

ВИТАЛИЙ МИХАЙЛОВИЧ НИЛОВ

кандидат исторических наук, доцент кафедры социологии
факультета политических и социальных наук ПетрГУ
sociolog@psu.karelia.ru

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ: ПРОБЛЕМЫ СТАТУСА И РЕГИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

В статье рассматриваются актуальные проблемы становления и развития новой отраслевой социологической дисциплины – социологии здоровья – в регионах России. Анализируются основные этапы развития социологических исследований здоровья населения в Республике Карелия. Представлены результаты эмпирических исследований здоровья различных этнических групп населения.

Ключевые слова: социология здоровья, социологические исследования

Социология здоровья как отраслевая социологическая дисциплина все убедительнее, хотя и не без проблем обретает в России свой самостоятельный статус [1]. Сегодня она уже востребована и в столичных центрах, и в провинции. Причем, пожалуй, в регионах потребность в социологическом осмыслении проблем здоровья ощущается даже острее. Ибо именно здесь в условиях общенационального кризиса здоровья населения разрывы в медико-социальных показателях между относительно благополучными и неблагополучными территориями достигают порядковых величин. И этот разрыв не уменьшается. Поэтому реализация национальной приоритетной целевой программы в области здравоохранения в регионах должна быть подкреплена обстоятельным социологическим анализом сложившейся ситуации.

Следует отметить, что в целом вопросы, связанные с региональными особенностями здоровья населения, отечественными социологами изучаются уже достаточно давно [2]. В последние годы появляется все больше публикаций со-

циологов, посвященных анализу ситуации и тенденций в области здоровья населения российских регионов [3].

Однако среди определенной части исследователей все еще сохраняется тенденция рассматривать социологию здоровья как некий вариант социологии в медицине, опирающаяся на иллюзию о том, что состояние здоровья зависит исключительно от уровня развития системы здравоохранения. Между тем, как известно, уже более 30 лет рост инвестиций в медицину в развитых странах не дает соответствующего валеологического эффекта, поскольку все большая доля болезней, которыми страдают здесь люди, имеет социально детерминированный и неинфекционный хронический характер, а основной участок борьбы за здоровье населения перемещается в социальную сферу. Это обстоятельство, конечно, не могло остаться не замеченным представителями социальных наук. Анализы эволюции роли здравоохранения в обществе, данные в работах Р. Дюбо, Т. МакКеона, А. Иллича, Е. Фридсона и др., изменили традиционные

представления об эффективности медицины и роли врача в обществе. Эти исследования показали, что реальные заслуги клинической медицины в борьбе с инфекционными болезнями завышены, ибо, по данным статистики, снижение смертности от многих инфекционных заболеваний началось задолго до того, как клиническая медицина стала применять антибиотики и вакцинацию для профилактики и лечения этих заболеваний. Социальные факторы – образ жизни, питание, гигиена, государственное и муниципальное управление, общественные движения – оказались более важными, чем клиническая медицина [4].

Данные выводы стали настолько ошеломляющими, что такие радикальные критики, как А. Ильич, вообще поставили под сомнение полезную социальную роль медицины. Свою знаменитую книгу «Медицинская Немезида» он начинает следующими словами: «Медицинский истеблишмент превратился в основную угрозу для здоровья. Парализующее воздействие профессионального контроля над медициной достигло пропорции эпидемии... Политики, которые предлагали имитировать российскую, шведскую или английскую модели социалистической медицины, смущены тем, что недавние события показывают, как их любимая система высокоэффективно производит одни и те же патогенные – то есть болезнестворные – методы лечения и ухода, которые производит капиталистическая медицина, хотя и с менее равным доступом. Перед нашими глазами развертывается кризис доверия к современной медицине» [5]. По мнению автора, здоровье людей в новых условиях определяют, прежде всего, факторы окружающей среды, уровень социально-экономического равенства и социально-культурные механизмы. Поэтому только индивидуальная тактика борьбы с заболеваниями позволит человеку приспособиться к меняющейся на протяжении столетий структуре заболеваемости.

Многие социологи полагают, что золотой век медицины закончился, и врачи утрачивают монополию на здоровье населения: их решения относительно лечения все чаще анализируются пациентами, страховыми компаниями, юристами и другими субъектами. Ослабление роли медицины связано также с тем, что правительства усиливают контроль над расходами на здравоохранение и прибылью в медицине, общественность и парламенты все больше внимания уделяют правовой защищенности пациентов, происходит ужесточение правил и норм, критерии эффективности здравоохранения.

Немалую роль в эволюции социальной роли здравоохранения играют и меняющиеся представления о феномене здоровья и болезни. Переход от механистических медикобиологических представлений о болезни как проблеме недугов органов тела к системному осмыслению статуса здоровья подтолкнул к переориентации медицины

и формированию в рамках здравоохранения нового гуманистического направления, все теснее связанного с социальными исследованиями. Согласно оценкам специалистов, этот процесс принял уже весьма широкий и необратимый характер [6].

Необходимо признать, что и в отечественной социологии эти взгляды все чаще встречаются поддержку. Российские ученые уже более двух десятков лет пытаются выделять индивидуальное и общественное здоровье в качестве объекта самостоятельной социологической теории. Одними из первых еще в 1980-е годы определение социологии здоровья попытались дать В. Н. Иванов и В. М. Лупандин [7]. Во второй половине 1990-х годов «социология здоровья» была официально признана как специальная ветвь социологии, которая исследует комплекс факторов, связанных с трудом, бытом, отдыхом, образом жизни, способствующих укреплению/разрушению здоровья индивида; в сферу ее интересов попадают взаимосвязи и взаимодействия человека с социальной средой по поводу здоровья. Задачей социологии здоровья, по мнению И. В. Журавлевой, должно быть изучение «механизмов социальной обусловленности» общественного здоровья, анализ «его места в системе социокультурных ценностей, регулирующих отношение человека к здоровью» [8].

Конечно, будет нелепо полностью отрицать несомненную связь между здоровьем, заболеваемостью человека в социальном аспекте и медициной как социальным институтом. Тридцать с лишним лет активного изучения детерминант здоровья показало исключительное значение для медико-социального благополучия четырех наиболее значимых факторов: человеческая биология, образ жизни, окружающая среда и организация здравоохранения. Причем с начала 1980-х годов американские исследователи все чаще стали отдавать пальму первенства индивидуальному поведению (образу жизни) человека в сочетании с биологическими, экологическими факторами и лишь затем здравоохранению. В начале 1990-х ведущие американские аналитики М. МакГинис и У. Фог пришли к выводу, что приблизительно половина всех преждевременных смертных случаев в Соединенных Штатах может быть приписана девяти факторам, таким как: табак, диета, сидячий образ жизни, злоупотребление алкоголем, действие микробных агентов и токсинов, огнестрельное оружие, сексуальное поведение, несчастные случаи на дорогах и незаконное использование наркотиков [9]. Сравнительно недавно М. МакГинис, П. Уиллиамс-Руссо и Д. Кикман внесли новации в эту оценку и предложили свести предыдущие девять факторов риска преждевременной смерти к пяти:

- 1) выбор модели самосохранительного поведения (40 %);

- 2) наследственность, включая смертные случаи, непосредственно относящиеся к генам (сравнительно небольшой процент), и те, которые имеют некоторый генетический компонент (например, диабет, рак) (30 %);
- 3) социальные обстоятельства жизни, включая уровень образования и дохода (15 %);
- 4) окружающая среда, в том числе воздействие токсических и микробных агентов (5 %);
- 5) медицинское обслуживание (10 %) [10].

Как полагают эксперты, в то время как долевой вклад каждого из этих факторов можно оспорить, в своей совокупности все они, кроме генетики, связаны с социально-экономическим статусом населения, то есть уровнем доходов, занятостью и образованием. Это еще раз указывает на то, что медицинское обслуживание уже не является первичным детерминантом здоровья. Зато существует интегрирующий фактор, влияющий на всю картину здоровья населения, это социально-экономический статус.

Разумеется, данные, полученные за океаном, не обязательно являются справедливыми для современной России. Некоторые отечественные авторы склонны взвалить вину за нездоровье и сверхсмертность населения на алкоголизм [11]. Авторитетные исследователи, имеющие непосредственное отношение к медицине, признавая роль бедности, алкоголизма, табакокурения и экологических факторов, полагают, что истоки сверхсмертности и утраты жизнеспособности населения связаны с такими условиями, как нравственная атмосфера и эмоциональное состояние общества, т. е. с влиянием духовных и душевных факторов [12], шоком и стрессом экономических реформ, а затем, после 1998 года, – негативным влиянием повышенной гетерозиготности генофонда российской популяции; срывом динамического стереотипа поведения (или привычки) и активизацией действия механизма биологической программы смерти (согласно гипотезе академика В. П. Скулачева) [13]. Однако даже в этих выводах представителей медикобиологической науки видно признание ответственности социальной среды за кризис здоровья и сверхсмертность в России.

Поэтому можно сказать, что с точки зрения современного научного знания социология медицины и социология здоровья выступают как различные области социологического анализа, и понимание этого все чаще находит отражение в публикациях последних лет [14]. С точки зрения авторов этих работ, основными в предмете социологии здоровья выступают понятия здоровья и связанные с ним категории «образ жизни», «продвижение здорового образа жизни», «качество здоровья», «право на здоровье» и другие. Наряду с этим социология анализирует институциональные особенности здравоохранения как области человеческой деятельности, выходящей за рамки медицины в официальном и профессиональном понимании. Специфика социологи-

ческого анализа здравоохранения состоит также в изучении общественных представлений о медицине и ожиданий индивидов от нее. В свою очередь, данные социологических исследований об этих ожиданиях помогают формировать такие общественные программы в области здравоохранения, которые будут востребованы и эффективны.

Итак, если на ранних этапах развития социологического знания о здоровье и болезнях населения, когда общественная природа этих феноменов была недостаточно ясна, а заболевания носили преимущественно «медицинский» характер, понятие «социология медицины» отвечало характеру задач, решаемых исследователями, то сегодня термин «социология медицины» уже ограничивает проблемное поле, оставляя за рамками индивидуальные и групповые представления о здоровье, национальные и культурные традиции отношения к здоровью, образу жизни, социальное окружение и поведенческие практики. Причем с течением времени встают все новые проблемы, выходящие за рамки лечения болезней – неравенство доступа к ресурсам здоровья, улучшение качества жизни, управление здоровьем, что еще раз подчеркивает настоятельность активного развития социологии здоровья.

Посмотрим, как этот процесс проявляет себя на региональном уровне, в частности в Республике Карелия. Одним из центров социологического исследования проблем здоровья здесь в последние годы становится Петрозаводский государственный университет. Для формирования теоретико-методологической базы социологических исследований здоровья большое значение имело изучение опыта проведения исследований в Карелии финскими учеными из Национального института здравоохранения г. Хельсинки. В частности, с 1992 года в рамках проекта ФИНРИСК ими совместно с медицинскими специалистами из Питкярантской ЦРБ изучались социальные факторы риска и самооценки здоровья населения Питкярантского района [15].

Опросы показали существенные различия в статусе здоровья и самосохранительном поведении населения двух стран. Если в Северной Карелии (Финляндия) 50 % респондентов оценили свое здоровье как весьма хорошее или очень хорошее, то в Республике Карелия лишь 34 %. Среди женщин соответствующие позитивные оценки дали 58 % жительниц Финляндии и 22 % – Карелии. Исследования дали возможность сделать выводы и по проблемам риска наиболее распространенных заболеваний в Карелии, в частности такого явления, как курение и алкоголизм. Например, было установлено, что в Питкярантском районе курят 65 % взрослых мужчин и 10 % женщин. В то время как в финляндской Северной Карелии соответственно 29 % мужчин и 13 % женщин. Однако эти данные одновременно позволили поставить вопрос

о причинах подобных различий на соседних территориях.

Немалую роль в развития социологии здоровья в ПетрГУ сыграло использование социологических методов в медицинских исследованиях. Особенно хотелось бы выделить работы д. м. н., профессора Н. В. Доршаковой и ее коллег, включающих социологический анализ в исследования проблем влияния окружающей среды на здоровье местного населения [16].

Важное значение для развития исследований в области социологии здоровья имел международный проект «Здоровье и благосостояние в трансформирующихся обществах», осуществленный сотрудниками Петрозаводского государственного университета совместно с финскими, украинскими и португальскими социологами и финансировавшийся ЕС в 1999–2002 годах. Руководителем проекта с финской стороны выступил доктор Х. Валтонен (H. Valtonen), представлявший финскую исследовательскую организацию STAKES (Хельсинки). Коллектив исследователей, работавших непосредственно в Республике Карелия, возглавляла профессор В. С. Максимова. Большую методологическую помощь оказал профессор В. И. Паниотто из Киевского международного института социологических исследований. Проект успешно завершился в 2002 году, а его результаты были опубликованы в Хельсинки в 2004 году [17].

В процессе этих исследований одновременно шла и подготовка научных кадров. Семинары и конференции в Хельсинки, Киеве и Петрозаводске позволили исследователям не только познакомиться с теоретическими подходами и отработать методологию, но организовать учебу студентов. Для этого в 2002 году в университете был подготовлен и издан один из первых в России учебников «Социология здоровья» [18].

Исследования дали возможность собрать социологический банк данных для глубокого и обстоятельного осмысливания ситуации в Республике Карелия и проверить целый ряд гипотез, в первую очередь связанных с ролью трансформационных процессов в кризисе здоровья населения. В частности, анализ позволил выявить и описать механизм влияния социальных изменений на здоровье жителей Республики Карелия [19]. Важным открытием стало выяснение роли влияния жизненных обстоятельств на процесс изменений статуса здоровья населения Карелии. Исследования подтвердили мнение других ученых о том, что реформы 1990-х годов спровоцировали стресс социальных изменений, однако было выявлено, какие именно события оказались наиболее травмирующими. Это, в первую очередь, широко распространившееся беспокойство за судьбу детей и близких, тревоги по поводу постоянных экономических проблем и трудных жизненных условий. При этом примерно каждый четвертый респондент сообщал

о переживаниях по поводу физической травмы или серьезной болезни, о постоянных конфликтах с родственниками, один из пятерых упоминал о смерти кого-то из близких, каждый шестой – безработицу [20].

Как было показано, отмеченный высокий уровень тревожности и острота переживаний жизненных трудностей характерны для переходных обществ. Например, уровень тревоги из-за отсутствия перспектив у детей, отмеченный в Республике Карелия, соответствует уровню тревожности по аналогичному поводу, установленному в 1993 году в Польше (73 %) и квалифицируемому П. Штомпкой как симптом культурной травмы [21].

Исследование показало, что анализ роли жизненных событий может быть эффективным способом изучения влияния социальных изменений на здоровье в трансформирующемся обществе, наряду с другими, уже описанными в научной литературе.

В 2003–2006 годах были проведены два исследования, поддержанные Российским гуманитарным научным фондом (РГНФ): «Влияние социальных изменений на здоровье и самосохранительное поведение населения Республики Карелия в переходный период» (РГНФ № 03-03-00508, 2003) и «Социальные изменения и здоровье угрожающих народов Республики Карелия» (РГНФ № 050-3-03394а, 2005).

Результаты этих исследований были представлены автором на научных конференциях, а также опубликованы в печати, поэтому отметим лишь некоторые результаты проведенных наблюдений. В частности, было отмечено, что показатели самооценки здоровья коренных народов республики существенно ниже, чем в среднем по региону, а также в тех районах, где проживает преимущественно славянское население. Если в целом по Карелии положительные оценки (хорошее и скорее хорошее) своему здоровью дали 43 % населения, средним считали 41 %, а плохим и очень плохим – 17 %, то среди представителей вепсской национальности положительно оценивших здоровье только 26 %, как среднее свое здоровье оценивают 47 %, и как плохое и очень плохое – 25 %. Среди карел показатели субъективного здоровья также ниже, чем в среднем по республике. Положительные оценки своему здоровью дали 30 %, как среднее оценили 49 %, плохим и очень плохим свое здоровье назвали 20 % респондентов.

Как известно, самооценка здоровья является важным показателем качества жизни и фактором формирования и поддержания стиля самосохранительного (или саморазрушительного) поведения. По оценкам специалистов, самооценка здоровья на 70–80 % отражает реальное состояние здоровья. В условиях усиливающегося социального неравенства на самооценку здоровья все большее влияние оказывает стра-

тификация. Среди респондентов с самыми высокими доходами 51 % позитивно квалифицирует свое здоровье и 9 % негативно, в то время как среди респондентов с низкими доходами позитивно оценивают свое здоровье 31 % и негативно 28 %. При этом социальная дифференциация респондентов нередко совпадает с этнической, особенно это заметно в Вепсской национальной волости.

В ходе исследования былоделено особое внимание особенностям образа жизни представителей коренных этносов с учетом тех сторон жизнедеятельности, которые или положительно влияют на сохранение и улучшение здоровья, или, напротив, несут в себе факторы, разрушающие здоровье. Было отмечено, что представители вепсского и карельского этносов значительно меньше внимания уделяют использованию каких-либо оздоровительных мер (отказ от вредных привычек, диет, занятия физкультурой и др.). При этом в жизни семей коренного населения были выявлены многочисленные события, потенциально имеющие стрессогенный характер. Две трети домохозяйств имеют постоянные экономические проблемы, одна пятая ощущают угрозу безработицы, свыше 40 % постоянно испытывают другие жизненные трудности, в каждой третьей семье регулярно происходят конфликты с родственниками. Около 70 % опрошенных озабочены проблемами здоровья своих близких, столько же респондентов обеспокоены тем, как справляются с жизненными трудностями их дети и близкие.

Выявленный высокий уровень тревожности и других проявлений психического стресса среди коренного населения Республики Карелия, на наш взгляд, является следствием ощущения дефицита жизненных ресурсов этноса и может быть интерпретирован в понятиях концепции социальной сукцессии.

С точки зрения природы и закономерности социальной сукцессии можно предположить, что высокий уровень заболеваемости и смертности коренного населения Карелии будет сохраняться в обозримом будущем. Как известно, соматические заболевания не являются результатом мгновенного воздействия психического стрессора. Хроническая патология различных систем человеческого организма развивается на протяжении длительного времени, пока идет процесс накопления факторов риска. Анализ многомерной статистики и экспериментальный материал свидетельствуют о формировании целых систем риска (психосоматических паттернов и структурных атTRACTоров болезни), участвующих в развитии соматической патологии. Как правило, этот процесс ускоряется и приобретает необратимый характер в результате дезадаптации в ситуации резко меняющихся социальных условий жизни. Поэтому исследования влияния изменений образа жизни на

здоровье дают возможность предсказать картину медико-социального благополучия на годы вперед, подсказать, как смягчить или нейтрализовать негативное влияние социальных изменений на здоровье в будущем, а также как улучшать здоровье населения.

Интересные результаты дает и сравнительный анализ статуса здоровья и факторов, влияющих на здоровье представителей различных этнических групп. Как показывают медикобиологические социальные исследования в Суоярвском и Питкярантском районах, где проживает в основном славянское население, находящиеся здесь предприятия лесопромышленного комплекса (в первую очередь, Питкярантский целлюлозный завод и Суоярвская фабрика картонной тары) во многом ответственны за то, что здоровье детей в этих районах хуже, чем в национальном Олонецком районе, где подобных производств нет [22]. Однако, если сравнивать показатели здоровья взрослого населения, то результаты будут уже не в пользу олончан. Так неблаготворно сегодня влияет на их здоровье социальная среда и условия жизни. Как показали исследования, по уровню благосостояния здесь доминируют семьи с душевым доходом ниже прожиточного уровня – 31,7 %, доходы ниже среднего уровня имеют 24,4 % домохозяйств, выше среднего уровня – 22,4 %, относительно богатыми являются 21,5 %. Почти половину бедных семей представляют домохозяйства пожилых людей, другую часть – семьи, имеющие двух и более детей, а это более трети всех домохозяйств. Опрос показал, что низкий уровень удовлетворения потребностей вследствие дефицита жизненных ресурсов оборачивается весьма низкими самооценками здоровья, которые, кстати, подтверждаются и данными медицинской статистики.

В целом сравнительный анализ самооценок здоровья в этих районах Карелии дал следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1

Самооценка здоровья взрослым населением районов Республики Карелия, % опрошенных

Самооценка здоровья	Суоярвский район	Питкярантский район	Олонецкий район	Вепсская национальная волость
Очень хорошее и хорошее	33	26	30	26
Среднее	52	59	49	47
Плохое и очень плохое	15	13	20	25

Более низкие самооценки здоровья коренного населения и в данном случае имеют корреляцию и с показателями самосохранительного поведения: вепсы и карелы менее активны в следовании принципам здорового образа жизни, реже занимаются физкультурой или какими-либо оздоровительными мероприятиями, чаще страдают от алкогольных отравлений. Если в целом по России в 2004 году из 100000 населения от отравления алкоголем погибло 30 человек, в Карелии по этой же причине из 100000 населения ушло из жизни 63 человека (из них 49 человек в городской местности, т. е. где проживает преимущественно русское население, и 103 – в сельской, где проживают представители коренного населения).

В ходе исследований были выявлены различия в статусе здоровья детей в районах компактного проживания карел и вепсов и в районах с преимущественно славянским населением (согласно оценкам родителей).

Таблица 2 показывает, что в целом половина родителей считает здоровье детей хорошим, примерно треть – средним, очень хорошим – одна двадцатая. Доля детей с плохим здоровьем примерно совпадает с цифрой детей-инвалидов. Наиболее высокая оценка здоровья детей в национальном Олонецком районе – 69,7 % положительных оценок, 62,9 % – в Суоярвском районе, 59 % – в Вепсской национальной волости, 57,3 % – в Питкярантском районе.

Таблица 2

Оценка здоровья детей в районах Карелии, данная их родителями, % опрошенных семей

Оценка здоровья детей	Олонецкий район	Вепсская нац. волость	Суоярвский район	Питкярантский район	В среднем
Очень хорошее	4,6	4,5	2,9	8,5	5,4
Хорошее	65,1	54,5	60	48,7	57,5
Среднее	28,4	36,5	32,3	41	34,3
Плохое	0	4,5	4,8	1,7	2,3
Очень плохое	0	0	0	0	0
Трудно сказать/Не знаю	1,8	0	0	0	0,6

Таблица 3

Дети, посетившие врача в течение 6 месяцев, предшествовавших опросу, % опрошенных семей

Район	Посетили врача, %
Суоярвский	57,5
Питкярантский	57,3
Олонецкий	46,8
Всего	54,7

Низкие оценки родителями здоровья детей в Питкярантском районе – еще одно подтверждение выводов медиков о неблагоприятной роли экологического фактора.

Более высокие оценки здоровья детей в Олонецком районе подтверждаются данными о менее частом, чем в других районах, обращении к услугам здравоохранения (табл. 3).

Сопоставление самооценок здоровья с результатами анализа социально-экономических условий жизни представителей различных этнических групп и, в частности, с возможностями получения медико-социальных услуг показывает сохраняющиеся серьезные проблемы в социальной политике и нацеливает местные власти на совершенствование ее действенности и усиление адресного характера. Дальнейшее проведение реформ, которое будет сопровождаться социальными изменениями в условиях и образе жизни населения, должно обязательно предусматривать различия в адаптивных способностях различных этнических групп и меры по компенсации ущерба и социальной поддержке.

Итак, можно сказать, что социология здоровья в ПетрГУ обретает свой дисциплинарный статус и все более уверенно занимает место среди ведущих направлений в социологических исследованиях и социологической подготовке студентов. Думается, что в перспективе для становления научной школы в университете необходимы создание специальности по социологии здоровья на факультете политических и социальных наук, организация подготовки аспирантов, более активное развитие партнерских связей со специалистами медицинского факультета и органами управления здравоохранения Республики Карелия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ПРИМЕЧАНИЯ

1. Дмитриева Е. В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. 224 с.; Иванов Р., Култыгин В. Социология медицины или социология здоровья? // Социологические исследования. 2005. № 6. С. 147–150; Нилов В. М. Социология здоровья. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2002. 160 с.
2. Журавлева И. В., Левыкин И. Т. Образ жизни и региональные особенности отношения к здоровью // Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни: сб. ст. М.: ИСАИ СССР, 1989. С. 67–79.
3. Губин А. В. Состояние здоровья населения Тюменской области // Социологические исследования. 1999. № 5. С. 93–95; Гулин К. А. Духовное здоровье населения Вологодской области: анализ текущего состояния и методологические подходы к исследованию // Народонаселение. 2000. № 4. С. 117–124; Нилов В. М. Как здоровье, северяне? // Север. 2002. № 12. С. 214–223; Нилов В. М. Социальные изменения и здоровье населения Республики Карелия // Социологические исследования. 2004. № 11. С. 90–97; Нилов В. М. События жизни и здоровье населения в условиях трансформирующегося общества // Журнал социологии и социальной антропологии. 2005. Т. 8. № 5. С. 34–46; Попугаев А. И.,

- Гулин К. А., Короленко Н. А., Селиванов Е. А., Тихомирова Г. В. Состояние здоровья населения региона: тенденции и перспективы. Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. 68 с.; Нугаев Р., Нугаев М. Здравоохранение на региональном уровне в контексте российских социальных реформ // Общественные науки и современность. 1997. № 5. С. 44–53 и др.
4. Dubos R. *Mirage of Health. Mirage of Health: Utopias, Progress & Biological Change*. New York: Harper. 1959. 186 p.; McKeown T. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* Oxford. 1979. 254 p.; Szeiter S. *The importance of social intervention in Britain's mortality decline 1850–1914: a reinterpretation of the role of public health / Health and Disease. A Reader* ed. by Davey B., Gray A. Buckingham, Philadelphia. 1995. P. 191–199; Zola I. K. *Medicine as an institution of social control // Sociological Review*. 1972. № 20. P. 487–504; Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology Applied Knowledge*. N. Y.: Dodd. Mead, 1970. 237 p. и др.
 5. Illich I. *Medical Nemesis: The Expropriation of health*. London: Marian Boyars. 1975. 184 p.
 6. Armstrong D. *The problem of the whole-person in holistic medicine // Health and Disease, a Reader*. 1995. P. 45–49; Williams S., Annandale E., Tritter J. *The Sociology of Health and Illness at the Turn of the Century: Back to the Future?* // [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.socresonline.org.uk/socresonline/3/4/1.html>
 7. Иванов В. Н., Лупандин В. М. Исследованию проблем здравоохранения – социологический подход // Коммунист Украины. 1984. № 11. С. 72–77.
 8. Социология в России / Под ред. В. А. Ядова. М.: Изд-во института социологии РАН, 1998. С. 472–495.
 9. McGinnis J.M., Foege W.H. *Actual causes of death in the United States // JAMA*. 1993. Vol. 270. P. 2207–2212.
 10. McGinnis J., Williams-Russo P., Kickman J. *The Case for More Active Policy Attention to Health Promotion // Health Affairs*. 2002. Vol. 21. № 2 (March / April). P. 78–93.
 11. Стадуров В. И., Михайлова Ю. В., Иванова А. Е. *Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы*. М.: Медицина, 2003. 288 с.
 12. Гундаров И. А. *Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления*. М.: Едиториал УРСС, 2001. 208 с.
 13. Алтухов Ю. П. *Генетические процессы в популяции*. М.: ИКЦ Академкнига, 2003. 431 с.; Скулачев В. П. *Кислород и явления запрограммированной смерти. Первое северинское чтение*. М.: Изд-во МГУ, 2000. 48 с.; Величковский Б. Т. *Реформы и здоровье населения (Пути преодоления негативных последствий)*. М., Воронеж: ВГУ, 2002. 64 с.
 14. Gold M. *A crisis of identity: the case of medical sociology // Journal of Health and Social Behaviour*. 1977. № 18. P. 160–168; Twaddle, A. C., Hessler R. M. *A Sociology of Health*. London: Allyn & Bacon; 1987. 427 p.; Wolinsky F. D. *The Sociology of Health: Principles, Practitioners, and Issues*, 2nd edition. Belmont: Wadsworth Publishing Company, 1988. 397 p.; Nettleton S. *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press. 1995. 317 p.; Stacey M., Homans H. *The sociology of health and illness: its present state, futures and potential for health research // Sociology*. 1978. № 12. P. 281–307.
 15. Heistaro S., Laatikainen T., Vartiainen E., Puska P., Uutela A., Pokusajeva S., Uhanov M. *Self-reported health in the Republic of Karelia, Russia and in North Karelia, Finland in 1992 // European Journal of Public Health*. 2001. № 11. P. 74–80; Laatikainen T., Alho H., Vartiainen E., Jousilahti P., Sillanaukee P., Puska P. *Self-reported alcohol consumption and association to carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase in a random sample of the general population in the Republic of Karelia, Russia and in the North Karelia, Finland // Alcohol*. 2002. № 37. P. 282–288.
 16. Доршакова Н. В. *Качество окружающей среды и здоровье человека в условиях Карелии*. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 1997. 204 с.
 17. *Health and well-being in transition societies*. Ed. by Hannu Valtonen and Anja Noro. Helsinki: STAKES, 2004. 214 p.
 18. Нилов В. М. *Социология здоровья*. Петрозаводск: Изд-во ПетрГУ, 2002. 160 с.
 19. Нилов В. М. *Социальные изменения и здоровье населения Республики Карелия // Социологические исследования*. 2004. № 11. С. 90–97.
 20. Нилов В. М. *События жизни и здоровье населения в условиях трансформирующегося общества // Журнал социологии и социальной антропологии*. 2005. Т. 8. № 5. С. 34–46.
 21. Штompка П. *Социальные изменения как травма // Социологические исследования*. 2001. № 1. С. 6–16.
 22. Масюк В. С., Коваленко А. И., Корзун В. А., Доршакова Н. В., Болотников И. А. *Состояние иммунной системы детского населения, проживающего в различных экологических условиях Республики Карелия // Вестник РУДН. Сер. Медицина*. М.: Изд-во РУДН, 2002. № 2. С. 28–33.