

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ РИСКОВ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Шигаев Н. Н.^{1,2}, Кром И. Л.^{1,3}, Еругина М. В.¹, Дорогойкин Д. Л.¹

¹ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава России, Саратов;

²ГУЗ «Саратовская областная детская клиническая больница», Саратов;

³Центр медико-социологических исследований, Саратов, e-mail: nikolay.shigaev@mail.ru

Всемирная организация здравоохранения отводит социальным рискам ведущую роль в определении состояния популяционного здоровья. Вероятность наступления определенного патологического состояния может повышаться под воздействием факторов, большинство из которых являются социально обусловленными. Биологическая детерминация заболеваний играет значительно меньшую роль. Результаты интегративных исследований постнатальной патологии доказывают роль социальных рисков в повышении заболеваемости и инвалидизации детей, особенно в критические периоды их роста и развития. Авторы приводимых в обзоре публикаций рассматривают бедность, факторы семейного риска в контексте ведущих социальных рисков здоровья детей в современной России. Состояние здоровья в ранний период жизни и социально-экономическое положение семьи, в которой проживает ребенок, во взрослом возрасте оказывают существенное воздействие на его поведение, антропометрические показатели, подверженность соматическим заболеваниям, возникновение психических расстройств и продолжительность жизни. В обзоре рассматриваются результаты исследований, доказывающих, что дети и подростки из семей с низким уровнем жизни отличаются повышенной инфекционной заболеваемостью, высоким уровнем детской смертности, высокой общей заболеваемостью. Профилактика заболеваний и разные возможности лечения определяются неравенством в жизненных стандартах. Обзор междисциплинарных исследований в области социальных рисков детского здоровья позволяет предположить, что программы профилактики заболеваний и совершенствования медицинской помощи оказываются неэффективными вследствие отсутствия интегральной модели, где учитывается многомерная, иерархическая система показателей качественного состояния здоровья населения.

Ключевые слова: социальные факторы риска, здоровье детского населения.

INTERDISCIPLINARY ANALYSIS OF SOCIAL-DETERMINED RISKS OF CHILDREN'S POPULATION HEALTH

Shigaev N. N.^{1,2}, Krom I. L.^{1,3}, Yerugina M. V.¹, Dorogoykin D. L.¹

¹Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky, Saratov;

²Saratov Regional Child's Hospital, Saratov;

³Centre of Medical-Sociological Research, Saratov, e-mail: nikolay.shigaev@mail.ru

World Health Organization assigns the leading role to social risks in definition of the state of population health. The probability of certain pathological state appearance may increase under the influence of factors, majority of which are social-determined. Biological determination of diseases plays significantly lesser role. Results of integrative researches of postnatal pathology prove the role of social risks in rising of morbidity and disablement of children, especially in critical periods of their growth and development. The authors of publications represented in this review are considering poverty, factors of family risk in the context of leading social risks of children's health in modern Russia. The state of health in the early period of life and social-economic state of the family, where the child is living, influence significantly on his/her behavior, anthropometric indices, susceptibility to somatic diseases, origin of mental derangements and mortality. In the review, results of researches are considered that are proving that children and adolescents from families with low level of life are distinguished by increased infectious morbidity, high level of children's mortality, high total morbidity. Prophylaxis of diseases and different possibilities of treatment are defined by inequality in life standards. Review of interdisciplinary research in the field of social risks of children's health enables us to suppose that the programs prophylaxis of diseases and improvement of medical aid turn to be ineffective due to the absence of integral model taking into account multidimensional hierarchic system of indices of qualitative state of population health.

Keywords: social factors of risk, health of children's population.

Введение

Здоровье и продолжительность жизни людей обусловлены не столько генетикой, сколько социальными факторами [4, 8, 16, 34]. По данным ВОЗ: «Социальная несправедливость убивает людей в огромных масштабах. Отравляющая комбинация неразумной политики и слабой экономики в значительной мере является причиной того, что большинство людей в мире не могут похвастаться хорошим здоровьем, хотя биологически это возможно».

Основная часть обзорной статьи

ВОЗ отводит социальным рискам (детерминантам) ведущую роль в определении состояния популяционного здоровья, подчеркивая, что «удельный вес социально-экономических факторов риска в общей совокупности факторов риска здоровью составляет 50 %» [4]. Вероятность наступления определенного патологического состояния может повышаться (понижаться) под воздействием тех или иных факторов, большинство из которых являются социально обусловленными [6, 25, 30, 33, 36]. Биологическая детерминация заболеваний играет значительно меньшую роль. В широком смысле «различные типы обществ формируют различную структуру заболеваемости и смертности, состояние здоровья его членов».

Исследователи выделяют структуру факторов (табл. 1), оказывающих влияние на здоровье населения [15, 17].

Таблица 1

Основные группы факторов, влияющие на состояние здоровья индивида и степень их воздействия [8]

Группа факторов	Степень воздействия
Образ жизни	50 %
Состояние окружающей среды	20 %
Генетическая предрасположенность	15–20 %
Здравоохранение	10–15 %

Это деление является достаточно условным. Так, в странах с неразвитым здравоохранением значение групп факторов может измениться по сравнению с данными таблицы [28].

Социальная среда является источником и контекстом формирования социальных рисков здоровья населения. На актуальность проблемы влияния социальных рисков на здоровье населения, а также многообразие и разнонаправленность научных исследований по верификации социальных рисков указывают многие исследователи, отмечая, что

полидетерминированность здоровья человека в современном мире свидетельствует о том, что значимый вклад в показатели смертности, инвалидизации и заболеваемости населения вносят социальные факторы (предикторы) [13, 14].

Последние десятилетия отмечают негативные тенденции состояния здоровья детского населения в России. По данным Б. Т. Величковского [3], с увеличением возраста здоровье детей прогрессивно ухудшается. Среди детей всех возрастных групп отмечается рост заболеваемости, инвалидности, сохраняется высокий уровень смертности. Различные нарушения в состоянии здоровья выявляются у большинства (70 %) новорожденных.

Наибольшее значение для прогнозирования нарушений здоровья детей имеет оценка медико-биологических, социальных, психологических факторов риска. Влияние биологических факторов риска на развитие детей особенно велико первые два-три года жизни. В последующие периоды возрастает влияние социально-экономических и психологических факторов [32].

В раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают медико-биологические факторы, к которым относится плохое здоровье родителей. При формировании здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы, чем в младенческом. Увеличивается удельный вес факторов среды обитания, образа и уровня жизни семьи, снижается воздействие медико-биологических факторов [27, 29].

Результаты интегративных исследований постнатальной патологии доказывают роль социальных предикторов в повышении заболеваемости и инвалидизации детей, особенно в критические периоды их роста и развития [31]. Главными по значимости возможных негативных последствий в жизни ребенка являются так называемые критические периоды роста: первые 3 месяца беременности, переход от внутриутробного периода к внеутробному, первый год жизни и пубертатный период (особенно возраст 10–14 лет). Наиболее выраженного срыва адаптационно-компенсаторных реакций, развития патологии, хронизации патологических процессов и инвалидизации ребенка можно ожидать при сочетанном действии сниженных внутренних возможностей и высокой агрессивности факторов окружающей среды [21].

Практически все заболевания, обуславливающие инвалидизацию детей, частота развития которых постоянно и значительно увеличивается, являются мультифакторными заболеваниями, генетически обусловлены, но проявляются при неблагоприятных условиях существования организма [9]. По свидетельству академика Ю. Е. Вельтищева, мультифакторные заболевания имеются у 20 % взрослого и детского населения.

Анализ статистических данных о детской инвалидности в динамике позволил установить ряд положений:

– Зависимость инвалидизации от возрастных особенностей. При относительной стабильности условий жизни в наибольшей мере инвалидизация выражена в критические периоды роста и развития детей: на этапе перехода детей из возрастного периода раннего детства в период первого детства (эквивалент статистических группировок детей 0–4 – 5–9 лет) и на этапе перехода из периода второго детства к подростковому возрасту (эквивалент статистических группировок 5–9 лет – 10–14 лет);

– При негативных изменениях материально-экономических и социальных условий жизни населения происходит усиленный рост инвалидизации и инвалидизирующих заболеваний, а также темпов роста показателей инвалидности при переходе детей из одного возрастного периода в следующий возрастной период;

– Патология, обуславливающая инвалидизацию детей при негативном воздействии среды обитания, в возрастном периоде раннего детства характеризуется ростом наиболее социально-зависимых проявлений, связанных с нарушениями здоровья у матери (врожденные аномалии), инфекциями (в т. ч. туберкулезом), болезнями крови и пищеварения, а в пубертатном периоде в основном проявляется нарастанием патологии наиболее «задействованных» в этом возрастном периоде регуляторных систем (в первую очередь эндокринной), а также обеспечивающих пубертатный скачок роста кардиореспираторной системы и метаболических процессов;

– При выраженном и длительном воздействии современных негативных факторов среды обитания [3] – выраженной бедности, несбалансированного и недостаточного питания, хронического стресса, хронической усталости, кризиса семьи и т.п. – у детей максимально нарастают с возрастом психические расстройства (в т. ч. психозы и наиболее отставленная по времени регистрации умственная отсталость), а также висцеральные и метаболические расстройства (в первую очередь, метаболические и ферментные нарушения), болезни органов кровообращения, диабет, бронхиальная астма, болезни мочеполовой и костно-мышечной системы, травмы и отравления, злокачественные новообразования [2, 21].

Здоровье ребенка тесно связано со здоровьем матери. Возможно, это объясняется унаследованной восприимчивостью к различным болезням, менее здоровым внутриутробным развитием, или более низким качеством заботы, которую способна дать ребенку больная мать. Так, матери здоровых детей в 65 % случаев имели хорошее и отличное здоровье, а больных детей – только в 51 % случаев. В то же время матери больных детей имели удовлетворительное здоровье (43 %) значительно чаще, чем здоровых (35 %). У

матерей с удовлетворительным здоровьем дети в 4 раза чаще имеют хронические заболевания, чем у матерей с отличным здоровьем [12].

Образ жизни родителей является предиктором поведения детей и в значительной степени влияет на их здоровье. Установлена тесная связь между здоровьем ребенка и потреблением алкоголя матерью, которая была особенно выражена у детей в возрасте до 13 лет. На здоровье детей дошкольного, младшего и среднего школьного возраста оказывает негативное воздействие курение матери, что объясняется внутриутробным воздействием никотина, и тем, что ребенок подвергается или ранее был подвержен пассивному курению. Исследователи [1] указывают, что курение матери во время беременности может воздействовать практически на все системы органов будущего ребенка, а также имеет и долгосрочный эффект, который проявляется уже во взрослой жизни.

Вредные привычки матери, в частности курение, увеличивают риск рождения маловесных детей. У женщин, продолжавших курить и во время беременности, удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3–14 %. Доля здоровых детей у куривших во время беременности матерей в 4 раза меньше, чем у не куривших. Распространенность курения среди беременных женщин значительно возросла [9].

Исследователи указывают, что курение матери во время беременности может воздействовать практически на все системы органов будущего ребенка, а также имеет и долгосрочный эффект, который проявляется уже во взрослой жизни. У курящей женщины риск родить младенца с недостаточной массой тела в три-восемь раз больше, чем у некурящей, что впоследствии является риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, повышенного артериального давления, сахарного диабета второго типа, ожирения, заболеваний печени, почек. Воздействие табачного дыма на ребенка до его рождения может быть фактором риска врожденных дефектов у ребенка, приводит к задержке роста легких (что в последующем сказывается на респираторном здоровье в течение всей жизни); влияет на размеры и функции мозга ребенка, повышает риск развития эмоциональных и поведенческих проблем, вызывает снижение интеллектуального потенциала, пониженных познавательных способностей, дезадаптивных форм поведения ребенка; оказывает негативное влияние на репродуктивную функцию будущих детей; повышает риск развития всех видов детских злокачественных опухолей в целом, который проявляется не только в детском, но даже в зрелом возрасте [12].

Бедность, являясь важнейшим социальным предиктором состояния здоровья детей, определяется и как отсутствие необходимых ресурсов, и как низкий уровень доходов и расходов, и как определенное самоощущение в социуме, и как невозможность поддержания желаемых жизненных стандартов [7].

В исследовании О. А. Кислицыной выявлено наличие социального градиента для некоторых аспектов здоровья детей и подростков. «Бедные» дети с большей вероятностью имеют плохое здоровье, чаще подвержены респираторным, желудочно-кишечным заболеваниям, несчастным случаям, для них наблюдаются более высокие уровни смертности по сравнению с детьми из более обеспеченных семей [12].

В российских социологических исследованиях с начала 90-х годов XX века проводится анализ лишений и ограничений в социальной жизни, деприваций, которые испытывает определенная часть населения страны. Материальные и социальные индикаторы с целью определения качественного «порога», ниже которого происходит исключение субъекта из привычных социальных связей и общепринятого образа жизни населения определенного региона или страны, учитываются депривационным подходом (или оценкой бедности через испытываемые лишения). Речь идет о фактическом исключении определенной доли населения из нормальных условий жизнедеятельности, т. е. социальной эксклюзии [10, 21, 23].

По мнению В. С. Тапилиной [20], которая занимается изучением влияния социально-экономической дифференциации на общественное здоровье, профилактика заболеваний и разные возможности лечения определяются неравенством в жизненных стандартах. Факторами риска психосоматических заболеваний являются низкая самооценка, неуверенность, социальная изоляция, длительное состояние страха, невозможность контролировать ситуацию и принимать решения.

Семьи с двумя и более детьми имеют самый высокий риск бедности, а риск бедности семей, состоящих в браке не более пяти лет и имеющих одного ребенка в возрасте до трех лет, в два раза выше, чем у аналогичных семей без детей. Опасность застойной формы бедности связана с тем, что она порождает необратимые изменения в образе жизни, психологии и т. д., которые начинают действовать как самостоятельные факторы. Бедные семьи с детьми становятся потребителями низкокачественных продуктов питания, услуг пониженного качества в области образования, здравоохранения [21, 24].

Многочисленные исследования доказывают, что дети и подростки из семей с низким уровнем жизни отличаются повышенной инфекционной заболеваемостью, высоким уровнем детской смертности, высокой общей заболеваемостью, в том числе хроническими воспалительными заболеваниями носоглотки, почек и мочевыводящих путей, болезней, передающихся половым путем, а также большим распространением курения сигарет, потребления алкоголя по сравнению с детьми из более обеспеченных семей.

Доля детей первого года жизни, ни разу не болевших, в семьях с доходами выше средних и высокими почти вдвое выше (57,4 %) по сравнению с семьями с очень низкими и

низкими доходами (30,3 %). Доля часто болеющих детей в семьях с доходами выше средних вдвое меньше, чем в семьях с низкими доходами [6].

Родители в семьях с плохим материальным положением часто подвержены депрессии, что в результате негативно сказывается на качестве родительского воспитания, отношениях между родителями и детьми, и даже может провоцировать неблагоприятное поведение родителей, например, злоупотребление алкоголем, с последующим негативным влиянием на благополучие ребенка. Кроме того, наблюдается риск плохого здоровья и хронических заболеваний в семьях, которым приходится отказываться от медицинской помощи по причине нехватки материальных средств [5, 20].

При кризисных социальных и экономических ситуациях, нарастании бедности, длительно действующих стрессах (что отмечалось в 90-х годах прошлого столетия) возрастает частота мультифакторных инвалидизирующих проявлений «нездоровья» у беременных (увеличение частоты самопроизвольных выкидышей и мертворождений) и у детей в период их роста и развития [9, 21]. Наблюдающийся рост частоты врожденных аномалий, по всей вероятности, также обусловлен увеличением частоты мультифакторных пороков развития, обусловленных совместным воздействием на плод генетических и экзогенных факторов (по данным Г. И. Лазюк, они составляют 50,8 % от всех встречающихся пороков) [35].

Данные многочисленных исследований показывают, что источник возникновения различий в здоровье взрослых надо искать в их детстве. Состояние здоровья в ранний период жизни и социально-экономическое положение семьи, в которой проживает ребенок, во взрослом возрасте оказывают существенное воздействие на его поведение, антропометрические показатели, подверженность соматическим заболеваниям, возникновение психических расстройств и смертность.

Питание представляет один из ключевых факторов, определяющих условия роста и развития ребенка. Н. М. Римашевская подчеркивает, что «...для оценки уровня жизни во многих развитых странах используется такой показатель, как потребление мяса. По этому показателю мы вернулись примерно к первой половине 70-х годов. У нас есть семьи, которые могут позволить себе мясо раз в неделю или даже раз в месяц, а есть и такие, что вообще не могут позволить себе даже самые дешевые мясопродукты» [19].

Международное законодательство о правах ребенка конкретизирует требования к материальным условиям жизни. «Родители или другие лица, воспитывающие ребенка, несут основную ответственность за обеспечение в пределах своих способностей и финансовых возможностей, условий жизни, необходимых для развития ребенка» [Конвенция о правах

ребенка...]. Предупреждение социальных последствий бедности рассматривается как приоритетная задача современной России.

Заключение

Обзор результатов междисциплинарных исследований в области социальных рисков детского здоровья позволяет предположить, что программы профилактики заболеваний и совершенствования медицинской помощи оказываются неэффективными вследствие «отсутствия комплексного определения здоровья с включением в него немедицинских признаков» [11], то есть отсутствия интегральной модели, где учитывается многомерная, иерархическая система показателей качественного состояния населения.

Список литературы

1. Андреева Т. И., Красовский К. С. Табак и здоровье. – Киев: ИЦПАН, 2004. – 224 с.
2. Белов В. Б., Роговина А. Г. Основные медико-демографические показатели здоровья населения России к 2013 г. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 6. – С. 18-23.
3. Величковский Б. Т. Реформы и здоровье населения (пути преодоления негативных последствий). – М.: Изд-во РГМУ, 2001. – 36 с.
4. ВОЗ: Социальный фактор для здоровья важнее генетики. URL: <http://top.rbc.ru/society/30/08/2008/232833.shtml> (дата обращения: 1.11.2015).
5. Войцеховская Ж. И. Роль социальных и семейных факторов в формировании здоровья потомства // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – № 8. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/96/30/lang.ru> (дата обращения: 14.09.2015).
6. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. Здоровье детей и окружающая среда. Разработка планов действий. URL: <http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/childrens-health-and-environment.-developing-action-plans> (дата обращения: 1.11.2015).
7. Давыдова Н. М. Депривационный подход в оценках бедности // Социальные исследования. – 2003. – № 6. – С. 34-38.
8. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. – М. : Наука, 2006. – 238 с.
9. Знобина Т. И., Азарко В. Е., Цибульская Е. С., Уткина Г. Ю. Медико-социальные аспекты заболеваемости и инвалидизации детей в современной России // Российские медицинские вести. – 2008. – № 1. – С. 42-46.
10. Исследование «Бедность в России: лишения и социальная исключенность» / рук. А. Макколли, М. Мошина, Л. Овчарова, 1997 (см.: Бедность: альтернативные подходы к определению и измерению: коллективная монография). – М.: Моск. центр Карнеги, 1998.

11. Калью П. И. Сущностная характеристика понятий «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения. – М.: ВНИИМИ, 1988. – 67с.
12. Кислицына О. А. Факторы здоровья детей младшего и среднего школьного возраста // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – № 1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/106/30/> (дата обращения: 13.10.2015).
13. Коблова А. А., Кром И. Л., Новичкова И. Ю. Социальные риски психического здоровья: медико-социологическая интерпретация // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 6.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=7635>.
14. Лебедева-Несевря Н. А. Социальные факторы риска здоровью как объект управления // Вестник Пермского университета. Серия: Биология. – 2010. – № 3. – С. 36-41.
15. Лисицын Ю. П. Социально-гигиеническое изучение образа жизни и здоровья населения // Советское здравоохранение. – 1999. – № 7. – С. 3-5.
16. Осипов Д. А., Кром И. Л., Ребров А. П. Социальные факторы этиологии болезней системы кровообращения // Человек в пространстве болезни: гуманитарные методы исследования в медицине: сб. материалов международной. науч.-практич. конф. – Саратов: СГМУ, 2009. – С. 204-208.
17. Паутов Л. С. Риски ухудшения здоровья и их социальные детерминанты // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Сер. 12. – Вып. 2.4.1. – С. 151-157.
18. Пространство и время социальных изменений / В. Н. Ярская, Л. С. Яковлев, В. В. Печёнкин, О. Н. Ежов. – М.; Саратов: Изд-во «Научная книга», 2004. – 286 с.
19. Римашевская Н. М. Детство в России. Проблем все больше, а ребят все меньше. URL: www.ug.ru/issue/?action=topic&t (дата обращения: 7.11.2015).
20. Тапилина В. С. Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России // ЭКО. – 2002. – № 2. – С. 12-16.
21. Тихонова Н. Е. Бедные: образ жизни и стратегии выживания / Н. Е. Тихонова // Куда идет Россия?... / под общ. ред. Т. И. Заславской. – М.: Дело, 1998. – С. 200-209.
22. Цыбульская И. С., Цыбульский В. Б., Азарко В. Е., Знобина Т. И. Характер изменений показателей детской инвалидности в связи с социально-экономическим состоянием современной России // Социальные аспекты здоровья населения. – 2008. – № 4. – С. 15-20.
23. Чернина Н. В. Бедность как социальный феномен российского общества // СОЦИС. – 1999. – № 3. – С. 54-60.
24. Швецова В. Н. Питание обучающихся как необходимое условие формирования здоровья. URL: <http://kavp2006.khb.ru/download.php?id=99> (дата обращения: 14.09.2015).

25. Шигаев Н. Н., Кром И. Л., Еругина М. В. Роль социальных предикторов в постнатальной патологии // Отечественная наука в эпоху изменений: постулаты прошлого и теории нового времени: сб. материалов XII Междунар. науч.-практ. конф. – Екатеринбург, 2015. – С. 169-171.
26. Braveman P. A., Egerter S.A., Woolf S.H. et. al. Marks J.S. When do we know enough to recommend action on the social determinants of health? // American journal of preventive medicine. – 2011. – Vol. 40. – No. 1. – P. 58-66.
27. Denburg A., Daneman D. The Link between Social Inequality and Child Health Outcomes // Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.). – 2009. – Vol. 14. – P. 21-31. URL: <http://www.longwoods.com/content/21980> (дата обращения: 08.12.2015).
28. Foege W. H. Social determinants of health and health-care solutions // Public Health Rep. – 2010. – Vol.125. – No. 4. – P. 8-10.
29. Jayasinghe S. Social determinants of health inequalities: towards a theoretical perspective using systems science // International Journal for Equity in Health. – 2015. – Vol.14. – P. 71. URL: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/s12939-015-0205-8.pdf> (дата обращения: 08.12.2015).
30. Larson K. Influence of Multiple Social Risks on Children's Health / K. Larson [et al.] // Pediatrics. – 2008. – Vol. 121. – Issue 2. URL: <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/2/337.short> (дата обращения: 10.03.2016).
31. Mackenbach, J. P. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries / J. P. Mackenbach [et al.] // New England Journal of Medicine. – 2008. – Vol. 358. – No. 23. – P. 2468–2481.
32. Martinson M. L. Income inequality in health at all ages: a comparison of the United States and England// American Journal Public Health. – 2012. – Vol. 102. – P. 2049-2056.
33. Newman L. Addressing social determinants of health inequities through settings: a rapid review / L. Newman [et al.] // Health Promotion International. – 2015. – Vol. 30. – No. 2. – P. ii126–ii143. URL: http://heapro.oxfordjournals.org/content/30/suppl_2/ii126.full.pdf+html (дата обращения: 08.12.2015).
34. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health // Proceedings of World Conference on Social Determinants of Health. Rio De Janeiro, Brazil, 19–21 October, 2011. URL: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf (дата обращения: 08.12.2015).
35. Trinder M., Roberts B., Cavanagh S. Impressive evaluation results lead to significant expansion of KidsMatter // The Bulletin of the Australian Psychological Society. – 2009. – P. 22–24. URL: <https://www.kidsmatter.edu.au/sites/default/files/public/evaluation-results-expansion-of-kidsmatter.pdf> (дата обращения: 08.12.2015).

36. Vallgarda S. Tackling social inequalities in health in the Nordic countries: targeting a residuum or the whole population? // *Journal of Epidemiology & Community Health*. – 2010. – Vol. 64. – P. 495–496.