловлено не только персональным выбором, но и общими социальными условиями, в которых находится конкретный индивид или общество. Персональный же выбор моделей поведения, наносящих вред здоровью, может исходить из ограниченных или несправедливых жизненных обстоятельств, в которых находится человек [10]. В этом случае здоровье и отношение к нему следует рассматривать на *групповом уровне*, который определяет состояние здоровья как результат общественных отношений в малой социальной группе (семье, коллективе, общности по интересам и пр.). Чем сплоченнее группа, тем большее влияние она оказывает на личность и определяет ее жизненные принципы. Согласно Э. Дюркгейму, продуктом социальной солидарности становится социальное сознание, выраженное в групповых представлениях, которые, в свою очередь, подавляют индивидуальность, определяют жизнь людей независимо от их воли, формируют стиль поведения, который становится доминирующим в групповой культуре и, следовательно, в отношении человека к здоровью [6].

Влияние группы на своих членов наиболее сильно проявляется в периоды стабильности. А в режимах кризиса социальная система выходит из состояния равновесия, становится неустойчивой за счет разрушения социальных связей, и социализация личности все

больше подчиняется не групповому влиянию, а процессам, деструктурирующим всю систему, то есть происходящим на *общественном уровне*. Д.В. Михель отмечает, что болезнь принято воспринимать как разрыв социальных связей, в то время как здоровье отражает тесную связь с обществом. В каждом обществе имеются свои градации социальных состояний, отражающих степень включенности или исключенности индивида (или группы) на основании оценок его здоровья и нездоровья [11]. Следовательно, показатели социального благополучия и здоровья тем выше, чем стабильнее положение системы на общественном уровне. Кроме того, качество общественного здоровья определяется особенностями функционирования социальных институтов, в частности, здравоохранения и медицинской науки. А.В. Решетниковым отмечено, что в периоды социальной стабильности преобладает интерес к клинико-морфологическим параметрам здоровья и болезни, тогда как резкие социальные кризисы фокусируют внимание на социальных детерминантах [14], что в достаточной мере объясняет повышение к ним внимания со стороны современной медицины.

Еще один уровень здоровья – *генетический*, рассматривают, как правило, в рамках индивидуального здоровья, считая качество физического состояния индивида, его устойчивость к болезням или, напротив, предрасположенность к определенным заболеваниям результатом работы наследственных механизмов по индивидуальной линии. Такой подход, с точки зрения автора, является не вполне корректным, поскольку игнорирует существование *социальной* генетической наследственности. В частности, Ф. Фогель и А. Мотульски, исследуя генетику поведения человека, заключили, что с течением времени биологическая эволюция все в большей степени дополняется культурной эволюцией. Культурная среда становится главной силой, вызывающей внутривидовые изменения. Гены устанавливают пределы, в которых может развиваться тот или иной репертуар поведения [18]. И здесь нет противоречия. Формирование здоровья индивида и общества – процессы не взаимоисключающие, а взаимообусловленные [3].

Развитие наследственных заболеваний может определяться не только врожденными генетическими дефектами, но и мутациями, спровоцированными внешними факторами – ферментативными изменениями, радиацией, химическими экотоксикантами, вирусными атаками и иными средовыми влияниями. В результате наследственные изменения и появляющиеся на их фоне заболевания можно расценивать как нарушение адаптации организма к среде обитания, а не только как дефекты, закрепленные в генотипе. Тем самым, генетический аппарат определяет не признаки заболевания, а особенности реакции организма на внешние средовые процессы. Генетика и биологические характеристики, эффект их влияния на здоровье индивида и общества опосредованы «социально-экономическими и поведенческими факторами как в положительную, так и в отрицательную сторону» [4].

Современное общество все больше погружается в искусственную среду обитания, испытывая на себе влияние техносферы и урбанизации, нарушающих биологические

ритмы, создающих высокую эмоциональную и психическую нагрузку, усиливающих стрессовые состояния, информационную перегрузку и ускорение ритма жизни. Среда обитания способствует сокращению продолжительности жизни, росту заболеваний, обусловленных образом жизни, вызывает их патоморфоз, приводит к изменению иммунологической реактивности и сенсбилизации, усиливает генетическую обусловленность болезней, создает условия для появления новой патологии. Поэтому взаимообусловленность генетического, биологического и социального диктует потребность в изучении здоровья общества не только через физикальные показатели, но и такие средовые составляющие, как трудовая деятельность, доход, стресс, физическая и социальная активность, семейное положение, информированность, способы оздоровления, профилактика заболеваний, качество медицинских услуг, характер питания, степень распространенности вредных привычек.

Ряд авторов включает в этот перечень микро- и макроклимат, в котором находится человек в разные периоды своей жизни, комфортность жилья и территории, обеспеченность транспортом, социальное благополучие вплоть до уровня преступности в районе, которые в целом опосредуют физическое, психологическое и моральное состояние индивидов и формируют понятие «состояние окружающей среды» [4]. В результате социальное пространство, представленное множеством объективных компонентов, пронизывая субъективный мир личности, на выходе дает новое объект-субъективное измерение: **условия жизни** людей формируют настроение граждан и управляют их психологическим состоянием, которое, в свою очередь, приобретает фоновую значимость в развитии различной патологии либо, напротив, устойчивости к ней.

Общепринятой является точка зрения о том, что одним из базовых условий, определяющих качество жизни и здоровья населения, выступает **экономический достаток** личности, социальной группы и общества. Так, Л. Гордон рассматривает общественное здоровье как комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу. Здоровье отражает уровень экономического и культурного развития общества, а также состояние медицинской помощи [4]. В связи с этим «спецификой социально-экономических исследований здоровья является перенос центра тяжести в область изучения взаимосвязей здоровья и факторов уровня жизни, причем не только путем прямого воздействия на здоровье, но и обратного – воздействия здоровья на условия и образ жизни в качестве "регулятора" тех или иных компонентов благосостояния» [9].

На 52-й сессии Всемирной организации здравоохранения также было обозначено, что все основные детерминанты здоровья обусловлены *социально-экономическими факторами*, и связь между состоянием здоровья и занятостью, уровнем доходов, социальной защитой, жилищными условиями и образованием четко прослеживается во всех европейских государствах [5]. Социальные и экономические детерминанты – от социальной иерархии до неравенства доходов, от экономического роста до социального

капитала, от этнического состава до показателей рынка труда и социальных норм, пронизывающих общественные отношения, выступают параметрами жизни и трудовой деятельности [23], определяют характер отношения общества к здоровью и социальные модели его поддержания.

Материальное благосостояние общества и уровень дохода его граждан считается одним из важнейших источников неравенства в распределении здоровья. «Связь бедности и здоровья особенно четко прослеживается не только в развивающихся, но и развитых странах. Хотя возможно, что для последних относительная важность материальных обстоятельств снижается, в то время как значение психосоциальных факторов возрастает» [4].

И действительно, анализ ментальных свойств личности и общества, степени их тяготения к комфорту и благам цивилизации показывает, что экономический фактор далеко не всегда выступает причиной всех зол, хотя и определяет значительную часть проблем, связанных со здоровьем. Masinko J. et al. ссылаются на целый ряд работ, в которых обнаруживается отсутствие корреляции между уровнем дохода и качеством здоровья социальных групп [21]. К. Джадж и И. Паттерсон придерживаются мнения, что влияние неравенства в доходах на здоровье общества сильно завышено. Данное преувеличение они связывают с тем, что бедность практически всегда ассоциируется с неблагоприятными условиями для поддержания здоровья; кроме того экономическое неравенство является своего рода маркером других параметров (например, этнических) или развития социальной инфраструктуры, которые влияют на здоровье [21].

Согласно международным и отечественным исследованиям, существует достаточно иерархичная система разветвленных причинно-следственных отношений, где важным является то, как различные факторы, влияющие на здоровье, связаны между собой [4]. В частности, в постперестроечной России приоритетность экономического фактора в конструировании здоровья определяется не столько реальными доходами граждан, сколько их мировоззрением. Объяснение типа «нехватка денег» является скорее следствием менталитета общества, удобным, модным аргументом в защиту неспособности личности и общества искать и находить пути и средства (не только материальные) для укрепления здоровья, результатом низкой нравственной культуры, заикленности на денежном вопросе, деструктивной информационной пропаганды, ориентирующей социальное сознание на исключительно материальные ценности.

Многоаспектным показателем социального и индивидуального здоровья выступает **трудовая деятельность**. По данным А.В. Решетникова, 20-40% заболеваний работающих людей связано с неблагоприятными условиями труда [15]. Комфорт индивида определяется не только выполняемой работой, физическими условиями труда, но и социально-психологической атмосферой коллектива, стилем руководства, наличием социальных гарантий и множеством иных составляющих.

Значимость социально-психологических отношений в трудовом коллективе была рассмотрена еще в рамках школы «человеческих отношений» Э. Мейо, А. Маслоу, Г. Мюнстерберга. В частности, хоуторнский эксперимент позволил ученым обнаружить, что поведение людей в коллективе значительно чаще зависит от психологического климата, нежели от физических условий труда. Индивидуальная мотивация, устремления и психологические особенности личности выступают важнейшими параметрами социально-психологического благополучия. А. Маслоу пишет: «Мы никогда не разберемся в человеке, если будем игнорировать его высшие устремления. Такие темы, как “личностный рост”, “самоактуализация”, “стремление к здоровью”, “поиск себя и своего места в мире”, “потребность в совершенствовании” (и другие, обозначающие стремление человека «ввысь») следует принять и широко употреблять уже потому, что они описывают общие, а может быть, даже универсальные человеческие тенденции» [22].

Значимыми в условиях трудовой деятельности являются не только индивидуальные установки людей и особенности межличностных отношений в коллективе, но и формирование особого управленческого стиля руководителя организации, в той или иной мере ориентированного на поддержании здоровья сотрудников. Исследования отечественных ученых показывают, что в 72,2% инициатором профилактической работы в организации выступает администрация. Среди причин заинтересованности руководителя в заботе о здоровье коллектива названы: интересы дела (73%), чувство гуманности (11,4%) и потребность в уважении со стороны коллектива (4%) [15]. Как видно из соотношения показателей, основной интерес заключается в стремлении руководителя поддержать функциональность производства («чем меньше болеют, тем больше и лучше работают»). Бескорыстное отношение к здоровью как всеобщей социальной ценности пока не достигло желаемого уровня. В рамках тех же исследований отмечено, что наиболее популярным методом профилактики заболеваний на государственных предприятиях является вакцинация сотрудников (81,8%), а на предприятиях с частной и смешанной формой собственности – выдача абонементов для занятий спортом (95,3%) [15].

Влияние на здоровье психологического микроклимата испытывают не только рядовые члены коллектива, но и представители руководящих структур, что связано с ответственностью за деятельность организации и людей, психологическими перегрузками, конфликтами и др. По мнению А.В. Решетникова, внимание к психическому здоровью руководителей определяется тем, что даже мало значимые нарушения их нервно-психического самочувствия способны вызвать нарушение стабильного функционирования сотрудников всего возглавляемого им коллектива [14].

Системный характер заболеваний, прямая и косвенная их взаимосвязь со средой обитания, образом жизни на основании лишь одной имеющейся болезни позволяют говорить о наличии целого ряда других патологических процессов. Современный уклад и ритм жизни, сопровождаемой хроническим стрессом на фоне катастроф, войн, терроризма, экологических бедствий, породили массовую невротизацию населения. А

рост депрессивных заболеваний, в свою очередь, неизбежно отражается и на клиническом облике терапевтических заболеваний [17]. Нестабильность социума способствовала появлению так называемого «синдрома тревожного мира», породившего атмосферу нестабильности жизни человека в условиях его повседневной жизнедеятельности, неуверенность в завтрашнем дне и, как следствие, обесценивание такой долговременной потребности как здоровье [7]. Поэтому изучение **психологического состояния** населения в условиях труда и быта являются важнейшим параметром в рамках самых разнообразных медико-социологических исследований.

Уровень психологической устойчивости к влиянию средовых факторов отражается на **самоощущениях и самооценке личностью собственного состояния**, которые можно рассматривать как способность к позитивному восприятию различных жизненных ситуаций, психологический настрой на преодоление трудностей и болезней. Исследования, проводимые в рамках относительно нового направления науки – психоневроиммунологии, выявили влияние настроения на иммунную систему. В частности, наблюдения за ВИЧ-инфицированными пациентами обнаружили взаимосвязь между оптимистическим настроением и более поздним развитием симптомов, большей продолжительностью жизни. Позитивное отношение к жизни помогает пожилым людям справиться с возрастным снижением эффективности иммунной системы. А ярко выраженное чувство субъективной компетентности (когерентности) коррелирует с хорошим здоровьем [1], определяет уровень социальной активности, сопряженный со степенью устойчивости к неблагоприятным факторам среды. Эти показатели характеризуют социально-психологические резервы личности и группы, проявляющиеся в способности людей к противостоянию болезни, нахождению ресурсов жизнеобеспечения, реализации нематериальных потребностей, оптимизации взаимоотношений с окружающими людьми.

Таким образом, состояние индивидуального и социального здоровья населения определяется не только психофизическими и генетическими свойствами организма, но и множеством социальных факторов, возникающих под влиянием усложняющихся общественных связей и отношений, изменений, происходящих на всех уровнях общественной системы и создающих условия, как для разрушения здоровья, так и для его поддержания. Принципиальная роль в его регуляции принадлежит не каким-либо отдельным факторам, а их сочетанному влиянию, что делает обоснованным их изучение посредством системного медико-социологического подхода.

Список литературы

1. Влияние настроения на здоровье. [Электронный ресурс]. URL: <http://viptoria.ru/zdorovie-6-108.html> (Дата обращения – 31.05.16).
2. Гиппократ. Этика и общая медицина. М.: Изд-во «Мир книги», 2007. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.labyrinth.ru/books/139424/> (Дата обращения – 20.11.15).

3. Гордон, Л., Возьмитель, А., Журавлева, И., Клопов, Э., Римашевская, Н., Ядов, В. Социология быта, здоровья и образа жизни населения/ Социология в России / Под ред. В.А. Ядова. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Издательство Института социологии РАН, 1998.
4. Гринберг, Р.С., Чубарова, Т.В. Здоровье в социально-экономической системе координат // Аналитический вестник «Здоровье населения как ключевой фактор социально-экономического развития регионов России», 2013, № 34 (518).
5. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе в 2002 году на 52 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ.//Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/02, Копенгаген, 17 сентября 2002 г.
6. Дюркгейм, Э. О разделении общественного труда. – Электронный ресурс. URL: http://royallib.com/book/dyurkgeym_emil/o_razdelenii_obshchestvennogo_truda.html (Дата обращения – 12.08.16).
7. Жарова, М. Здоровье в системе жизненных ценностей человека №16 (254) 05.11.2012 [Электронный курс]. URL: <http://www.woa/wa/Main?level1=main&level2=articles&textid=3364> (Дата обращения – 15.07.16).
8. Журавлев, И.В. Поведенческий фактор и здоровье населения. // Здоровье человека в условиях НТР / Отв. ред. Ю. И. Бородин. – Новосибирск: Наука, 1989.
9. Корхова, И.В., Мезенцева, Е.Б. Условия жизни и здоровье // Народное благосостояние: тенденции и перспективы/Отв. ред. Н.М. Римашевская, Л. А. Оников. – М.: Наука, 1991/
10. Кос, А. В. Анализ влияния социальных условий жизни на психическое благополучие населения (на примере г. Саратова)//Вестник Саратовского государственного технического университета, №1, Т.2, 2009.
11. Михель, Д. В. Медицинская антропология: что это такое? [Электронный ресурс]. URL: <http://www.countries.ru/library/antropology/medant.htm> (Дата обращения 11.12.15.).
12. Попов, С.И. Проблема «качества жизни» в современной идеологической борьбе. – М.: Политиздат, 1977.
13. Преамбула к Уставу (Конституции) Всемирной организации здравоохранения.
14. Решетников, А. В. Социология медицины. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
15. Решетников, А. В. Медико-социальная эффективность деятельности страхователя в системе обязательного медицинского страхования //Социология медицины, 2014, №1.
16. Седова, Н.Н., Эртель, Л.А. Право и этика в педиатрии: проблема информированного согласия. – М., 2004.
17. Сокол, А. Ф. Современный врач: особенности, пути оптимизации профессиональных и личностных качеств//Социология медицины, 2014, №1.
18. Фогель, Ф., Мотульски, А. Генетика человека: в 3-х т. Т.3: Пер с англ. – М.: Мир,1996.
19. Шишкина, Е. А. Экологическое здоровье в проблемных полях социологии медицины /Социология медицины, 2014, №1.
20. Judge K., I. Paterson. Poverty, Income Inequality and Health. Treasury Working Paper 01/29, New Zealand.
21. Macinko J et al, 2003. Income Inequality and Health: A Critical Review of the Literature. Medical Care Research and Review, Vol 60, No 4.
22. Maslou, Abraham H. Motivation and Personality (2nd ed.) N.Y.: Harper & Row, 1970; СПб.: Евразия, 1999 / К.: PSYLIB, 2004. Электронный ресурс. – URL: <http://www.psylib.ukrweb.net/books/masla01/index.htm> (Дата обращения – 15.11.15.).

23. Solar, O., Irwin, A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper. Geneva: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. 2007.

Phenomenon of Public Health in the Sociology of Medicine Format

Kuandykov G. B.

Head Physician, Center for Medical Prevention of the Astrakhan region

e-mail: cosmos717@mail.ru

Abstract

Studies of the individual and public health in sociological knowledge format more emphasis on the role of the social conditions that create the preconditions for its destruction or maintenance. The importance of social space in the design of social well-being involves the study of psycho-physiological health parameters through their relationship with the living conditions, employment, ethical, socio-cultural, institutional and other factors.

Keywords: health, society, social factors

References

1. Influence of mood on health. Accessed at: <http://viptoria.ru/zdorovie-6-108.html>
2. Hippocrates. *Ethics and general medicine*. Moscow: Mir knigi, 2007.
3. Gordon, L., A. Vozmitel, I. Zhuravleva, E. Klopov, N. Rimashevskaya, and V. Yadov. "Sociology of everyday life, health and way of life." In *Sociologiya v Rossii*, edited by V. Yadov. Moscow: Izdatelstvo Instituta sociologii RAN, 1998.
4. Grinberg, R. S., and T. V. Chubarova. "Health in the socio-economic system of coordinates." *Zdorove naseleniya kak klyuchevoy faktor socialno-ehkonomicheskogo razvitiya regionov Rossii*, no. 34 (2013).
5. The European Health Report 2002. WHO regional publications. European series; No 97.
6. Durkheim, E. *The Division of Labour in Society*. Accessed at: http://royallib.com/book/dyurkgeym_emil/o_razdelenii_obschestvennogo_truda.html
7. Zharova, M. Health in the Human Values System. Accessed at: <http://www.woa/wa/Main?level1=main&level2=articles&textid=3364>
8. Zhuravlev, I. V. "Behavioral factors and human health." In *Zdorove cheloveka v usloviyah NTR*, edited by Y. I. Borodin. Novosibirsk: Nauka, 1989.
9. Korhova, I. V., and E. B. Mezenceva. "Living conditions and health." In *Narodnoe blagosostoyanie: tendencii i perspektivy*, edited by N. M. Rimashevskaya and L. A. Onikov. Moscow: Nauka, 1991.
10. Kos, A. V. "Analysis of the impact of social conditions on the mental well-being of the population (The city of Saratov example)." *Vestnik Saratovskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta 2*, no. 1 (2009).
11. Mihel, D.V. Medical anthropology: what is it? Accessed at: <http://www.countries.ru/library/antropology/medant.htm> .
12. Popov, S. I. *The problem of "quality of life" in the contemporary ideological struggle*. Moscow: Politizdat, 1977.

13. Constitution of the World Health Organization. Preamble.
14. Reshetnikov, A. V. *Medical Sociology*. Moscow: GEHOTAR - Media, 2010.
15. Reshetnikov, A. V. "Medical and social efficiency of the insurant in the compulsory health insurance system." *Sociologiya mediciny*, no. 1 (2014).
16. Sedova, N. N., and L. A. Ehrtel. *Law and Ethics in pediatrics: the informed consent issue*. Moscow, 2004.
17. Sokol, A. F. "Modern Physician: features, ways to optimize the professional and personal qualities." *Sociologiya mediciny*, no. 1 (2014).
18. Vogel, Friedrich, Arno G. Motulsky. *Human genetics: problems and approaches. (translated to Russian)*. Moscow: Mir, 1996.
19. Shishkina, E. A. "Environmental health in the problem fields of medical sociology." *Sociologiya mediciny*, no. 1 (2014).
20. Judge, K., I. Paterson. *Poverty, Income Inequality and Health*. Treasury Working Paper 01/29, New Zealand.
21. Macinko, James A., Leiyu Shi, Barbara Starfield, and John T. Wulu. "Income Inequality and Health: A Critical Review of the Literature." *Medical Care Research and Review* 60, no. 4 (2003): 407-52. doi:10.1177/1077558703257169.
22. Maslou, Abraham H. *Motivation and Personality* (2nd ed.) N.Y.: Harper & Row. Accessed at: <http://www.psylib.ukrweb.net/books/masla01/index.htm> (Дата обращения - 15.11.15.).
23. Solar, O., A. Irwin. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Discussion Paper. Geneva: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. 2007.