

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ (НИ ТГУ)

Факультет исторических и политических наук



Рабочая программа дисциплины

**Медицинская антропология**

по направлению подготовки

**46.03.03 Антропология и этнология**

Направленность (профиль) подготовки:  
**«Теория и практика антропологических исследований»**

Форма обучения

**Очная**

Квалификация

**Бакалавр**

Год приема

**2021**

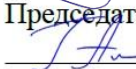
Код дисциплины в учебном плане: Б1.О.ДВ.04.01.

СОГЛАСОВАНО:

Руководитель ОП

 О.В. Зайцева

Председатель УМК

 Г.Н. Алипина

## 1. Цель и планируемые результаты освоения дисциплины (модуля)

Целью освоения дисциплины является формирование компетенций в соответствии с учебным планом через достижение обучающимися следующих образовательных результатов:

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции	Образовательные результаты (в результате освоения дисциплины обучающийся сможет...)
УК-9 Способен использовать принципы инклюзии в социальной и профессиональной сферах.	ИУК-9.1 Понимает базовые принципы и основы инклюзивной культуры общества.	ОР 9.1.1 различать политические, культурные, социальные и медицинские детерминанты здоровья, использовать знания об инклюзии в социальной и профессиональной сферах
	ИУК-9.2 Выбирает стратегию коммуникации в повседневной и профессиональной деятельности с учетом особенностей людей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью.	ОР 9.2.1 использовать правильные каналы, способы и формы коммуникации с людьми, имеющими ограниченные возможности здоровья и инвалидность.
ОПК-1 Способен проводить исследования в области профессиональной деятельности, давать экспертную оценку событий и процессов	ИОПК-1.1 Осуществляет поиск первичных источников и литературы по заданной тематике с использованием информационно-коммуникационных технологий, отбирает и систематизирует эмпирические данные	ОР 1.1.1 находить литературу, источники и другие информационные ресурсы по выбранному или заданному преподавателем темам используя информационные системы и другие поисковые средства.
	ИОПК-1.2 Проводит анализ, структурирует и комплексно оценивает эмпирические данные в терминах современных научных подходов, принятых в соответствующей профессиональной области	ОР 1.2.1 сравнивать разные биосоциальные подходы к пониманию «здоровья». ОР 1.2.2 сравнивать практические последствия, как разные подходы к пониманию «здоровья» формируют управленческие практики
	ИОПК-1.3 Оформляет и представляет результаты проводимых исследований и экспертных заключений в разнообразных формах в том числе с	ОР 1.3.1 подготовить аналитическую записку, экспертное заключение с использованием разных форм информационно-коммуникационных технологий по проблематике, связанной с

	использованием информационно-коммуникационных технологий	медицинской антропологии. ОР 1.3.2 разработать комплексную программу исследования, ориентированную на конкретную проблему в области здоровья ОР 1.3.3 разработать рекомендации по управлению (контролю) определенной проблемы, связанной со здоровьем, в конкретном социокультурном контексте
--	--	---

**2. Электронный учебный курс по дисциплине в «Электронном университете – Moodle»** – <https://moodle.tsu.ru/course/view.php?id=30540>

**3. Место дисциплины (модуля) в структуре образовательной программы**

Дисциплина относится к части образовательной программы, формируемой участниками образовательных отношений, предлагается обучающимся на выбор.

**4. Семестр(ы) освоения и форма(ы) промежуточной аттестации по дисциплине**

Семестр 6, экзамен.

**5. Входные требования для освоения дисциплины**

Учебный курс базируется на образовательных результатах, сформированных у обучающихся на дисциплинах: «Методы социальной антропологии», «Современные социальные теории», «Основы социальной антропологии», «Гендерные исследования».

**6. Язык реализации**

Русский

**7. Объем дисциплины (модуля)**

Общая трудоемкость дисциплины составляет 3 з.е., 108 часов, из которых:

– лекции: 12 ч.;

– семинарские занятия: 0 ч.

– практические занятия: 20 ч.;

– лабораторные работы: 0 ч.

в том числе практическая подготовка: 0 ч.

Объем самостоятельной работы студента определен учебным планом.

**8. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам**

Название и краткое содержание темы	Количество часов	
	лекции	семинарские / практические занятия
Тема 1. Медицинская антропология как область социокультурных исследований здоровья и болезни. Медико-социальные подходы к понятию здоровья	4	2
Тема 2. Глобальное бремя болезней	2	2

Тема 3. Влияние внутренних и внешне средовых факторов на развитие заболеваний	2	2
Тема 4. Социальные детерминанты здоровья	2	2
Тема 5. Этические подходы к пониманию неравного распределения здоровья	2	2
Тема 6. Государство и здоровье		2
Тема 7. Неравенство в распределении здоровья		2
Тема 8. Основные участники управления здоровьем		4

## **Тема 1. Медицинская антропология как область социокультурных исследований здоровья и болезни. Медико-социальные подходы к понятию здоровья**

### **Лекция 1 Подходы к понятию здоровья в различных сообществах**

#### **Семинар: Что такое здоровье?**

Согласно Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), здоровье включает в себя следующие аспекты:

- Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов.
- Обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения.
- Здоровье всех народов является основным фактором в достижении мира и безопасности и зависит от самого полного сотрудничества отдельных лиц и государств.
- Достижения любого государства в области улучшения и охраны здоровья представляют ценность для всех.
- Неравномерное развитие в разных странах мер в области здравоохранения и борьбы с болезнями, в особенности с заразными болезнями, является общей опасностью.
- Предоставление всем народам возможности пользования всеми достижениями медицины, психологии и родственных им наук является необходимым условием достижения высшего уровня здоровья.
- Просвещенное общественное мнение и активное сотрудничество со стороны общества крайне важны для улучшения здоровья народа.
- Правительства несут ответственность за здоровье своих народов, и эта ответственность требует принятия соответствующих мероприятий социального характера в области здравоохранения.

#### **Вопросы для подготовки:**

1. Какие компоненты здоровья вы можете выделить из определения ВОЗ? Какие определения здоровья вы можете указать?
2. Какие аспекты жизни влияют на уровень здоровья?
3. Какие аспекты здоровья вы бы отнесли к медицинской сфере, а какие к социальной? Как вы можете объяснить понятие биосоциальность?

### **Обязательная литература:**

- Huber, M. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163 doi: 10.1136/bmj.d4163
- Napier, D. Culture and health. *Lancet* 2014; 384: 1607–39.
- Kelher, H. Chapter 1. Concepts of health. Pp. 3-12. Oxford University Press
- Hacking, I. (2006). Genetics, biosocial groups & the future of identity. *Daedalus*, 135(4), 81-95.

### **Лекция 2. Эпидемиологический переход: тренды изменения здоровья и болезни**

Гигиеническая гипотеза: инфекционные vs аллергические заболевания

В конце XX века резко возросла распространенность аллергических заболеваний. Их даже окрестили бичом постиндустриального общества. В 1989 году эпидемиолог из Лондонской школы гигиены и тропической медицины David Strachan, изучив истории более 17 тысяч детей, рожденных на излете 50-х, обратил внимание на то, что сельские дети менее подвержены аллергологическим заболеваниям, чем городские. Взаимосвязь между распространенностью аллергических заболеваний и улучшением качества жизни и объяснил ее с помощью «гигиенической гипотезы».

По мнению ученого, от аллергии защищают инфекции в раннем детстве, полученные через контакты со старшими братьями и сестрами или от матери еще до рождения. Также «эффект фермы» можно объяснить богатым микробным окружением, в котором находятся деревенские жители. Считается, что разнообразные вирусы, бактерии, грибки тренируют иммунную систему человека с рождения, делая ее более сильной. Позднее инфекции, переданные от младших близких родственников, могут укрепить эту защиту. Из-за того, что семьи стали малочисленными, улучшилось качество уборки жилища, повысились стандарты личной гигиены, молодое поколение подвержено микробному воздействию в значительно меньшей степени, что привело к росту аллергических заболеваний. В наши дни идеи британца породили представление о микробиоме — сообществе микробов — симбионтов человека. Согласно этому представлению, кишечник и слизистые ребенка, при рождении практически стерильные, постепенно заселяются разными микробами. Их колонии формируются примерно к году и сильно влияют на последующее развитие организма.

#### **Вопросы:**

1. Каким образом изменилась структура заболеваемости за последние 50-60 лет?
2. Во всех ли странах изменения происходят одинаковым образом? С чем может быть связана неоднородность эпидемиологического перехода в разных странах?

#### **Обязательная литература:**

- Jones, K., Moon, G., 1992. Medical geography: global perspectives. *Progress in Human Geography* 16, 563-572.
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(1), 509-538.
- Strachan DP. Hay fever, hygiene, and household size. *BMJ*. 1989 Nov 18;299(6710):1259-60. doi: 10.1136/bmj.299.6710.1259. PMID: 2513902; PMCID: PMC1838109.

#### **Дополнительная литература:**

- Olshansky, S.J., Carnes, B., Rogers, R.G., Smith, L., 1997. Infectious Diseases: new and ancient threats to world health. *Population Bulletin*, 52.
- Omran, A.R., 1983. The epidemiologic transition theory: a preliminary update. *Journal of Tropical Pediatrics* 29, 305-316.

- Phillips, D.R., 1991. Problems and potential of researching epidemiological transition: examples from Southeast Asia. *SocialScience&Medicine* 33, 395-404.
- Phillips, D.R., 1993. Urbanization and human health. *Parasitology* 106, S93-S107.
- Verbrugge, L., 1984. Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. *MilbankMemorialFundQuarterly* 62, 475±519.
- Strachan DP. Hay fever, hygiene, and household size. *BMJ*. 1989 Nov 18;299(6710):1259-60. doi: 10.1136/bmj.299.6710.1259. PMID: 2513902; PMCID: PMC1838109.

## Тема 2: Глобальное бремя болезней

### Лекция 1. Здоровье, «нарушения здоровья» и инвалидность: размывающаяся граница нормальности

#### Семинар: Сравнение основных показателей медицинской статистики в разных странах

Для проведения семинара предлагается подготовить групповые презентации (максимум 10 минут на презентацию), пользуясь ресурсами The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) <http://www.healthdata.org/>:

1я группа: Состояние здоровья населения в развивающихся странах (выбрать одну из развивающихся Африканских стран)

2я группа: Состояние здоровья населения в развитых странах (выбрать одну из стран Европы)

В каждой из представленных презентаций должны быть отражены основные показатели статуса здоровья населения: показатели рождаемости и смертности, продолжительности жизни. Важно проанализировать структуру смертности, а также структуру заболеваемости.

#### Вопросы для подготовки:

1. Какие основные демографические показатели помогают оценить состояние здоровья населения?
2. Какие основные причины смертности, инвалидности в развитых странах
3. Какие основные причины смертности и инвалидности в развивающихся странах?
4. С чем связаны различия в статистических показателях между развивающимися странами?

#### Обязательная литература:

- Mokdad, A. H., Forouzanfar, M. H., Daoud, F., Mokdad, A. A., El Bcheraoui, C., Moradi-Lakeh, M., ... & Kravitz, H. (2016). Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *TheLancet*, 387(10036), 2383-2401.
- Voerma, T., & Mathers, C. D. (2015). The World Health Organization and global health estimates: improving collaboration and capacity. *BMC medicine*, 13(1), 50.

#### Электронные ресурсы:

- The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) <http://www.healthdata.org/>
- Global Burden of Disease (GBD) <http://www.healthdata.org/gbd>
- WHO: Health data and statistics <http://www.who.int/healthinfo/statistics/en/>

#### Дополнительная литература:

- David S. Jones, M.D., Ph.D., Scott H. Podolsky, M.D., and Jeremy A. Greene (2012) The Burden of Disease and the Changing Task of Medicine. *N Engl J Med* 2012; 366:2333-2338

- Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. GBD 2016 Causes of Death Collaborators. Lancet. 2017 Sep 16;390(10100):1151-1210. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9.

### **Тема 3: Влияние внутренних и внешне средовых факторов на развитие заболеваний**

#### **Лекция Влияние внутренних и внешнесредовых факторов на развитие заболеваний Семинар: Изменение состояния здоровья под влиянием различных внешне-средовых факторов**

*Кейс №1.* Пациент П. 35 лет. Он живет городе N с хорошо развитым промышленным производством: большим количеством угольных шахт, металлургических заводов и значительным загрязнением воздуха. Он выкуривает одну пачку сигарет в день. Его любимая еда - картофель фри с большим количеством майонеза. Ему нравится жареное мясо, он убежденный потребитель алкогольных напитков - употребляет по крайней мере две бутылки пива каждый день. П. страдает от плохого состояния здоровья и ряда сердечно-сосудистых заболеваний. Его участковый терапевт советует ему курить меньше и задуматься о снижении веса. П. решительно против предложения о том, что его здоровье - это его собственная ответственность, в своих проблемах он обвиняет государственную систему здравоохранения.

*Кейс №2.* Пациент Н 23 года с синдромом Дауна. Он живет в Юго-Восточной Англии в своей собственной квартире самостоятельно более 5 лет. Он выполняет работу по дому: делает уборку, может пылесосить, гладить. Он любит плавать и ежегодно участвует в соревнованиях и занимает призовые места. Кроме того, он посещает драматическую группу, любит петь и принимает участие в соревнованиях в соседнем пабе. Также Н. играет в боулинг и недавно начал учиться кататься на лошадях. На рождество он навещает своих родителей (взято с сайта <http://www.downs-syndrome.org.uk/about/your-stories/>).

#### **Вопросы для подготовки:**

1. Какие факторы оказывают влияние на состояние здоровья в большей мере: биологические, социальные, экологические?
2. Как образ жизни влияет на здоровье?
3. Как можно оценить затраты на пациентов с хроническими заболеваниями, например, заболеваниями сердечно-сосудистой системы?

#### **Обязательная литература:**

- Ушаков, И., Б. & Бобровницкий, И., П. (2016). Воздействие факторов внешней среды на здоровье человека: методы оценки и профилактики заболеваний. *Российский журнал восстановительной медицины*, 2, 3-31.
- Социально-экономический статус человека как один из факторов формирования его здоровья. Недоспасова О.П., Шибалков И.П. *Азимут научных исследований: экономика и управление*. 2017. Т. 6. № 1 (18). С. 140-144.

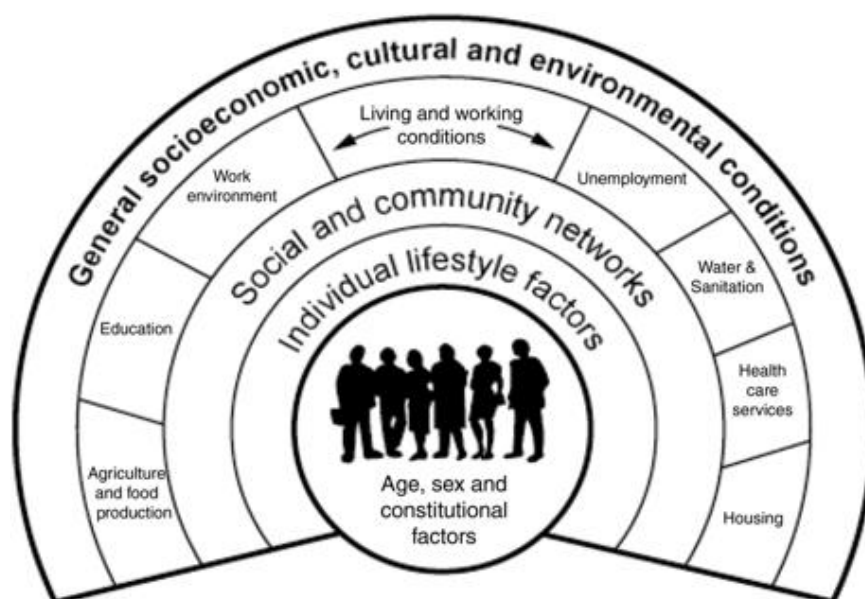
#### **Дополнительная литература:**

- Dariush D. Farhud. Impact of Lifestyle on Health Iran J Public Health. 2015 Nov; 44(11): 1442–1444.
- Epigenetics across the human lifespan. Riya R. Kanherkar, Naina Bhatia-Dey, and Antonei B. Csoka\* *Front Cell Dev Biol*. 2014; 2: 49
- Ferreira MT1, Matsudo SM, Ribeiro MC, Ramos LR. Health-related factors correlate with behavior trends in physical activity level in old age: longitudinal results from a population in São Paulo, Brazil. *BMC PublicHealth*. 2010 Nov10;10:690.

## Тема 4: Социальные детерминанты здоровья

### Лекция Социальные детерминанты здоровья

### Семинар: Роль социокультурных детерминант для здоровья и здравоохранения



Социальные детерминанты здоровья являются одной из основных тем работы ВОЗ. В качестве примера, как влияют социальные детерминанты на здоровье людей ВОЗ предлагает следующие

([https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/ru/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/ru/)):

- Показатель смертности детей грудного возраста (риск смерти ребенка в течение первого года жизни) составляет 2 на 1000 случаев рождения живых детей в Исландии и более 120 на 1000 случаев рождения живых детей в Мозамбике;
- Риск материнской смертности на протяжении жизни во время или вскоре после беременности составляет лишь 1 из 17 400 в Швеции и 1 из 8 в Афганистане.
- В Боливии смертность детей грудного возраста, рожденных женщинами без образования, превышает 100 на 1000 случаев рождения живых детей, в то время как показатель смертности детей грудного возраста, рожденных матерями, имеющими, по крайней мере, среднее образование, меньше 40 случаев на 1000;
- Ожидаемая продолжительность жизни среди аборигенов Австралии значительно ниже (54,4 года для мужчин и 64,8 года для женщин), чем у не коренных австралийцев (76,6 и 82,0, соответственно);
- Ожидаемая продолжительность жизни мужчин в районе Калтон, Глазго, составляет 54 года, это на 28 лет меньше аналогичного показателя для мужчин в Лэнзи, расположенном в нескольких километрах;
- Распространенность длительных форм инвалидности среди европейских мужчин в возрасте старше 80 лет составляет 58,8% среди менее образованных мужчин и 40,2% среди более образованных.

Одна из моделей социальных детерминант здоровья была предложена Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991), см ниже:



### **Вопросы для подготовки:**

1. Что такое социальные и культурные детерминанты здоровья? Приведите примеры? Как они могут влиять на здоровье человека?
2. Можно ли повлиять / изменить социальные и культурные детерминанты здоровья? Как?
3. Какую роль социальные и культурные детерминанты здоровья играют в системе здравоохранения? Должны ли они являться частью повестки министерства здравоохранения? Кто несет ответственность за социальные и культурные детерминанты здоровья?

### **Обязательная литература:**

- Evans, G.W., Chen, E., Miller, G. & Seeman, T. 2012. How Poverty Gets Under the Skin: A Life Course Perspective in Maholmes, Valerie, and Rosalind B. King, eds. The Oxford handbook of poverty and child development. Oxford University Press.
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services*, 39(3), 423-441.
- Wilkinson R., Marmot M. (2003) Социальные условия и здоровье. Убедительные факты. 2 издание. Всемирная Организация Здравоохранения

### **Тема 5: Этические подходы к пониманию неравного распределения здоровья**

#### **Лекция Разные этические подходы к пониманию неравного распределения здоровья**

#### **Семинар: Справедливость в распределении здоровья и обязанность помогать другим**

Согласно мировой статистике, представленной на сайте ВОЗ (2014), 16 миллионов смертей, связанных с неинфекционными заболеваниями (НИЗ), приходится на население моложе 70 лет. Большая часть этих смертей происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. Важно отметить, что употребление алкоголя и табака, также как и нездоровое питание и низкая физическая активность, признаются причинами НИЗ. С одной стороны, можно утверждать, что нездоровый образ жизни является индивидуальным выбором каждого человека, и поэтому люди, которые предпочитают следовать нездоровым привычкам, должны нести полную ответственность за любые негативные последствия для здоровья, связанные с их выбором. С другой стороны, не каждый человек имеет возможность выбора того образа жизни, который был бы для них наиболее благоприятен. Такие факторы как ограниченный доступ к качественному образованию и услугам здравоохранения, а также экологические и экономические факторы могут играть значительную роль в формировании стилей жизни людей в разных регионах.

Существуют различные традиционные подходы к пониманию справедливости в отношении распределения здоровья. Например, Джон Стюарт Милль в своих работах подчеркивал важность концепции индивидуальной свободы. Он утверждал, что каждый человек является сувереном, относительно своего здоровья, как физического, так и психического (Mill, 1859). В дополнении к этому, Милль был убежден в том, что человек имеет свободу действий и выбора своего жизненного пути, до той степени, пока его интересы не пересекаются с интересами других людей. То есть люди свободны выбирать тот стиль жизни, который им наиболее удобен, до той степени, пока данный стиль жизни не противоречит свободе других людей. Однако, вопрос, который можно задать данному аргументу – это на сколько люди действительно свободны выбирать свой стиль жизни, и каково влияние социальных факторов на этот выбор? Например, другой философ, Питер Сингер, утверждает, что люди, живущие в бедности, не имеют свободы выбора относительно своего стиля жизни и своего здоровья. Но они должны приспособливаться к той социально-экономической системе, которая наиболее доступна для них. Сингер

настаивает на том, что более богатые страны несут моральную ответственность перед развивающимися странами. Он приводит свой аргумент, говоря о том, что игнорирование проблем бедных эквивалентно убийству этих людей, так как общество не дало им возможности прожить здоровую жизнь.

**Вопросы для подготовки:**

1. Что такое несправедливость в распределении здоровья? Что такое неравноправность в распределении здоровья?
2. Кто является ответственным за неравное распределение ресурсов, которые определяют здоровье людей?
3. Какие меры должны быть предприняты, чтобы уменьшить это неравноправие? И кем? Почему разные люди имеют неравный доступ к социальным и экономическим ресурсам?
4. Можем ли мы дать однозначные ответы на предложенные вопросы?

**Обязательная литература:**

- Kekes, J. (2002). On the supposed obligation to relieve famine. *Philosophy*, 77(04), 503-517.
- Ruger, J.P. (2009). Global Health Justice. In *Public Health Ethics*, Volume 2, Number 3, 2009, pp. 261–275.
- Singer, P. (1972). Famine, affluence, and morality. *Philosophy & Public Affairs*, 229-243.

**Дополнительная литература:**

- Daniels, N. (2001). Justice, health, and healthcare. *American Journal of Bioethics*, 1(2), 2-16.
- Horton, K. (2004). Famine and fanaticism: a response to Kekes. *Philosophy*, 79(02), 319-327
- Rawls, J. (1993). The law of peoples. *Critical Inquiry*, 20(1), 36-68.

**Тема 6: Государство и здоровье**

**Семинар. Как достичь хорошего управления в сфере здоровья?**

При подготовке к занятию, я прошу прочитать небольшую заметку о государственном управлении и ковид, а также посмотреть 15 минутную лекцию на TEdX о различном понимании источников здоровья и возможных подходах систем здравоохранения к обеспечению здоровья.

Пандемия COVID-19 удивительным образом иллюстрирует пересечение политики, экономики и прочих аспектов. Специалисты в области общественного здравоохранения давно предупреждали о том, что мир может столкнуться с серьезной пандемией, и призывали начать к ней готовиться. Но директивным органам, которым нужно думать о следующих выборах, сложно тратить время, деньги и политический капитал на урегулирование абстрактной возможности будущего кризиса. И поэтому мир в основном оказался не готов к глобальной угрозе здоровью населения. В то время как пандемия стремительно распространялась по миру, различные государства вводили (или не вводили) различные меры, и все это прямо связано с качеством государственного управления.

В чем отличия между «хорошей политикой в сфере здоровья» (“good health policy”) и «хорошей политикой для здоровья» (“good policy for health”)? Это различие дано Амартия Сенем, который подчеркивает, что последнее определение необходимо для обеспечения справедливости в сфере здоровья. Подобным образом ВОЗ вводит подход «всеохватывающее государственное управление» (“all-of-government”) или «здоровье во всех политиках» (“health-in-all-policies”), который признает, что здравоохранение не

является единственной сферой, способствующей укреплению здоровья. Комиссия ВОЗ по социальным детерминантам здоровья пришла к выводу о том, что «социальные условия, в которых рождаются, живут и работают люди, являются наиболее важными детерминантами хорошего или плохого здоровья, долгой и продуктивной или короткой и несчастной жизни" (см.: *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2008. Available from: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html)).

Здесь рассматриваются различные идеи государственного регулирования и государственной политики в области медицины и здоровья. Вы узнаете три модели здравоохранения и обсудите плюсы и минусы каждой из них. Основное внимание будет уделяться целям, которые они ставят, сферам ответственности и эффективности. Также мы узнаем, что такое государственное регулирование, и как оно связано с политическим циклом.

Хорошая политика в области здоровья требует создания сложной системы, работающей с различными областями: здравоохранением, технологическим развитием, экологией, питьевой водой, гигиеной и так далее. Но сформулировать такую политику без работающей системы государственного регулирования и принятия решений недостаточно. Некоторые вопросы, такие, как работа систем государственного бюджета и закупок или эффективный надзор и местная подотчетность за оказанием государственных услуг, являются ключевыми. "В основе этих вопросов лежат более широкие вопросы управления, конфликтов и относительной важности развития и сокращения масштабов нищеты в национальных приоритетах" (Sachs, 2001).

С одной стороны, здравоохранение является основным общественным благом, поскольку страны с неразвитой политикой в области здравоохранения и образования имеют гораздо меньше шансов для достижения устойчивого роста, чем страны с лучшими условиями в области здравоохранения и образования. С другой стороны, государственные ресурсы ограничены, и здравоохранение является лишь одним из множества приоритетов. Кроме этого, детерминанты хорошего или плохого здоровья населения исходят из разных источников и секторов. Среди множества факторов здоровье также определяется законами и политикой, занятостью и доходом, а также социальными нормами и влиянием (McGinnis et al., 2002).

Все согласны с тем, что здоровье человека и здоровье общества являются хорошей целью для политики. Но невозможно создать идеальную систему здравоохранения. Политический деятель любой страны решает много дилемм, таких как: оплата за каждого или оплата лишь за некоторые социальные группы; профилактика или лечение и т.д.

Решения директивных органов опираются на традиции, финансовые возможности, политические институты, систему работы с гражданским обществом и профессиональными сообществами и так далее. Лекция покажет виды и инструменты государственного регулирования, политический цикл и политические структуры.

#### **Вопросы для подготовки (1 час):**

1. Кто и каким образом закладывает принципы управления здоровьем на государственном уровне?
2. В чем различие между здравоохранением и управлением здоровьем?
3. Какова роль экономических и политических групп интересов, и на каких этапах политического цикла они могут воздействовать на систему здравоохранения?
4. Какие представления о болезни и здоровье заложены в современные национальные системы здравоохранения?

#### **Обязательная литература:**

- Фриден Дж. Политическая экономия экономической политики: Следует внимательнее относиться к взаимодействию политики, экономики и прочих сфер// Финансы и развитие. Июнь 2020 г. сс. 5-9

<https://www.imf.org/external/russian/pubs/ft/fandd/2020/06/pdf/fd0620r.pdf> (можно дополнительно также просмотреть сс.37-39 этого номера журнала)

- [https://www.ted.com/talks/rebecca\\_onie\\_what\\_if\\_our\\_health\\_care\\_system\\_kept\\_us\\_healthy/transcript](https://www.ted.com/talks/rebecca_onie_what_if_our_health_care_system_kept_us_healthy/transcript)

**Вопросы для подготовки (1 час):** Студенты должны разделиться на группы, презентующие и защищающие разные модели организации здравоохранения на государственном уровне и обозначить плюсы и минусы презентуемой модели.

Мы будем обсуждать четыре модели систем здравоохранения: Германия, Великобритания, Канада, Япония

1. Аргументы должны строиться с позиций;
2. Цели и задачи провозглашаемой модели в сфере здоровья;
3. Инструменты, которые предлагаются моделью;
4. Экономическое обоснование модели;
5. Обоснование с точки зрения социальной справедливости.
6. Потенциал для интегрированных подходов к формированию политики: согласованность модели организации здравоохранения с политиками в других сферах (водоснабжение и водоотведение, сельское хозяйство, экологическое законодательство и др).

Как показывают кейсы систем здравоохранения, оптимальной системы здравоохранения не существует, на ее форму влияет множество факторов. В конце занятия мы с вами обсудим факторы, влияющие на формат и эффективность работы систем здравоохранения.

#### **Обязательная литература:**

- Bodenheimer, TS and Grumbach, K. 2012. Understanding Health Policy (6th Ed.) New York, NY: McGraw-Hill. Chapters 2 (стр. 5-17), 9 (стр. 99-111) and cases health systems (Germany, Great Britain, Canada and Japan) chapter 14 (стр. 163-181).

#### **Дополнительная литература:**

- Institute of Medicine. 2002. The Future of the Public's Health in the 21st Century. DC: The National Academies Press Additional. Executive summary <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221236/>
- OESD. 2015. Health at a Glance. <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-19991312.htm>
- The health system and policy monitor. <http://www.hspm.org/mainpage.aspx>
- OECD Reviews of Health Systems. [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems\\_19901410](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems_19901410)
- Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management. 2016. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-system-efficiency-how-to-make-measurement-matter-for-policy-and-management-2016>
- Irene Papanicolas and Peter C. Smith. 2013. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research. <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/health-system-performance-comparison.-an-agenda-for-policy,-information-and-research-2013>

#### **Тема 7: Неравенство в распределении здоровья**

##### **Семинар: Доступ к необходимым медицинским услугам**

Начиная с 1950х годов средняя мировая продолжительность жизни резко выросла. Однако, не все социальные группы и не все государства испытали этот рост на равном уровне. Неравенство между странами только увеличивалось, уровень младенческой смертности в самых бедных странах на сегодняшний день выше, чем он был 50 лет назад (Friel&Marmot:

2011). Но неравенство в отношении здоровья присутствует не только между разными странами, но и внутри каждой страны, вызываемое неравным распределением экономических и социальных ресурсов, а также структурной дискриминацией. Различные исследования показали, что чем ниже социально-экономический уровень человека, тем хуже будет ее здоровье, в независимости от общего экономического уровня страны (Murphyetal: 2006; Friel, Marmot: 2011).

Концепция справедливости относится к справедливости распределения жизненно важных социальных и экономических ресурсов как на локальном, так и на международном уровнях. Определенные группы людей более подвержены неблагоприятным условиям, как например низкий уровень образования, чем другие; таким образом они более подвержены определенным рискам для здоровья и могут иметь меньше возможностей для его поддержания.

В связи с непропорциональным распределением возможностей для поддержания своего здоровья, в сентябре 1978 года представители 134 стран приняли участие в международной конференции по *первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате* (Lawnetal: 2008). Задачей конференции была разработка стратегии «Здоровье для всех», которая должна была быть реализована по всему миру, и которая была оформлена в Алма-Атинскую декларацию (1978). Несмотря на международную поддержку инициатив, предложенных на конференции, существовали определенные практические проблемы реализации этих инициатив на практике.

#### **Вопросы для подготовки:**

1. Что означает концепция “Health for all?”
2. Что такое структурная дискриминация? Как можно повлиять на ситуацию со структурной дискриминацией?
3. Какую роль декларация Алма-Аты играет в управлении здоровьем? Является ли она все еще актуальной?

#### **Обязательная литература:**

- Basílico, M. (2013). Health for All? Competing Theories and Geopolitis. In Farmer et al (Eds), *Reimagining Global Health: An Introduction* (pp. 74-110). California: University of California Press.
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K., Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. *Lancet*, 372, 917–927.
- World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care. Retrieved 12 January, 2018, from [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

#### **Дополнительная литература:**

- Marmot, M. (2004). Some Are More Equal than Others. In Marmot, M., *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity* (pp. 13-36). New York: Holt Paperbacks.
- Friel, S., Marmot, M. (2011). Global Health Inequalities: Structures, Power, and the Social Distribution of Health. In Parker, R & Sommer, M (Eds), *Routledge Handbook in Global Public Health* (pp. 65-79). London: Routledge.

### **Тема 8: Основные участники управления здоровьем**

#### **Семинар 1. Некоммерческие организации, гражданское общество и государство**

Кейс 1: Когда некоммерческие организации сотрудничает с обществом

Финансируемый Всемирным банком проект IPP8 [Проект по народонаселению в Индии VIII] ориентирован на поддержание благополучия в семьях в четырех городах Индии - Дели, Калькутте, Хайдарабаде и Бангалоре. Проект направлен на снижение материнской и младенческой смертности. Он включает в себя элемент сотрудничества с некоммерческими организациями (НКО) с целью продвижения профессионального образования среди

женщин. Для осуществления социальной мобилизации были выбраны НКО, имеющие предыдущий опыт работы в трущобах. Их участие рассматривалось как необходимое для достижения целей проекта, так как у выбранных организаций имелся опыт установления контактов с местным сообществом и, в частности, с целевыми группами, доступ к которым может быть затруднен по социальным причинам, например, доступ к девочками-подростками.

Эта мобилизационная работа дала возможность НКО обсуждать вопросы, связанные со здоровьем. В некоторых случаях представители сообщества требуют, чтобы их члены вносили свой вклад в программу. НКО также привлекают и поддерживают добровольцев, например, женщин из местного сообщества, которые берут на себя ответственность за простые задачи в области здоровья, такие как распространение информации и распределение противозачаточных таблеток. Эти женщины отбираются из общинных групп и работают на добровольной основе. В дополнение к своим задачам в области здоровья, добровольцы предоставляют данные для статистики использования медицинских услуг. Позднее эти данные оформляются в отчеты для медицинских учреждений и офиса проекта. НКО также облегчают взаимодействия между добровольцами и местными медицинскими учреждениями. Благодаря этому, медицинские учреждения воспринимаются более позитивно в местном сообществе, что, в итоге, способствует улучшению показателей обращения за медицинской помощью.

(Основано на Brinkerhoff, 2003)

Кейс 2: Когда интересы некоммерческих организаций и общества расходятся

26 декабря 2004 года произошло землетрясение силой 9,3, что привело к катастрофическому цунами, затронувшему 12 стран. Около трети территории Шри-Ланки пострадало. По оценкам экспертов, число погибших только в Шри-Ланке превысило 30 000 человек, тысячи людей пропали без вести. Ответом на бедствие в Шри-Ланке стал рост социальной сплоченности. Люди, даже в пострадавших районах, поддерживали друг друга сразу же после цунами. Добровольческое движение было организовано по всей стране. В течение 24 часов после стихийного бедствия предметы первой необходимости были доставлены в пострадавшие районы из более благополучных частей страны.

Сразу же после цунами, многочисленные зарубежные НКО начали работать в Шри-Ланке. Однако их функции в значительной степени дублировались, что создало проблемы в координации их деятельности. Значительная часть НКО была ориентирована на то, чтобы предоставлять местному населению психологическую помощь. Однако во многих из этих организаций не было людей, знающих язык, на котором говорит большая часть жителей Шри-Ланки. Одной из очевидных проблем было и невнимание иностранных НКО к удивительной психологической устойчивости жителей Шри-Ланки. Несмотря на тридцать лет войны и вооруженных восстаний, локальные сообщества в этой стране исправно функционируют и формируют надежный фундамент уверенности жителей в завтрашнем дне. Несмотря на явные признаки того, что местные жители успешно справляются с катастрофой, некоторые НКО и отдельные волонтеры настаивали на оказании им (излишней) психологической и социальной поддержки, игнорируя уже существующую систему социальной поддержки в стране. Потребность во внешнем вмешательстве и психологическом консультировании была переоценена из-за неверного прогноза относительно распространенности среди пострадавших таких состояний, как посттравматическое стрессовое расстройство и депрессия. По оценкам, ими страдало от 50% до 90% пострадавшего населения (Watters 2010, стр. 69). Вопреки этим предположениям, национальное исследование психического здоровья, организованное по заказу Министерства здравоохранения Шри-Ланки и проведенное в 2007 году Институтом исследований и разработок, показало, что общий показатель посттравматического стрессового расстройства в Шри-Ланки затрагивает лишь 1,7% населения, что намного ниже прогнозируемого уровня.

(Основано на Sumathipala, 2014)

**Вопросы для подготовки:**

1. Что такое гражданское общество?
2. Как гражданское общество относится к рынку и государству?
3. Является ли НКО формой гражданского общества?
4. Какую роль гражданское общество играет в управлении здоровьем?

**Обязательная литература:**

- Edwards, M. (2014). Introduction – What’s the Big Idea? In *Civil Society* (pp. 1-17). Cambridge: Polity Press.
- Edwards, M. (2014). Synthesis – Unravelling the Civil Society Puzzle. In *Civil Society* (pp. 89-113). Cambridge: Polity Press.

**Дополнительная литература:**

- Eyal, G. (2013). For a sociology of expertise: The social origins of the autism epidemic. *American Journal of Sociology*, 118(4), 863-907.
- Fowler, A. (2011). Development NGOs. In Edwards, M(Ed), *The Oxford Handbook of Civil Society* (pp. 42-54). Oxford: Oxford University Press.
- Sumathipala, A. (2014). When Relief Comes from a Different Culture: Sri Lanka’s Experience of the Asian Tsunami. In O’ mathúna, D. .P, Gordijn, B & Clarke, M(Eds), *Disaster Bioethics: Normative Issues When Nothing is Normal* (pp. 65-76). London: Springer.
- Brinkerhoff, J. M. (2003). Donor-funded government—NGO partnership for public service improvement: Cases from India and Pakistan. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 14(1), 105-122.

**Семинар2. Международные организации в управлении здоровьем**

В практике управления здоровьем происходят изменения. Во-первых, традиционно на международном уровне управление здоровьем осуществлялось ВОЗ совместно с национальными министерствами здравоохранения. Сейчас, к ВОЗ и министерствам здравоохранения присоединяются неправительственные организации, бизнес и частные благотворители. Разнообразие этих новых акторов растет, и их деятельность нередко расходится с деятельностью ВОЗ и профильных министерств. Во-вторых, глобализация привела к таким изменениям в распределении рисков и факторов поддержки здоровья, что работа по защите здоровья не может больше вестись только на национальном уровне, особенно, принимая во внимание расширение потоков товаров, людей, патогенов и знания, идущих через границы государств. В-третьих, стало очевидно, что разнообразные институты, которые, на первый взгляд, не связаны со здоровьем напрямую, например, торговые соглашения, тем не менее влияют на состояние здоровья населения и требуют того, чтобы их принимали во внимание в управлении здоровьем. Все эти изменения требуют нового уровня координации и лидерства. Они также ставят вопрос о том, может ли существующая глобальная система управления здоровьем адекватно ответить на новые проблемы здоровья?

Сравните и обсудите две схемы, представленные ниже. Что вы видите? Какую проблему иллюстрируют эти схемы?

Опираясь на эти схемы и обязательную литературу, подготовьте ответы на следующие вопросы:

1. Что такое глобальное/международное управление здоровьем и какое глобальное/международное управление здоровьем можно считать хорошим?
2. Каким образом было организовано «традиционное» международное управление здоровьем и с какими проблемами такая традиционная организация сталкивается сегодня?
3. Какие новые акторы появляются на международной арене управления здоровьем и каковы их отношения друг с другом?

4. Какие роли для различных международных акторов являются подходящими и как можно построить эффективную и адаптивную глобальную систему управления здоровьем?

Схема 1. Управление здоровьем на международном уровне, организованное ООН. В соответствии с принципами системы ООН, все страны-участницы представлены во Всемирной ассамблее здравоохранения - высшем руководящем органе ВОЗ. Всемирная ассамблея здравоохранения назначает генерального директора ВОЗ, контролирует все основные организационные решения и принимает бюджет.



Схема 2. Глобальное партнерство против малярии. Современное партнерство «Обратим малярию вспять» (Roll back malaria) включает более 500 партнеров, в том числе таких весомых игроков, как ВОЗ, Глобальный Фонд и Фонд Билла и Мелинды Гейтс. Партнерство «Обратим малярию вспять» было основано в 1998 году ВОЗ, ЮНИСЕФ, Программой развития ООН и Мировым банком. В ВОЗ сейчас расположен секретариат партнерства, но ВОЗ не является центральным ядром этой инициативы.



**Обязательная литература:**

- Dodgson R., Lee, K. and Drager, N. (2002). Global health governance; a conceptual review. Discussion Paper No. 1.WHO & LSHTM. (20 pp.)



- Fidler DP, Drager, N and Lee, K. (2009). Managing the pursuit of health and wealth: key challenges. *Lancet* 2009; 373: 416–22.
- Walt, G., Spicer, N. & K. Buse (2009). Chapter 3: Mapping the Global Health Architecture. In Buse, K.; Hein, W.; & N. Drager (eds.) *Making sense of Global health Governance. A Policy Perspective*, Palgrave Macmillan (pp.47-71).

## 9. Текущий контроль по дисциплине

Курс построен на методологии проблемно-ориентированного обучения (ПОО), которая отличается от стандартных методов преподавания. В продолжении курса студенты работают в небольших группах, фокусируясь на анализе и разработке решений для различных кейсов. Работа над кейсами также будет сопровождена лекциями различных экспертов в области здоровья. ПОО является методом активного обучения, в рамках которого студенты будут участвовать в обсуждении и анализе информации, которую получили из литературы, лекций и семинаров

В текущий контроль по дисциплине входит:

- учет посещаемости
- работа на семинарских / практических занятиях
- написание итоговой письменной работы
- рецензия на письменную работу другого студента

Содержание и критерии оценивания элементов текущего контроля описываются в соответствующих методических материалах (см. п. 11).

Результаты текущей успеваемости фиксируется в форме контрольной точки не менее одного раза в семестр в электронном учебном курсе по дисциплине в Moodle.

## 10. Порядок проведения и критерии оценивания промежуточной аттестации

Формой промежуточной аттестации по курсу является экзамен.

Требования к курсу включают в себя чтение обязательной литературы, посещение лекций, активную работу на семинарах, подготовку индивидуальной письменной работы.

Посещение семинаров является обязательным для прохождения данного курса. Если по каким-либо причинам вам нужно пропустить семинар, обратитесь к координаторам курса заранее для согласования формата отработки пропущенного занятия.

### Оценка

Оценка за курс рассчитывается как среднее арифметическое и состоит из активного участия на семинарских занятиях (40%) (ИУК 9.1, ИУК 9.2, ИОПК 1.2), финального индивидуального эссе (40%) (ИОПК 1.1, ИОПК 1.2, ИОПК 1.3) и рецензия на письменную работу другого студента (20%) (ИОПК 1.3).

### Финальное задание / критерии оценивания

Широко распространенным способом решения проблем, связанных со здоровьем, является принятие организационных и технических решений, которые уже доказали свою результативность в других контекстах (например, в других странах или регионах). Однако, нередко одни и те же решения приводят к разным результатам в зависимости от контекста. Внедрение новых инновационных решений обусловлены особенностями институциональных механизмов, а также спецификой понимания того, что такое здоровье и болезнь в различных социальных, культурных и географических контекстах.

Финальным заданием к курсу является индивидуальная письменная работы, в которой вы должны будете сфокусироваться на анализе био-социальных подходов и комплексных решений для какой-либо конкретной проблемы, связанной со здоровьем. Для финального

задания вы должны будете выбрать изучаемую проблему самостоятельно (например, вакцинация, безрецептурный прием медикаментов, доступ к медицинской помощи). В рамках данного задания вам нужно будет описать выбранную вами проблему и проанализировать существующие программы/мероприятия, нацеленные на решения этой проблемы в конкретном социальном контексте.

Письменная работа должна включать в себя следующие элементы:

1. Контекстуальное описание изучаемой проблемы, связанной со здоровьем. Описание важности данной проблемы, для конкретной группы населения. Описание должно быть основано на достоверных научных источниках.
2. Определение основных сторон, вовлеченных (заинтересованных) в решении выбранной проблемы. Описание стратегий действий данных сторон для решения этой проблемы.
3. Оценка существующих решений выбранной проблемы. Оценка должны быть проведена с учетом как медицинских, так и социальных сторон проблемы.
4. Предложение улучшений по решению/ управлению/контролю выбранной проблемы.

Индивидуальная письменная работа должна быть сдана в соответствии с установленной формой. Объем эссе должен составлять 3000-4000 слов (включая библиографию).

*Примеры тем для индивидуальных проектов:*

- Медицинское, политическое и активистское понимание проблемы ВИЧ в России, их взаимосвязь и практические последствия
- Медицинские и этические аспекты программ по обязательной иммунизации детей в России
- Лечение алкоголизма: социальная обязанность государства или индивидуальная ответственность человека

**Пример постановки проблемы для эссе:**

Тема «Учет интересов здоровья во всех направлениях политики /health in all policies approach (HiAP)»

Современные проблемы здоровья трудно поддаются решению из-за их сложного и многостороннего характера и быстро меняющихся условий Прекрасным 'каверзной' проблемы здоровья XXI века является ожирение. Модели риска и поведение, связанные с распространением эпидемии ожирения, сложны и многомерны. Риски существуют на местном уровне (например, отсутствуют игровые площадки или недостаточно велосипедных дорожек), на уровне страны (например, отсутствие требований в отношении маркировки пищевых продуктов) или на глобальном уровне (политика в области торговли и сельского хозяйства). Поэтому проблемы здоровья требуют подхода, основанного на политике сотрудничества. Такая политика предполагает развитие взаимодействия, координации и партнерства как по горизонтали между различными секторами, так и по вертикали – от местного до регионального, национального и глобального уровней.

Литература для описания базовых понятий::

1. Прочитайте WHO (2014) HiAP Framework for Country Action. Geneva, WHO (13 pages) [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/140120HPRHiAPFramework.pdf)
2. Посмотрите видео-лекцию проф Илоны Кикбуш «Challenges and possibilities for implementing health in all policies»: <https://www.youtube.com/watch?v=vgpGNtl6P50>
3. Прочитайте «Аделаидское заявление “Учет интересов здоровья во всех направлениях политики» ВОЗ: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44365/9/9789244599723\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44365/9/9789244599723_rus.pdf)

Описание шкалы оценивания работы на семинарском занятии, письменной работы и рецензии.

Отлично	Студент поставил корректный вопрос и показал глубокие, исчерпывающие знания программного материала; продемонстрировал глубокие знания основной литературы и дебатов, логически отразившиеся в последовательных, содержательных, полных, правильных и конкретных ответах; проявил свободное владение содержательным материалом дисциплины, навыками использования понятийного аппарата дисциплины.
Хорошо	Студент поставил корректный вопрос и проявил твердые, достаточные знания программного материала, дал последовательные, правильные, конкретные ответы на поставленные вопросы; проявил хорошее владение содержательным материалом дисциплины, допуская ошибки и неточности при использовании понятийного аппарата дисциплины.
Удовлетворительно	Студент продемонстрировал твердое знание и понимание основных вопросов программы. Однако при ответах на вопросы продемонстрировал недостаточное знание понятийного аппарата дисциплины.
Не удовлетворительно	Студент продемонстрировал незнание основного содержания теоретического материала, неспособность ответить на дополнительные и наводящие вопросы.

## 11. Учебно-методическое обеспечение

а) Электронный учебный курс по дисциплине в «Электронном университете – Moodle» – <https://moodle.tsu.ru/course/view.php?id=30540>

б) Оценочные материалы текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине.

- План семинарских / практических занятий по дисциплине.
- Методические рекомендации по выполнению заданий курса.
- Методические рекомендации для самостоятельной работы студентов.
- Тематический план курса.

### Темы для рефератов к теме 6. Раздел 2:

1. Этические аспекты коронавирусной пандемии
2. Истории врачей, уволившихся в пандемию
3. Российский врач в условиях пандемии: меняющийся образ профессии
4. Тема пандемии в сетевых публикациях: формирование МА проблематики
5. Гуманитарное образование в эпоху пандемии
6. Пандемия и гуманитарный кризис
7. Пандемия как вызов гуманитарным ценностям
8. Пандемии в XX-XXI вв.: «Испанка» и коронавирус
9. Время пандемии: антропологические аспекты

### Список вопросов к экзамену:

1. Предмет медицинской антропологии
2. Медицинская антропология как область социокультурных здоровья и болезни

3. Актуальные проблемы медицинской антропологии
4. Краткая история антропологических исследований здоровья и болезни
5. Экологический подход
6. Когнитивная медицинская антропология
7. Критическая медицинская антропология и ее понятия
8. Медицинские системы доиндустриальных обществ
9. Медицина в современном обществе
10. Медицина и культура: национальные образы медицины
11. Образы современной медицины
12. Нарративная медицина
13. Болезнь в современном мире (биокультурные основания медицины)
14. Проблематика медицинской антропологии

## 12. Перечень учебной литературы и ресурсов сети Интернет

а) основная литература:

Михель Д.В. Медицинская антропология: учебное пособие. М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2017. – 306 с.

Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине. – Самара, 2012. – 296 с.

б) дополнительная литература:

Михель Д.В. Медицинская антропология: фокусируясь на здоровье и болезни // «Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине» 2012. – 296 с.

Добкин де Риос М. и Раковски Т. Медицинская антропология как научное направление в России и на Западе//Медицинская антропология и биоэтика. Вып.3 <http://jmaib.iea.ras.ru/ru/journal/vypusk-3>

Власов В. Онтология народной медицины / В. Власов // Человек. – 2001. – № 3. – С. 67–79.

Власов В. Современный человек и традиционная медицина / В. Власов // Человек. – 2001. – № 1. – С. 28–39.

Степанов В.В. Соколов И.И., Соколова А.Ю. Проблема регулирования деятельности в области народной медицины // Метеорологический вестник. 2009, № 2(3).

Кириленко Е.И. Основные параметры классического культурного сознания и медицинского опыта Концепт здоровья в русской языковой традиции Лекарства символического действия // Феномен медицины в горизонте культур: теоретические основания анализа и этнокультурная спецификация.

Михель Д.В. Медикализация как социальный феномен // Вестник СГТУ, 2011, № 4(60), вып.2.

Лехциер В.Л. Быть услышанным // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине. – Самара, 2012. – 296 с.

Фуко М. Культура себя // Фуко М. История сексуальности. III : Забота о себе. / М. Фуко. – Киев : Дух и литера; Грунт; М. : Рефл-бук, 1998. – 288 с

Кириленко Е.И. Медицинский дискурс в поле культуры: феномен медикализации культуры // Феномен медицины в горизонте культур: теоретические основания анализа и этнокультурная спецификация. С. 51–56.

Готлиб А.С. Субъективные смыслы болезни // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине. – Самара, 2012. – 296 с.

Коновалов В.В. Кризис медицины на рубеже XX–XXI веков и пути его преодоления / В.В. Коновалов // Человек. – 1996. – № 1. – С. 106–119.

Харитонов В.И. Медицинская антропология на Западе и в России // Этнографическое обозрение, № 3 – 2011 – С. 3–10.

Кириленко Е.И. Медицина как «точка влечения» в поле европейской культуры // Конструирование человека. - 2007. – Томск. – С. 359–364.

Бурганова Л.А., Савельева Ж.В. Медиализация и эстетизация здоровья в рекламной коммуникации // Социологические исследования. – 2009. – № 8. – С. 100–107.

в) ресурсы сети Интернет:

Журнал «Медицинская антропология и биоэтика»: журнал – [Б. м.]. 2010–2017. – <http://www.medanthro.ru/> (дата обращения: 05.04.2022).

Society for Medical Anthropology [Электронный ресурс] URL <http://www.medanthro.net/>

Проект Anthropologica [Электронный ресурс] URL <http://www.anthrologica.com/>

### **13. Перечень информационных технологий**

а) лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение:

– Microsoft Office Standart 2013 Russian: пакет программ. Включает приложения: MS Office Word, MS Office Excel, MS Office PowerPoint, MS Office On-eNote, MS Office Publisher, MS Outlook, MS Office Web Apps (Word Excel MS PowerPoint Outlook);

– публично доступные облачные технологии (Google Docs, Яндекс диск и т.п.).

б) информационные справочные системы:

– Электронный каталог Научной библиотеки ТГУ – <http://chamo.lib.tsu.ru/search/query?locale=ru&theme=system>

– Электронная библиотека (репозиторий) ТГУ – <http://vital.lib.tsu.ru/vital/access/manager/Index>

– ЭБС Лань – <http://e.lanbook.com/>

– ЭБС Консультант студента – <http://www.studentlibrary.ru/>

– Образовательная платформа Юрайт – <https://urait.ru/>

– ЭБС ZNANIUM.com – <https://znanium.com/>

– ЭБС IPRbooks – <http://www.iprbookshop.ru/>

### **14. Материально-техническое обеспечение**

Аудитории для проведения занятий лекционного типа.

Аудитории для проведения занятий семинарского типа (семинарские / практические), индивидуальных и групповых консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации.

Помещения для самостоятельной работы, оснащенные компьютерной техникой и доступом к сети Интернет, в электронную информационно-образовательную среду и к информационным справочным системам.

### **15. Информация о разработчиках**

Попова Е.В., к.полит.н., доцент ФИПН ТГУ