

Статья поступила в редакцию 20.07.2017 г.

Кожевников А.А.

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей –
филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России,
г. Новокузнецк, Россия*

СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ТЕНДЕНЦИИ МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В статье путём анализа отечественных и зарубежных публикаций, других информационных источников рассмотрены наиболее популярные и имеющие практическое применение методологические подходы, связанные с оценкой общественного здоровья и системы здравоохранения. Сформулирован прогностический вывод о том, что, в отличие от других видов обеспечения медицинской деятельности, медико-социологическое обеспечение позволяет за счёт установления целевой взаимосвязи социально-ориентированных интегральных показателей расширить представление о деятельности субъектов системы здравоохранения, оценить здоровье и качество жизни населения.

Предмет исследования (наблюдения). Методологические подходы к оценке общественного здоровья и системы здравоохранения.

Цель исследования. Определение наиболее эффективных методологических подходов, применяемых за рубежом и в России при оценке системы здравоохранения, здоровья и качества жизни населения.

Методы исследования. Сравнительный анализ.

Основные результаты. Применение системно-ориентированного комплекса взаимосвязанных медико-социологических методов исследования позволяет на качественном уровне организовать межведомственное взаимодействие и достигать поставленные цели.

Область их применения. Информационное обеспечение деятельности органов власти и управления в сфере здравоохранения.

Выводы. Рассмотренные методологические подходы привнесли, с одной стороны, понимание необходимости создания наиболее приспособленных, адекватных реальным потребностям и возможностям популяции систем и форм организации не только здравоохранения, медицинской помощи, но и самой социальной среды. С другой стороны, данные теории помогли обобщить закономерности возникновения и развития патологических состояний и процессов с целью формирования и сохранения здоровья.

Ключевые слова: система здравоохранения; качество жизни; качество медицинской помощи; общественное здоровье; медико-социологическое обеспечение.

Kozhevnikov A.A.

*Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians –
Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Novokuznetsk, Russia*

CONDITION, PROBLEMS AND TRENDS OF MEDICO-SOCIOLOGICAL RESEARCHES OF PUBLIC HEALTH AND HEALTHCARE SYSTEM

In article by the analysis of domestic and foreign publications, other information sources the most popular are considered and the methodological approaches having practical application connected with assessment of public health and a health care system. A predictive conclusion about what unlike other types of ensuring medical activity of medico-sociological providing allows to expand idea of activity of subjects of a health care system due to establishment of target interrelation of socially oriented integrated indicators is formulated, to estimate health and quality of life of the population.

Objective. Methodological approaches to assessment of public health and health care system.

Methods. Comparative analysis.

Results. Application of the system focused complex of the interconnected medico-sociological methods of a research allows to organize interdepartmental interaction at the qualitative level and to achieve goals.

Conclusions. The considered methodological approaches have introduced on the one hand understanding of need of creation the most adapted, adequate to real requirements and opportunities of population of systems and forms of the organization not only health care, medical care, but also the most social environment. On the other hand these theories have helped to generalize regularities of emergence and development of pathological states and processes for the purpose of formation and maintaining health.

Key words: health care system; quality of life; quality of medical care; public health; medico-sociological providing.

В последние годы деятельность системы здравоохранения всех уровней осуществляется в условиях её коммерциализации и необходимости повышения эффективности использования бюджетного финансирования, что в значительной степени влияет на требования к качеству медицинской помощи населению, в том числе проживающего в труднодоступных и экстремальных для жизни районах. Разрабатываемые в этом направлении органами власти и управления мероприятия по охране здоровья населения, как правило, носят унифицированный характер, хотя, с учётом отечественного и международного опыта, должны быть адаптированы к специфике регионов, которые отличаются между собой по социально-экономическим, медико-демографическим и климатогеографическим условиям. Определяющую роль в этой деятельности играет её информационное обеспечение, включающее постоянный мониторинг происходящих процессов, научный анализ полученных данных и выработку практических рекомендаций по совершенствованию проводимых мероприятий.

В Российской Федерации создание системы мониторинга здоровья населения и социально-гигиенического мониторинга началось с принятием Указа Президента РФ от 20.04.1993 года № 468 «О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения РФ». В научных публикациях отмечается, что в Рос-

сии разработаны **четыре** взаимосвязанных вида мониторинга — **мониторинг собственно показателей здоровья, социально-гигиенический мониторинг, медико-социальный и медико-социологический мониторинг**. В развитие последнего большой вклад внес академик РАМН, доктор медицинских наук, доктор социологических наук, профессор А.В. Решетников.

Под понятием мониторинга подразумевается процесс сбора, обработки, анализа информации, характеризующей состояние объекта управления [2]. Основа данного направления деятельности в сфере здравоохранения и социологии была заложена ещё во времена существования СССР. Так, в 1977 г. коллективом ученых с участием профессора С.А. Гаспаряна была предложена система комплексных обобщающих показателей оценки здоровья населения, основанная на расчете потенциала жизни популяции, активности жизни и их потерь в результате преждевременной смертности, инвалидности, временной утраты трудоспособности. В результате по заказу научно-практического центра экстренной медицинской помощи Комитета здравоохранения г. Москвы был разработан персонализированный регистр застрахованного населения Юго-Западного округа г. Москвы, насчитывающий 930 тысяч человек. Данная модель включала в себя анализ структуры заболеваемости, всех видов потерь, связанных с исходами заболеваемости (смертность, инвалидизация, временная утрата трудоспособности) по половозрастным группам населения. При этом проводилась сравнительная оценка видов потерь в единой шкале утраченных человеколет, а также рассчитывались потери потенциала жиз-

Корреспонденцию адресовать:

КОЖЕВНИКОВ Андрей Александрович,
654080, г. Новокузнецк, ул. Франкфурта, д. 12, кв. 89.
Тел.: 8 (3843) 45-16-40; +7-903-945-51-17.
E-mail: nvkz2004@rambler.ru

ни и потенциала ее активности в результате отрицательных исходов заболеваемости. Тем самым, проводился анализ в стандартизованных показателях заболеваемости отдельных половозрастных групп по классам и группам болезней или нозологическим формам в разрезе муниципальных образований. Внедрение *метода потенциальной демографии* было одобрено ВОЗ, а предложенная данной группой учёных модель легла в основу идеологии концепции мониторинга здравоохранения населения России, утвержденной в 1996 г. Минздравом России.

Широко известен подход к группировке факторов риска по сферам их влияния на здоровье, предложенный Ю.П. Лисицыным, Ю.М. Комаровым [4]. По мнению А.В. Решетникова, гораздо менее изученной областью является исследование факторов *антириска*, их природы и нормы [8].

Ряд специалистов в ходе изучения здоровья населения выделяли такой показатель, как *продолжительность жизни* (средней или ожидаемой), считая его по информативности одним из базовых показателей уровня благосостояния и благополучия населения. В этом качестве он был включен в *индекс человеческого развития* (ИЧР) наряду с *достигнутым уровнем образования* и *уровнем жизни*, измеряемыми на базе реального внутреннего валового продукта (ВВП) на душу населения в долларах паритета покупательской способности. Данный индекс предназначен для измерения степени развития человеческого общества в соответствии с новой Концепцией ООН, представленной в виде соответствующей Программы развития в 1990 году. Показатель средней продолжительности жизни интегрирует в себе воздействие социально-экономического прогресса, в том числе развития здравоохранения, системы образования и улучшения качества жизни. Средняя продолжительность жизни (СПЖ) является производной от повозрастных показателей смертности [7].

В отношении показателей *средней продолжительности жизни* в настоящее время принято включать идеальную продолжительность жизни (ИПЖ) — оптимальная ПЖ вообще, как социальная норма; желаемую продолжительность жизни (ЖПЖ) — сколько лет респондент хотел бы прожить; представление о том, что значит «прожить долго». При таком подходе в мотивацию желания или нежелания прожить как можно дольше принято включать желание достичь высокого материального благополучия, желание испытать и увидеть в жизни как можно больше, нежелание расставаться со своими родными и близкими, надежда дожить до времени, когда медицина найдет средства от всех болезней. Параметр «продолжительность жизни» может служить индикатором самооценки состояния здоровья и, в определенной степени, указывать на возможные направления изменения характера самосохранительного поведения.

Перечисленные показатели были использованы в исследованиях, проведенных по единой программе и методике в 1985-1986 годах Институтом социологии РАН в Вильнюсе, Львове, Москве, Шауляе и Черновцах. Однако следует отметить, что проводимая в годы советской власти социальная политика существенно отличалась от той, которая реализуется в настоящее время. Изменились система норм и ценностей, социальная мотивация, отношения в обществе. В те годы основной упор делался на предупреждение инфекционных заболеваний и паразитарных болезней, как основных причин смертности. Основные расходы по обеспечению бесплатной и доступной медицинской помощи несло государство. Это обусловило то, что исследования в сфере здравоохранения включались в так называемый «социальный заказ», который формировался коммунистической партией и правительством СССР, как правило, приводя к политизированному и одностороннему описанию общественного здоровья, а также деятельности системы здравоохранения страны.

Заслуживает внимания технология «Навигатор здоровья», разработанная под руководством академика РАН А.И. Григорьева коллективом учёных из ГНЦ РФ Института медико-биологических проблем (ИМБП) РАН, включающая измерение резервов сердечно-сосудистой, дыхательной, костной, нервно-мышечной и эндокринной систем организма, а также определение эффективности координационно-двигательных показателей [6]. Причиной для этого послужили созданные в 2009 году по решению Правительства РФ Центры здоровья, которые были малоэффективными для населения из-за отсутствия современных профилактических и оздоровительных технологий. В свою очередь, «Навигатор здоровья» позиционировался в качестве малозатратной и компьютеризированной системы, сертифицированной в 2009 году Росздравнадзором, Госстандартом и Роспатентом, и рекомендованной к внедрению в оздоровительную практику. Она успешно эксплуатируется лечебно-профилактическими учреждениями в ряде регионов России, а с 2002 года была включена в программу обязательного медицинского страхования г. Москвы для населения в возрасте от 6 до 17 лет.

Анализ литературы по исследуемой теме свидетельствует о том, что в настоящее время при оценке физического развития взрослой части населения широко используется *индекс Кетле* (ВМІ) или относительная масса тела, в качестве показателя степени наличия фактора риска формирования различных болезней, который определяется как отношение показателя массы тела (кг) к квадрату показателя длины тела (м)². Значение индекса Кетле, условно принятое за нормальную массу тела (Индекс Кетле < 25), учитывалось в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения по интерпре-

Сведения об авторах:

КОЖЕВНИКОВ Андрей Александрович, канд. социол. наук, зам. директора по общим вопросам; преподаватель, кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья, НГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО «РМАНПО» Минздрава России, г. Новокузнецк, Россия. E-mail: nvkz2004@rambler.ru

тации показателей ИМТ [16]. При этом выделяют V-образные связи, отражающие определенные зависимости как, например, связь смертности с массой тела. В частности, оказалось, что смертность минимальная в средней части распределения показателя, а лица с избыточной или недостаточной массой тела умирают чаще, но от разных болезней: полные — от сердечно-сосудистых, худые — от легочных и онкологических. V-образные зависимости были обнаружены и при анализе смертности от уровня холестерина в крови, артериального давления, потребления алкоголя и даже от длительности сна и так далее. По мнению А.В. Решетникова, новая парадигма здорового образа жизни заключается в том, что рекомендации для индивида, группы и популяции будут принципиально различаться в зависимости от того, в какой зоне человек находится на V-образной кривой [8].

Сводный индекс индивидуального потенциала здоровья, учитывающий его количественные и качественные стороны, был разработан учёными из ЦЭМИ РАН (затем ИСЭПИ РАН) при исследовании благосостояния и здоровья населения. Индекс формируется из следующих показателей: самооценка здоровья, дополненная и скорректированная данными врачебных осмотров; лабораторные анализы; материалы об обращаемости населения в лечебные учреждения. Комплексная оценка по пятибалльной шкале по возрастанию уровня здоровья. *Деагрегированные показатели*: жалобы на здоровье, хронические заболевания, степень их тяжести, число болезней в году. Оценка по балльной системе. Простейший показатель здоровья населения — *доля здоровых индивидов* в различных коллективах, в населении территориальной единицы.

Обобщающий индекс здоровья (ОИЗ) складывается из показателей, включающих число здоровых людей разных типов, которые составляют их сумму по отношению к численности населения. Типология здоровых людей строится на основе диспансеризации и может включать до 10 типов состояния здоровья: вполне здоров; здоров, но имеет хроническое заболевание, не снижающее функции; здоров, но в течение года перенес острое заболевание без осложнений и так далее. Другая типология строится на основе причины (источника) здоровья: здоров от рождения; родился болезненным, а сейчас здоров благодаря образу жизни и так далее. Тапилиной В.С. был предложен *метод измерения здоровья*, заключающийся в определении физического благополучия конкретного человека на основе медицинских показателей и самооценки здоровья индивида. За единицу измерения приняты отклонения от физического благополучия и количество отклонений от здоровья, свидетельствующих о степени утраты здоровья. Строится *агрегированный количественный показатель физическо-*

го благополучия, который отражает диапазон имеющихся заболеваний. В зависимости от характера отклонения сформированы типы отклонений, то есть разработан качественный показатель.

Под руководством А.Д. Соломонова была специально разработана *модель воспроизводства и убыли населения*, основу которой составил комплекс прикладных программ, предназначенных для анализа и прогнозирования демографических процессов. Так, в результате проведенного под его руководством исследования процесса старения населения Ставропольского края были сделаны выводы, что увеличение числа лиц в старших возрастных группах населения автоматически приводит к пропорциональному росту числа социально зависимых людей [9]. В отличие от вышеуказанных индексов и методов измерения здоровья, которые преимущественно основывались на обработке данных медицинской статистики и демографических показателей, в рамках данного научного исследования значительное внимание уделялось анализу таких переменных, как мнение населения об их потребностях в сфере медицинских услуг, о степени влияния биологических, генетических, социальных и иных факторов на их здоровье.

По утверждению А.В. Решетникова, перечисленные в Уставе ВОЗ составляющие понятия здоровья предполагается измерять посредством присвоения индивидуумам некоторых упорядоченных градаций — *«функционального статуса»*. По мнению врачей-экспертов, тип функционального статуса определяется в зависимости от того, насколько то или иное заболевание влияет на ограничение поведения и ролевые функции людей. При этом принято выделять три основных аспекта ограничения повседневных функций: *мобильность* (три уровня), *физическая активность* (три уровня), *социальная активность* (пять уровней), которые были объединены в «качественную шкалу благополучия» [8]. Определялся *индекс здоровья популяции*, когда по каждому из измерений рассчитывалась взвешенная сумма долей населения, пребывающего в каждом из состояний, умноженных на соответствующие этим состояниям весовые коэффициенты. Современный подход к интегральной оценке здоровья населения отражен в моделях *индекса статуса здоровья*, получивших широкое распространение среди американских исследователей. Его основу составляет представление о здоровье индивида как о непрерывно изменяющемся «мгновенном здоровье» (*instantaneous total health*), которое в виде определенной величины расположено на континууме, в диапазоне от оптимального самочувствия до максимальной болезни (смерти) [8].

На важность изучения общественного мнения о различных аспектах организации лечебно-диагностического процесса неоднократно указывал в своих работах ведущий российский ученый О.П. Щепин,

Information about authors:

KOZHEVNIKOV Andrey Aleksandrovich, the candidate of sociological sciences, the deputy director for general issues; the teacher, organization of health care and public health department, Novokuznetsk State Institute for Further Training of Physicians – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Novokuznetsk, Russia. E-mail: nvkz2004@rambler.ru

ссылаясь на то, что субъективные оценки не только достаточно четко коррелируют с объективными показателями, характеризующими деятельность медицинского работника, отделения, ЛПУ в целом, но и позволяют выявить нюансы, которые другими методами определить затруднительно или невозможно [11]. В 2010 году было проведено специальное медико-социологическое исследование, которое осуществлялось на базе краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Перинатальный центр» (г. Хабаровск). Статистический материал был получен методом анкетирования по специально разработанной шкале опросника, включающей 19 параметров, направленных на сбор сведений о мнении респондентов о степени удовлетворенности качеством оказываемой медицинской помощи, которая определялась по качеству и объему проводимых профилактических мероприятий до беременности (планирование беременности), в дородовый период, во время родов, в послеродовый период и в период наблюдения за детьми до 3-х лет. Для опроса пациентов применялась специально разработанная анкета, содержащая 14 вопросов [1].

Для проведения социологических исследований на популяционном уровне необходимо учитывать методики, применяемые в демографии. В частности, с целью экспресс-анализа состояния небольших этнических групп сотрудниками Института этнологии и антропологии РАН под руководством В.В. Степанова была разработана таблица соответствия коэффициента естественного прироста определенным качественным уровням воспроизводства населения, используя которую можно формировать гипотезу об устойчивости общности, опираясь только на сведения о динамике численности населения. Дополнительно данными специалистами были предложены 3 уровня рождаемости: низкий — до 16 рождений на 1000 жителей; средний — от 16 до 29,9 ‰; высокий — от 30 до 50 ‰. Трехступенчатое ранжирование уровня смертности: низкий — до 10 ‰; средний — от 10 до 14,9 ‰; высокий — от 15 до 50 ‰. По мнению В.В. Степанова, используя сведения о рождаемости и смертности в среде малочисленных групп населения, взятые в среднем за 10-15 лет, возможно найти соотношение уровня естественного прироста/убыли с соответствующей числовой шкалой и далее с вербальной шкалой, которая позволяет сделать вывод о состоянии и перспективах группы [10].

Научный интерес представляют исследования зарубежных специалистов. В частности, по мнению профессора общественного здравоохранения и медицины В. Мак-Дермота (Корнелльский университет, Нью-Йорк, США), количественному определению поддаются только состояния болезни, причём характер болезней в том или ином обществе чётко указывает на особенность этого общества [5]. Обобщающий индекс, разработанный Т. Allision в качестве единого оценочного показателя состояния здоровья, учитывает следующие данные: смертность в возрасте старше 65 лет; фертильность; общую заболеваемость инфекционными болезнями; детскую смертность; средний доход

семьи; среднее количество лет обучения, приходящееся на одного взрослого жителя региона; долю квартир, в которых проживает более 1,5 человека из расчёта на одну комнату; процент неполных семей; долю семей, не имеющих автомобилей, и так далее [13].

В последние десятилетия для оценки здоровья населения наиболее широко используется метод расчёта индекса, который количественно определяет потери населения в активной жизни из-за болезни. Он предложен в 1993 году экспертами Мирового банка реконструкции и развития с целью определения степени эффективности инвестиций, которые направлялись в здравоохранение. В России он известен как «Глобальное Бремя Болезней» (ГББ). Единица, используемая для измерения ГББ, — индекс *DALY* (Murray C., Lopez A., 1996). Индекс ГББ (*DALY*) также позволяет оценивать тяжесть различных болезней, обосновывать приоритеты здравоохранения и сравнивать эффективность использования ресурсов в расчёте на год жизни без болезней. В мировой практике применяется также такой показатель, как «годы жизни с учётом качества», больше известный под названием *QALY* (Quality Adjusted Life Years). Его значение получают путём умножения числа лет жизни на коэффициент полезности, определяемый в пределах от 0 (смерть) до 1 (полное здоровье) в зависимости от состояния больного. В том случае, если заболевание не приводит к смертному исходу, сравнивают значения *QALY*, полученные умножением длительности болезненного состояния на соответствующие коэффициенты полезности.

Известна также модель расчёта *индекса ожидаемого здоровья*, как обобщенного показателя средней продолжительности предстоящей жизни, и в неё укладывается большинство моделей индексов здоровья населения, предложенных американскими исследователями, в частности индекс *F* (Bush Y. et al., 1972), индекс *H* (Chiang C., 1965), индекс *Q* (Cohen R., 1973), *Ex* (Sanders B., 1964). В Европе изучение самосохранительного поведения получило свое развитие в начале 1970-х годов в русле политики «Health Promotion» (обеспечение здоровья) в связи установлением изменения структуры заболеваний в сторону увеличения доли хронических неинфекционных заболеваний, что требовало выработки определенных стереотипов поведения у больных — реальных и потенциальных. По мнению учёных, самосохранительное поведение включает: регулярность питания, занятие физкультурой и спортом, отказ от вредных привычек, соблюдение гигиенических норм, санитарную грамотность, гигиенические привычки, своевременность обращения в медицинские учреждения, в том числе в профилактических целях, строгое выполнение медицинских рекомендаций, соблюдение правил техники безопасности на работе, в быту, и так далее. Однако остается открытым вопрос о причине массового поведения, в результате которого люди, несмотря на свою информированность о факторах риска, больше склонны к совершению пагубных, приводящих к болезням действий, чем к ведению здорового образа жизни.

При анализе социологических исследований, проводимых американскими и европейскими специалистами, обращает внимание тот факт, что проблемы, связанные с рискованным поведением человека, тесным образом увязываются со здоровьем, которое в настоящее время характеризуется ими не только как категория, отражающая состояние организма, но и в качестве функционального условия и способности людей адекватно участвовать в процессах жизнедеятельности. В результате за рубежом были разработаны такие теории человеческого поведения, как теория «разумного поведения» (М. Fishbein, Ajzen Belif) [14], теория «социального познания» (А. Bandura), теория «самоэффективности» (А. Bandura), теория «спланированного поведения» (I. Ajzen) [12], «транстеоретическая модель» (J.O. Prochaska, С.С. DiClemente) [15]. Рассматривая данные теории, нельзя не согласиться с выводами Д.А. Изуткина, который в статье «Зарубежные теории человеческого поведения в контексте взаимосвязи образа жизни» отметил, что, несмотря на направленность данных теорий формировать у индивидов позитивные формы поведения применительно к коррекции человеческого поведения, они не отражают полную адекватность по причине недостаточного учёта взаимодействия объективных условий, факторов образа жизни и субъективных характеристик индивида. Слабо отражена роль социально-экономической, экологической и культурной

среды в формировании определенных представлений, установок и ориентаций индивида по отношению к собственному здоровью. Тем самым, различные поведенческие реакции рассматриваются и анализируются в отрыве от других форм жизнедеятельности человека [3].

В ходе проведенного анализа установлено, что на Западе характерно преобладание эмпирических исследований. Комплексные практически не проводятся. Наблюдается стремление избежать глобальных теоретических обобщений. В американской традиции существует недооценка мировоззренческих аспектов, ориентация на когнитивизм, психоанализ, необихевиоризм и игнорирование современных актуальных проблем общественного здоровья. Наряду с этим, наличие разнообразных исследований, проводимых в нашей стране и за рубежом, свидетельствует о том, что процесс поиска наиболее оптимальных способов сбора, обработки, систематизации, анализа, передачи и хранения информации, характеризующей такое социальное явление как медицина и общественное здоровье, активно продолжается. Медико-социологическое обеспечение позволяет, за счёт установления целевой взаимосвязи социально-ориентированных интегральных показателей, расширить представление о деятельности субъектов территориальной системы здравоохранения, оценить здоровье и качество жизни населения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Alekseeva NYu, Pchela LP, Makarov SV. Research of satisfaction of the population by quality of medical aid in the conditions of public health services reforming. *Bulletin of the East Siberian Scientific Center SBRAMS*. 2011; 1(1): 259-261. Russian (Алексеева Н.Ю., Пчела Л.П., Макаров С.В. Исследование удовлетворенности населения качеством медицинской помощи в условиях реформирования здравоохранения // Бюллетень ВШЦ СО РАМН. 2011. № 1, Ч. 1. С. 259-261.)
2. Gasparyan SA. Medico-social monitoring in the management of health: act of speech. М., 2003. Access mode: <http://needknow.avmoskalenko.ru/Gasp01/index.htm>. Russian (Гаспарян С.А. Медико-социальный мониторинг в управлении здравоохранения: актовая речь. М., 2003. – Режим доступа: <http://needknow.avmoskalenko.ru/Gasp01/index.htm>)
3. Izutkin DA. The foreign theories of human behavior in the context of life-style and health relationship. *Sociology of Medicine*. 2009; 1: 12-17. Russian (Изуткин Д.А. Зарубежные теории человеческого поведения в контексте взаимосвязи образа жизни // Социология медицины. 2009. № 1. С. 12-17.)
4. Lisitsyn YuP, Radbil OS, Komarov YuM. When the habit leads to a disease. М.: Knowledge, 1986. 48 p. Russian (Лисицын Ю.П., Радбиль О.С., Комаров Ю.М. Когда привычка приводит к болезни. М.: Знание, 1986. 48 с.)
5. Mac-Dermot V. Meditsina – the public and personal benefit. *World forum of health care*. Geneva, 1982; 1: 130. Russian (Мак-Дермот В. Медицина – общественное и личное благо // Всемирный форум здравоохранения. Женева, 1982. Т. I. С. 130.)
6. Interuniversity center of distance learning «Navigator of health». [Electronic resource]. – Available at: <http://studyhealth.ru/AboutTechnology/default.aspx> (accessed 17.07.2017). Russian (Межуниверситетский центр дистанционного обучения «Навигатор здоровья». [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://studyhealth.ru/AboutTechnology/default.aspx>. 17.07.2017 г.)
7. Space-rocket activity in the territory of Altai Republic //ARI Ecology. – Access mode: <http://ekologia-ra.ru>. Russian (Пакетно-космическая деятельность на территории Республики Алтай // АРИ Экология. Режим доступа: <http://ekologia-ra.ru>)
8. Reshetnikov AV, Shapovalova OA. Health as a subject of study in the sociology of medicine: a textbook. М.: GEOTAR-media, 2008. 64 p. Russian (Решетников А.В., Шаповалова О.А. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины: учебное пособие. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. 64 с.)
9. Solomonov AD, Pliet PM, Kaloyev AD. The long-term prediction of population aging in stavropol territory. *Medical news of the North Caucasus*. 2013; 8(1): 82-85. Russian (Соломонов А.Д. Плиев П.М., Калоев А.Д. Процесс старения населения Ставропольского края в долгосрочной перспективе // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2013. Т. 8, № 1. С. 82-85.)
10. Stepanov VV, Stepanov VV, Kozlov VI, Dubova NA, Yamskov AN, Komarova O.D. et al. Methods of ethnoecological examination. Institute of Ethnology and Anthropolology RAS. М.: 1999. 103 p. Russian (Степанов В.В., Степанов В.В., Козлов В.И., Дубова Н.А., Ямсков А.Н., Комарова О.Д. и др. Методы этноэкологической экспертизы. Институт этнологии и антропологии РАН. М: 1999. 103 с.)
11. Shchepin OP. Modern approaches to management of medical care at the regional level. Stavropol: Prod. Ministries of Health of Stavropol Region, 2006. 264 p. Russian (Щепин О.П. Современные подходы к управлению медицинской помощью на региональном уровне. Ставрополь: Изд. Минздрава Ставропольского края, 2006. 264 с.)

12. Ajzen I, Kuhl J, Bechmann J. Action Control: From Cognition to Behavior. New York, 1985. P. 11-39.
13. Allison TN. Measuring health status with local data. Proceedings of the Public Health Confer on Records and Statistic. New York, 1976.
14. Fishbein M, Ajzen I. Belief, Attitude, Intention and behavior: An Introduction to Theory and Research. Addison-Wesley, 1975. 214 p.
15. Prochaska JO, DiClemente CC, Herzen M, Miller PM, Eislser R. Progress in Behavior Modification. New York, 1992. P. 184-218.
16. World Health Organization. Controlling the Global Obesity Epidemic. Geneva: World Health Organization, 2002. – P. 14-52.

