

organization, medical sociological monitoring, quality of medical care, paid medical care, joint payment, "twilight payment"

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства Москвы от 25.10.2011 г. № 494-ПП "Об утверждении Положения о Московском городском фонде обязательного медицинского страхования". — М., 2011.
2. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 21.01.2011 № 15н "Об утверждении Типового положения о территориальном фонде обязательного медицинского страхования". — М., 2011.
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования" (в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 10.08.2011 № 897н). — М., 2011.
4. Решетников А. В. Процессное управление в социальной сфере: Руководство. — М., 2001.
5. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. — М., 2003.
6. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 30.11.2011 г.) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". — М., 2011.

Поступила 23.03.12

© Ю. П. ЛИСИЦЫН, 2012
УДК 61:001.8

Ю. П. Лисицын

ТРИЕДИНАЯ МЕДИЦИНА

В научной литературе и в учебно-методических изданиях, в том числе в энциклопедиях, справочниках и других источниках, медицина всесторонне рассматривается как естественнонаучная дисциплина. Имеется обширная литература, посвященная содержанию, истории понятия, связям медицины с другими науками и отраслями знаний, но в обыденной жизни, в представлениях большинства населения она определяется и понимается просто как наука и практика лечения заболеваний. При этом почти никто не обращает внимания, что это одностороннее представление о медицине, исторически сформировавшееся как основная ее парадигма, без других ее составляющих, в том числе профилактики и того ее раздела, который был назван сано-логией (Ю. П. Лисицын). Об этих сторонах медицины и пойдет далее речь, поскольку о ней как о лечебной отрасли известно достаточно. Итак, забега вперёд, сразу же постараюсь определить модель или структуру этой отрасли знаний и практики.

Никто, надеюсь, не будет возражать против определения содержания медицины, включающего патологию, профилактику заболеваний и их лечение. Здесь, по-видимому, излишне доказывать эти понятия: патология складывается из научно обоснованных взглядов о причинах заболеваний (этиологии), механизмах их возникновения и формирования (патогенезе), способах и методах лечения и определения прогноза и восстановления утраченного здоровья — реабилитации. Именно изучение этих составляющих патологии, их практического значения и соответствующих способов избавления от нее составляло (и до сих пор составляет) основу понимания содержания медицины со времен глубокой древности.

Что же касается ее другой стороны — профилактики заболеваний, то о ней стали судить позже, хотя, по-видимому, никому еще не удалось более или менее точно определить, когда, с какого исторического периода профилактику стали рассматривать и оценивать как немаловажную составную часть медицины — медицинской науки и практики предупреждения заболеваний. Хотя из истории известны высказывания о важности недопущения возникновения и развития болезней.

Наверное, трудно приводить бесспорные доказательства профилактики, ее приемов и методов у людей

первобытной общины, хотя какие-то меры по предупреждению заболеваний как вмешательства потусторонних сил, гнева Богов, природных катаклизмов и т. п. в первобытном обществе и в последующем в древних государствах предпринимались, но они не имели причинно-обусловленного, системного характера.

Лишь с развитием цивилизации в древних Греции, Риме, Китае, Египте и других странах высказывались взгляды о значении мер, предупреждающих болезни. Но в основном они ограничивались предохранением от инфекционных, паразитарных заболеваний, соблюдением примитивных гигиенических правил (чистоты тела, питания, защиты от неблагоприятных климатических факторов и пр.). Научными, т. е. основанными на наблюдениях и опыте, в строгом смысле слова такие меры назвать трудно. Обычно гигиенические, профилактические рекомендации имели общественный, а обращенные к персоналиям — личный характер со стороны медиков, а подчас монахов и других лиц вплоть до представителей так называемой народной медицины. Известны даже рукописные источники, в которых выдвигались гигиенические, профилактические советы и требования (Нейдзин, Китай; Сушрута, Индия; папирус Эберса, Египет; Гиппократ, Греция, и др.).

Развитие профилактических, гигиенических знаний и навыков продолжается в средние века и в позднейший период. Но и они также были обращены к отдельным лицам, за исключением, может быть, попыток введения карантина в Европе и санитарных кодексов в некоторых городах. И в это время вплоть до середины XIX века профилактических мер в общегосударственном масштабе не принимали, хотя подчас обнародовались рескрипты, кодексы, обязывающие соблюдать профилактические, главным образом противоэпидемические, меры. Следовательно, профилактическое направление медицины не могло быть общей стратегией борьбы с заболеваниями. Не могло быть такого направления еще и потому, что отдельные меры предупреждения заболеваний не базировались на бесспорных научных данных о причинах инфекционных, эпидемических и других болезней. Лишь с открытием микроорганизмов в этиологии заболеваний появилась возможность определять эффективные меры как базы профилактического направления в масштабах государств. Однако до Октябрьской революции в России условий для реализации профилактического направления в масштабе страны не было.

Ю. П. Лисицын — д-р мед. наук, проф., акад. РАМН (935-30-37).

Даже формирование общественной медицины — земской и фабрично-заводской, в которой проводились не только лечебные, но и профилактические мероприятия, не охватывало всю страну и обычно имело местный, региональный характер.

Профилактическое направление в масштабах государства стало осуществляться лишь с установлением советской власти. Не случайно уже на VIII съезде РКП(б) в 1918 г. профилактика объявлялась как общенациональное, общегосударственное направление охраны здоровья трудящихся. И в последующем это направление декларировалось в качестве основного принципа здравоохранения. Не потеряло оно своего значения и в настоящее время, это засвидетельствовано в конституциях и общегосударственных решениях и постановлениях.

О профилактическом направлении медицины и его первостепенной роли в охране здоровья написаны тысячи книг и статей. Поэтому ограничимся лишь краткими сведениями о нем, подчеркнув, что к началу XX века профилактическое направление было признано одним из основных принципов развития медицины в нашей стране. Оно и лечебная медицина с ее теорией и практикой стали неотъемлемой частью медицины. Хотя западная медицина не знала таких феноменов, как земская, фабрично-заводская медицина, все в большей степени стали признавать роль профилактической деятельности как государственной задачи, как формы общественного здравоохранения. Об этом свидетельствует опыт ряда стран и междугородных организаций, прежде всего Всемирной организации здравоохранения.

Таким образом, опыт развития медицины, бесспорно, свидетельствует о формировании двух ее направлений — лечебного (патологического) и профилактического — не только в частной, но главным образом в общественной, государственной сфере.

Вместе с тем история медицины и здравоохранения (как ее нормативной части) не ограничивается формированием названных направлений. На повестку дня встал вопрос о третьем общем направлении, которое мы позволили себе обозначить как санологическое (от введенного мною термина "санология"). Можно спорить об обоснованности и правомочности такого направления и его названия (от лат. *sapius* — здоровый). Схематически я использовал применяемый в патологии термин "саногенез", — означающий как антипод патогенеза формирования здоровья индивидуума. Санология применима к понятиям "общественное здоровье" и "индивидуальное здоровье", означающим охрану, а главное, создание, умножение здоровья здоровых. Санология — не аналог профилактического направления, которое, как отмечалось, означает охрану здоровья, предупреждение возникновения заболеваний. Санология — активная деятельность по созданию, формированию здоровья. Чтобы избежать неконструктивных дискуссий, можно, конечно, согласиться с тем, что санология — аспект профилактического направления. И дело не в попытках доказать обособленность, самостоятельность санологии, а в том, что она как вид деятельности развивает профилактическое направление, придает ему дополнительный аспект.

Если согласиться с такого рода посылкой, то можно рассматривать структуру медицины, состоящую из трех направлений (частей, разделов): лечения болезней, их профилактики и создания здоровья — санологии. Принятие концепции санологии определяет даль-

нейшую перспективу медицины — санологическую деятельность укрепления и, главное, формирования и развития здоровья здоровых.

После таких заявлений и определений возникает вопрос, а как, каким образом, с помощью какого механизма можно и нужно развивать санологическое направление.

Ответ на этот вопрос и прост, и сложен. Самое простое, обыденное — соблюдать режим дня, работы, отдыха, контролировать массу тела, по возможности полноценно питаться, выполнять гигиенические рекомендации (соблюдать чистоту тела, рта, зубов, следить за работой желудка, кишечника, не переохлаждаться, не перегреваться). Этими рекомендациями, однако, дело не ограничивается, хотя они составляют часть практических требований санологии, но не отвечают вполне на решение главной проблемы, а вернее — задачи санологии — формирование здорового образа жизни (ЗОЖ).

Напомним, что ЗОЖ — одна из сторон образа жизни как ведущего фактора состояния здоровья. Здесь уместно представить структуру этого понятия, которая определена относительно недавно — во второй половине XX века, хотя сам термин встречался в социологической и медицинской литературе. Он, например, был упомянут К. Марксом и Ф. Энгельсом в середине XIX века в их труде "Немецкая идеология" как субъективный фактор поведения человека.

В исследование роли образа жизни внесли свой вклад и социал-гигиенисты (Ю. П. Лисицын и его сотрудники). В частности, при разработке его структуры в результате наших исследований наряду с другими субъективными функциями была добавлена так называемая медицинская активность. Под ней понималась деятельность человека, непосредственно связанная с его здоровьем (выполнение медицинских рекомендаций, соблюдение упомянутых требований режима дня и т. д., т. е. характер поведения, от которого зависит здоровье). С таким добавлением в структуру образа жизни он схематически выглядит следующим образом.

Образ жизни

Характер активности (деятельность, поведение):

- I. Физическая активность.
- II. Интеллектуальная активность.

Виды (формы) активности:

1. Производственная или трудовая активность.
2. Социальная активность.
3. Культурная (образовательная) активность.
4. Медицинская активность.

Следует отметить, что в социологической и нередко в медицинской литературе путают понятие "образ жизни" с другими близкими к нему, но принципиально иными понятиями, особенно с представлениями об условиях жизни, которые отвечают на вопрос, что или кто окружает человека, в каких условиях он живет, работает, тогда, как образ жизни свидетельствует о том, как, каким образом человек думает, ведет себя, действует. В таких понятиях условия жизни формируют образ жизни, все опосредующие и обуславливающие образ жизни факторы, т. е. можно заключить, что условия жизни — материальные и нематериальные воздействия на образ жизни, а образ жизни — деятельность, активность людей, которые реагируют на условия жизни, используют их.

Кроме категорий, "образ жизни" и "условия жизни", бытуют и такие понятия, как "уровень жизни" — уро-

вень благосостояния, "уклад жизни" — порядок, регламент общественной и личной жизни; "стиль жизни" — индивидуальные особенности поведения; "качество жизни" — качество отдельных видов жизнедеятельности, уровня, уклада, стиля и др.

Эти и подобные им понятия, однако, не заменяют категорию "образ жизни", которая в отличие от них указывает на опосредованное разными факторами влияние и оказывает непосредственное воздействие на здоровье.

При исследовании образа жизни мы выделяем две стороны его влияния на здоровье. С одной стороны, образ жизни способствует возникновению и развитию заболеваний (патологического воздействия), с другой — влияет на улучшение, формирование здоровья здоровых, т. е. играет санологическую роль.

Орудием, основным способом такого воздействия образа жизни является формирование, создание ЗОЖ. Значит, санология — наука (отрасль медицины) о здоровье здоровых и его формировании (см. схему).

Представляя такую схему, следует отметить, что и сам образ жизни в своем воздействии на здоровье человека формирует такие же условия и факторы, как и ЗОЖ. Но они действуют двояко: способствуют возникновению и развитию патологических состояний и при благоприятных санологических условиях формируют ЗОЖ. В этом отношении образ жизни можно рассматривать как две стороны одной медали и одна из них, отметим еще раз, — санологическая с ее основным способом действия — ЗОЖ.

Можно пространно говорить о ЗОЖ и его структуре. Последняя заключается в разных проявлениях, влияниях интеллектуальной, медицинской, психологической, производственной, экологической, и других видах субъективной активности. Это было отражено на приведенной схеме разных уровней воздействия ЗОЖ на здоровье человека. После слов "субъективной активности" сразу возникает предположение о возможности не только индивидуальной, но и групповой, популяционной, общественной активности. Более того, раз названы конкретные воздействия на образ жизни и его "собрата" — ЗОЖ, то соблазнительно в интересах исследований группировки факторов образа жизни отнести такой статистический прием и к ЗОЖ. Мы убеждены, однако, что этот подход противоречит самому пониманию ЗОЖ как субъективного, персонализированного понятия. Науки о человеке, в том числе медицинская, теоретически могут допустить абсолютно идентичные по своим физиологическим, социальным, психическим и др. аспектам индивидуальные качества разных людей. Индивидуальный подход к человеку, в том числе к больному, практически исключает полное тождество разных персон, даже близнецов. ЗОЖ и образ жизни базируются на представлениях об индивидуальных отличиях людей, а следовательно, и персональных особенностях их поведения, даже если они очень похожи.

Полагают, что высказанные соображения об образе жизни должны в большей мере, чем сегодня, использоваться, исследоваться и применяться в теории и практике человекознания, включая медицину. Возникает вопрос, а как же относиться к упорному и даже императивному стремлению к стандартизации, особенно в медицине. Заслуживающее внимания само по себе, такое стремление и рекомендации, нередко директивы органов управления здравоохранения по форсирован-



Опосредование ЗОЖ и его влияние на здоровье через социально-экономические, психологические и другие факторы.

ной разработке и внедрению в практику стандартов диагностики, лечения и даже реабилитации с нашей точки зрения и с учетом сказанного об образе жизни и ЗОЖ, хотя и упорядочивает, расширяет круг обязанностей и действий, объективизирует оценки работы медицинского персонала, но противоречит необходимости индивидуального подхода, выявления и применения на практике особенностей образа жизни пациентов. Как временная мера, особенно в воспитательных целях и даже для повышения квалификации и необходимого уровня — стандарта знаний и умений, стандартизация не вызывает возражений. Но ее квалификация как непреложное требование, особенно для опытных врачей и медицинских сестер, не должна служить запретом на осуществление индивидуального подхода к пациентам. Она может быть фактором квалифицированной подготовки и ориентации в деятельности медиков, особенно недостаточно опытных.

В этой связи можно заметить, что в ряде стран, в том числе в США, культивируется обязательная для медицинских работников стандартизация, но далеко не все специалисты, особенно квалифицированные, приветствуют ее.

Используя научные данные об этиологии, патогенезе и клинической картине заболеваний, санология стремится к созданию средств управления здоровьем, к формированию саногенеза. Ее арсенал включает накопленные наукой и практикой приемы, методы создания ЗОЖ, предупреждения вредных для здоровья влияний окружающей и внутренней среды организма, использования возможностей служб, организаций, государственных структур, органов власти и др. Формирование ЗОЖ как цели санологии — задача всего общества и прежде всего медицинских учреждений.

Уже сегодня возможна политика формирования и умножения здоровья на основе ЗОЖ. В решении этой задачи можно выделить две фазы — преодоление факторов риска и, что особенно значимо, формирование факторов ЗОЖ. Основываясь на опыте ряда стран, в том числе нашей, эти фазы преследуют одну цель — формирование, ЗОЖ, однако, учитывая социально-экономическое развитие, возможности здравоохранения, а главное, желание и готовность граждан выполнить требования ЗОЖ, первая фаза означает преодоление и сокращение факторов риска, а вторая, которой мы придаем решающее значение, характеризует создание, формирование ЗОЖ. Факторы преодоления риска заболеваний и формирования ЗОЖ по существу одинаковые. Только их направленность, значения различаются. И в истинном смысле слова формирование ЗОЖ

Формирование здоровья

Первая фаза	Вторая фаза
• Преодоление факторов риска нарушения здоровья: • низкой социальной и медицинской активности, гигиенической культуры; • низкой трудовой активности, неудовлетворенности трудом; • психоэмоционального дистресса, пассивности, апатии, психологического дискомфорта; • низкой экологической активности, загрязнения окружающей среды; • низкой физической активности; • нерационального несбалансированного питания; • злоупотребления алкоголем, курением, потребление наркотических и токсичных веществ; • напряжения семейных и производственных отношений, неблагоприятности быта; • неудовлетворенности, недостатков воспитания, образования; • других неблагоприятных факторов образа жизни, препятствующих здоровому образу жизни	• Формирование ЗОЖ: • высокой социальной активности, гигиенической культуры, социального и политического оптимизма; • высокой трудовой активности, удовлетворенности трудом; • физического и душевного комфорта, гармоничного развития физических и психологических способностей; • высокой экологической активности, оздоровления окружающей среды и экологически грамотного поведения; • высокой физической активности; • рационального сбалансированного питания; • отсутствия вредных привычек (сокращение употребления алкоголя, курения, ликвидация потребления наркотиков); • дружеских семейных отношений, обустроенности быта; • внимательного, адекватного полу, возрасту, привычкам воспитания и образования; • других благоприятных факторов образа жизни, способствующих здоровому образу жизни

принадлежит второй фазе. В то же время она требует больше волевых решений, времени, преодоления трудностей в основном индивидуального характера. Действительно, проще и легче преодолеть факторы риска нарушения здоровья, нежели создать здоровье, его показатели, характеристики, преодолеть психологические, организационные и другие препятствия. Если говорить прямо, именно вторая фаза может оцениваться как подлинная, особенно эффективная в формировании ЗОЖ — этого, как отмечалось, ведущего фактора создания здоровья у здоровых, его укрепления и умножения (см. характеристику указанных фаз). Сразу же следует подчеркнуть, что эта характеристика далеко не полная, не совершенная. Практика, обобщение опыта по достижению ЗОЖ должны уточнять, дополнять ее. Тем более, что она разработана по существу одним автором (Ю. П. Лисицыным, см. таблицу).

Важной исследовательской проблемой и способом ее практического решения является определение статистических величин количества респондентов (численности населения) в первой и особенно во второй фазе. Каких-либо сведений не удалось найти в источниках литературы, касающихся образа жизни. Можно предположить, что чем выше культурный, социальный, имущественный уровень респондентов, тем большее их количество занимаются преодолением факторов риска и формированием ЗОЖ. По неточным предположениям, в нашей стране в первой фазе занято не более 10% населения, а во второй существенно меньше — всего несколько процентов. В других странах, особенно среди обеспеченных слоев населения и прежде всего интеллигенции, этот процент выше!

Изложенный материал позволяет сделать следующие выводы.

♦ Приверженность населения к борьбе с факторами риска нарушения здоровья и особенно к формированию ЗОЖ представляется важнейшей проблемой охраны и укрепления его здоровья.

♦ Пока формирование ЗОЖ охватывает небольшую часть населения, добиться существенного улучшения здоровья практически в масштабах государства очень трудно.

♦ Оценка роли образа жизни как решающего фактора повышения уровня здоровья должна иметь стратегическое значение и учитываться в планах и программах повышения показателей здоровья.

♦ Предложения о сокращении потребления алкоголя к 2020 г. до 10 л на человека, курения — на 20—25% являются хотя и значимыми факторами оздоровления населения, но их недостаточно. В планах решения всеобщей задачи охраны и кардинального улучшения здоровья населения следует предусмотреть и другие факторы риска, реальные, действенные программы их уменьшения как один из аспектов выхода из критической ситуации в здравоохранении и масштабные, организационные и социально-экономические меры, осуществляемые силами государственных, частных предприятий и учреждений. Органы и учреждения здравоохранения обязаны активно участвовать в программах борьбы с факторами риска нарушения здоровья и формирования ЗОЖ и быть не только участниками, но и корректорами создания и выполнения этих программ.

Ликвидация, уменьшение указанных факторов риска и программы формирования ЗОЖ должны быть стратегическими, правительственными, общественными, подконтрольными органам власти, представителей научных сообществ и должны адекватно обеспечиваться финансовыми и другими ресурсами. Их выполнение — важнейшая общегосударственная задача.

В заключение мы хотим высказать итоговые положения об основных составляющих охраны здоровья и его кардинального улучшения. Охрана здоровья, развитие медицины должны осуществляться в трех ипостасях: лечение заболеваний; профилактика заболеваний; создание здоровья (формирование здоровья здоровых при посредстве программ формирования ЗОЖ). Если же представить самые общие, глобальные составляющие охраны здоровья, то, наверное, можно назвать два пути: радикальное сокращение патологии и развитие санологии.

В статье говорится о "триаде" освещения (исследования) предмета "медицина": лечении заболеваний (на основе знаний об этиологии, патогенезе, клинике, реабилитации), их профи-

лактике и создании здоровья здоровых (санологии). Все они необходимы для определения стратегии и тактики охраны здоровья.

Ключевые слова: санология, медицина, патология, профилактика, лечение

The triune medicine

Yu. P. Lysytsyn

The article discusses the issue of "triad" of interpretation (study) of "medicine" as a discipline: disease treatment (based on the knowledge of its etiology, pathogenesis, clinic and rehabilitation), disease prevention and health of healthy population (sanology). All these components are needed to determine the strategy and tactics of health protection.

Key words: sanology, medicine, Pathology, treatment

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Кадры России XXI в. / Под ред. Ю. П. Лисицына, Н. Г. Пути-на, И. М. Ахметзянова. — Казань, 2008.
2. Лисицын Ю. П. Здоровье населения и современные теории медицины. — М., 1982.
3. Лисицын Ю. П. История медицины: Учебник. — М., 2004, 2010.
4. Лисицын Ю. П., Копыт Н. Я. Алкоголизм. Социально-гигиенические аспекты. — М., 1983.
5. Лисицын Ю. П. Некоторые социальные проблемы медицины (общественное здоровье). — М., 1975.
6. Лисицын Ю. П. Образ жизни и здоровье населения. — М., 1982.
7. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М., 2002, 2009; 2011.
8. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Здоровый образ жизни ребенка. — М., 1984.
9. Лисицын Ю. П., Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. — М., 2002.
10. Лисицын Ю. П. Психологическая медицина. — М., 2004.
11. Лисицын Ю. П. Роль профилактики в охране здоровья народа. — М., 1979.
12. Лисицын Ю. П. Слово о здоровье. — М., 1986.
13. Лисицын Ю. П., Сахно А. В. Здоровье человека — социальная ценность. — М., 1988.
14. Лисицын Ю. П. Современные теории медицины. — М., 1968.
15. Лисицын Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. — М., 1992.
16. Лисицын Ю. П., Ступаков И. Н. Здоровый образ жизни. — М., 2008.
17. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Под ред. Ю. П. Лисицына. — Т. 1. — М., 1987.
18. Социальная гигиена и организация здравоохранения / Под ред. Ю. П. Лисицына. — Казань, 1998.

Поступила 13.12.11

ИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

© Н. В. ПРИСЯЖНАЯ, 2012

УДК 316.6-058.862

Н.В. Присяжная

ВЛИЯНИЕ ВНЕСЕМЕЙНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И СПЕЦИФИКУ ПОСТИНТЕРНАТНОЙ АДАПТАЦИИ СИРОТ

НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования, Москва

Сегодня социология активно обращается к изучению природы социальных проблем, отмечая взаимосвязь статусных характеристик и аспектов здоровья личности. Социологическое восприятие социальных процессов и институтов позволяет выявить причинно-следственные связи на уровне как субъектных отношений, так и социальных структур, всесторонне исследовать особенности функционирования социальной системы, оценить эффективность и конгруэнтность взаимодействия ее составных элементов, процессов и взаимоотношений [16].

Нельзя не согласиться, что тенденции догоняющего развития, или, по выражению В.А. Ядова, "модернизация вдогонку" социальной сферы, являются устойчивой характеристикой российской государственности [20]. Принимая во внимание, что гармоничное существование общества обеспечивается совокупными действиями культурных, психологических, социальных и органических механизмов, изучение социальных проблем через призму социологии здоровья и болезни позволяет интерпретировать эти проблемы как следствия

длящихся процессов социоструктурной трансформации указанных механизмов общества.

При этом наблюдаемые в настоящий момент в современном российском обществе негативные явления — снижение общих показателей здоровья населения, рост смертности и одновременное уменьшение рождаемости, увеличение количества социально значимых заболеваний и распространенности зависимостей от психоактивных веществ — являются следствиями экономической нестабильности, перестройки социальной структуры общества и продолжающихся трансформационных процессов.

Также отмечается тенденция трансформации института семьи: возросло количество неполных семей и внебрачных детей, появились такие формы семейного проживания, как гостевая и гражданская семья, что ослабило внутрисемейные связи, поставило под угрозу стабильность института брака. На фоне видоизменения семьи наблюдаются рост жестокого обращения с детьми, снижение внимания родителей к воспитанию детей, распространение "скрытого" социального сиротства и как следствие рост числа детей, оставшихся без попечения родителей, и родителей, лишенных родительских прав. И.И. Осипова [12, с. 13] подчеркива-

Н. В. Присяжная — канд. социол. наук, ученый секретарь (nprusova@yandex.ru).