



УДК 316.334:616

ББК 51.1(2)

### СОЦИАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СТРАТЕГИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*И.Л. Кром, И.Ю. Новичкова, Т.Н. Ильина, А.А. Коблова, Е.А. Черкасова*

В статье обсуждаются стратегии медико-социальной работы при хронических неинфекционных заболеваниях. Объективизация подходов к медико-социальной работе на мезо- и микроуровнях, по мнению авторов, связана с введением оценки качества жизни лиц в ситуации болезни.

**Ключевые слова:** общественное здоровье, медико-социальная работа, хронические неинфекционные заболевания, профилактика, социальные риски.

Научная традиция исследований социальной детерминированности общественного здоровья существует с конца XIX века. В современной науке категория общественного здоровья формируется как интегративный показатель уровня и качества жизни населения. Общественное здоровье является одним из решающих факторов национального развития, не менее важным, чем грамотность или профессиональная подготовка [17]. Динамические показатели здоровья населения позволяют судить о суммарном воздействии на человека социальных, экономических, экологических, демографических изменений и оценивать общий характер этих изменений. Качество общественного здоровья в первую очередь зависит от социально-экономических условий. На эту зависи-

мость в конце XIX – начале XX в. указывали выдающиеся врачи и гигиенисты: А.П. Доброславин, Е.А. Осипов, В.О. Португалов, Ф.Ф. Эрисман. В 1902 г. Ф.Ф. Эрисман писал, что главные факторы экономической жизни, несомненно, сильно влияют на состояние общественного здоровья и что нередко в них кроется ключ к объяснению чрезмерной болезненности и смертности народонаселения [21]. На 52-й сессии Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) было отмечено, что «все основные детерминанты здоровья связаны с социально-экономическими факторами... Связь между состоянием здоровья и занятостью, уровнем доходов, социальной защитой, жилищными условиями и образованием четко прослеживается во всех европейских государствах» [4].

В XX в. во всех экономически развитых странах, в том числе и в России, произошел эпидемиологический переход – «исторически обусловленная смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и

смертности населения, другим ее типом, одной структуры болезней и причин смерти – другой» [2, с. 2]. В структуре «старой» патологии ведущее место занимали инфекционные и паразитарные заболевания, туберкулез, болезни, связанные с недоеданием и т. п., в этиологии которых ведущую роль играли экзогенные факторы. В эпидемиях и пандемиях многие поколения умирали в детском и молодом возрастах. Прогресс медицинской науки, совершенствование медицинских технологий, урбанизация, повышение психоэмоциональных нагрузок и отсутствие эволюционно выработанных механизмов защиты от их воздействия, экологические изменения привели к изменению структуры заболеваемости в последние десятилетия. В структуре «новой» патологии заболевания, вызываемые эндогенными факторами, выступают в качестве ведущих причин смерти. Смерть от «новой» патологии концентрируется в основном в старших возрастных группах. Отсутствие такой концентрации является «признаком недостаточной продвинутой по пути эпидемиологического перехода» [там же].

Социально-экономические, научные достижения способствуют улучшению профилактики, диагностики и возможности лечения многих заболеваний. Это приводит к тому, что одни болезни встречаются все реже, другие становятся менее опасными. Урбанизация, экологические изменения, нарастание темпа и усиление психоэмоциональных нагрузок способствуют возникновению новых заболеваний или видоизменяют старые, классические формы патологии. С середины XX в. ведущее место в структуре болезней и причин преждевременной смерти стали занимать хронические неинфекционные заболевания: болезни системы кровообращения, пограничные психические расстройства, онкологические заболевания, диабет. С 90-х годов XX в. в России отмечается прогрессивное возрастание заболеваемости и смертности, стабильно высокий уровень первичной инвалидности при хронических неинфекционных заболеваниях.

По данным Whitehall-исследования [30, р. 81], исследований Хольма [25] и др., социально-экономические показатели точнее объясняют динамику смертности от хронических неинфекционных заболеваний,

чем персональные модифицируемые факторы риска [27, р.13; 29].

По данным ВОЗ [14], глобальное бремя неинфекционных заболеваний продолжает возрастать. В 2005 г. неинфекционные болезни, главным образом болезни системы кровообращения, диабет, онкологические заболевания, унесли жизни 35 млн человек. Эта цифра составляет 60 % всех случаев смерти в мире, причем 80 % случаев смерти вызваны неинфекционными болезнями в странах с низкими и средними доходами и примерно 16 млн человек умирают в возрасте до 70 лет. В следующие 10 лет прогнозируется увеличение общего числа случаев смерти еще на 17 %.

Бремя неинфекционных заболеваний определяется не только высокими показателями смертности, но и высоким уровнем инвалидизации населения. При высоком уровне заболеваемости, инвалидизация и смертность в России при неинфекционных заболеваниях значительно превосходит аналогичные показатели в развитых странах.

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний является одной из основных задач в области развития в XXI веке. В области профилактики неинфекционных болезней и борьбы с ними необходим анализ их социальных, экономических, поведенческих и политических детерминант в качестве основы для обеспечения руководства принятием политических, программных, законодательных и финансовых мер для поддержки и мониторинга профилактики неинфекционных болезней и борьбы с ними. Детерминанты рассматриваются вместе, чтобы подчеркнуть общие причины и потенциальный синергизм в профилактике хронических неинфекционных заболеваний [14]. Некоторые государства – члены ВОЗ рассматривают хронические неинфекционные заболевания в качестве одного из важнейших аспектов развития и определяют необходимость их включения в скорректированный перечень «Целей тысячелетия в области развития» [12].

«Все исключительно значимые проблемы не могут быть изучены вне оценки влияния на них нового витка глобализации, которая стала важнейшей доминантой развития современной цивилизации. Под ее влиянием происходит трансформация... бытия человека» [5, с. 8].

Анализ и прогноз возможных вариантов социальных последствий глобализации содержит, в частности, определение наиболее значимых социальных угроз и рисков. О.Н. Яницкий, определяя своеобразие проявления рисков в нашей стране, считает, что «Россия, преодолев некоторый качественный барьер, превратилась в общество всеобщего риска» [22, с. 54].

По мнению В.И. Жукова [5], значимыми сегодня и в среднесрочной перспективе зонами риска являются:

- чрезвычайно высокий, значительно превышающий международные стандарты, уровень социального расслоения общества, дифференциация по величине дохода между социальными группами, внутри социальных групп, по профессиям, между регионами, по гендерному признаку;
- бедность значительного количества населения;
- понимание бедности как образа жизни, пришедшее на смену пониманию бедности как нехватки денег, причем во многом – это экономическая бедность, когда бедными являются работающие и трудоспособные люди;
- демографическая проблема. Прогноз показывает, что при сохранении существующей в настоящее время тенденции население страны составит в 2015 г. 138,4 млн человек, а затем, при крайне неблагоприятных условиях, в середине века достигнет рубежа 100 млн человек, при его значительном старении (существуют и более драматичные прогнозы);
- проблема разных видов насилия, которое сегодня приобретает все более ярко выраженный глобальный размах и тотальный характер; усиливается криминализация общества;
- за годы либеральных экономических реформ в их крайне радикальной форме Россия потеряла почти половину своего экономического потенциала;
- серьезную проблему составляют экологические угрозы, связанные с плохо контролируемой охраной от загрязнения окружающей среды, некачественных продуктов питания.

Преобразования современного российского общества привели к изменениям статус-

ных характеристик различных групп населения, стратификационной системы в целом. В социологии термин «стратификация» обычно применяется для изучения структурированного социального неравенства, то есть в исследованиях любых систематических форм неравенства групп людей, возникающих в качестве произвольных социальных последствий и отношений [34]. По определению Т. Парсонса, социальная стратификация – это дифференцирующее ранжирование индивидов [11, с. 53]. Положение субъекта в обществе, его социальные связи, стереотипы поведения связаны с тем, какое место он занимает в структуре социального пространства – «пространства статусных различий, ролевых ожиданий, форм социальной идентификации, институализации социального взаимодействия» [13, с. 122].

Социальные риски, возникающие под воздействием политических, социально-экономических, социокультурных процессов, протекающих в современном российском обществе, распределены определенным образом. Социальная циркуляция, которая понимается как изменение социальной структуры, характеризуется в России нарастанием социального неравенства. Основа и сущность социальной структуры, по мнению П.А. Сорокина, в «неравномерном распределении прав и привилегий, ответственности и обязанности, наличии или отсутствии социальных ценностей власти и влияния среди членов того или иного общества» [16, с. 302].

С изменением социальной структуры общества связано возникновение статусного риска. Имущественное расслоение по доходам и уровню жизни приводит к усилению нисходящей социальной мобильности. Среди большей части населения усиливаются опасения за снижение своего социального и личного статуса. Социальный риск проявляется в массовых опасениях потерять работу, источники личных доходов, здоровье. Для социально активных и обеспеченных слоев населения статусный риск проявляется в опасении за жизнь и личные права. Показателями статусного риска выступают: состояние экологической ситуации, уровень доверия правительству и местным органам власти, степень гражданской защищенности, личной

безопасности и т. д. Маргинальный риск выражен в категориях населения, живущего за пределами установленного уровня бедности, – это в основном представители «базового» и «нижнего» слоев, по классификации Т.И. Заславской [6, с. 11–12].

Детерминанты неинфекционных заболеваний обобщены в обзоре по эпидемиологии хронических заболеваний, опубликованном Американской Ассоциацией общественного здравоохранения (American Public Health Association). Низкий социально-экономический статус приведен в качестве фактора риска практически во всех исследованных группах заболеваний.

В многочисленных зарубежных исследованиях отмечается, что представители нижних социальных слоев имеют худший доступ к ресурсам медицинского обеспечения [38, р. 3]. Различия в доступности медицинского обслуживания и его качества, по мнению авторов, являются фактором усиления неравенства в здоровье и продолжительности жизни.

Несмотря на прогресс медицинской науки в XX в., возросшие расходы на здравоохранение, снижение темпов смертности, различия в состоянии здоровья между социальными слоями остаются или усиливаются [31, р. 118]. По мнению Г. Штайнкампа, «влияние пространственно-временных характеристик социального слоя на здоровье и продолжительность жизни служит... доказательством значения социальной окружающей среды» [20]. Три главных составляющих социально-экономического статуса – образование, род занятий и уровень доходов – оказывают влияние на здоровье, определяя образ и условия жизни разных слоев населения.

Не вызывает сомнения, что состояние здравоохранения ответственно за более высокий уровень заболеваемости представителей нижних социальных слоев, однако значительные различия в состоянии здоровья социальных слоев отмечены и в тех странах (например, Швеция, Финляндия), где отсутствуют социально-экономические барьеры в доступности медицинского обслуживания. Значительное улучшение доступа малообеспеченных групп населения к системе медицинского обслуживания в Англии, США не привело к изменениям стратификационного

градиента относительно продолжительности жизни [27].

Бедность, являясь глобальной социальной проблемой, активно исследуется и имеет много сходных черт во всем мире [3]. В многочисленных исследованиях бедность определяется как низкий уровень доходов и расходов, отсутствие необходимых ресурсов, невозможность поддержания желаемых жизненных стандартов, определенное самоощущение в социуме.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что уровень доходов определяет различия в жизненных стандартах. Эти различия обуславливают неодинаковые возможности адаптации людей к природной и социальной среде, способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками. Кроме того, неравенство в жизненных стандартах определяет и разные возможности лечения и профилактики заболеваний. Длительное состояние страха, неуверенности, низкая самооценка, социальная изоляция, невозможность принимать решения и контролировать ситуацию, связанные с бедностью, являются факторами риска психосоматических заболеваний.

В условиях России, в отличие от большинства развитых стран, различия в здоровье определяются факторами социокультурного характера, которые наряду с экономическими, экологическими, природно-климатическими условиями жизни создают общую ситуацию в области здоровья различных групп населения [10].

При одинаковых экологических, социально-экономических, бытовых и прочих факторах, при одинаковой наследственности субъекты имеют разное здоровье, что определяется различиями самосохранительного поведения (наличие или отсутствие вредных привычек, ценности здоровья и степени активности для его поддержания и т. д.) [19, с. 88]. Здоровье для лиц с низкими стартовыми возможностями часто рассматривается как дополнительный жизненный ресурс, средство для достижения определенных целей.

Хронические неинфекционные заболевания являются мультикаузальной патологией. Современные медико-экологические стандарты образа жизни, социально-экономический

статус, уровень доходов и неравенство в их распределении, бедность, высокие психоэмоциональные нагрузки, неравенство в распоряжении ресурсами здоровья, различие в доступности специализированной медицинской помощи – ведущие социальные предикторы хронических неинфекционных заболеваний в современной России.

А.Д. Адо объясняет возникновение хронических неинфекционных заболеваний изменением медико-экологических стандартов образа жизни, неблагоприятным влиянием социальных факторов на здоровье. «Некоторые неблагоприятные аспекты современной технизированной жизни и стихийные последствия индустриальной практики оказывают патологическое воздействие на здоровье человека. Понятием “болезни цивилизации” обозначается целый комплекс возникающих или обострившихся в условиях современной – урбанистической и технизированной – среды обитания» [1].

По утверждению Г. Штайнкампа, более трех четвертей случаев болезни и смерти вызываются заболеваниями, «которые при всем различии причин их возникновения, протекания и завершения имеют три общие черты:

- они до сих пор, как правило, средствами лечебной медицины не могут быть ни предотвращены, ни излечены;
- истоки длительной и многозвенной цепи хронических разрушительных болезней лежат всегда далеко от их проявлений. Они находятся полностью или большей частью не в физиологии индивида, а именно в условиях жизни, труда и окружающей среды;
- риск заболеть или умереть, возможность индивидуально преодолеть нагрузки, а также шансы физически, психически и социально осилить болезнь распределены социально неравным образом. Распределение неравенства прочно увязано как с принадлежностью к слою, так и с полом» [20].

В связи с зависимостью возникновения болезней от политических, экономических, экологических, культурных и социальных условий, изменение (улучшение) в состоянии здоровья населения следует ожидать от изменения данных условий, а

не от вмешательства в уже запущенную болезнь [32, р. 11].

Хронические неинфекционные заболевания представляют собой сложную проблему, как в смысле этиологии, так и возможности и стоимости профилактики [18, с. 55]. Так, в рекомендациях ВОЗ (1992) по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, разработанных для национальных правительств, подчеркивается «жизненно важная роль правительств и парламентов стран» в организации программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, финансового и правового обеспечения. В рекомендациях отмечено, что наиболее важная роль в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний принадлежит популяционной стратегии (первичная профилактика) и всеобъемлющей вторичной профилактике.

Действия, которые ВОЗ предлагает для государств в XXI в., включают меры первичной и вторичной профилактики с акцентом на медико-социальную помощь, оказываемую институтом медико-социальной работы. Формирующийся в современной России институт медико-социальной работы предполагает решение социальных проблем, определяющих уровень здоровья, и повышение эффективности систем здравоохранения для обеспечения большего равенства в уровне здоровья, доступности медико-социальной помощи, уменьшения социального расслоения и социальной уязвимости отдельных социальных групп населения, введение требований безопасности физической и социальной среды и защиту населения от воздействий, угрожающих их здоровью, смягчение последствий неравенства в состоянии здоровья, приводящих к дальнейшему социальному расслоению. Люди хотят жить в обществе и в условиях, которые обеспечивают охрану их здоровья и содействуют его улучшению [35].

По определению ВОЗ, «медико-социальная работа – организованное социальное обслуживание в больнице или вне ее, с особым упором на связанные со здоровьем социальные проблемы». Медико-социальная работа рассматривается как мультидисциплинарная профессиональная деятельность и проводится с лицами, находящимися в трудной жизненной ситуации, которая нарушает жизнедеятельность человека [8].

Люди также ожидают от своего правительства государственной политики, охватывающей все уровни – от местного до наднационального. Сюда входят меры государственной политики, необходимые для обеспечения надлежащего функционирования систем здравоохранения; организации действий в области общественного здравоохранения, приносящих максимальную пользу всем; а также – за пределами сектора здравоохранения – политики, способной содействовать укреплению здоровья и чувства безопасности, при одновременном адекватном решении таких проблем, как урбанизация, изменение климата, гендерная дискриминация или социальное расслоение. Первую группу важнейших мер государственной политики составляют политические меры в области систем здравоохранения (касающиеся основных лекарственных средств, технологий, контроля качества, людских ресурсов, сертификации и т. д.), от которых зависит осуществление реформ медико-социальной помощи. Эффективные меры в области здравоохранения, направленные на решение приоритетных проблем охраны здоровья, составляют вторую группу мер. Третий комплекс политических мер, имеющих решающее значение и известных как «включение проблемы здоровья во все политические программы и стратегии», базируется на признании того факта, что улучшение уровня здоровья населения возможно посредством политических мер [37].

За последние десятилетия во многих странах достигнут значительный прогресс в области охраны здоровья, однако эти достижения распределены неравномерно. Увеличился разрыв в уровне здоровья населения между отдельными странами и социальными группами в рамках одной страны. Социальные, демографические и эпидемиологические изменения, вызванные процессами глобализации, урбанизации и старения населения, ставят задачи такого масштаба, который нельзя было спрогнозировать несколько десятилетий назад. Последствия для здоровья в связи с глобализацией, урбанизацией и старением населения будут усугубляться из-за воздействия других глобальных явлений, например изменения климата, которое, как ожидается, наиболее сильно отразится на самых уязвимых

общинах в беднейших странах. Трудно предсказать, как конкретно все это отразится на здоровье людей в ближайшие годы, однако следует ожидать быстрых изменений в бремени болезней, роста неравенства в уровне здоровья и распада социальных связей.

Значительный прогресс в секторе здравоохранения, достигнутый в последние десятилетия, носит крайне неравномерный характер: большая часть стран мира продвинулась по пути улучшения состояния здоровья, но в то же время значительное число стран во все большей степени отстают по этим показателям или теряют прежние позиции. Старение населения и последствия плохо управляемой урбанизации и глобализации способствуют ускорению темпов распространения инфекционных болезней во всем мире и увеличивают бремя хронических неинфекционных заболеваний. Широко распространенное явление, когда у многих людей наблюдается комплекс симптомов и множество болезней, требует от системы медицинского обслуживания разработки методов более интегрированного и комплексного ведения пациентов. В мире действует сложное переплетение взаимосвязанных факторов, включая постепенный, но долговременный рост доходов и численности населения, изменение климата, проблемы, связанные с продовольственной безопасностью, и социальную напряженность. Каждый из этих факторов будет иметь вполне определенные, но в значительной степени непредсказуемые последствия для состояния здоровья в ближайшие годы [39].

Наиболее обеспеченные люди, имеющие сравнительно меньше потребностей в медицинской помощи, потребляют большую часть этой помощи, тогда как люди, располагающие самыми скудными средствами и имеющие серьезные проблемы со здоровьем, потребляют наименьшую ее часть [28]. В странах как с высокими, так и с низкими доходами государственные расходы на здравоохранение чаще всего идут на пользу богатым, а не бедным [40]. Чрезмерная специализация медицинских учреждений и специалистов и узкая направленность многих программ борьбы с заболеваниями препятствуют внедрению целостного подхода к медицинскому обслуживанию отдельных лиц и семей, охватываемых

этими программами, и не учитывают необходимость обеспечения непрерывности в оказании помощи [36]. Медицинские услуги, предоставляемые малоимущим и маргинализированным группам населения, нередко в высшей степени фрагментированы и в значительной степени не обеспечены ресурсами, причем помощь, предоставляемая на цели развития, нередко лишь усиливает эту фрагментацию [33]. Причины неравенства в уровне здоровья кроются в социальных условиях, не зависящих непосредственно от системы здравоохранения.

Выделяемые системами здравоохранения ресурсы концентрируются вокруг дорогостоящих медицинских услуг, при этом игнорируются потенциальные возможности первичной профилактики, которая может путем предупреждения почти на 70 % сократить бремя болезни [26]. В то же время сектору здравоохранения не хватает специальных знаний и квалифицированных кадров, необходимых для того, чтобы смягчить неблагоприятное воздействие на здоровье, оказываемое современным миром.

По мере модернизации обществ люди предъявляют все больше требований к системам здравоохранения в интересах их самих, их семей, а также общества, в котором живут. Так, люди все чаще выступают за равенство в уровне здоровья и против социальной изоляции; за медицинское обслуживание, ориентированное на удовлетворение потребностей и ожиданий населения; за безопасные для здоровья условия проживания и за участие в решении вопросов, которые затрагивают их здоровье и здоровье их обществ [23].

ВОЗ предполагает необходимость реформ в современной системе здравоохранения:

- способствующих достижению равенства в отношении здоровья, социальной справедливости и ликвидации социальной изоляции, обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты здоровья;
- обеспечивающих реорганизацию медицинской помощи в медико-социальную помощь, учитывающую потребности и ожидания людей, повышение социальной значимости этой помощи;
- способствующих повышению уровня здоровья путем интеграции деятельности в

области общественного здравоохранения с медико-социальной помощью.

Предполагаемые реформы призваны изменить чрезмерное использование административно-командных методов управления – с одной стороны, и политику невмешательства со стороны государства – с другой, социально интегрированным, репрезентативным управлением современных систем здравоохранения [24].

Для того чтобы системы здравоохранения смогли сократить неравенство в уровне здоровья, необходимо выполнить одно непременное условие – обеспечить доступность медико-социальной помощи для всех. Проблемы в обеспечении медицинскими услугами все еще остаются реальностью во многих странах. По мере увеличения общего объема предоставляемой медико-социальной помощи становится все более очевидным, что барьеры, препятствующие доступу к ней, являются важным фактором неравенства. Реформы, направленные на обеспечение общей доступности медицинской помощи в сочетании с социальной защитой здоровья, являются обязательным условием повышения равенства в уровне здоровья.

Хронические неинфекционные болезни в значительной степени поддаются профилактике. В принятой в 2007 г. резолюции ВНА 53.17 Ассамблея здравоохранения подтвердила, что глобальная стратегия по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними направлена на сокращение преждевременной смертности и повышение качества жизни. В числе задач плана ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний – осуществление мониторинга неинфекционных заболеваний и анализ их социальных, экономических, поведенческих и политических детерминант. Преодоление детерминант и факторов риска неинфекционных болезней рассматривается ВОЗ как важный метод профилактики.

Несмотря на то что в экономически развитых странах отмечен высокий процент лиц со значительным риском сердечно-сосудистых событий, показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в этих странах в 3 раза ниже, чем в России [15]. Этот факт служит одним из многочисленных доказательств важнейшей роли социальных

факторов здоровья – социальных стратификационных различий, включающих образовательный уровень, профессиональные позиции субъекта, обладание социальными и персональными ресурсами, релевантные здоровью стратификационные различия в поведении, чувство контроля над жизнью и т. д.

Фактически рекомендации ВОЗ предлагают концепцию медико-социальной помощи на социетальном уровне или макроуровне.

По мнению Г. Штайнкампа, элементы в причинной цепи от положения в системе социального неравенства до индивидуальной болезни и продолжительности жизни представлены на различных уровнях социального пространства, расставленного в многоуровневой модели. В указанной цепи более высокий уровень определяет релевантные условия для других уровней [20].

На высшем уровне (макроуровень) представлена социальная стратификация, определяющая неравные условия жизни и жизненные шансы. Средний (мезоуровень) – охватывает конкретные жизненные обстоятельства, в которых проявляется действие неодинаковых нагрузок и ресурсов. На нижнем (микроуровне) – процесс взаимоотношения индивида с нагрузками и ресурсами.

Одними из основных принципов медико-социальной работы являются экосистемность и полимодальность [9, с. 35]. Экосистемность – учет всей системы взаимоотношений человека и окружающей среды в данной проблемной парадигме, системный анализ взаимосвязей между всеми элементами конкретной жизненной проблемной ситуации. Полимодальность предполагает сочетание в медико-социальной работе различных подходов, способов действия, функционально ориентированных на конкретную цель, на конкретный проблемный контингент, социально уязвимую или дезадаптированную группу населения.

Содержание медико-социальной работы с лицами в ситуации болезни может определяться характером заболевания и социальными условиями, в которых проживает пациент [7].

Экосистемность и полимодальность при разработке стратегий медико-социальной работы с больными при хронических неинфекционных заболеваниях могут быть осуществлены при введении оценки качества жизни

респондентов. Исследования, выполняемые авторами в Центре медико-социологических исследований Института социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове, доказывают возможность объективизации медико-социальной работы на мезо- и микроуровнях, что, несомненно, позволит разработать подходы к медико-социальной работе не только с больными при хронических неинфекционных заболеваниях, но и с различными социальными группами населения.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адо, А. Д. Экология человека и проблема опосредования биологического социальным / А. Д. Адо // Вопросы философии. – 1977. – № 1. – С. 70–79.
2. Вишневский, А. Смертность в России : главные группы риска и приоритеты : науч. докл. / А. Вишневский ; Моск. центр Карнеги. – М., 1997.
3. Давыдова, Н. М. Депривационный подход в оценках бедности / Н. М. Давыдова // СОЦИС. – 2003. – № 6. – С. 88–96.
4. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе на 52-й сессии Европейского регионального Комитета ВОЗ, сентябрь 2002 г. // Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/02. Копенгаген, 17 сентября 2002. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://med.by/who/pr15.asp>. – Загл. с экрана.
5. Жуков, В. И. Российское общество в контексте глобализации: проблемы социальной модернизации / В. И. Жуков // Социальная политика и социология. – 2004. – № 3. – С. 7–9.
6. Заславская, Т. И. Трансформация социальной структуры российского общества / Т. И. Заславская // Куда идет Россия?.. Социальная трансформация постсоветского пространства : материалы Междунар. симпоз. / под общ. ред. Т. И. Заславской. – М. : Аспект Пресс, 1996. – Вып. 3. – С. 11–20.
7. Качмазова, Б. А. Теория и практика интеракции социологии медицины и медико-социальной работы : автореф. дис. ... канд. социол. наук / Б. А. Качмазова. – Волгоград, 2008. – 25 с.
8. Мартыненко, А. В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование / А. В. Мартыненко. – М. : Наука, 1999. – 240 с.
9. Мартыненко, А. В. Теория и практика медико-социальной работы : учеб. пособие / А. В. Мартыненко. – М. : Гардарики, 2007. – 159 с.
10. Неравенство и смертность в России: коллективная монография / под ред. В. Школьникова,



Е. Ануриева, Т. Малеевой; Моск. центр Карнеги. – М., 2000. – 107 с.

11. Парсонс, Т. Аналитический подход к теории социальной стратификации / Т. Парсонс // Социальная стратификация. Вып. II / под ред. С. А. Белановского. – М.: ИНХП РАН, 1992. – С. 50–121.

12. План действий в области борьбы с неинфекционными болезнями: Аналитическая записка ВОЗ 28 мая 2008 г. – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: [http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues\\_paper2/ru/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues_paper2/ru/index.html) (дата обращения: 14.12.2009). – Загл. с экрана.

13. Пространство и время социальных изменений / В. Н. Ярская, Л. С. Яковлев, В. В. Печенкин, О. Н. Ежов. – М.; Саратов: Науч. кн., 2004. – 305 с.

14. Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии (ВОЗ, 61 сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения, 18 апреля 2008). – Электрон. текстовые дан. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/ru/index.html>. – Загл. с экрана.

15. Самородская, И. В. Сердечно-сосудистая заболеваемость и факторы риска сердечно-сосудистых событий в Российской Федерации / И. В. Самородская // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2005. – № 4 (3), Ч. II. – С. 94–99.

16. Сорокин, П. А. Человек. Цивилизация. Общество / П. А. Сорокин. – М.: Политиздат, 1992. – 543 с.

17. Тульчинский, Т. Х. Новое общественное здравоохранение / Т. Х. Тульчинский, Е. А. Варавикова. – Иерусалим: Amutah for education and health, 1999. – 1028 с.

18. Чазов, Е. И. Методологические и социальные вопросы кардиологии / Е. И. Чазов, Г. И. Царегородцев // Вопросы философии. – 1982. – № 5. – С. 52–64.

19. Шилова, Л. С. Трансформация самосохранительного поведения / Л. С. Шилова // СОЦИС. – 1999. – № 5. – С. 84–92.

20. Штайнкамп, Г. Смерть, болезнь и социальное неравенство / Г. Штайнкамп // Журнал социологии и социальной антропологии – 1999. – Т. 2, № 1 (5). – С. 115–148.

21. Эрисман, Ф. Ф. Введение к общедоступному руководству к предупреждению болезней и сохранению здоровья / Ф. Ф. Эрисман. – СПб., 1902.

22. Яницкий, О. Н. Экономическая социология как риск – рефлексия / О. Н. Яницкий // СОЦИС. – 1999. – № 6. – С. 50–58.

23. Blendon, R. J. Inequities in health care: a five-country survey / R. J. Blendon // Health Affairs. – 2002. – № 21. – P. 182–191.

24. Dans, A. Assessing equity in clinical practice guidelines / A. Dans // Journal of Clinical Epidemiology. – 2007. – Vol. 60. – P. 540–546.

25. Four-year mortality by some socioeconomic indicators: the Oslo Study / I. Holme [et al.] // Journal of Epidemiology and Community Health. – 1980. – № 34. – P. 48–52.

26. Fries, J. F. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services / J. F. Fries // New England Journal of Medicine. – 1993. – Vol. 329. – P. 321–325.

27. Haan, M. N. Socio-Economy Position and Health / M. N. Haan // A Review. Human Population Laboratory. – California State Dept. of Health, hektogr. Manuskript, 1985.

28. Hart, T. The inverse care law / T. Hart // Lancet. – 1971. – № 1. – P. 405–412.

29. Helmert, U. Soziale Ungleichheit bei Herzinfarkt und Schlaganfall in West-Deutschland / U. Helmert, U. Maschewsky-Schneider, A. Mielck // Sozial- und Praventivmedizin. – 1993. – Vol. 38, № 3. – S. 123–132.

30. Inequalities in Health. The Black Report. The Health Divide / ed. by P. Townsend, N. Davidson, M. Whitehead. – L.: Penguin, 1990.

31. Marmot, M. G. Socioeconomic status and disease / M. G. Marmot, M. Kogevinas, M. A. Elston // Health promotion research: Towards a new social epidemiology / ed. by B. Badura, J. Kickbusch // WHO Regional Publications, European Series. – 1991. – № 37.

32. McKeown, T. H. Die Bedeutung der Medizin: Traum, Trugbild oder Nemesis / T. H. McKeown. Frankfurt: Suhrkamp, 1982.

33. Moore G. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal / G. Moore, J. Showstack // Annals of Internal Medicine. – 2003. – Vol. 138. – P. 244–247.

34. Oxford Concise Dictionary of Sociology / ed. by G. Marshall; transl. from engl. V. I. Ilyina. – Oxford: Oxford University Press, 1996. – № 4. – P. 246–513.

35. Sen, A. Development as freedom / A. Sen. – Oxford: Oxford University Press, 1999.

36. Starfield, B. Policy relevant determinants of health: an international perspective / B. Starfield // Health Policy. – 2002. – Vol. 60. – P. 201–218.

37. Stehl, T. Health in all policies: prospects and potentials / T. Stehl. – Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006. – 218 p.

38. Syme, S. L. Social class, susceptibility and sickness / S. L. Syme, L. F. Berkman // American Journal of Epidemiology. – 1976. – Vol. 104, № 1.

39. The world health report 2008: primary health care now more than ever. – Geneva: World Health Organization, 2008.

40. World development report 2004: making services work for poor people. – Washington, DC: The World Bank, 2003. – 351 p.

**SOCIAL PARAMETERS OF THE STRATEGY OF MEDICAL-SOCIAL WORK  
IN CASE OF CHRONIC NON-INFECTIOUS DISEASES**

*I.L. Krom, I.Yu. Novichkova, T.N. Ilyina, A.A. Koblova, E.A. Cherkasova*

The article discusses the strategy of medical-social work in case of chronic non-infectious diseases. Objectification of the approaches to medical-social work on meso and micro levels, according to the authors, is connected with the introduction of the estimation of the quality of life of people in the situation of illness.

**Key words:** *public health, medical-social work, chronic non-infectious diseases, prevention, social risks.*