

*И.С. ПАУТОВ*

## **СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ МАКРОСОЦИАЛЬНЫХ ИНДИКАТОРОВ БЛАГОСОСТОЯНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ**

В статье представлены результаты авторского исследования, направленного на выявление взаимосвязей между динамикой индикаторов благосостояния в России с 1990 по 2012 год и показателей здоровья россиян, таких как средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении и коэффициент смертности, за данный период. На основе анализа статистических данных автор отмечает наличие взаимосвязей между показателями здоровья жителей России в 1990–2012 годы и изменениями их экономического положения, динамикой показателей неравенства, занятости, социальной поддержки, доступа к досугово-рекреационным услугам. На основе полученных данных делается вывод о том, что изменения объема и качества социально-экономических ресурсов благополучия на макроуровне в целом проявляют значимую связь с динамикой показателей здоровья.

*Ключевые слова:* индикаторы благосостояния, показатели здоровья, неравенство, занятость, социальная поддержка, доступность.

Изучение взаимосвязей между уровнем ресурсообеспеченности и состоянием здоровья членов социума в научном сообществе долгое время воспринималось как вызов традиционному взгляду на сохранение и укрепление здоровья с позиций медицинского знания. Однако радикальные изменения в структуре заболеваемости, которые наблюдались в развитых странах (в т.ч. в СССР) во второй половине XX века, привели к необходимости поиска социологических подходов к изучению индивидуального и общественного здоровья. «Вместо инфекционных болезней, более распространенных ранее, на первое место по частоте и тяжести последствий вышли хронические заболевания: гипертония, онкологические патологии, язвенная болезнь, нарушения иммунной системы, депрессии и другие болезни» (Freund et al. 2003: 2). А трансформационные процессы в России начала 1990-х годов и кризисные явления в социально-экономической, демографической и других сферах, которые сопровождали ход трансформации, выявили потребность в применении этих подходов к реалиям российского общества. Одним из наиболее активно используемых российскими исследователями подходов в сфере здоровья стал

анализ влияния социально-экономического благополучия индивида и общества на состояние их здоровья. Впервые такая проблематика появляется в исследованиях позднего советского периода (Римашевская, Копнина 1987), впоследствии к ней обращаются такие авторы, как И.Б. Назарова (Назарова 2003; Назарова 2008), Н.Л. Русинова с соавторами (Русинова, Браун, Панова 2003; Русинова, Панова 2010), В.С. Тапилина (Тапилина 2004) и ряд других исследователей. Следует отметить, что указанные исследования фокусируются, прежде всего, на индивидуальном, реже — региональном уровне анализа взаимосвязи благосостояния и здоровья. В то же время сохраняется потребность в осмыслении этих взаимосвязей на макроуровне; в последнее время, в связи с негативными макроэкономическими процессами, это направление исследований становится особенно актуальным. В данной статье делается попытка проанализировать существующие связи между изменениями показателей социально-экономического благополучия в России на социетальном уровне и динамикой здоровья россиян с 1990 по 2012 год.

### **Измерение благосостояния: конкурирующие подходы**

Попытки оценить благосостояние общества предпринимались экономистами, демографами, социологами с конца XVIII века. Так, еще в 1776 году А. Смит в своем «Исследовании о природе и причинах богатства народов» рассматривал вопрос, почему «народ оказывается лучше или хуже снабженным всеми необходимыми предметами и удобствами, в каких он нуждается» (Смит 1962: 17). Однако систематизация инструментов для анализа и сравнения показателей национального благосостояния пришлась на вторую половину XX века и была связана с основанием и деятельностью Организации Объединенных Наций. При этом различные подразделения в структуре ООН выступали со своими вариантами индикаторов, которые бы позволили оценить благосостояние на социетальном уровне. В процессе работы над этими индикаторами выделилось два основных направления анализа качества жизни.

*Первое направление* — разработка и применение интегрального показателя, который бы характеризовал благосостояние населения страны/региона. В качестве такого показателя в настоящее время применяется индекс развития человеческого потенциала — ИРЧП (*англ.* The Human Development Index, HDI) — интегральный показатель,

обобщающий уровень развития и используемый при международных и региональных сопоставлениях. Он был разработан в ходе запуска Программы развития ООН в 1990 году на основе концепции развития человека (sustainability approach) Амартии Сена. В индекс входят 3 компонента: индексы *ожидаемой продолжительности жизни, образования и уровня ВВП на душу населения*. Величина ИРЧП изменяется от 0 до 1; чем ближе она к 1, тем выше развитие человеческого потенциала в определенной стране или регионе (Григорьева, Келасьев, Первова 2012).

*Второе направление* — разработка системы показателей, которые наиболее полно характеризовали бы благосостояние населения. В 1960 году рабочей группой ООН был подготовлен доклад о принципах определения и измерения уровня жизни в международном масштабе. На основе этого доклада была разработана Система показателей уровня жизни в международной статистике ООН; ее последний вариант 1978 года включает следующие группы показателей (Башкатов 2003: 38):

1. Демографические характеристики населения (рождаемость, смертность, заболеваемость, продолжительность жизни и т.д.);
2. Санитарно-гигиенические условия жизни;
3. Потребление продуктов питания;
4. Жилищные условия и обеспеченность товарами длительного пользования;
5. Образование и культура;
6. Занятость и условия труда;
7. Доходы и расходы населения;
8. Стоимость жизни и потребительские цены;
9. Транспортные средства, в том числе общественный транспорт;
10. Организация отдыха, физкультура и спорт;
11. Социальное обеспечение;
12. Свобода человека.

На основе этого подхода были разработаны национальные системы показателей уровня жизни в различных странах (США, Франция), в том числе в России. Система «Основные показатели уровня жизни населения в условиях рыночной экономики» была предложена Центром экономической конъюнктуры и прогнозирования при Министерстве экономики РФ в 1992 году; она включала следующие направления анализа благосостояния, по которым должны были аккумулироваться статистические данные (Социальная статистика 2004):

- а. Обобщающие показатели (индекс стоимости жизни; валовой национальный продукт в расчете на душу населения);

- b. Доходы населения;
- c. Потребление и расходы населения;
- d. Денежные сбережения населения;
- e. Накопленное имущество и жилище;
- f. Социальная дифференциация населения;
- g. Малообеспеченные слои населения.

Приведенная группировка показателей затем была частично реализована в системе представления данных службой государственной статистики в России. Материалы официальной статистики использовались автором при изучении взаимосвязей между показателями социально-экономического благополучия и здоровья населения в современной России.

#### **Взаимосвязь динамики индикаторов благосостояния и показателей здоровья: результаты эмпирического исследования**

Исследование, проведенное автором статьи в 2014 году, опирается на анализ благосостояния с помощью системы показателей, что позволяет комплексно рассмотреть взаимосвязь различных аспектов социально-экономического благополучия и показателей здоровья на макроуровне. При определении основных групп показателей мы руководствовались рекомендациями ООН, а также отечественной практикой представления статистической информации. Основными источниками данных в исследовании выступали статистические сборники Росстата (ранее — Госкомстата России) «Российский статистический ежегодник» за 1994, 1998, 2003, 2010, 2013 годы, где содержатся данные по всем направлениям учета, осуществляемого органами государственной статистики. В качестве вспомогательных источников данных использовались материалы, опубликованные на официальном сайте Росстата ([www.gks.ru](http://www.gks.ru)).

В качестве зависимых переменных в исследовании выступали показатели средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении (для населения в целом и отдельно для мужчин и для женщин) и общей смертности. Уровень заболеваемости не учитывался в анализе, так как на него оказывают значимое влияние (помимо социально-экономических факторов) обращаемость населения в лечебные учреждения и степень выявляемости заболеваний. В результате в анализе учитывались 80 независимых переменных, которые были объединены в следующие группы:

- 1) характеристики экономического благосостояния населения и неравенства (реальные денежные доходы населения; доля людей с доходами ниже прожиточного минимума, соотношение дохода с величиной прожиточного минимума, коэффициент Джини и коэффициент фондов и т.д.);
- 2) характеристики занятости и безработицы (уровень безработицы, среднее время поиска работы);
- 3) индикаторы социальной помощи и поддержки (расходы государства на социальные выплаты, расходы Пенсионного фонда на выплату пенсий и пособий, доля граждан, получивших жилье, от числа стоявших в очереди на получение жилья; доля детей, посещающих дошкольные учреждения, от общего числа детей дошкольного возраста и т.д.);
- 4) характеристики жилищных условий (динамика площади жилого помещения, приходящегося на 1 человека, доля помещений, оборудованных горячей водой, отоплением, канализацией и т.д.);
- 5) экологическая ситуация (объемы выбросов вредных веществ в воду и в атмосферу);
- 6) образование (число образовательных учреждений и количество обучающихся в них — по всем уровням образования);
- 7) здравоохранение (мощность стационарной и амбулаторной помощи, число врачей и среднего медицинского персонала);
- 8) досуг и рекреация (число посещений культурно-досуговых учреждений на 1000 человек, количество спортивно-оздоровительных учреждений);
- 9) транспорт и связь (мощность городского и пригородного транспорта, охват населения стационарной телефонной связью);
- 10) наука, исследования, инновации (число организаций и работников, выполняющих НИОКР, затраты на научно-исследовательскую деятельность).

Для обработки статистических данных применялись аналитические инструменты программ SPSS и Excel. Был проведен корреляционный анализ и выделены статистически достоверные корреляции для выявления связей между динамикой независимых и зависимых переменных; затем были построены и проанализированы графики взаимосвязей между переменными, показавшими статистически значимые корреляции. По результатам аналитических процедур можно сделать следующие выводы.

В динамике смертности и средней ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) в 1990–2012 годы четко выделяются следующие периоды: резкий рост смертности и падение ОПЖ в 1990–1994 годах, незначительное снижение смертности и рост ОПЖ в 1995–1998 годах (несмотря на этот рост, ОПЖ не достигла докризисного значения 1990 года), рост смертности и снижение ОПЖ в 1998–2003 годах (хотя ухудшение показателей было менее резким, чем в 1990–1994 гг.). С 2004 года по настоящее время наблюдается стабильное улучшение показателей (рост ОПЖ и снижение смертности), однако к докризисному уровню удалось вернуться лишь показателю ожидаемой продолжительности жизни (в 2011 году), в то время как смертность в 2012 году по-прежнему была на 20% выше по сравнению с 1990 годом.

Сравнивая динамику ОПЖ и уровня смертности в России и странах Европы, мы можем отметить, что, несмотря на значительный рост ОПЖ в 2000-е годы, по этому показателю Россия уступает всем европейским странам (в т.ч. «государствам бывшего соцлагеря»)<sup>1</sup>. Кроме того, в 2000-е годы прогресса в величине ОПЖ в той или иной степени достигли все проанализированные нами страны, а не только Россия, в связи с чем разрыв между Россией и странами Западной Европы по этому показателю сократился незначительно (рис. 1).

Все европейские страны по величине ОПЖ можно разделить на три группы:

- первая группа (Австрия, Бельгия, Великобритания, Германия, Италия, Нидерланды, Норвегия, Финляндия, Франция, Швейцария, Швеция, Дания), в которой ОПЖ населения в целом в 2010 году составляла от 79 до 82,5 лет;
- вторая группа (Болгария, Венгрия, Польша, Румыния и другие «страны бывшего соцлагеря»), где ОПЖ в 2010 году составляла от 74 до 76,4 лет;
- третья группа — Россия и страны СНГ (Беларусь, Украина, Молдова) с ОПЖ (2010 г.) от 69 лет до 71 года. В этой группе Россия занимает последнее место.

Успехи России в снижении уровня смертности в 2000-х годах на фоне других стран выглядят более весомо. В 2003–2011 годах темпы сокращения смертности были наиболее быстрыми именно в нашей стране. Разрыв между показателями смертности в России и в странах «первого

---

<sup>1</sup> Анализ произведен по данным статистических сборников Росстата «Российский статистический ежегодник» за 2003–2012 годы, раздел «Международные сравнения».

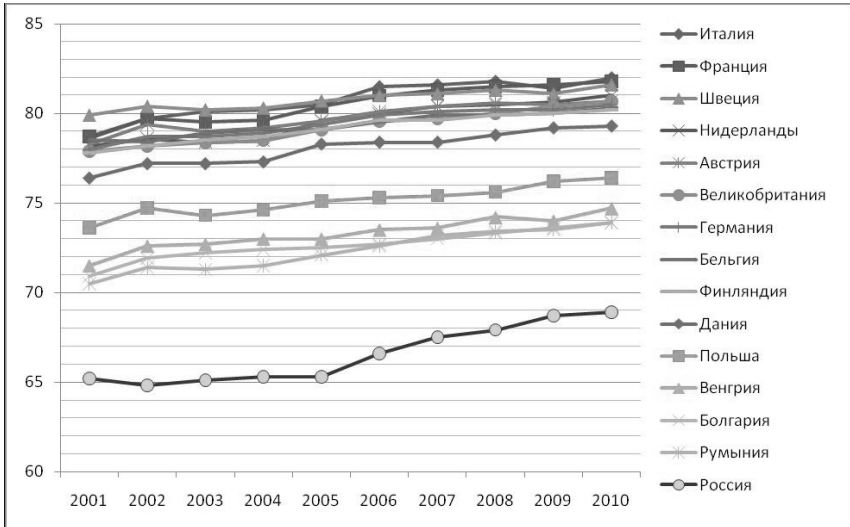


Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни в России и некоторых странах ЕС в 2001–2010 гг.

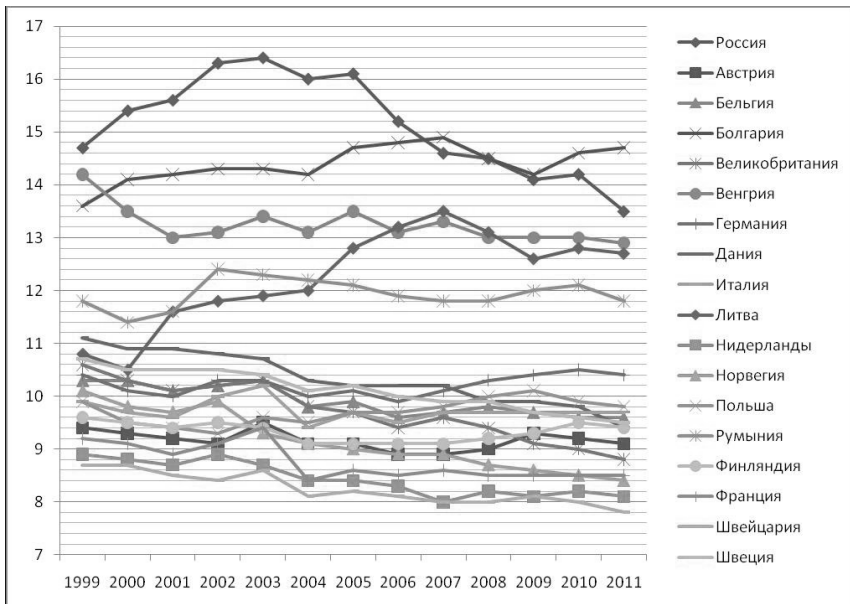


Рис. 2. Уровень смертности в России и в странах Европы в 1999–2011 гг.

эшелона» по-прежнему велик (в 2011-м смертность в России составляла 13,5 человек на 1000, а в западноевропейских странах — от 7,8 до 10,4 человек). Однако по уровню смертности на данный момент Россию уже можно отнести к странам «второго эшелона», в которых уровень смертности в 2011 году составлял от 11,8 до 14,7 единиц (рис. 2).

Какие факторы могли способствовать смене негативной динамики показателей здоровья 1990-х годов на положительную после 2003 года? В ходе анализа была выявлена статистически достоверная связь показателей здоровья со следующими индикаторами благосостояния.

1. Экономическое благосостояние населения: коэффициент корреляции между динамикой реальных располагаемых денежных доходов в 1990–2012 годах и изменениями ОПЖ населения в целом составляет 0,76, изменениями ОПЖ мужчин — 0,72; ОПЖ женщин — 0,83 (сильная прямая связь). Изучение графиков подтверждает корреляционный анализ: резкое падение доходов населения в 1990–1992 и 1997–1999 годах привело к ухудшению показателей здоровья в 1990–1994 и 1998–2003 годах. Рост доходов населения, начавшийся в 1999 году, стал позитивно сказываться на показателях здоровья с 2003 года.

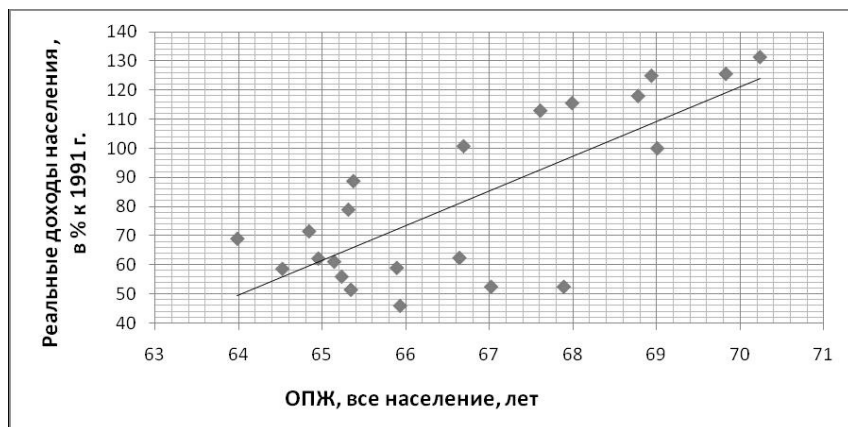


Рис. 3. Взаимосвязь<sup>2</sup> ОПЖ (население в целом) и реальных денежных доходов населения, 1990–2012 гг.

<sup>2</sup> График взаимосвязи представляет собой диаграмму, на которой каждая точка имеет 2 координаты: значение зависимой переменной (ОПЖ или коэффициента смертности) за определенный год по горизонтальной оси и значение независимой переменной за тот

Тесная положительная связь наблюдается между соотношением среднедушевых доходов с величиной прожиточного минимума и средней ожидаемой продолжительностью жизни (коэффициент корреляции этого показателя с ОПЖ мужчин — 0,71; с ОПЖ женщин — 0,81; с ОПЖ населения в целом — 0,74). Достигнув своего минимального значения за рассматриваемый период в 1999 году, когда средний доход в России превышал прожиточный минимум лишь в 1,83 раза, этот показатель постепенно начал расти, и к 2012 году средний доход превышал прожиточный минимум в 3,5 раза, что положительно сказалось на показателях здоровья (рис. 4).

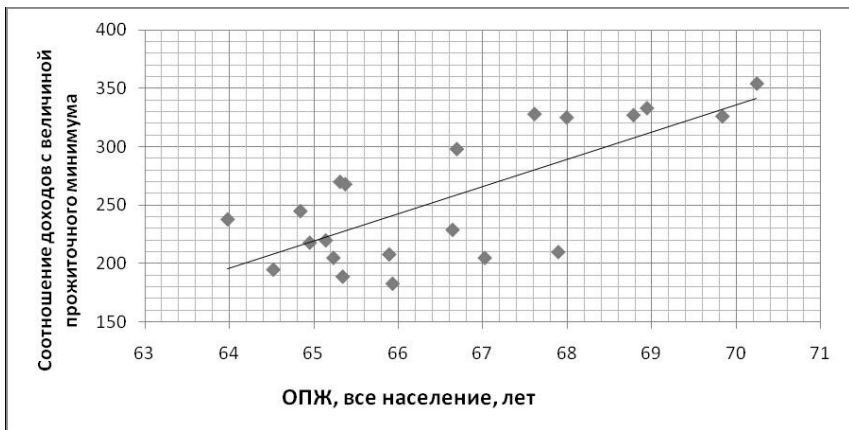


Рис. 4. Взаимосвязь ОПЖ (население в целом) и соотношения среднедушевых доходов с величиной прожиточного минимума, 1990–2012 гг.

2. Взаимосвязь показателей здоровья и индикаторов глубины неравенства менее выражена, но также является статистически значимой. Коэффициенты корреляции таких показателей неравенства, как доля населения с доходами ниже прожиточного минимума и дефицит денежных доходов<sup>3</sup> в группе наименее обеспеченных, с ОПЖ находятся в интервале от  $-0,53$  до  $-0,68$  (обратная связь средней степени выраженности; рис. 5).

же год по вертикальной оси. Линия тренда на графике демонстрирует тенденцию к линейной взаимосвязи между рассматриваемыми показателями.

<sup>3</sup> Дефицит денежного дохода — сумма денежных средств, необходимая для доведения доходов населения с денежными доходами ниже прожиточного минимума до величины прожиточного минимума.

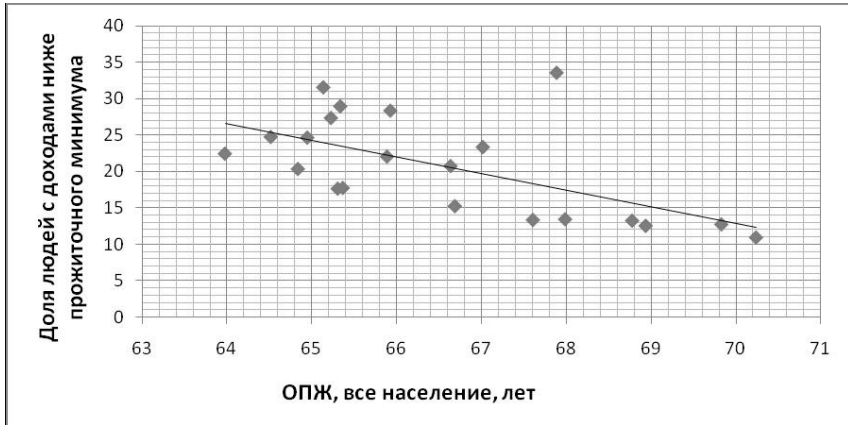


Рис. 5. Взаимосвязь ОПЖ (население в целом) и доли людей, имеющих доходы ниже прожиточного минимума, 1990–2012 гг.

Между индексами дифференциации доходов (коэффициент Джини, коэффициент фондов) и уровнем смертности была выявлена прямая связь средней степени выраженности. После резкого скачка этих коэффициентов в 1991–1995 годах<sup>4</sup>, что могло негативно отразиться на показателях здоровья населения, дифференциация доходов и далее продолжала расти, хотя и меньшими темпами, но уже не оказывала значимого отрицательного влияния на показатели здоровья. Это может быть связано с трансформацией социально-экономической структуры российского общества и переходом значительной части малообеспеченных жителей России в группу среднеобеспеченных.

Влияние социально-экономического неравенства на состояние здоровья, не столь заметное при анализе макросоциальных показателей, в большей степени проявляется на микроуровне. Это подтверждает, в частности, проведенный автором анализ результатов выборочного обследования «Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения», организованного Росстатом РФ в 2008 году (Здравоохранение 2009: 176). По данным обследования, респонденты с низким доходом в 1,5–2,5 раза чаще указывали на наличие тех или

<sup>4</sup> Так, в 1991 году коэффициент фондов (соотношение доходов 10 % наиболее обеспеченных к доходам 10 % наименее обеспеченных) имел значение 4,5, а в 1995 году — уже 13,5.

иных хронических заболеваний, чем опрошенные с высоким доходом. Не имеют проблем со здоровьем 33% респондентов с высоким уровнем дохода и лишь 16% — с низким (рис. 6).

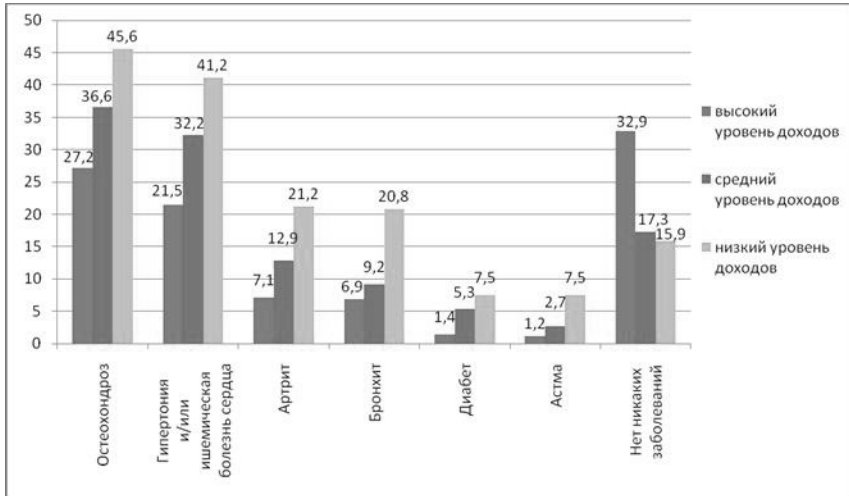


Рис. 6. Различия в распространенности отдельных хронических заболеваний в группах с различным уровнем доходов (по результатам выборочного обследования Росстата РФ, 2008 г.)

Особенно сильны различия в зависимости от социально-экономического статуса индивида по распространенности таких заболеваний, как остеохондроз (представители низкодоходной группы страдают им в 1,7 раза чаще, чем высокодоходной); гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца (распространенность их среди представителей низкодоходной группы выше в 2 раза) и артрит, которому подвержены индивиды с низкими доходами в 3 раза чаще, чем с высокими. В отношении этих болезней также сильны различия между высоко- и среднедоходной группой: так, заболеваемость гипертонией и ишемической болезнью сердца в группе со средними доходами в 1,5 раза выше, чем в группе с высокими доходами, заболеваемость артритом — в 2 раза.

3. Показатели занятости и безработицы (коэффициент безработных, средний срок поиска работы), по результатам корреляционного анализа, оказывали не столь значительное влияние на здоровье

в рассматриваемый период (коэффициент корреляции этих показателей с ОПЖ составляет от  $-0,43$  до  $-0,45$ ; с уровнем смертности от  $0,4$  до  $0,42$ ). Негативные тенденции в сфере занятости нарастали с 1990 до 1998–1999 годов (уровень безработицы достиг пика в 1998 г. —  $13,2\%$  экономически активного населения были безработными, а самый длительный средний срок поиска работы —  $9,7$  мес. — пришелся на 1999 г.). После 2000 года эти показатели стали улучшаться, что отразилось и на показателях здоровья в 2000-х годах (рис. 7).

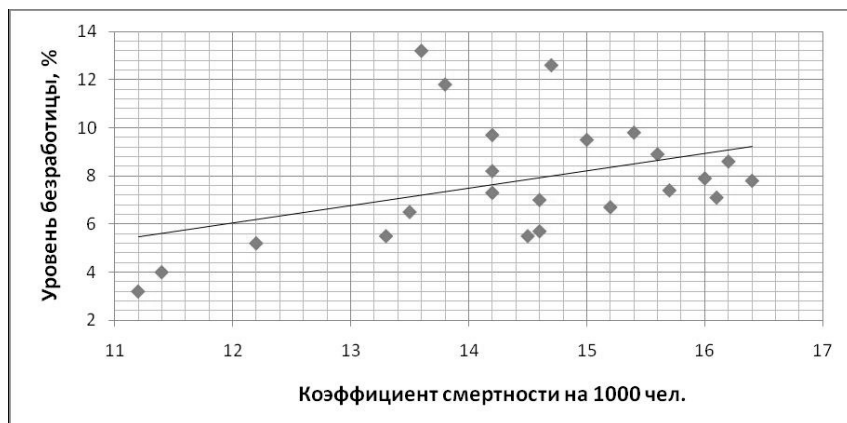
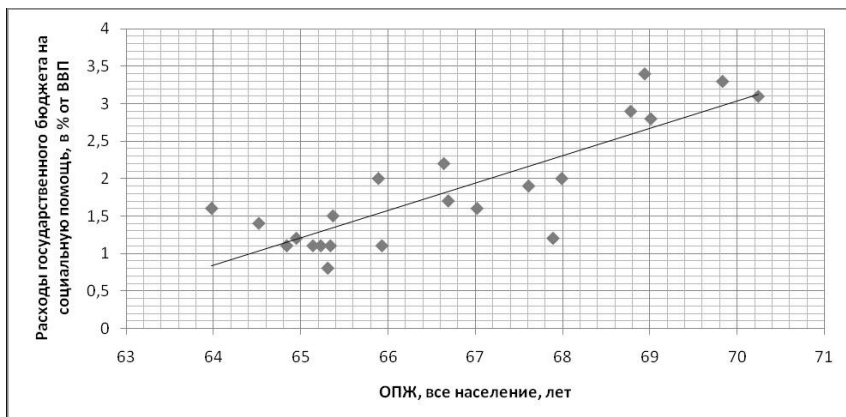


Рис. 7. Взаимосвязь коэффициента смертности и уровня безработицы, 1990–2012 гг.

4. Взаимосвязь основных параметров *социальной поддержки* и показателей здоровья также выявлена по результатам корреляционного анализа, включая графики взаимосвязи. Динамика расходов государства на социальную помощь (в процентах от ВВП) демонстрирует сильную прямую связь ( $0,84$ ) с ОПЖ и обратную связь средней степени выраженности ( $-0,54$ ) с уровнем смертности (рис. 8).

Связь изменений расходов Пенсионного фонда на выплату пенсий (в процентах от ВВП) с динамикой показателей здоровья менее выражена: статистически значима положительная корреляция средней степени ( $0,58$ ) с ОПЖ. Некоторый рост объема социальных трансфертов (пенсий, пособий) в 1992–1997 годах сменился спадом в 1998–2000 годах. В 2000–2004 годах объемы социальной поддержки сохранились на незначительном уровне (финансирование пенсий



*Рис. 8.* Взаимосвязь ОПЖ (население в целом) и расходов госбюджета на социальную помощь, 1990–2012 гг.

на уровне 5,5–6% от ВВП, пособий — 1% от ВВП), рост их начался лишь в 2005 году, а в 2010 году начался новый спад этих показателей.

Доля получивших жилье от числа «очередников» имеет сильную обратную связь ( $-0,74$ ) с уровнем смертности (чем меньше людей получают жилье «по очереди», тем выше уровень смертности). В 1990-х годах доля получавших жилье «очередников» резко упала, а в 2000-х несколько выросла, особо значимый рост пришелся на 2008–2010 годы, однако число получающих жилье от государства так и не вышло на уровень 1990 года, когда жилье получили 14% «очередников». В 2010 году жилье смогли получить лишь 9% от тех, кому оно необходимо.

Доля детей дошкольного возраста, посещающих детский сад, служит индикатором эффективности социальной помощи для семей с детьми. Этот показатель демонстрирует корреляцию средней степени выраженности с ОПЖ ( $0,65$ ) и с уровнем смертности ( $-0,51$ ). Падение доли детей, посещающих детский сад, в 1990–1998 годах впоследствии сменилось на постепенный рост, однако к 2012 году этот показатель не вышел на уровень 1991 года.

5. Корреляционный анализ выявил взаимосвязь показателей здоровья с рядом параметров развития сферы досуга и рекреации. Так, рост показателей посещаемости музеев и театров, как показал корреляционный анализ, может оказать влияние на снижение уровня смертности (коэффициенты корреляции смертности с посещаемостью

театров  $-0,76$  (рис. 9), с посещаемостью музеев  $-0,75$ ). Кроме того, имеется значимая прямая связь между посещаемостью музеев и ОПЖ мужчин ( $0,65$ ) и женщин ( $0,55$ ). С одной стороны, уровень посещаемости культурно-досуговых учреждений отражает динамику материального благополучия населения, с другой — является показателем социального самочувствия, которое резко ухудшилось в 1990–1994 годах и постепенно улучшается, начиная с 2000 года.

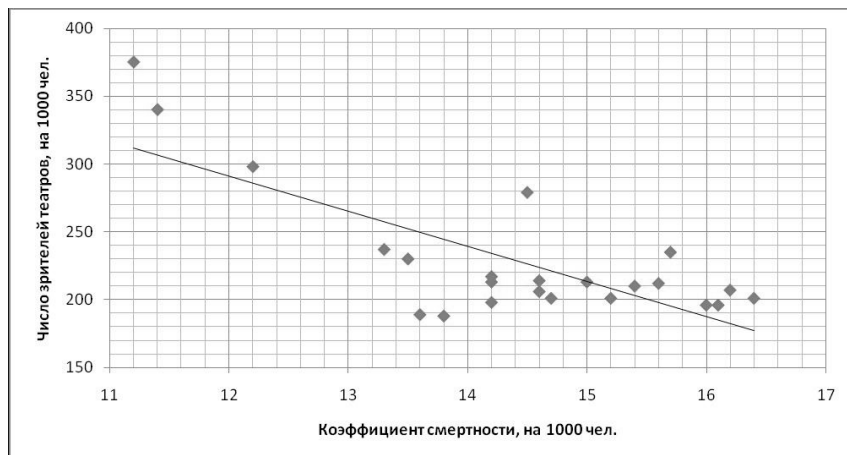


Рис. 9. Взаимосвязь уровня смертности и посещаемости театров, 1990–2012 гг.

Кроме того, нами был выявлен средний уровень связи между динамикой обеспеченности спортивными объектами (спортивными залами и бассейнами) и ОПЖ (коэффициент корреляции —  $0,6$ ). Число этих объектов постоянно росло в 1990–2012 годах, особенно интенсивно — с 2002 года.

Таким образом, мы можем заключить, что изменение объема и качества социально-экономических ресурсов благополучия на макроуровне в целом проявляет значимую связь с динамикой показателей здоровья. Результаты анализа демонстрируют наличие взаимосвязей между показателями здоровья жителей России в 1990–2012 годах и изменениями их экономического положения, динамикой показателей неравенства, занятости, социальной поддержки, а также обеспеченности населения досугово-рекреационными услугами. Говоря о влиянии

процессов, происходящих в системе здравоохранения, на проанализированные нами показатели здоровья, мы можем отметить отсутствие статистически значимой взаимосвязи между изменениями состояния лечебно-профилактической помощи и процессами в сфере здоровья на макроуровне.

### Источники

- Григорьева И.А., Келасьев В.Н., Первова И.Л.* Теории социальной работы и реалии социального благополучия. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2012. 173 с.
- Башкатов Б.И.* Международная статистика. М.: Изд-во МЭСИ, 2003. 46 с.
- Здравоохранение в России. 2009: стат. сборник. М.: Росстат, 2009. 365 с.
- Назарова И.Б.* Здоровье занятого населения. М.: Макс-Пресс, 2008. 526 с.
- Назарова И.Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 57–69.
- Римашевская Н.М., Копнина В.Г.* Здоровье и благосостояние // Общественные науки и здравоохранение / отв. ред. И.Н. Смирнов. М.: Наука, 1987. С. 151–163.
- Русинова Н.Л., Браун Дж. В., Панова Л.В.* Социальные неравенства в здоровье петербуржцев в первом постсоветском десятилетии // Журнал социологии и социальной антропологии. 2003. Т. 6. Спецвыпуск «Санкт-Петербург в зеркале социологии». С. 331–368.
- Русинова Н.Л., Панова Л.В.* Социальные и экономические факторы индивидуального здоровья в современной России: многоуровневый анализ // Петербургская социология сегодня. Сборник научных трудов. СПб.: Нестор-История, 2010. С. 157–182.
- Смит А.* Исследование о природе и причинах богатства народов. М.: Изд-во социально-экономической литературы, 1962. 684 с.
- Социальная статистика / под ред. И.И. Елисеевой. М.: Финансы и статистика, 2004. 480 с.
- Тапилина В.С.* Социально-экономический статус и здоровье населения // Социологические исследования. 2004. № 3. С. 126–137.
- Freund P.E. S., McGuire M. B., Podhurst L.S.* Health, Illness, and the Social Body: a Critical Sociology. New Jersey: Prentice Hall, Pearson Education, 2003. 436 p.