

О.Н. Бурмыкина

ПАТЕРНАЛИЗМ: ВЛИЯНИЕ НА КУЛЬТУРУ ЗДОРОВЬЯ*

Введение в проблему и постановка задач исследования

Растущая дифференциация российского общества является одной из специфических черт и важнейшей составляющей современного развития страны, исследование ее проявлений в различных общественных сферах занимает центральное место в проблематике соответствующих наук.

В самом общем виде «дифференциация есть разделение единого или структуры, социальной системы на две или более единиц или структур, различающихся своими характеристиками и функциональным назначением в рамках системы» [1, с. 161]. В центре нашего внимания — изучение культурной дифференциации и ее отдельных факторов. Ценности и нормы культуры признаются важными компонентами развития современных обществ и рассматриваются в качестве одного из уровней детерминации происходящих в этих обществах изменений. Сегодня тезис о влиянии культуры на трансформации российского общества бесспорен. Исследования последних лет обнаружили вполне определенную культурную дифференциацию населения, с одной стороны, вокруг традиционных (в том числе советских) ценностей ориентации, с другой — ценностей либерально-демократического толка.

Культура в контексте нашего исследования рассматривается «как наиболее обобщенный способ ориентации, присущий типичным (модальным) представителям данного народа или данной общности, некое мироощущение, окрашивающее всю национальную жизнь на всех ее уровнях» [2, с. 97). Это «некое мироощущение», на наш взгляд, представляет собой совокупность базовых социокультурных характеристик — глубинных структур культуры, исторически и социально укорененных в сознании и поведении многих поколений людей, а потоку при всей своей исторической изменчивости — в своих основах константных, стабильных, представляющих наиболее общее содержание культуры. Предметом данной работы является изучение конкретного фактора культурной дифференциации — патернализма — и анализ отдельных аспектов его проявления в сфере здоровья.

Выбор такого фокуса исследования обусловлен следующими моментами, во-первых, изучение механизмов культуры и субкультуры может быть успешным лишь в том случае, «если оно опирается на знание первичной клеточки

*Анализ данных выполнен при поддержке РГНФ (проект № 00-03-00270) «Анализ факторов культурной дифференциации (на примере изучения патернализма)».

Бурмыкина Ольга Николаевна (р. 1959) — кандидат социологических наук, старший научный сотрудник сектора социологии здоровья Социологического института РАН.
Адрес: 198005, С.-Петербург, ул. 7-я Красноармейская, д. 25, кв. 14.
Тел.: (812)316-34-36, факс: (812) 316-29-29.
E-mail: inso@ego.spb.su

культуры, где имеют место в максимально неосложненном виде инновационные процессы» [3, с. 337]. Во-вторых, в этих отдельных клеточках культуры наиболее ярко отражается происходящее в нашем обществе культурное расслоение, расслоение в системе ценностных предпочтений.

В работах отечественных исследователей, посвященных анализу влияния различных аспектов культуры на проводимые в стране преобразования, доминирует точка зрения, согласно которой широко распространены традиционные синдромы характеристик российской культуры. Основной набор этих характеристик варьирует, но незначительно. Практически все авторы отмечают среди них патернализм («государственный патернализм» [4]; «уравнительность в сплаве с патернализмом» (5); «государственно-патерналистский комплекс» [6]). Эта социокультурная характеристика достаточно широко распространена, выполняет функцию доминанты, т.е. «задает тон» в социальном пространстве, с ней вынуждены считаться и учитывать ее. Она обладает определенной устойчивостью и сопряженностью с другими культурными чертами (например, с коллективизмом), принимает функцию образца, стандарта, который подкреплен соответствующим механизмом социального контроля. Можно согласиться с мнением Г.Г. Дилигенского, что «выбор между государственно-патерналистской системой и рыночной свободой, подразумевающей предприимчивость, инициативу, легитимизированный индивидуализм, — выбор, пусть не полностью осознанный, питаемый как рациональным интересом, так и мифологическими представлениями, является едва ли не наиболее существенной линией размежевания российского социума» [7, с. 40].

Задачи данного исследования заключались в том, чтобы:

- 1) описать теоретическое содержание изучаемой культурной переменной, зафиксировать спектр смысловых аспектов ее проявления, определить ее роль в отечественной культуре;
- 2) на эмпирическом уровне выяснить, как проявляется патернализм в сфере здоровья;
- 3) определить его специфические особенности среди разных социально-демографических групп населения, выявить связь с реальными стереотипами поведения в изучаемой области.

Социокультурный анализ патернализма

Приведем ряд определений патернализма, существующих в социологической и философской литературе, в первую очередь, в словарях, вышедших в последние годы.

В Социологическом словаре Н. Аберкромби, С. Хилл и Б. Тернер приведено такое определение: «Патернализм — термин, указывающий на отношения между отцом и ребенком, используемый также для описания отношений между начальством и подчиненными. В случае с политикой, подчиненные отвечают "главе" лояльностью и послушанием в обмен на протекцию. Патернализм можно считать способом организации экономических производительных единиц, как сельскохозяйственных, так и индустриальных, представляющим собой способ регуляции отношений между собственниками средств производства или их агентами и подчиненными» [8, с. 214 — 215].

Словарь иностранных слов и выражений трактует патернализм как: 1) покровительство, опеку старшего по отношению к младшим, подопечным; 2) политику крупных держав в отношении развивающихся стран [9, с. 345 — 346].

Социологический энциклопедический словарь определяет патернализм как: 1) тип руководства, при котором руководители обеспечивают удовлетворение потребностей подчиненных взамен на их лояльность и послушание; 2) покровительство, «отеческую власть» индивида или группы над другим индивидом или группой, считающихся слабыми; 3) идеологию и социальную практику в области трудовых отношений, которая проявляется в благотворительности и заботе предпринимателей о своих работниках; 4) политику индустриально развитых стран по оказанию помощи развивающимся странам, фактически закрепляющую экономическую и политическую зависимость последних [10].

В.В. Радаев рассматривает патернализм с двух позиций: как один из способов конституирования стратификационных иерархий в обществе и как один из способов построения производственных иерархий. В соответствии с первой позицией, патернализм понимается как система строгой субординации групп, в рамках которой нижестоящие могут рассчитывать на защищенность и заботу со стороны вышестоящих. Патернализм является основой для механизмов своеобразного социального обмена. Власть предстает как возможность предоставления определенных благ (услуг), что требует от получателя ответных действий (уважения, повиновения). Таким образом, патернализм выступает как метод утверждения классовых отношений и вырастает из потребности в стабилизации и моральном оправдании системы, покоящейся на фундаментальном неравенстве [11]. Рассматривая патернализм как способ оформления иерархии внутри хозяйственного предприятия, как конкретную модель отношений между руководителями и подчиненными, автор выделяет четко выраженную иерархичность отношений; неоспоримость права «хозяина» на принятие единоличных решений; рождающие лояльности подчиненных по отношению к руководителю; общую, коллективную ответственность за провалы в работе; поддержание единства организации личным авторитетом «хозяина»; личностный характер взаимоотношений начальника и подчиненного, выходящий за чисто служебные рамки [12]. Ю.А. Левада также рассматривает патернализм как один из возможных способов формирования иерархий. Патерналистская модель предполагает всевластие верхов и почтительное послушание низов, подкрепленное соответствующими контрольными и социализирующими институтами. В советских условиях отношения к высшему, начальственному неизменно преобладали над всеми типами отношений к ближнему, и этим определялось преобладающее значение вертикальных связей при неразвитости или разрушении горизонтальных [13].

Во всех приведенных выше определениях и трактовках в качестве черт патернализма отмечаются отношения зависимости, подчиненности, нерядоположенности, связанные с дифференцированным доступом к власти и различным ресурсам. И все же корни этого феномена глубже. «Корень "старого" патернализма ... в служении конкретному хозяину. Хозяин же подкрепляет свои позиции безвозмездным дарением, непременным оказанием помощи своим подопечным, одновременно подпитывая их преданность и поддерживая социальную дистанцию» [14]. Именно служение «хозяину», отдельной личности, место которых в разные периоды могут занимать семья, предприятие, государство, «питает» патернализм.

Применительно к российскому обществу патернализм главным образом и чаще всего рассматривается в контексте отношения населения с государством. В системе социальных ориентации государству всегда отводилось приоритетное место. Его образ в первую очередь соотносился с родительским авторитетом, а не с действием законодательных норм и положений. Именно государство воспринималось как основной гарант экономического и культурного процветания нации, ее единства, личного благополучия граждан. На наш взгляд подобное отношение явилось следствием того, и здесь мы согласны с мнением ряда исследователей [3; 15; 16], что истоком зарождения и становления государства в древнейшей русской истории был патриархальный синкретический идеал общественного устройства, получивший наименование вечевого. «Вечевой идеал представляет собой форму традиционного идеала... В самом общем виде для традиционного идеала характерен синкретизм, преобладание ценности абсолютного, неизменного, приоритет структуры над функцией, отсутствие ориентации на повышение эффективной деятельности, превышающей исторически сложившийся уровень, преобладание монолога... Синкретический нравственный идеал неизбежно распадается в процессе усложнения общества, выявляя свою скрытую двойственность, дуальную оппозицию... Вечевой идеал включает в себя ориентацию на ценности первого лица как олицетворение комфортности, как идеал, положенный в основу воспроизводственной деятельности. Одновременно прямо противоположным образом вечевой идеал ориентирован на ценности земли, т.е. на власть собрания локальных миров низшего уровня, на собрание глав семей, глав домов, входящих в мир» [15, с. 60—61].

Таким образом, вечевой идеал распадается на противоположные и взаимопроникающие идеалы: соборный и авторитарный. Оба эти начала носят внеличностный и всеобщий характер. Согласно теории А.С. Ахиезера, динамика этих типов нравственности, их взаимоотношения между собой, перехода от конфликта к согласию между ними составляли содержание общественной жизни традиционного общества в России. На всех этапах доминирования того или иного нравственного идеала воспроизводились все его основные черты. Так, например, воспроизводились такие особенности авторитарного идеала, как ориентация на высшую власть, на первое лицо, которое, как отец, берет на себя ответственность за все; нерасчлененность знаний, ценностей, власти, собственности, которые рассматривались как результат активности не самого человека, а другого субъекта, стремление человека отдать себя под власть сильного. Очевидно, что черты патернализма проявились и в авторитарном идеале, и в соборном, в рамках которого все общественные отношения интерпретируются как семейные, т.е. сводятся к взаимоотношениям отцов и детей, включая отношения власти с народом.

Патерналистские установки населения по отношению к государству были и остаются чрезвычайно сильными, ибо как в досоветской, так и в советской и постсоветской России государство играло исключительную роль в общественной жизни. Господствовало убеждение, что верховный правитель (монарх, генеральный секретарь, президент) и его правительство существуют для того, чтобы заботиться обо всех и обо всем. С.Ю. Витте в своих воспоминаниях об императоре Александре III писал, что «это был тип действительно самодержавного монарха, самодержавного русского царя, а понятие о самодержавном рус-

ском царе неразрывно связано с понятием о царе как о покровителе — печальнике русского народа, защитнике слабых..., всех нуждающихся, всех страждущих» [17, с. 405). Подобное восприятие верховной власти сохранялось и воспроизводилось многими поколениями. Так, одна из фундаментальных черт социального характера советского человека — государственно-патерналистская ориентация. В советских структурах на первый план выступали патерналистские функции государства, исполняемые в порядке неустанной отеческой заботы о подданных. Главная осевая формула патерналистского устройства общества и социальной личности — «забота» со стороны «верхов» должна встречать «благодарность» со стороны «низов» [4, с. 16—17).

То, что образ «отеческого государства» — наиболее инерционный компонент сознания подтверждается и исследованиями, проведенными в последние годы. В коллективных представлениях современных россиян держава — Это не столько воинственное государство, сколько добрый, пусть и строгий Отец, который должен всецело заботиться о своих детях — гражданах России [18, с. 124). Воспроизведению такого образа способствует сохранение в значительной мере именно патерналистской роли государства в экономике, что проявляется, например, в выплатах из бюджета зарплаты работникам акционерных предприятий, дотаций большинству регионов страны. Тем не менее, исследования показывают, что традиционная патерналистская установка по отношению к государству утратила монополию. Сегодняшнее положение дел можно охарактеризовать как ситуацию отчетливо выраженного культурного расслоения в данном измерении [19]. Давая подобные характеристики, остановимся на одном моменте, на который обращают внимание исследователи. Действительно, разрушение советских систем опеки и контроля привело к заметному изменению оценок и ожиданий в отношении государства. Анализ исследования «"Человек советский" десять лет спустя: 1989—1999» показал, что за этими сдвигами стоит не столько внедрение в сознание демократических принципов, сколько недовольство нынешними возможностями государства [20, с. 8].

Патерналистские установки укоренены не только в отношениях населения с государством, но и в других сферах, например, в сфере труда [21; 22] и в сфере здоровья [23; 24).

Обобщая имеющиеся сегодня теоретические трактовки, мы приходим к заключению, что патернализм, как и все сложные социокультурные феномены, состоит из множества характеристик, каждая из которых составляет лишь определенную грань самой доминанты.

Как один из способов построения социальных отношений, патернализм предполагает *иерархичность, подчиненность и зависимость, покровительство и опеку*, возведенные в ранг *обязанности* старшего по отношению к младшему, сильного по отношению к слабому; веру в *незыблемость* твердо установленного порядка и *авторитета* старшего, *служение* ему; делегирование *ответственности вышестоящему* за жизнь в целом и любые жизненные обстоятельства; восприятие *власти, собственности, статуса* человека как результата активности *внешнего* для личности субъекта; поддержание своеобразного баланса «*силы*» старшего и «*слабости*» младшего, что выражается в признании неоспоримости власти первого и инфантилизме последнего.

Многогранность проявления патернализма, к сожалению, не находит выражения в его эмпирических трактовках. Можно согласиться с тем, что «основой характеристикой патернализма является отсутствие у человека ответственности как за судьбу общества в целом, так за собственную судьбу» (25, с. 339) Основной, но не единственной. Наиболее типичная операционализация патернализма в эмпирической практике — суждения типа «Государство должно заботиться обо всех гражданах / Государство должно заботиться только о незащищенных» (18, с. 58) и «Государство должно нести ответственность за гарантированное обеспечение граждан» (26, с. 48). На основании ответов на эти суждения и вопросы делаются выводы о наличии и распространенности патерналистских установок. Нам также не удалось избежать своего рода «однобокости» в изучении проявлений патернализма в сфере здоровья. Очевидно, что разработка эмпирических индикаторов, учитывающих все грани проявлений патернализма, остается одной из нерешенных методических задач.

Ряд современных исследователей [12, с. 151] предостерегает от упрощенности восприятия патернализма как отжившей, дорыночной формы отношения постепенно преодолеваемой в ходе модернизации. Упрощенные трактовки опровергаются опытом стран не только восточной, но и западной культуры. Патернализм, наряду с другими национально-культурными особенностями, послужил в качестве несущей опоры модернизации стран Юго-Восточной Азии. Патерналистские устои оказались встроенными в новые системы. Более того, системы управления этих стран, в основе которых лежат модифицированные патерналистские принципы, получают все более растущее признание Запада. Традиционное вбирается и осваивается новыми хозяйственными формами и отношениями* Например, патерналистские стратегии используются в утилитарных целях обеспечения долгосрочных перспектив развития предприятия.

Проявление патернализма в сфере здоровья: анализ эмпирических данных

При изучении проявления патернализма в сфере здоровья был использован социокультурный подход, апробированный ранее при изучении адаптации населения к рыночной экономике [27]. Этот подход основан на выявлении культурообразующих регулятивных начал — базовых социокультурных характеристик, объединяющих ориентации, установки, ценности, поведенческие стереотипы. Социокультурные характеристики организуются в доминанты, которые «накладываются» на реальную социальную практику. Последняя в соответствии с ними и посредством соответствующих знаково-смысловых систем упорядчивается, оформляется. Предполагалось, что социокультурные ориентации оказывают достаточно устойчивое влияние на отношение человека к кругу проблем, связанных со здоровьем, а также на его поведение в этой сфере. В целом их влияние вместе с другими факторами рассматривалось как один из возможных уровней детерминации отношения населения к здоровью.

Социокультурный подход в изучении проблем здоровья напрямую пересекается с ценностно-нормативным и культурологическим. В рамках первого наряду с разработкой понятия нормы здоровья, ее восприятия различными группами населения, изучались социально-психологические факторы (потребности, ценности, установки, поведение). Согласно этому подходу, поведение

опосредует влияние на здоровье всех других факторов. Все изменения в отдельных элементах поведения могут осуществляться только через изменения Становок, потребностей, ценностей [28, с. 45 — 49]. Культурологический подход сосредоточивает внимание на отношении людей к здоровью и их поведенческих характеристиках. Именно от культурных факторов зависит отношение человека к здоровью, его поведение в период благополучия и нездоровья, характер его контактов с системой здравоохранения [29]. В рамках данного подхода используется конструкция «локус контроля здоровья» [29; 30].

Мы полагали, что социокультурная характеристика «патернализм» проявляется и в сфере здоровья. О ее влиянии свидетельствует признание феномена **Медицинского патернализма**. Наибольшее распространение изучение **данного** явления получило в западном обществе. В последние **годы** проблема **медицинского патернализма** становится предметом изучения и отечественных исследователей. В какой степени человек владеет своей жизнью, телом? Что он может сказать о состоянии своего здоровья? Кто распоряжается этим знанием — он сам или государство в лице чиновников, специалистов? На эти вопросы пытаются дать ответы Л.Д. Гудков и Б.Г. Юдин. Оппозицией медицинскому патернализму выступает автономность. Распределение автономных и патерналистских ориентаций, по мнению авторов, отражает полярные типы этики. С одной стороны, автономная этика персональной ответственности, с другой — этика групповой благодарности, отказывающая индивидуализированному «Я» в праве определять собственное поведение, судьбу и связанной с этим ответственности [23]. Н.Л. Руанова и Дж. Браун рассматривали проявление патернализма, оппозицией которому выступала самодетерминация, более широко: не только при взаимодействии человека с системой здравоохранения, с профессионалами-медиками, но в отношении людей к собственному здоровью [24].

В нашем исследовании было уделено внимание проявлению лишь одной из разновидностей патернализма, а именно атрибуции ответственности за здоровье.

Среди факторов, определяющих здоровье, поведение человека по отношению к своему здоровью занимает одно из ведущих мест и, порой, опосредует влияние других факторов. При одинаковых экономических, экологических и прочих условиях жизни наблюдается ярко выраженная дифференциация в отношении здоровья, которая является следствием разного самосохранительного поведения: разной ценностью собственного здоровья для разных людей и осознанностью о его различных сторонах; наличием или отсутствием вредных привычек; постоянными действиями, направленными на сохранение своего здоровья или бездействием; информированностью или неинформированностью о здоровье и активным использованием или неиспользованием этой информации на практике.

Понимание и осознание значимости самосохранительного поведения начало складываться в России только в конце прошлого столетия. Российскому обществу была свойственна невысокая ценность жизни, нередко пренебрежительное отношение к ней. Распространенное отношение к жизни и смерти — «Бог дал, Бог взял, от Бога не уйдешь» — несло на себе отпечаток традиционного «неодобрительного отношения к индивидуальной активности. «Развернувшаяся в СССР борьба против смерти сильно изменила общий социокультурный фон, (идеология и психология пассивного ожидания смерти были основательно по-

дорваны. Но полной переоценки ценностей все же не произошло... Экономические и политические реальности СССР не способствовали росту ценности жизни. Кровопролитные войны, массовые политические репрессии, непосильные экономические нагрузки, идеология жертвенности блокировали серьезную перестройку системы ценностей в том, что касалось здоровья и жизни человека, невысокая цена и того, и другого воздействовали на всю систему общественных приоритетов..., пагубно отражались на жизнеохранительном поведении людей» [31, с. 114—116]. Достигнутые советским здравоохранением успехи говорили о государственной заботе о здоровье населения. Бесплатное, доступное медицинское обслуживание укрепляло представление населения • том, что забота о его здоровье лежит на министерстве здравоохранения и нейтрализовало собственную активность в этом направлении. По данным исследований 80-х годов поведение городского населения также характеризовалось отставанием уровня культуры самосохранения от тех требований, которые действительность предъявляла человеку в конкретных экономических и экологических условиях [32; 33].

На наш взгляд, существующий уровень самосохранительного поведения детерминировался и социокультурными факторами, в частности сильными патерналистскими ожиданиями.

Одной из задач исследования «Социальное расслоение и неравенство в здоровье в современной России (на примере Санкт-Петербурга)»* было выяснение социокультурных ориентаций населения относительно здоровья. В сфере внимания оказался следующий ряд социокультурных характеристик, каждая из которых выделялась с учетом ее гипотетической роли по отношению к сфере здоровья:

— атрибуция ответственности — приписывание ответственности за судьбу, события, происходящие с человеком. В нашем случае — приписывание ответственности за здоровье либо самому человеку, либо другим людям и внешним обстоятельствам;

— фатализм — вера в предопределенность того или иного состояния де* событий и, соответственно, неверие в возможность каких-либо изменений. Применительно к сфере здоровья это убежденность в том, что «здоровье — эти дар Божий и сам человек мало что может здесь изменить»;

— терпение как социокультурная характеристика нации и черта личности. В изучаемой сфере может проявляться в самосохранительном поведении, а также в ситуациях нездоровья;

— открытость знаниям, информации — осведомленность о различных сторонах своего здоровья, поиск информации о здоровье и активное использование ее на практике;

— активность жизненной позиции — определялась постоянными действиями со стороны человека, направленными на сохранение своего здоровья.

Каждая социокультурная характеристика измерялась рядом индикаторов, представляющих пары противоположных суждений. Респонденту предлагалось

* Исследование проведено при поддержке Фонда Форда, руководитель — канд. экон. наук! Н.Л. Русинова, Автор выражает признательность за возможность участия в работе по данному! проекту и получения эмпирических данных.

Выбрать из двух суждений то, которое в большей степени отражало его позицию. Использовались 5-балльные биполярные шкалы.

Далее обсуждаются результаты репрезентативного массового опроса населения Санкт-Петербурга, проведенного в феврале—марте 1998 г. (N = 1200 чел.).

Факторный анализ признаков, характеризующих социокультурные ориентации населения в сфере здоровья, выделил два фактора (табл. 1). В первый из них с высокими факторными нагрузками вошли признаки, группирующиеся вокруг ценностной ориентации на принятие ответственности за здоровье. Второй включал признаки, отражающие поведенческие стереотипы в ситуации здоровья. В соответствии с этим факторным решением были рассчитаны индивидуальные факторные нагрузки и построены индексы, соответствующие первому и второму факторам.

Первый индекс, названный «атрибуция ответственности за здоровье», показывал выраженность этой ответственности от 0 (ответственность приписывается внешним обстоятельствам) до 5 (ответственность возлагается на самого человека). Рассмотрим типологию сознания, полученную на основе этого индекса.

Высокий уровень проявления атрибуции ответственности за здоровье (значение индекса от 5 до 4). Носители этого типа сознания уверены, что здоровьем самым образом зависит от самого человека, так же, как и все происходящее с ним, или является результатом его собственных усилий и способностей. Как ни была развита медицина и медицинское обслуживание, здоровье человека в первую очередь зависит от него самого. И в том, что человек заболевает, во всем виноват он сам. Только постоянная забота об укреплении своего здоровья позволит избежать многих болезней.

Таблица 1. Матрица факторных нагрузок

Название признака	Фактор 1	Фактор 2
Здоровье зависит от самого человека/здоровье — дар Божий	0,676	
Все, что происходит с человеком, зависит от него самого/от других людей, обстоятельств	0,658	
Человек сам виноват в своей болезни/болезнь — дело случая	0,645	
Здоровье человека зависит от него самого/от медицины	0,572	
Постоянная забота позволит/не позволит избежать болезней	0,541	
Слежу/не слежу за информацией о здоровье		0,642
Постоянная/непостоянная забота о здоровье		0,599
Обращение к врачу: сразу/терплю до последнего		0,592
Когда заболеваю: лечусь/переношу болезнь на ногах		0,540
Осведомленность о здоровье: хорошая/плохая		0,537
При длительном лечении: хватает/не хватает терпения довести курс лечения		0,486
Информативность (в %)	21	14

Примечание: факторные нагрузки меньше значения 0,3 опущены.

Оказалось, что таких взглядов относительно ответственности за здоровье, (соответствующих указанным значениям индекса, придерживались 31% опрошенных.

Умеренный уровень выраженности атрибуции ответственности (значение индекса от 3 до 2). Представителей этой точки зрения среди участников опроса большинство — 41%.

Низкий уровень проявления атрибуции ответственности (значение индекса от 1 до 0). Люди разделяют мнение, что в целом здоровье — это дар Божий и сам человек мало что может здесь изменить. Все, что происходит с человеком, зависит главным образом от других людей и от жизненных обстоятельств. Конечно, в какой-то мере здоровье зависит и от самого человека, но больше — от медицины. Болезнь — дело случая, уж если суждено заболеть, то непременно заболеешь. И даже постоянная забота о своем здоровье не позволит избежать многих заболеваний. Среди опрошенных оказалось 28% горожан, разделяющих подобные взгляды.

Таким образом, наблюдается относительный баланс между людьми, придерживающимися противоположных взглядов на ответственность за свое здоровье: 31% возлагают ее в основном на свои плечи и 28% — перекладывают на чужие. Остальные (41%) в равной мере приписывают ответственность и себе, и другим людям, и обстоятельствам.

В первую очередь встал вопрос о релевантности оценок уровней ответственности и оценок состояния собственного здоровья респондентов. Оказалось, что они статистически значимо и достаточно сильно взаимосвязаны (коэффициент Kendall's tau-b = -0.26 при уровне значимости < 0.000). Здоровые люди, более вероятно, считают прежде всего самих себя (50%) виноватыми в тяжелых заболеваниях и преждевременной смерти, объясняя это либо своим неумением, либо нежеланием строить безопасную жизнь. Напротив, нездоровые люди в качестве причин болезней и смертности чаще всего называют плохую заботу о здоровье населения со стороны государства (34%), судьбу (31%) и нерешенность многих проблем медициной (17%).

Влияние социально-демографических факторов на тот или иной уровень атрибуции ответственности оказалось незначительным. В группах, отличающихся по уровню ответственности, практически в равной мере представлены и мужчины, и женщины. Высокий уровень, как и можно было ожидать, характерен для более молодых людей, образованных, работающих в общественном производстве, включая домашнее хозяйство. Люди старших возрастов, менее образованные, незанятые в общественном производстве более вероятно снимают с себя ответственность за здоровье. Среди этих факторов самым сильным оказался возраст (Kendall's tau-b = -0.14).

Уровень ответственности за здоровье различался у людей, принадлежащих к разным статусным группам. Имеющие более высокий статус (руководители предприятий, предприниматели, специалисты с высшим образованием, квалифицированные рабочие) чаще демонстрировали интернальную ответственность по сравнению с респондентами с низким социальным статусом (неквалифицированные рабочие). Хотя в целом влияние социального статуса на атрибуцию ответственности оказалось статистически незначимым.

Достаточно сильное влияние на выраженность ответственности оказали факторы, характеризующие материальное положение респондентов. Чем выше оценки материального благополучия в настоящее время, чем ощутимее изменения его в лучшую сторону за последние годы, чем больше возможностей для

•удовлетворения различных потребностей предоставляют сегодняшние доходы и кем выше уровень благосостояния был в родительской семье, тем с большей вероятностью горожане принимают ответственность за свое здоровье на себя. И наоборот: чем хуже материальное положение сегодня, чем заметнее его падение, чем меньше потребностей удовлетворяется, чем ниже уровень достатка был [в семье родителей, тем скорее ответственность с себя снимается (табл. 2).

На атрибуции ответственности за здоровье сказались и оценки удовлетворенности различными сторонами жизни. Высокая удовлетворенность своим положением в обществе, состоянием своего здоровья и жизнью в целом, уверенность в завтрашнем дне оказывают позитивное воздействие на то, что человек принимает на себя ответственность за свое здоровье. Неудовлетворенность своим положением, здоровьем и жизнью, отсутствие уверенности и перспектив в будущем удерживают его от ответственности.

Таблица 2. Атрибуция ответственности за здоровье: различия в оценках материального положения

Категории населения	Уровни выраженности «атрибуции ответственности»			
	Высокий, %	Низкий, %	N	tau-b
<i>Изменение материального положения за последние 5 лет</i>				- 0.13
определенно улучшилось	36	19	36	
скорее улучшилось	37	18	204	
прежнее	37	27	274	
скорее ухудшилось	27	29	320	
определенно ухудшилось	24	36	323	
Материальное положение в настоящее время				- 0.12
очень хорошее	57	14	7	
хорошее	45	17	107	
среднее	31	27	693	
плохое	27	33	320	
очень плохое	21	40	67	
<i>Возможности дохода</i>				- 0.13
живу от зарплаты до зарплаты	23	36	337	
хватает только на ежедневные расходы	29	29	432	
в основном хватает	36	23	281	
хватает и на дорогие товары	42	10	142	
Возможности дохода родительской семьи				- 0.10
жили от зарплата до зарплаты	29	29	249	
хватало только на ежедневные расходы	28	30	232	
в основном хватало	32	27	391	
хватало и на дорогие товары	41	14	116	

Ориентации на позитивное ощущение контроля и ответственности за свое здоровье оказались связанными с обобщенным поведенческим показателем, отражающим заботу на протяжении жизни человека о сохранении и укреплении

собственного здоровья (коэффициент Kendalls's tau-b = -0.18 при уровне значимости < 0.000). Те, кто были отнесены к группе с высоким уровнем ответственности, подтверждали это на практике постоянной заботой о своем здоровье (30%). Те, кто ответственность с себя снимал, подобного рода активность проявлял почти в три раза реже (12%).

Второй индекс, названный «культура здоровья», отражал выраженность этой культуры. Рассмотрим типологию, полученную на основе этого индекса.

Высокая выраженность культуры здоровья (значение индекса от 5 до 4). Представители этого типа относятся к тем людям, которые хорошо осведомлены о различных сторонах своего здоровья, постоянно следят за информацией о новых методах лечения, о новых лекарственных препаратах и используют ее на практике. Они полагают, что постоянная забота о сохранении и укреплении своего здоровья позволит избежать многих болезней, ибо здоровье, в первую очередь, дело собственных рук.

Поэтому люди стараются заботиться о своем самочувствии даже в тех случаях, когда ничего не болит, и нет явных симптомов болезни. Они сторонники превентивных мер. В ситуациях нездоровья, как правило, сразу же обращаются к врачу, не доводя дело до критической точки. Им не свойственно переносить болезнь на ногах, они откладывают все дела и лечатся, пока не поправятся. По их мнению, им хватило бы терпения довести курс лечения до конца при длительном заболевании.

Среди участников опроса лишь 11% поддерживают подобные взгляды. К промежуточному типу — *средняя выраженность культуры здоровья* (значение индекса от 3 до 2) — относятся 34% респондентов.

Низкая выраженность культуры здоровья (значение индекса от 1 до 0). Носители этого типа сознания не относятся к людям, которые хорошо осведомлены о различных сторонах своего здоровья. Они не следят за информацией о новых методах лечения и лекарствах и не используют ее в повседневной жизни. По их мнению, даже постоянная забота о своем здоровье не позволит избежать болезней. Уж если суждено заболеть, все равно заболеешь. Для них не свойственно принятие превентивных мер, поэтому они ничего не будут делать, когда ничего не болит. А если они почувствуют себя плохо, то будут терпеть до последнего, но не пойдут к врачу. В больницу или поликлинику обратятся лишь тогда, когда терпеть уже невозможно и дальнейшее промедление опасно. Обычно болезнь переносится на ногах, ибо эти люди, по их мнению, не могут позволить себе (в силу разных причин) отложить все дела и лечиться. Им вряд ли хватило бы терпения пройти полный курс лечения, если бы пришлось долго лечиться. Сторонников данной точки зрения среди горожан оказалось большинство — 55%.

Итак, участники опроса продемонстрировали в подавляющем большинстве случаев низкий и средний уровень культуры здоровья.

Предполагалось, что культура здоровья будет различной как у отдельных людей, так и у разных слоев населения в целом. Во многом это будет определяться рядом обстоятельств: тем, насколько культура была привита в детстве как она проявляется в настоящее время; объективным состоянием здоровья его субъективными оценками; демографическими факторами и современными социально-экономическими условиями.

Анализ показал, что следующие группы факторов в большей или меньшей мере оказали статистически значимое воздействие на выраженность активной культуры здоровья. В первую очередь, это поведенческие факторы. Респонденты, которые проявляли те или иные действия по поддержанию своей физической формы, занимались и занимаются с той или иной степенью регулярности жаливанием своего организма, с большей вероятностью являются сторонниками активной культуры здоровья в отличие от тех, кто не заботился о поддержании своего здоровья и ничего не делал для его укрепления. Именно заложенные с детства установки на здоровье и стереотипы поведения сохраняются в протяжении всей дальнейшей жизни человека. Причем на них не сказывается ни статусные характеристики родительской семьи (образование родителей, психологическая атмосфера и материальная обеспеченность), ни уровень языческого развития в детстве и перенесенные тяжелые заболевания.

Различия в культурных уровнях проявились не только в непосредственных действиях, направленных на поддержание здоровья, но и в информированности относительно широкого круга вопросов, в частности, о страховой медицине (услугах, которые предоставляются бесплатно. Лучшую осведомленность продемонстрировали сторонники активной культуры.

Анализ уровней культуры в социально-демографическом аспекте показал, что высокая выраженность культуры здоровья более характерна для женщин (13%) по сравнению с мужчинами (9%), а также для старших поколений (18%) в отличие от средних (8%) и младших (9%). Образовательные различия менее заметны (культуре здоровья следуют 13% образованных и 11% малообразованных людей) и статистически незначимы.

Как отмечалось выше, на выраженность ответственности за здоровье достаточно сильное влияние оказали факторы, характеризующие материальное положение респондентов. Воздействие же этих факторов на культуру здоровья оказалось статистически незначимым: культура здоровья не зависит ни от объективных показателей материального благосостояния, ни от субъективных.

Субъективные оценки состояния здоровья респондентов (самооценки здоровья, частота заболеваний по сравнению с другими людьми) оказали незначительное воздействие на тот или иной уровень культуры здоровья (коэффициенты Kendall's tau-b соответственно: 0.03 и - 0.04 при уровне значимости < 0.08).

Обсуждение полученных результатов и основные выводы

Таким образом, удалось зафиксировать социокультурные характеристики Дознания населения, включающие ориентации на принятие ответственности за здоровье и культуру здоровья, и показать их распространенность среди жителей города.

Проявление атрибуции ответственности как одной из основных граней патернализма наглядно показало существующую в обществе дифференциацию. Исторически сложилась, а в советское время особенно возросла тенденция возложения ответственности за те или иные действия, будь то ответственность за материальное благополучие или ответственность за здоровье, преимущественно на внешние обстоятельства (государство, медицину), а не на самого человека.

- Влияние объективных оценок здоровья на культуру в данном разделе не рассматривалось.

Проведенные ранее исследования (1992 и 1995 гг.) констатировали, что для большинства жителей Санкт-Петербурга характерна преимущественно внешняя ориентация сознания в объяснении возникающих проблем со здоровьем, причем достаточно устойчивая [24]. Следует отметить, что к аналогичным выводам приходили и другие исследователи [34]. Согласно общему показателю направленности массового сознания, 27% респондентов продемонстрировали неопределенность позиций, более половины опрошенных отличались ориентацией сознания на внешние обстоятельства жизни и только 19% — на внутренние характеристики человека [24, с. 143]. При этом на безличный вопрос: «Кто несет основную ответственность за здоровье человека?» более чем вдвое превосходящая по численности группа респондентов проявила убежденность в том, что именно сам человек, а не государство, врач, семья несут основную ответственность за свое здоровье. «Двойные стандарты» в оценках инстанций ответственности за здоровье объяснялись тем, что люди отдают себе отчет в собственной ответственности за здоровье, но в современных условиях внешние обстоятельства жизни, которые они не в состоянии контролировать, ограничивают их способность влиять на здоровье, и тем, что ценности, утверждающие первичную роль личности в формировании того или иного уровня здоровья, еще не осознаны значительной частью населения и не вошли в его культуру [24, с. 142].

В аналогичном безличном вопросе относительно инстанций ответственности за здоровье в нашем исследовании направленность ответов сохранилась, более половины опрошенных возложили ответственность на самого человека, а не на государство, врачей и семью. При анализе социокультурных характеристик был зафиксирован относительный баланс между людьми, которые придерживались противоположных взглядов: 31% респондентов возложили ответственность за здоровье на себя, а 28% — на внешние инстанции (государства медицину). Остальные, а это более многочисленная по сравнению с выделенными выше группами (41%), в равной мере приписывали ответственность и себе, и другим людям, и обстоятельствам. Казалось бы, налицо преломление тенденции возложения ответственности с внешних обстоятельств на внутренние характеристики. Но, на наш взгляд, говорить о преломлении указанное тенденции, по-видимому, преждевременно. Во-первых, данный вывод не совсем корректен в силу того, что сравниваются неидентичные измерения ответственности. Во-вторых, для закрепления глубоких культурных перемен нередко требуются столетия. Быстрые же перемены в культурных параметрах весьма редки. По мнению Ю.А. Левады, в большинстве стран и регионов очевидны многообразные феномены *социокультурного симбиоза* — сочетания и сращивания относительно новых социальных структур и норм со «старой» культурной, в том числе и человеческой, социально-антропологической матрицей [35, с. 7]. Очевидно, выделенный нами умеренный уровень выраженности атрибуции ответственности, который свойствен 41% респондентов, является одним из примеров подобных социокультурных симбиозов.

Перевес оценок, хотя и незначительный (31% против 28), в пользу внутренней атрибуции ответственности за здоровье, по-видимому, можно объяснить следующим. Во-первых, тем, что изменение советских систем государственной опеки и контроля привело к заметному изменению (по крайней мере на декларативном уровне) оценок и ожиданий в отношении государства [36, с. 30]. Во-

вторых, интенсивностью процессов осознания ценностей, подчеркивающих роль **Личности** в сохранении и поддержании своего здоровья. В-третьих, своеобразным компонентом «перевернутого» патерналистского сознания, когда за утверждением, что человек сам может и должен о себе позаботиться и перестать рассчитывать на государство, скрывается чувство обиды, брошенности, предоставленное™ самому себе, в основе которого лежит осознание исчерпанности Бесурсов — как бы возрастных, а на самом деле социальных [37, с. 41). Тем не менее, зависимые ожидания в сознании населения сохраняются. Однако в настоящее время они не подкреплены наличием сильного покровителя: прежние (Применительно к сфере здоровья — государственное и ведомственное здравоохранение) — ослаблены, новые, которые бы добровольно оказывали поддержку, пока не появились, а если и появились, то не всем доступны. По-прежнему недостаточная ответственность большинства населения за состояние собственного здоровья, здоровье своей семьи и окружающих называется одной из новых причин ухудшения качества здоровья населения на этапе переходного периода [38, с. 98).

Таким образом, изменения наметились, но они не носят характер переломов. Высокий уровень выраженности атрибуции ответственности за здоровье в наибольшей мере свойствен более молодым и обеспеченным людям, обладающим хорошим здоровьем, удовлетворенным различными сторонами жизни материального благосостояния до здоровья, уверенным в завтрашнем дне. Иная зависимость уровней атрибуции ответственности от материальных акторов, возможно, отражает не культурный характер данного показателя, а, скорее, является реакцией на сегодняшнюю ситуацию в стране: чем хуже материальное положение, ниже уверенность и удовлетворенность — тем ниже геральдика. Влияние уровня образования не оказалось сильным фактором действия на атрибуцию ответственности, хотя отмечается явно присущая тенденция к уменьшению доли лиц с внешней ориентацией сознания с повышением образования. Приверженность внутренней ответственности за здоровье подтверждалась на практике постоянной заботой о его сохранении и укреплении.

Формирование культуры самосохранительного поведения является одной из постоянных целей политики развитых государств в сфере здравоохранения, началу реформ российское население не отличалось высокой культурой такого поведения. Более того, по мнению ряда исследователей, отношение населения к своему здоровью носило парадоксальный характер [28, с. 51). Видя в здоровье высшую жизненную ценность, люди часто не проявляли должной бдительности о его сохранении и приумножении. При более глубоком рассмотрении выяснилось, что ценность здоровья носила не фундаментальный, а инструментальный характер: здоровье являлось дополнительным жизненным ресурсом для достижения других, более значимых для человека целей (накопление денег, пенсионные льготы, карьера и пр.). По данным исследований городского населения в 80-е годы, такие показатели самосохранительного поведения, как своевременная обращаемость за медицинскими услугами в случае заболевания, информированность, грамотность и другие были чрезвычайно низки [29, 51). Отмечались и существенные гендерные различия в самосохранительном поведении: женская модель отличалась от мужской более высокой ценностью

здоровья, активностью, ответственностью и меньшей разницей между декларируемыми нормами и реальным поведением.

Наряду с прочими факторами, на такой уровень культуры здоровья наложили отпечаток и идеологические императивы советского времени. Например, чрезмерное героизирование отношения к профессиональной деятельности **как** к трудовому подвигу, а не как к нормальной жизнедеятельности. Отсюда и «перехаживание» болезней на ногах во имя работы, но в ущерб собственному здоровью.

Перемены, происходящие в обществе, повлияли и на поведение населения в отношении здоровья. Об этих изменениях позволяют судить данные медико-социологического скрининга, время проведения которого совпало с годами реформ. Наряду с выводом этого исследования о том, что платой за реформенные преобразования в стране является психоэмоциональное напряжение населения, которое служит пусковым механизмом роста хронических заболеваний и блокирует процесс адаптации, делается вывод о влиянии рыночных отношений на повышение культуры самосохранительного поведения хотя бы на уровне деклараций более оптимальных норм поведения в отношении здоровья. Вместе с тем, ценность здоровья в нормативных представлениях повысилась, но не стала фактом сознания, осталась пока на уровне моды. Реальное поведение под влиянием усложнившихся условий ухудшилось у женщин и осталось прежним у мужчин. В ситуации резкого материального расслоения люди с низкими доходами вынуждены еще больше эксплуатировать свое здоровье, а богатые начинают глубже усваивать культуру самосохранения [39, с. 183—184].

Данные нашего исследования подтвердили существующие тенденции в самосохранительном поведении населения. Для подавляющего большинства горожан характерен низкий уровень культуры здоровья. Это отразилось в недостаточной осведомленности о различных сторонах своего собственного здоровья, в слабой информированности по всему кругу вопросов, затрагивающих данную сферу жизнедеятельности, в привычках переносить болезни на ногах, в несвоевременном обращении к врачам, в неспособности соблюдения предписаний, в нежелании принятия профилактических мер. На наш взгляд, столь низкий уровень культуры здоровья может быть объяснен и социокультурными особенностями.

Мы отдаем себе отчет в том, что в структуре факторов, определяющих отношение к здоровью, культурным параметрам принадлежит не первое место. Так, уже упоминавшийся медико-социологический скрининг показал, что изменения нормативных представлений относительно здоровья гораздо больше зависят от условий жизни, чем от культурных традиций [39, с. 181]. И в нашем исследовании место культурных факторов оказалось менее высоким по сравнению с депривационными, отражающими современные условия жизни. Тем не менее, культурные переменные нельзя игнорировать. Как, например, нельзя игнорировать тот факт, что патернализм остается стержнем воспроизводства социальных отношений во многих сферах общественной жизни, в том числе и в сфере здоровья. Знание и учет культурных факторов в социальной политике, касающейся, в частности, здравоохранения, позволит прогнозировать поведение населения и, по возможности, нивелировать негативные стороны воздействия как этих, так и других факторов. Социокультурные доминанты

Сознания довольно постоянны, но постоянство это не абсолютное, а относительное. Изменения в отечественной культуре под влиянием модернизации и временных трансформаций накапливаются, о чем свидетельствуют отмеченные выше явления социокультурного симбиоза и влияние рыночных отношений на повышение культуры самосохранительного поведения в сфере здоровья, хотя пока и на декларативном уровне.

Исследуемая социокультурная характеристика «патернализм» в рамках единой культуры выполняет, скорее, функцию сохранения культурной идентичности, а не функции, связанные с преобразованиями, изменениями. Патернализм действительно является фактором культурного расслоения, ибо, как показало наше исследование, культура в изучаемом измерении не является инородной. Будучи социокультурной доминантой, о чем свидетельствует устойчивость и сопряженность с другими культурными факторами, патернализм, Ю-видимому, занимает доминирующее место и в культурной дифференциации в целом.

Литература

1. Parsons T. *The System of Modern Societies*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1971. — Цит. по: ВГомпка П. Социология социальных изменений. М.: Аспект-Пресс, 1996.
2. Седов Л.А. Место русской культуры среди мировых культур: (Приглашение к размышлению) // Полис. 1994. № 4.
3. Ахиезер Л.С., Ильин В.В., Панарин АС. Реформы и контрреформы в России: Циклы модернизационного процесса. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1996.
4. Советский простой человек: Опыт портрета на рубеже 90-х / Отв. ред. Ю.А. Левада. М.: Иропей океан, 1993.
5. Майминас Е. Российский социально-экономический генотип // Вопросы экономики. 1996. № 9.
6. Дилигенский Г. Г. Что мы знаем о гражданском обществе? // Pro et contra. 1997. Т. 2. № 4.
7. Дилигенский Г.Г. Дифференциация или фрагментация?: (О политическом сознании в России) // Мировая экономика и международные отношения, 1999. N 10
8. Социологический словарь / Под ред. Н. Аберкромби, С. Хилл, В. Тернер. Казань, 1997.
9. Словарь иностранных слов и выражений. М.: Олимп, ООО «Издательство АСТ-ЛТД», 1997.
10. Социологический энциклопедический словарь / Редактор-координатор Г.В. Осипов. М.: группа ИНФРА.М-НОРМА 1998.
11. Радаев В.В., Шкаратан О.И. Социальная стратификация. М.: Аспект-Пресс, 1996.
12. Радаев В.В. Экономическая социология. М.: Аспект-Пресс. 1997.
13. Левада Ю.А. Комплексы общественного мнения (статья вторая) // Информационный бюллетень «Экономические и социальные перемены: Мониторинг общественного мнения». № 1. М.: Аспект-Пресс, 1997.
14. Norris G. *Industrial Paternalist Capitalism and Local Markets* // *Sociology*. 1978. Vol. 12. № 3.
15. Ахиезер А.С. Россия: Критика исторического опыта. Т. 1—3. М.: Философское об-во СССР, 1991.
16. Кондаков И.В. Введение в историю русской культуры. М.: Аспект-Пресс, 1997.
17. Витте СЮ. Воспоминания. 1849- 1894. Т. 1. Таллин; М.: Скиф Алекс, 1994.
18. Петербуржцы 1997: Символы, ценности, установки: Социологические очерки / Отв. ред. р. Сикевич. СПб., 1997.
19. Сафронов В.В., Бурмыкина О.Н., Корниенко АВ., Нечаева Н.А. Российская культура и отношение граждан к общественным преобразованиям // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. Т. II. № 2.
20. Левада Ю.А. «Человек советский» десять лет спустя: 1989- 1999: (Предварительные итоги вивительного исследования) // Информационный бюллетень «Экономические и социальные ремсны: Мониторинг общественного мнения». № 3. М.: Аспект-Пресс, 1999.

21. Беляева Л.А. Социальная модернизация в России в конце XX в. М., 1997.
22. Нечаева Н.А. Человек на работе: Социокультурные доминанты сознания и адаптация к рыночным отношениям // Качество населения Санкт-Петербурга / Отв. ред. Б.М. Фирсов. СПб: Европейский Дом, 1996.
23. Гудков Л.Д., Юдин Б.Г. Кому принадлежит право знать? // Информационный бюллетень «Экономические и социальные перемены: Мониторинг общественного мнения». № 5. М.: Аспект-Пресс, 1995.
24. Руснинова Н.Л., Браун Дж. Социокультурные ориентации сознания и отношение к индивидуальной ответственности за здоровье, автономности пациента и медицинскому патернализму // Качество населения Санкт-Петербурга / Отв. ред. Б.М. Фирсов, СПб.: Европейский Дом, 1996.
25. Панина Н.В. Аномия в посткоммунистическом обществе (на материалах исследований на Украине) // Куда идет Россия?: Социальная трансформация постсоветского пространства. Вып. III. М.: Интерцентр, 1996.
26. Балабанова Е.С. Социально-экономическая зависимость и социальный паразитизм // Социологические исследования. 1999. № 4.
27. Бурмыкина О.Н., Нечаева Н.А. Социокультурные аспекты адаптации населения к рыночной экономике // СПб.: СПб ФИС РАН, 1998.
28. Отношение населения к здоровью / Отв. ред. И.В. Журавлева. М.: ИС РАН, 1993.
29. Blaxter M. Health & Lifestyles. London: Tavistock: Routledge, 1990.
30. Wallston K.A., Wallston B.S. Locus of Control and Health: a Review of the Literature. *H Education Monographs* 6, 1978.
31. Вишневецкий А.Г. Серп и рубль: Консервативная модернизация в СССР. М.: Аспект-П 1998.
32. Шилова Л.С. Исследование самосохранительного поведения — новый подход в изучении проблем здоровья населения // Демографические процессы: Вопросы изучения / Под ред. Н.В. Трасовой. М.: ИСИ АН СССР, 1987.
33. Шилова Л.С. Методы изучения самосохранительного поведения // Проблемы демографического развития СССР / Под ред. Г.П. Киселевой. М.: ИСИ АН СССР, 1988.
34. Журавлева И.В., Шилова Л.С. Изменение отношения к здоровью населения СССР. Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни населения СССР и Финляндии // Отв. ред. Т.Д. Иванова. М., 1992.
35. Левада Ю.И. Индикаторы и парадигмы культуры в общественном мнении // Информационный бюллетень «Экономические и социальные перемены: Мониторинг общественного мнения». № 3. М.: Аспект-Пресс, 1998.
36. Левада Ю.А. Десять лет перемен в сознании человека // Общественные науки и современность. 1999. № 5.
37. Зоркая Н. Население России: Здоровье или вырождение? // Информационный бюллетень «Экономические и социальные перемены: Мониторинг общественного мнения». № 3. М.: Аспект-Пресс, 1997.
38. Прохоров Б.Б. Состояние здоровья населения России // Россия в окружающем мире: 1 Аналитический ежегодник / Под общ. ред. Н.Н. Моисеева, С.А. Степанова. М.: Изд-во МНЭ 1998.
39. Шилова Л.С. Стресс, здоровье и изменение самосохранительного поведения населения М за годы реформ // Россия: Риски и опасности «переходного» общества / Под ред. О.Н. Яни М.: ИСПАН, 1998.