МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ТЮМЕНСКИЙ ИНДУСТРИАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

Ковальжина Лариса Сергеевна

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ

Специальность 5.4.6 – социология культуры

Диссертация на соискание ученой степени
доктора социологических наук

Научный консультант:
доктор социологических наук, профессор
Белоножко Марина Львовна

Тюмень – 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ ……... 4
ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ …….. 27
1.1 Культура здоровья в классических и современных теориях: сущность, содержание и подходы ……. 27
1.2 Культура здоровья и факторы, детерминирующие здоровье ……. 51
1.3 Основные подходы к формированию элементов культуры здоровья ….. 82
1.4 Культура здоровья как объект социального регулирования: связь целенаправленных и саморегуляционных процессов ……... 98
ГЛАВА 2 ФОРМИРОВАНИЕ И РЕГУЛЯЦИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ …. 108
2.1 Социальные институты в формировании и регуляции культуры здоровья ……. 112
2.2 Социокультурная саморегуляция здоровьесберегающего поведения ….. 136
2.3 Интегральный механизм социальной регуляции и формирования культуры здоровья …… 171
2.4 Формирование и регуляция культуры здоровья на региональном уровне: противоречия и проблемы реализации ……. 195
ГЛАВА 3 КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ В ПЕРИОДЫ ПАНДЕМИЙ …… 220
3.1 Ретроспективный анализ культуры здоровья в условиях пандемий ……. 220
3.2 Особенности здоровьесбережения в российском обществе до и во время пандемии COVID-19 …… 246
3.3 Изменение социальных норм здоровьесбережения в условиях пандемии COVID-19 …….. 260
3.4 Феномен инфодемии как фактор формирования культуры здоровья … 272
ГЛАВА 4 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И РЕГУЛЯЦИИ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 …….. 280
4.1 Нормы «пандемийной» культуры здоровья: институциональная регуляция и социальные практики …… 280

4.2 Проявление социокультурной саморегуляции в исполнении норм «пандемийной» культуры здоровья …… 294
4.3 Восприятие и эмоциональные основания саморегуляции поведения в условиях пандемии ……... 302
4.4 Модели здоровьесберегающего поведения в COVID-19 ……... 311
ЗАКЛЮЧЕНИЕ……. 323
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ…… 327
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ…… 328
ПРИЛОЖЕНИЕ А. Справочные материалы ……. 371
ПРИЛОЖЕНИЕ Б. Инструментарий исследования……... 387
ПРИЛОЖЕНИЕ В. Отдельные результаты исследования…… 402

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Важнейшим стратегическим направлением социальной политики и фактором устойчивого перспективного развития любого государства является сохранение здоровья населения, в основе которого лежит культура здоровья, отражающая социальные ожидания общества в отношении здоровьесберегающего поведения индивида и социальных групп. Посредством социальной регуляции (объединяющей взаимосвязанные процессы социокультурной саморегуляции и институциональной регуляции), через формирование культурных норм и системы санкций, осуществляется воздействие на ценностные ориентации, мотивацию, представления и конструируемые смыслы деятельности индивидов и социальных групп, детерминирующее поведение, направленное на сохранение и улучшение их здоровья и продолжительности активной жизни в целом.

Внезапно возникшая пандемия COVID-19 стала одним из важнейших вызовов современности. За три с половиной года (2020-2023 гг.) коронавирусом заболело более 770 млн. человек во всем мире, из них 6 959 316 человек погибли [101]. В России было зарегистрировано 23 млн. подтвержденных случаев заболевания COVID-19 и 400 023 летальных исхода. Такое стремительное развитие пандемии, безусловно, не могло не оказать значительное влияние на повседневную жизнь общества, создав новую реальность, которая потребовала поиска беспрецедентных способов и методов защиты здоровья и жизни населения от рисков заражения вирусом и возможности внезапного ухудшения здоровья и смерти. Наиболее актуальнейшим способом сохранения общественного и индивидуального здоровья в условиях COVID-19 стала социальная регуляция здоровьесберегающего поведения, в основе которого лежит процесс формирования культуры здоровья.

Государство было вынуждено создавать и регулировать новые социальные нормы сдерживания пандемии, а индивиды оказались в условиях адаптации к изменившимся социальным условиям жизни и необходимости пересмотра моделей здоровьесберегающего поведения, используемых ранее в отношении сохранения

здоровья от множества хронических заболеваний, сопровождающих современного человека на протяжении жизни.

Пандемия заставила общество создать и принять новую культуру здоровья, вызванную риском заражения коронавирусом и осознанием возможности внезапной смерти, при том, что существующие социальные нормы, защищающие современного человека от развития хронических заболеваний, стали восприниматься как обыденные и малозначимые. Но согласно статистике Всемирной организации здравоохранения, именно хронические, социально обусловленные заболевания, являются основанием 7 из 10 ведущих причин смертности в мире, и это самая серьезная проблема здравоохранения и развития государств в этом столетии, связанная с культурой здоровья [107; 186].

Особенностью социально обусловленных заболеваний, как основной причины смертности в мире, является возможность предотвращения их развития в значительной степени через изменение ценностных ориентаций и моделей поведения индивидов (развитие физической активности, здоровое питание и др.), что реализуется посредством социальной регуляции культуры здоровья через механизмы институциональной регуляции и саморегуляции здоровьесберегающего поведения [36]. По оценкам экспертов, в число основных причин потерянных лет здоровой жизни из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности населения РФ входят именно поведенческие факторы (39,4%), они же в качестве косвенных индикаторов демонстрируют недостаточно высокий уровень здоровьесберегающего поведения и культуры здоровья в целом [353]. Учитывая, что среди национальных целей развития России обозначено достижение к 2030 году ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет и 81 года к 2036 году, то поиск возможностей ее достижения является актуальным и значимым [4].

Пандемия COVID-19 обратила внимание общества на необходимость социальной регуляции культуры здоровья и важность как институциональной регуляции, так и социокультурной саморегуляции, детерминирующих здоровьесберегающее поведение индивидов и групп, и как следствие, на сохранение общественного здоровья, на формирование и развитие культуры

здоровья не только в периоды пандемии, но и на протяжении всей жизни современного человека. Таким образом, проблема исследования заключается в противоречии между институциональными задачами сохранения здоровья населения страны, роста продолжительности здоровой жизни, особенно в период пандемии, и фактическим поведением индивидов и социальных групп в отношении здоровьесбережения, регулируемого культурой здоровья. Соответственно, исследование социальной регуляции культуры здоровья входит в число актуальных задач современной науки, задавая исследовательский вопрос о том, как происходит процесс формирования культуры здоровья и ее регуляция в условиях пандемии.

Степень научной разработанности темы. Проведение социологического анализа формирования культуры здоровья населения в условиях пандемии обусловливает необходимость обращения к междисциплинарным научным исследованиям на стыке социологии, психологии, философии, эпидемиологии, культурологии, медицины и других наук.

Исследования культуры Вольтера и А. Тюрго показали процесс культурного развития человечества в целом, а социально-деятельностный подход К. Маркса и Ф. Энгельса сформировал понимание культуры как процесса культивирования свойств общественного человека [37]. Труды Э. Б. Тайлора, А. Кребера и К. Клакхона, Р. Бенедикт, Л. А. Уайт расширили понимание культуры в контексте социального развития общества [147; 281; 327].

Истоки социологии культуры, как научного знания о современном социуме, находятся в трудах О. Конта, Г. Спенсера, Т. Парсонса, П. Сорокина, А. Б. Гофмана [52; 137; 260; 267]. В трудах таких классиков социальной мысли и социологии, посвященных исследованиям общества, как М. Вебера, Э. Дюркгейма, Э. Фромма, К. Манхейма, прослеживаются идеи о влиянии общественных проблем и социальных явлений на сохранение здоровья [33; 71; 169; 284].

Теоретический фундамент современных исследований культуры, частью которой является культура здоровья, заложили советские исследователи Л. Г. Ионин, Л. Н. Коган, А. И. Шендрик [105; 132; 300]. Современные социологические концепции культуры представлены в исследованиях

М. Гельфанд, Е. Н. Нарховой и Д. Ю. Нархова [43; 184].

Аксиологические аспекты культуры здоровья и значимость ценностной компоненты культуры раскрываются в работах А. В. Верещагиной, А. Ю. Гайфуллина, Л. М. Дробижевой, Ф. А. Кашапова, Н. М. Лебедева, А. Г. Лукьяшко, А. Н. Татарко, О. В. Терентьева, С. В. Толмачевой, В. Э. Цейсслера [34; 46; 68; 114; 156; 277]. Культура здоровья с позиции воспитания и физического развития человека представлена в работах И. М. Быховской, М. Р. Валетова, Ж. И. Киселевой, О. В. Латыговской, В. В. Шляпниковой [31; 117; 155].

В российской социологической практике изучения социальных аспектов здоровьесбережения и общественного здоровья центральное место занимают исследования ученых ФНИСЦ РАН А. И. Антонова, Е. Б. Бабина, И. В. Журавлевой, Л. Ю. Ивановой, Г. А. Ивахненко, Н. В. Лакомовой, Л. С. Шиловой и других. В их работах актуализируются социокультурные особенности самосохранительного поведения различных социально-демографических групп россиян, рассматриваются социальные проблемы здоровья и отношение населения к здоровью и первичной медицинской помощи [78; 79; 82; 200]. Самосохранительное поведение россиян исследовалось также И. С. Шаповаловой, С. А. Вангородской, О. Н. Полухиным, а его особенности в условиях социально-экономической трансформации общества описал В. Я. Шклярук [252; 302].

Различные аспекты социологии питания, анализ традиций и трансформации поведения раскрываются в трудах Н. Н. Зарубиной, С. А. Кравченко, Д. Н. Карповой, А. В. Носковой [86; 146]. Исследования телесной культуры Н. Л. Антоновой и А. В. Меренкова сформировали «социологию тела» [176].

Значимость социокультурных особенностей сохранения здоровья и здорового образа жизни, представленных широким спектром национально-этнических, религиозных и культурных особенностей индивидов и социальных групп, раскрывается в работах Н. А. Агаджаняна, Е. В. Баженова Е. В. Дубограй, В. С. Капицы, О. С. Мавропуло, М. Ф. Черныш [11; 17; 70; 111; 165; 292]. Исследования социальных детерминант сохранения здоровья представлены также

в работах западных ученых Х. Бехфороуз, Р. Вилкинсона, П. Драйна, Ф. Дидирехса, Д. М. Катлера, А. Ллерас-Мунея, М. Мармот, Дж. Ратигана, М. Уайтхед, Т. Эванса [326; 335; 368].

Социальные аспекты здоровьесбережения отражены в исследованиях возрастных, статусных, гендерных особенностей различных социальных групп (Н. Л. Русиновой, В. В. Сафронова, Е. В. Чернышковой, Д. Браун, Л. В. Пановой) и проблем формирования здорового образа жизни (Л. М. Гайсиной, А. Г. Гайнановой, Л. И. Горемыкиной, П. О. Ермолаевой, Е. Г. Костылевой, Е. П. Носковой, Н. Г. Осиповой, Ж.В. Пузановой, А.Г. Тертышниковой, Р.Б. Шайхисламова, Р.Р. Шаяхметовой) [25; 26; 73; 198; 226; 238; 293; 379; 394].

Особенности здоровьесберегающего поведения городских жителей и политики сохранения здоровья отражены в работах Л. Л. Мехришвили, Н. А. Ткачевой, Ю. М. Конева [178].

Региональные особенности культуры здоровья и социокультурные проблемы здоровьесбережения участников освоения арктического нефтегазового региона раскрываются в исследованиях О. М. Барбакова, М. Л. Белоножко, Ю. В. Беспаловой, В. Г. Попова, А. Н. Силина, Е. А. Суховой, И. Ю. Фомичева [18; 89].

Культура здоровья в контексте охраны общественного здоровья представлены в научных трудах отечественных ученых А. М. Изуткина, В. П. Петленко, Г. И. Царегородцева [97]. Различные аспекты общественного здоровья, медико-социальные проблемы здоровья и профилактики рассмотрены в работах С. С. Гордеевой, В. П. Казначеева, Н. А. Лебедевой-Несеври, В. И. Лисицина, В. А. Медик, А. В. Решетникова [108; 158; 174; 229].

Исторические аспекты распространения эпидемий и пандемий представлены в работах Н. Бульста, Д. Келли, Д. В. Михеля, Д. Руза, М. В. Супотницкого, Н. С. Супотницкой и др., где показаны экономико-политические и социокультурные трансформации государств по причине пандемий [27; 115; 179; 275; 377].

Влияние пандемий на общество, а также социальные аспекты сохранения здоровья населения в условиях пандемии COVID-19 раскрываются в работах В. К. Левашова, А. В. Торкунова, С. В. Рязанцева, Ж. Т. Тощенко, Н. Г. Хайруллиной, Г. Ф. Хидажевой [204; 286; 288]. Проблемы социальной стигматизация в период пандемии обсуждают Е. В. Листопадова, С. Е. Туркулец, А. В. Туркулец, а М. О. Макушева, Т. А. Нестик эффекты доверия социальным институтам [168; 262].

Социальные практики различных социальных групп в период пандемии исследовали С. А. Ильиных, Н. В. Проказина, Н. Ю. Бобылева, раскрывая проблемы пассивности общества [98; 222]. Социокультурный феномен инфодемии и влияние информационно-коммуникационных технологий на поведение социальных групп в пандемию коронавируса обсуждаются в исследованиях И. А. Левандина, П. С. Самыгина, Л. В. Самыгиной, С. И. Самыгина, М. А. Юдиной [136; 311].

Концепция социокультурной саморегуляции жизнедеятельности Ю. А. Зубок и В. И. Чупрова раскрывает сущность процесса социальной регуляции через саморегуляцию жизнедеятельности индивидов и социальных групп, взаимосвязь смысложизненных ценностей с разными компонентами ее механизма и связи смыслов, с которыми индивиды связывают свое поведение в процессе саморегуляции [92; 249]. Структурно-таксономическое моделирование в исследовании саморегуляции жизнедеятельности молодежи представлено в работах Ю. А. Зубок, А. С. Любутова, О. В. Сорокина, В. И. Чупрова [250]. В трудах Т. Н. Каменевой, Е. В. Чанковой раскрываются особенности саморегуляции коммуникативных практик и социокультурные составляющие отношения к здоровью в условиях пандемии [110].

На фоне широты научных поисков и проработанности отдельных социальных аспектов культуры здоровья и здоровьесбережения необходимо отметить, что в российской и международной социологической практике не нашли распространение комплексные исследования культуры здоровья, в которых были бы отражены репрезентативные социологические исследования, посвящённые

изучению социальной регуляции и формированию культуры здоровья, а также социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения и особенностей социальной регуляции и социальных практик сохранения здоровья в условиях пандемии.

Объект диссертационного исследования: культура здоровья.

Предмет исследования: формирование культуры здоровья в условиях пандемии.

Цель диссертационной работы: выявление особенностей формирования и регуляции культуры здоровья в условиях пандемии.

Поставленная цель достигается решением следующих **исследовательских задач:**

1. Дать авторскую интерпретацию концептуальных понятий культуры здоровья и ее основных элементов, обосновать теоретический подход к исследованию культуры здоровья.

2. Определить наиболее значимые социальные факторы общественного здоровье в контексте культуры здоровья.

3. Раскрыть сущность механизма социальной регуляции культуры здоровья.

4. Определить влияние компонентов механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения на культуру здоровья.

5. Разработать авторскую концепцию социальной регуляции культуры здоровья.

6. Сформулировать модели профилактического поведения в обществе вне пандемий на основе результатов проведённого эксперимента.

7. Определить особенности формирования культуры здоровья в условиях пандемий.

8. Оценить влияние пандемии на формирование культуры здоровья и раскрыть особенности ее социальной регуляции в условиях пандемии COVID-19.

Теоретико-методологическую базу исследования составил комплексный междисциплинарный подход, предполагающий использование в единстве теоретических и эмпирических данных различных наук (социологии, философии,

психологии, эпидемиологии, культурологии, демографии и др.). Обобщая и адаптируя к проблематике исследования имеющиеся в современном социологическом дискурсе подходы, констатируем, что формирование культуры здоровья является сложноорганизованным процессом, социологический анализ которого целесообразен на основе принципов системного подхода и структурно-функционального анализа (Т. Парсонс). При этом культура здоровья является социальным феноменом, для исследования социального конструкта которого используется концепция «социокультурной саморегуляции жизнедеятельности» (Ю. А. Зубок, В. И. Чупров) и теоретическая модель социального действия (Т. Парсонс, М. Вебер).

Для успешного решения теоретических и практических задач исследования использованы подходы как классической, так и новейшей социологии: структурный функционализм (Т. Парсонс, Р. Мертон, П. Штомпка), представления о социальной структуре общества (М. Вебер, Э. Дюркгейм), социальной стратификации (Р. Мертон, П. Сорокин и др.), идеи и подходы феноменологической социологии А. Шюца, концепции «генетического структурализма» и «габитуса» П. Бурдьё, концепция типов культуры М. Гельфанд и диспозиционной регуляции социального поведения В. А. Ядова, социальных аспектов здоровья, здорового образа жизни и самосохранительного поведения (И. В. Журавлева).

Методологическим основанием социологического исследования культуры здоровья выступает полипарадигмальный антропосоциетальный подход общей социологии Н. И. Лапина, концепции социальных детерминант здоровья (М. Уайтхед, Ф. Дидирехс, Р. Вилкинсон, М. Мармот и др.), деятельностный подход Л. Н. Когана и Н. Л. Антоновой.

Методологической основой при анализе и проектировании региональных программ формирования культуры здоровья и профилактики заболеваний, в том числе в процессе формирования социальных норм культуры здоровья использован синтез частных социологических концепций поведенческого выбора и изменений (модель социального влияния Ф. Зимбардо, М. Ляйппе, модель убеждений в

отношении здоровья М. Н. Беккер, модель действий в отношении здоровья К. Тонз, С. Тилфорд, теории социального научения А. Бандура и др.). которые объединены социальным императивом сохранения общественного здоровья, а также разработанные отечественными учёными концепции сохранения общественного здоровья как социальной системы (Н. А. Лебедева-Несевря, А. М. Изуткин, Ю. П. Лисицын, Н. В. Полунина, А. В. Решетников, Г. И. Царегородцев).

Методологическим ориентиром в организации и проведении социологических исследований явились труды Г. В. Осипова, Г. Г. Татаровой, Ю. Н. Толстовой, Ж. Т. Тощенко, В. Э. Шляпентоха, В. А. Ядова.

Эмпирическую базу составили прикладные исследования, выполненные автором в 2012-2022 гг. в регионах Уральского федерального округа (в Тюменской, Курганской, Свердловской и Челябинской областях, ХМАО-Югре и ЯНАО).

На первом этапе (2012-2017 гг.) в рамках эксперимента по формированию социальной нормы сохранения здоровья населения (проживающего в условиях йодного дефицита) и мониторинга результатов реализуемых региональных программ Тюменской области, направленных на сохранение здоровья и формирование культуры здоровья, были проведены:

1. Формализованный опрос учащихся общеобразовательных учебных заведений (N=1435; выборка вероятностная, гнездовая) и их родителей (N=1279); обучающихся учебных заведений начального, среднего и высшего профессионального образования (N=623; выборка вероятностная, гнездовая); статистическая погрешность $\pm$ 4,0%, доверительный уровень 95,4%.

2. Экспертный опрос участников региональных программ (N= 515).

3. Фокус-группы со школьниками, родителями школьников, учащимися, студентами, преподавателями учебных заведений (г. Тюмень, г. Ишим, г. Тобольск, 2016 г., N=6 групп).

На втором этапе (2020–2022 гг.) изучалось формирование культуры здоровья и здоровьесберегающее поведение населения в условиях пандемии COVID-19:

1. Формализованный опрос медицинского персонала УРФО, первая волна – 2 кв. 2021 г. (N=402 чел.), вторая волна – 2 кв. 2022 г. (N=382 чел.); выборки

квотные, статистическая погрешность ± 5,0%, доверительный уровень 95%.

2. Формализованный опрос населения старше 18 лет, постоянно проживающего в Тюменской области, первая волна – 2 кв. 2021 г. (N=386 чел.); вторая волна – 2 кв. 2022 г. (N=384 чел.). Выборки квотные, статистическая погрешность ± 5,0%, доверительный уровень 95%.

3. Фокус-группы с обучающимися бакалавриата и магистратуры очной формы обучения (г. Тюмень, 2020 – 2022 гг.: N=8 групп в феврале-октябре 2020 г., N=3, январе-апреле 2021 г., N=2, марте 2022 г.), с жителями Тюменской области, старше 18 лет (N=1, ноябрь 2021 г.; N=2 апрель, ноябрь 2022 г.).

4. Экспертный формализованный опрос специалистов системы образования и здравоохранения, преподавателей образовательных учреждений, руководителей структур Роспотребнадзора, (Тюменская, Свердловская, Курганская области, ХМАО-Югра), март, сентябрь 2020 г., март, сентябрь 2021 г., март 2022 г. N=18, метод отбора «снежный ком».

5. Интервью с респондентами, покидавшими регион постоянного проживания с целью отдыха (Курганская область, Свердловская область, Тюменская область, Челябинская область, ХМАО-Югра, ЯНАО), март-декабрь 2020 г., июль-август, ноябрь 2021 г. (N=36, метод отбора «снежный ком», телефонное интервью).

6. Наблюдение (Тюменская область, 2020 – 2022 гг.) в торговых организациях и учебных заведениях за соблюдением требований санитарного режима в условиях пандемии COVID-19 (N=15).

Для описания статистической связи качественных показателей с небольшим числом дискретных вариантов использовано построение таблиц сопряженности. Хи-квадрат ($\chi 2$) Пирсона был использован для анализа номинальных переменных, статистически достоверные (значимые) различия (связи) принимались при уровне значимости $p < 0,05$. Статистический анализ полученных данных проводился с применением IBM SPSS Statistics 19.0.0.1.

Вторичный анализ статистических и исследовательских данных по вопросам здоровья населения: статистические данные Единой межведомственной

информационно-статистической системы; базы данных Федеральной службы государственной статистики, Mediascope, международных организаций (ООН, ВОЗ, Institute for Health Metrics and Evaluation); отчеты организаций, вовлеченных в деятельность по охране здоровья.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

1. Сформулированы основные концептуальные понятия, определяющие культуру здоровья, разработан и обоснован подход к исследованию культуры здоровья, позволяющий осмыслить ее формирование с точки зрения социальной регуляции.

2. Определены и проанализированы наиболее значимые социально обусловленные факторы общественного здоровья, влияющие на здоровьесберегающее поведение индивидов и групп, и позволяющие регулировать его с помощью основных элементов культуры здоровья.

3. Раскрыта сущность механизма социальной регуляции культуры здоровья, включающего целенаправленную институциональную регуляцию и социокультурную саморегуляцию здоровьесберегающего поведения.

4. Выявлено наличие тесной взаимосвязи ценности здоровья и наиболее значимых компонентов механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения, влияющих на формирование культуры здоровья.

5. Разработана и описана социологическая концепция социальной регуляции культуры здоровья, ее цель и принципы.

6. На основе авторской методики оценки интегральных показателей социологического мониторинга конкретного социально обусловленного заболевания разработаны модели профилактического поведения, апробированные посредством социального эксперимента.

7. Основываясь на ретроспективном анализе пандемий и исследовании современной пандемии COVID-19 выявлены особенности формирования культуры здоровья, среди которых наиболее важными являются трансформация социальных норм сохранения здоровья, изменение поведения личности и различных групп в

условиях стремительного роста риска потери здоровья и жизни, а также в результате инфодемии COVID-19.

8. В результате анализа социальных практик выявлена специфика социальной регуляции культуры здоровья в условиях пандемии COVID-19, определена сущность здоровьесберегающего поведения, характерного для событий пандемического характера и влияющего на формирование культуры здоровья.

Научная новизна исследования раскрывается в **положениях, выносимых на защиту:**

1. На основе структурно-функционального подхода (Т. Парсонс) и концепции социокультурной саморегуляции (Ю. А. Зубок, В. И. Чупров), позволяющих изучить функции и устойчивые элементы социальной системы в процессе институциональной регуляции культуры здоровья, так и здоровьесберегающее поведение индивида в качестве саморегуляции процесса сохранения здоровья, сформулированы концептуальные в рамках данного диссертационного исследования термины, такие как «культура здоровья», «здоровье», «профилактическое поведение» и «здоровьесберегающее поведение».

В авторской интерпретации «культура здоровья» представляется значимым элементом общественной системы сохранения здоровья, отражающим социальные ожидания общества в отношении здоровьесберегающего поведения индивида; формирующаяся посредством создания, регуляции и сохранения социальных культурных норм, способных воздействовать на ценностные ориентации и конструируемые смыслы здоровьесберегающей деятельности индивидов и социальных групп, детерминируя поведение, направленное на сохранение и улучшение здоровья и продолжительности жизни в целом.

В этом случае «здоровье» понимается как «состояние организма человека, при котором отсутствуют заболевания или функциональные нарушения организма, препятствующие выполнению социальных функций в повседневной жизни в соответствии с социальными ролями, статусами, конгруэнтными культуре социума, когда индивид, основываясь на своих физических ощущениях и своем понимании здоровья, обозначает себя здоровым».

Для социологического понимания дефиниции «поведение» в контексте сохранения здоровья предлагается авторская интерпретация понятия «здоровьесберегающее поведение», акцентирующее внимание на сохранении текущего уровня здоровья и его улучшении, и более узкое понятие – «профилактическое поведение», понимаемое как поведение индивида, социальных групп, направленное на недопущение возникновения факторов риска, способных ухудшить текущее состояние здоровья, а также недопущение возникновения, развития конкретной болезни (или группы заболеваний) и ухудшения текущего (или желаемого) уровня здоровья.

Анализ макро- и микросоциологических теоретических парадигм и подходов к социологическому исследованию культуры здоровья (поведенческого, потребностно-мотивационного, ценностного, информационно-когнитивного и праксеологического) позволил обосновать в качестве теоретико-методологического подхода к исследованию формирования культуры здоровья процесс социальной регуляции, внутренняя сущность которой раскрывается через социокультурную саморегуляцию здоровьесберегающего поведения, а внешняя – при помощи институциональной регуляции культуры здоровья.

2. Разработанная классификация факторов, детерминирующих индивидуальное и общественное здоровье, помимо биологических, экологических, инфраструктурных, включает в себя и социальные факторы, возникающие в процессе взаимодействия социальных институтов, социальных групп, в соответствии с культурой, ценностями и социальными нормами данного общества.

Социальные факторы, будучи взаимозависимыми и взаимообусловленными, проявляются в здоровьесберегающем поведении. Наиболее значимыми социальными факторами, оказывающими непосредственное влияние на поведение индивидов и групп, являются социокультурные факторы, которые формируют и регулируют ценностно-нормативную основу здоровьесберегающей деятельности. Проведенные в диссертации массовые и экспертные опросы показали, что именно социокультурные факторы обеспечивают и регулируют тесную взаимосвязь (уровень статистической значимости $p<0,05$) между здоровьесберегающим

поведением и такими элементами культуры здоровья как типы культуры, ценностные ориентации индивида на сохранение здоровья и габитусы, отражающие жизненную позицию персональной активности личности и ее способности влиять на окружающих, самоощущение человеком внешнего мира, его способность к социальной адаптации и реакции индивида на предлагаемые социальные нормы.

3. Социальная регуляция культуры здоровья представляет собой процесс, упорядочивающий здоровьесберегающую деятельность индивидов и групп в соответствии с образцами, принятыми в обществе. Механизм социальной регуляции культуры здоровья, понимаемый как способ функционирования, взаимосвязи и взаимодействия элементов процесса, включает целенаправленную внешнюю регуляцию – институциональную и внутреннюю – социокультурную саморегуляцию здоровьесберегающего поведения индивида и может реализовываться как через профилактику социально обусловленных болезней, сопровождающих современного человека на протяжении всей жизни (сердечно-сосудистые, эндокринные, йододефицитные заболевания и др.), в возникновении, развитии и предотвращении которых ключевую роль играет именно поведение индивида, так и в условиях пандемий, эпизодически повторяющихся в общественной истории.

Так, институциональная регуляция включает в себя генерирование социальными институтами социальных норм здоровья и санкций за их нарушение, ролевых и статусных образцов здоровьесберегающего поведения, которые воспринимаются, трактуются и оцениваются индивидами в соответствии с достигнутым ими социокультурным уровнем.

Социокультурная саморегуляция здоровьесберегающего поведения личности является сложным процессом взаимодействия и взаимовлияния ее компонентов (социокультурные ценности, социодемографические характеристики, габитусы, жизненные позиции, мотивация в отношении здоровьесбережения и др.) обеспечивающим конструирование смысловых понятий относительно здоровья (реальное и идеальное) и его сохранения в процессе осмысления реальности

повседневной жизни, распределение их значимости для личности и направленности деятельности по сохранению здоровья.

4. На основе результатов эмпирического исследования механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения населения региона были выявлены его наиболее значимые взаимовлияющие компоненты, такие как принадлежность личности к типу культуры, ее ценностные ориентации, социодемографические характеристики, габитусы и жизненные позиции, смысловые понятия индивида относительно здоровья. Эти компоненты, влияя на формирование установок и мотивацию к здоровьесберегающему поведению, стимулируют индивидов и сообщества к поддержанию и улучшению здоровья через осознанную саморегуляцию своих привычек и принятие решений в пользу здоровья.

Эмпирические данные, включая результаты опросов и фокус-групп, показали, что самооценка состояния собственного здоровья, как и понимание индивидом ценности здоровья и его сущности, тесно связаны с этими компонентами. Наиболее тесная взаимосвязь (уровень статистической значимости $p<0,05$), определенная с помощью Хи-квадрата Пирсона, выявлена между оценками респондентов своего здоровья и ценностями, ориентированными на социум, духовность или материальный мир, ценностями, определяющими приоритет не только своего благополучия (материального, физического, психологического и т.д.), но и благополучия близких людей, с такими социально-демографическими характеристиками как возраст, профиль полученного образования и наличие вредных для здоровья привычек (курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни, неправильное питание и др.), а также с габитусами, отражающими жизненную позицию персональной активности или пассивности в отношении влияния на окружающих людей; приспособления под внешние изменения, направленность личности в сторону противостояния, подчинения или свободы в выборе социальных норм.

Исследование показало, что сформированные в обществе представления об «идеальном здоровье» играют важную роль в мотивации к сохранению здоровья и

служат предикторами формирования культуры здоровья и здоровьесберегающей деятельности, а изменения социокультурных переменных могут значительно влиять на здоровьесберегающее поведение на уровне индивидов и групп.

Следовательно, формирование культуры здоровья, как основы здоровьесберегающей деятельности индивида и социальных групп, должно соответствовать ценности здоровья в структуре смысложизненных ценностей индивида, создавать внутренние правила выбора социальных практик здоровьесбережения и готовность к здоровьесберегающей деятельности, что в свою очередь отвечает интересам общества и государства и особенно в период пандемий.

5. Разработанная в диссертационном исследовании авторская концепция социальной регуляции культуры здоровья основана на понимании культуры как элемента общественного здоровья, базируется на основополагающей идее формирования культуры здоровья, ее регуляции и развития посредством социальной регуляции, включающей внешнюю регуляцию – институциональную, направленную на создание, интеграцию, трансляцию и сохранение социальных норм здоровьесбережения и систему санкций за их нарушение, а также внутреннюю – социокультурную саморегуляцию здоровьесберегающего поведения индивида.

Цель концепции – описание механизма социальной регуляции, направленной на формирование и регуляцию культуры здоровья и здоровьесберегающего поведения индивидов и социальных групп, обеспечивающих сохранение индивидуального и общественного здоровья, а также преодоление неравенства в отношении здоровья, обусловленного социальными факторами и достижения наибольшей продолжительности здоровой жизни всех социальных групп.

Научный подход к социальной регуляции культуры здоровья описывается тремя концептами:

Концепт 1. Формирование культуры здоровья на уровне социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения отдельного индивида.

Концепт 2. Институциональная регуляция культуры здоровья общества.

Концепт 3. Влияние взаимодействия социокультурной саморегуляции и институциональной регуляции на формирование культуры здоровья индивидов, социальных групп и общества в целом.

Концепция социальной регуляции культуры здоровья, ее основные элементы базируются на следующих принципах:

– принцип адекватности внешней регуляции утверждает важность адекватной оценки распространенности и тяжести последствий отдельных заболеваний (или пандемии) для общества в целом при разработке государственной стратегии здоровьесбережения;

– принцип триангуляции эффективности социальной регуляции заключается в необходимости связи институционального регулирования с групповыми и личностными социальными факторами;

– принцип социальной дифференциации учитывает связь элементов социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения с особыми социально-демографическими и другими характеристиками индивидов и социальных групп, что особо актуализируется в периоды пандемии.

6. Социальный эксперимент с участием населения Тюменской области, проживающего в условиях природного йодного дефицита, строился на авторской методике оценки интегральных показателей социологического мониторинга здоровьесберегающего поведения и информированности населения об опасности йододефицитных заболеваний, имеющих высокую общественную значимость ввиду масштабной распространенности и значительного ущерба обществу через снижение его репродуктивного и интеллектуального потенциала. В рамках реализуемой в Тюменской области на протяжении 25 лет региональной программы, направленной на сохранение здоровья и формирование культуры здоровья населения, автором разработаны поведенческие модели: представители модели поведения «А» (55%) имеют средний и высокий уровни как информированности, так и профилактического поведения («знаю и делаю»). У представителей модели профилактического поведения «Б» (28%) при наблюдаемом отсутствии профилактического поведения информированность находится на среднем и

высоком уровнях («знаю, но не делаю»). Представители модели поведения «В» (17%) характеризуются чрезвычайно низким уровнем информированности («не знаю, но что-то делаю»). Таким образом, модели профилактического поведения в отношении конкретного социально обусловленного заболевания отражают уровень саморегуляционного поведения индивидов и социальных групп и основаны на связи их поведенческих паттернов с информированностью о риске заболевания и способах профилактики.

Анализ моделей профилактического поведения при социально обусловленных болезнях на примере йододефецита продемонстрировал высокую значимость сформированности навыков профилактического поведения, играющих ключевую роль в формировании культуры здоровья. Эксперимент показал ограничения возможностей институциональной регуляции в региональной или групповой профилактике. Также недостаточно высокий уровень профилактического поведения отмечается вследствие влияния социокультурных факторов саморегуляции (нежелания получать информацию о неосознаваемом риске для здоровья, недостаток навыков в аспекте здоровьесбережения и др.). Значительный разрыв между знанием о необходимости профилактики и деятельностью по ее соблюдению, сохраняющийся на протяжении эксперимента, отражает социокультурную особенность саморегуляции при формировании культуры здоровья и подчеркивает необходимость постоянного стимулирования здоровьесберегающей деятельности индивидов и социальных групп.

7. Исторически пандемии оказывали значительное влияние на общество в силу внезапности их возникновения, высокой угрозы здоровью и риска внезапного ухода из жизни любого члена общества. Проведенный ретроспективный анализ мировых пандемий позволил выявить отличительные особенности формирования культуры здоровья в эти периоды. Пандемии приводили не только к росту смертности населения и локальным кризисам, обостряя общественно-экономические проблемы и изменяя привычный уклад жизни, но и обуславливали необходимость формирования новой культуры здоровья, способной не только стимулировать создание новых социальных норм, но и влиять на осознание

обществом ценностей сохранения жизни и здоровья.

Отличительной особенностью пандемии COVID-19 стал исключительный социокультурный феномен – «инфодемия». Его сущность состояла в избыточном потоке и интенсивном распространении информации о ключевой теме (COVID-19), часть из которой была ложной, что порождало эмоциональную нестабильность общества, искажённое восприятие социальных норм самозащиты (вакцинации, лечения), но и одновременно способствовало формированию новых социальных норм здоровьесберегающего поведения (физическая дистанция, ношение масок, гигиена рук и пр.). Следовательно, инфодемия COVID-19 по своей сути явилась новым механизмом осмысления стремительного изменения реальности и беспрецедентного обновления социальных норм сохранения здоровья в условиях вынужденной адаптации социума к пандемии.

8. Спецификой социальной регуляции сохранения здоровья населения в условиях пандемии COVID-19 стала необходимость экстренной содержательной коррекции социальных норм сдерживания массового заражения, исполнение которых зависело как от институциональной, так и от внутренней социокультурной регуляции здоровьесберегающего поведения. При этом ценностно-нормативные установки на сохранение здоровья и следование социальным нормам поведения, сформированные до пандемии, оставались высоко значимыми и в пандемию.

Анализ социальных практик принятия и выполнения населением социальных норм самозащиты и защиты окружающих, вакцинации и лечения от COVID-19 позволил выделить (согласно авторской методике) социальные группы, отличающиеся разной степенью их исполнения (высокой, средней и низкой). По своему содержанию, выполнение социальных норм – это индикаторы уровня сформированности культуры здоровья граждан в условиях пандемии. Для анализа исследуемых групп был использован критерий Хи-квадрата Пирсона и установлено, что соблюдение правил профилактического поведения в пандемию COVID-19 зависит от социокультурной типологии, ценностей, мотивов и установок респондентов, от их социально-демографических особенностей и от степени усвоенных ими ранее сформированных в обществе моделей

здоровьесберегающего поведения.

Также специфической особенностью социальной регуляции формирования культуры здоровья в период COVID-19 является вербально-ассоциативная идентификация респондентов, вызванная инфодемией и отражающая их принадлежность к различным группам выполнения предписанных правил здоровьесберегающего поведения.

Разработанный автором показатель «восприятие угрозы» рассчитан на основе суммативно-описательных оценочных суждений и мнений респондентов, полученных в ходе неформализованного интервью. Он отражает их реакцию на внешнюю институциональную регуляцию через введение новых для общества социальных норм сдерживания массового заражения коронавирусом и позволяет следующим образом категоризировать особенности поведения в пандемию: «профилактикоориентированное», «конформистское», «осторожно-тревожное», «нарушительное».

В целом здоровьесберегающее поведение вне пандемии связывается с инструментализацией ценности здоровья и рассматривается личностью как ресурс благополучной жизни. В пандемию ценность здоровья переосмысливается в контексте возможности его внезапной потери и страхом прекращения жизни, что придаёт ценности здоровья витальный смысл и стимулирует здоровьесберегающее поведение.

Следовательно, можно утверждать, что пандемический период из-за высокорисковых условий интенсифицирует процесс формирования культуры здоровья за счёт необходимости выбора индивидом соответствующего поведения и комплексной социальной регуляции.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в разработке концепции социальной регуляции формирования культуры здоровья; в раскрытии сущности процесса формирования культуры здоровья, выявлении механизма и технологий социальной регуляции формирования культуры здоровья как в условиях пандемии, так и вне ее. Исследование социальной регуляции формирования культуры здоровья способствует разрешению противоречия между

институциональными задачами сохранения общественного здоровья и фактическим поведением населения в отношении здоровьесбережения, регулируемого механизмом социокультурной саморегуляции поведения.

Полученные результаты исследования представляют интерес для социологов, работников здравоохранения и руководителей различного уровня, что связано с формированием нового подхода к формированию культуры здоровья, необходимой для сохранения здоровья населения. Практическая значимость результатов исследования определяется возможностями их использования в практической деятельности при реализации действующих программ по формированию культуры здоровья и здорового образа жизни, а также при разработке новых профилактических региональных и федеральных программ для различных социальных групп и групп повышенного риска развития заболеваний; при организации информирования населения структурами государственной власти, местного самоуправления о возможностях сохранения здоровья и рисках заболеваний для индивидуального и общественного здоровья. Результаты исследования использованы автором при разработке социальных проектов, программ профилактики, учебно-методических рекомендаций по проведению информационных мероприятий в учреждениях образования и здравоохранения разного уровня. Разработанная методология, инструментарий и результаты исследования могут быть использованы в высших учебных заведениях в рамках курсов по общей социологии, социологии медицины, менеджменту в социальной сфере, общественному здоровью и др. в программах подготовки специалистов разного уровня.

Соответствие темы диссертации требованиям специальности. Исследование соответствует специальности 5.4.6 «Социология культуры» (социологические науки) Паспорта специальностей научных работников ВАК Министерства науки и высшего образования РФ п.3 «Социокультурный процесс, его структура и особенности в разных сферах жизнедеятельности», п.8 «Социокультурная регуляция и саморегуляция в жизнедеятельности общества», п.22 «Культура повседневности».

Достоверность результатов диссертации обусловлена использованием теоретически обоснованной методологической базы и применением разнообразных эмпирических методов, позволивших получить научные результаты, отражающие особенности социальной регуляции культуры здоровья, как на институциональном уровне, так и на уровне социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения индивидов и социальных групп. Результаты, полученные в процессе выполнения диссертационной работы, согласуются с данными современных публикаций российских и зарубежных исследований по общей социологии, социологии культуры и здоровьесберегающему поведению населения.

Апробация результатов исследования. Результаты диссертационного исследования, основные положения и практические выводы апробировались на 36 научно-практических конференциях (14 международных), в том числе: Международная научно-практическая конференция «Система ценностей современного общества» (Новосибирск, 2014); II Всероссийский конгресс «Инновационные технологии в эндокринологии» с участием стран СНГ (Москва, 2014); Международная научно-практическая конференция «Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов» (Тюмень, 2013); IV Международная научно-практическая конференция «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире» (Санкт-Петербург, 2014); Всероссийский национальный конгресс «Человек и лекарство. Урал-2014» (Тюмень, 2014); VII Всероссийский конгресс эндокринологов (Москва, 2016); V Тюменский международный социологический форум (Тюмень, 2017); Международная научно-практическая конференция «Проблемы устойчивого развития на макро-, мезо- и микроуровне» (Тюмень, 2018); Экспертный совет «Укрепление систем мониторинга программ йодной профилактики в странах Восточной Европы» (Минск, 2018); Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Инновации в управлении региональным и отраслевым развитием» (Тюмень, 2018); Международная научно-практическая конференция «Общественное здоровье и здравоохранение: актуальные вопросы»

(Курск, 2020); XX Международная научно-практическая конференция «Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, достижения и тенденции развития» (Пенза, 2020); VI Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы современной науки» (Новосибирск, 2020); Научно-практическая конференция с международным участием «Здоровье населения: социальная регуляция в условиях кризиса» (совместно с Институтом социально-политических исследований ФНИСЦ РАН) (Курск, 2021); Международная научно-практическая конференция «Устойчивое развитие предприятий, стран и регионов» (Тюмень, 2021); Международная арктическая конференция «8+» (МАК 8+, International Arctic Conference «8+») (Норильск, 2022); Всероссийская научно-практическая конференция XXIII Уральские социологические чтения «личность, культура, общество: наследие Л.Н. Когана и современность» (Екатеринбург, 2023).

Результаты диссертации отражены в 82-х научных публикациях, в том числе в 4 монографиях и 78 научных работах (из них 20 статей в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК для публикации основных научных результатов диссертации на соискание учёной степени доктора наук, и публикации в рецензируемых научных изданиях, входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования WoS).

Структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, 4 глав, заключения, списка литературы и 3 приложений. Основное содержание изложено на 370 стр., включая таблицы, рисунки и список литературы, содержащий 402 наименования источников.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ

1.1 Культура здоровья в классических и современных теориях: сущность, содержание и подходы

Культура здоровья является частью общей культуры, следовательно ее необходимо рассматривать в контексте общей культуры, исследованной классиками социологии. Действительно, представления о связи продолжительности жизни и здоровья, ценность здоровья естественны для человека любой культуры, как и стремление по возможности сохранить и улучшить свое самочувствие, продлить годы жизни.

Культура представляет собой неотделимую часть жизни общества, человек рождается в культуре своего социального окружения, вырастая, впитывает культуру окружающей его реальности, осознанно и неосознанно транслирует ее на протяжении своей жизни.

Культура, являясь объектом изучения различных наук (социологии, культурологии, философии, антропологии, истории и других), представляет собой многогранное и многозначное явление, а исследование культурных феноменов, как правило, начинается с обоснования основных дефиниций и уточнения ключевого понятия «культура».

Социологический словарь определяет термин «культура» (от лат. cultura – возделывание, воспитание, образование, развитие, почитание) как: 1. Совокупность материальных и духовных ценностей, выражающая определенный уровень исторического развития данного общества и человека. 2. Сфера духовной жизнедеятельности общества, включающая систему образования, воспитания, духовного творчества. 3. Уровень овладения той или иной областью знаний или деятельности. 4. Формы соц. поведения человека, обусловленные уровнем его воспитания и образования» [265, с. 151].

На протяжении истории человечества меняются дефиниции понятия

«культура». Изначально словом «культура», уточняют Е. Н. Нархова и Д. Ю. Нархов, обозначали «развитие умения следовать существующим нормам и обычаям, но и поощрение желания им следовать, формировало уверенность в способности культуры удовлетворить все потребности и запросы человека» [184, с. 9]. В Средние века понимание «культуры» имело оттенок персонифицированного религиозного развития, в эпоху Возрождения – приближение к гуманистическому идеалу (просветителей). Э. Тейлор (XVII в.) первым связал культуру с обществом и определил ее как «совокупность знаний, верований, законов, обычаев и других умений, приобретенных человеком как членом общества» [149]. Просветители XVIII века, начиная с Вольтера и А. Тюрго, прочно связали процесс культурного развития человечества с развитием разума, где научное знание стало высшей культурной ценностью (идеи сциентизма) [37]. По оценке Е. Н. Нарховой и Д. Ю. Нархова, различия в подходах к пониманию культуры обусловили развитие идеи «множества своеобразных типов и форм культурного развития, располагающихся в определенной исторической последовательности и образующих в совокупности единую линию духовной эволюции человечества» [184, с. 11].

Следующим этапом в дефинициях «культура» стал социально-деятельностный подход К. Маркса и Ф. Энгельса, идеи которых сформировали понимание культуры как процесса «культивирования всех свойств общественного человека и производство его как человека с возможно более богатыми свойствами и связями, а потому и потребностями…» [170, с. 228].

В конце 19 века - начале 20 века широкое распространение получила идея Э. Б. Тайлора, полагавшего что «культура... слагается в своем целом из знания, верований, искусства, нравственности, законов, обычаев и некоторых других способностей и привычек, усвоенных человеком как членом общества» [Цит. по: 281, с. 96].

Таким образом, междисциплинарные исследования культуры привели к современному пониманию «культуры как совокупности предметов и явлений, реально существующих в окружающем нас мире … предметы и явления,

составляющие культуру, располагаются во времени и пространстве: 1) в организме человека (идеи, верования, эмоции, отношения); 2) в процессах социального взаимодействия людей; 3) в материальных объектах (топоры, фабрики, глиняные сосуды), находящихся вне организма человека, но в пределах моделей социального взаимодействия между людьми» [Там же. С. 106].

Тем не менее, полисемантичность становится важным качеством понятия «культура», что связано со сложностью объекта, многогранностью его форм, отражающих широкий спектр человеческого бытия. Например, в исследовании «Культура: критический обзор понятий и определений» (1952 г.) А. Кребер и К. Клакхон провели анализ частоты и особенностей употребления термина «культура». По их мнению, с 1920 по 1950 годы насчитывалось 157 дефиниций этого термина. В свою очередь А. Кребер и К. Клакхон, определяя «культуру» как «абстракцию человеческого поведения, но не само поведение» [147, с. 534], подчеркивают, что «культура состоит из прямых и косвенных паттернов поведения и паттернов для поведения, приобретенных и передаваемых посредством символов, представляющих собой отличительные достижения социальной групп, включая их воплощения в артефактах; ядро культуры представляет собой традиционные (исторически созданные и отобранные) идеи и особенно относящиеся к этим идеям ценности; культурные системы могут, с одной стороны, рассматриваться как продукт произведенного действия, с другой как обуславливающие элементы будущего действия» [365, с. 181]. Считая нормы и стандарты поведения человека важными элементами культуры, они утверждают, что взаимодополняющими элементами культуры являются идеологии, которые обосновывают и одобряют выбранные способы поведения [Там же. С. 189].

Антропологические исследования А. Кребера привели к формированию концепции культуры как «особого, сверхорганического уровня реальности», которая понимается «не только как сверхорганический и сверхпсихический, но и как сверхсоциальный феномен» [147, с. 536]. При этом автор подчеркивает неиндивидуальность как социального, так и культурного уровня реальности.

В свою очередь Р. Бенедикт полагала, что именно социальная среда

определяет этнические особенности, а центральным звеном является «этос культуры – специфическая совокупность структур, основных общественных ценностей и установок, определяющая содержание и направленность воспитания детей и жизнедеятельность взрослых» [327]. Понимание ею культуры в качестве «относительно определенной совокупности предписаний для личности, сопряженных с ее душевной организацией и возможностями самореализации» [225, с. 48-49] и особый акцент на значимости культуры в формировании образа жизни человека создало предпосылки для перемещения исследований социокультурной антропологии в социологическое исследовательское поле.

Таким образом, антропологические и культурологические исследования Р. Бенедикт, Э. Сепира, А. Крёбера и К. Клакхона актуализировали значимость социального фактора в изучении культуры, продемонстрировали пластичность природы человека и его зависимость от социальной среды.

Первое использование термина «социология культуры» связывают с трудами неомарксизского исследователя М. Адлера, который в контексте изучения проблем национального австрийского самоопределения подчеркивал важность «социальных факторов становления, функционирования и развития культурных феноменов (прежде всего, ценностей и соответствующих им норм), рассматриваемых в свою очередь в аспекте их определяющего воздействия на социум и социальные взаимодействия людей» [Цит. по: 12, с. 339].

Истоки социологии культуры как научного знания о современном социуме лежат в основных парадигмах О. Конта, Г. Спенсера, Э. Дюркгейма, М. Вебера, К. Маркса, Т. Парсонса. Так, например, идеи культурного развития в контексте развития социума отражены в трудах основателя позитивной социальной науки О. Конта. В синоптической таблице курса положительной философии в разделе «Социальная физика или социология» приводятся особенности «положительного [позитивистского] метода в приложении его к изучению социальных явлений» [138, с. 25]. О. Конт разделяет социологию на социальную статику и социальную динамику, относя ее в своей иерархии наук к одной из шести областей знаний. Поскольку социология культуры является частью общей социологии, то в

исследовании культуры здоровья концепция «социальной статики» актуальна для изучения связи социальных институтов с различными аспектами сохранения здоровья общества для обеспечения его стабильного гармоничного функционирования. Идея эмпирической реальности О. Конта и его предложение использования в социологии исследовательских методов естественных наук (наблюдения, сравнения и др.) являются основой современной социологической практики и по сути, помогают достигать основные задачи социологии, среди которых – поиск закономерностей развития общества и реформирование социального порядка [138; 339].

Идеи О. Конта об обществе и культуре как органически целом, ориентированном на естественные науки, нашли продолжение в трудах основоположника «фактуалистической» социологии Э. Дюркгейма, считавшего главной целью социологии открытие таких социальных фактов, которые имеют коллективную значимость, «самоочевидность», существуют вне индивида, но в тоже время обладают «принудительной силой по отношению к индивидам» [71, с. 318]. В восприятии Э. Дюркгейма социально-культурные явления представлялись сверхприродными, имеющими собственные законы динамики и статики, при этом гарантом-хранителем духовных ценностей выступало именно общество, из чего следовало требование нормативности усвоения и соответствия им членами общества («солидаризм» в терминологии Э. Дюркгейма).

Однако в концепции Э. Дюркгейма игнорировались психологические и биологические особенности индивидов, что связано с его исследовательским подходом – «надиндивидуальностью», позволяющем оценивать социальные факты, исключив субъективную составляющую. Изучая культурные памятники, обычаи, обряды, традиции, Э. Дюркгейм предлагал рассматривать их как социальные факты – продукты коллективного сознания, отмечая, что социология должна строиться «на эмпирическом и рациональном методическом фундаменте» [Там же. С. 321].

Размышляя о здоровье и, в частности о влиянии нравственной жизни на физическое здоровье, Э. Дюркгейм отмечал, что биологическая природа человека

противоположна социальной, которая направляет к аномии, к состоянию «беспредела», зачастую возникающего во времена стремительных социальных изменений, когда настоящие правила и убеждения перестают действовать, а альтернативные еще не сформировались [319]. Э. Дюркгейм отмечает, что здоровье общества связано с преодолением состояния аномии, а ведущая роль в этом процессе принадлежит воспитанию, «с помощью которого которое общество постоянно воспроизводит условия своего собственного существования. Общество может существовать только тогда, когда между его членами существует достаточная степень однородности. Воспитание воспроизводит и укрепляет эту однородность, изначально закладывая в душе ребенка главные сходства, которых требует коллективное существование» [71, с. 254]. По мнению Э. Дюркгейма, семья выступает «первой школой бескорыстия, ибо именно в семье ребенок, который в противном случае стал бы жертвой эгоизма, усваивает, что он должен время от времени приносить жертвы и поклонения – вещи, которые позже потребует общество» [319]. Таким образом, целью воспитания является формирование личности, способной регулировать свое поведение, соотнося его с интересами общества.

Идеи О. Конта об объективности социологии, развивающейся по естественно-научным принципам, повлияли и на основоположника структурного функционализма и основателя «органической школы» Г. Спенсера, который первым применил методологические основы социологии О. Конта для описания общественных систем. Г. Спенсер вывел свою общую эволюционную схему из размышлений об обществе, полагая, что социальная эволюция считается процессом возрастающей «индивидуализации», т.е. развитие общества происходит посредством растущего разделения труда от недифференцированных групп к сложным цивилизациям. Спенсер классифицировал общества на военные, в которых сотрудничество обеспечивалось силой, и промышленные, в которых сотрудничество было добровольным, а управление демократично и децентрализовано [267].

На основании доктрины социального дарвинизма Г. Спенсер распространил

принципы эволюции на человеческое общество, социальные классы и индивиды, рассматривая их как биологические виды. Формула Спенсера «выживает сильнейший» (впоследствии широко используемая в эволюционной теории Ч. Дарвина) обозначала способность к выживанию наиболее приспособленных [268]. Г. Спенсер аргументировал закон детерминированности общества зависимостью от среднего уровня развития его членов, отражающего структурно-функциональные изменения в обществе, т.е. чтобы произошли изменения, большинство представителей общества должны достигнуть нужного культурного, научного, интеллектуального уровня.

Исследование Г. Спенсером различных аспектов культуры здоровья проводилось в контексте изучения особенностей воспитания и образования. Так, в труде «Воспитание умственное, нравственное и физическое» обсуждается важность физических упражнений, внешнего вида и одежды, гигиенического ухода за телом, режима труда и отдыха, саморазвития в образовании детей, разумного пищевого поведения и диет, а также дисциплины, основанной на понимании последствий своих действий, а не на физическом наказании от родителей и учителей [269]. В исследовании дан широкий обзор особенностей культуры здоровья представителей различных сословий английского общества конца 19 века, где описаны традиции питания и правила ухода за телом, проблемы эстетического воспитания, интеллектуального развития детей. На основе полученных результатов Г. Спенсер вводит понятие «физическая нравственность», связывая ее с ответственностью, долгом человека по охране своего здоровья, основанном на ценности продолжения рода.

Отводя важную роль физическому воспитанию, Г. Спенсер выражает надежду на то, что однажды наступит эпоха, «когда люди начнут одинаково дорожить телом и умом» [Там же. С. 113]. В частности, он пишет следующее: «Немногие, по-видимому, сознают, что существует физическая нравственность. Слова и действия людей явно доказывают их убеждение, что они считают себя в праве обращаться со своим телом, как им заблагорассудится; на устройство своего здоровья, являющимся результатом нарушений предписаний природы, они смотрят

как на несчастье, а совсем не как на последствие легкомысленного своего поведения. Несмотря на то, что гибельные последствия, навлекаемые ими на своих детей и на будущие поколения, очень часто равносильны преступлению по своей важности, тем не менее, они не считают себя преступниками» [Там же. С. 113-114].

Критикуя сословные традиции воспитания детей, связывая высокую детскую и младенческую смертность с традициями, не способствующими сохранению здоровья детей, Г. Спенсер пишет о том, что «в среде образованных классов обнаруживается решительная наклонность скорее недокармливать, чем перекармливать детей». Он критикует установки родителей на воспитание пищевого поведения их детей: «Выбирая пищу для себя, они соображаются со своим аппетитом и вкусами, и если придерживаются строгих правил умеренности, то только тогда, когда им надо предписывать правила эстетики своим детям» [Там же. С. 88]. При этом он отмечает, что «детей не только мало кормят, но дают им далее скудную пищу, считая это для них полезным, а традиционное мнение, что мясо нездорово для маленьких мальчиков и девочек <придуманное бедными сословиями в целях экономии как оправдание> вследствие частых повторений возросло до значения догмата» [Там же. С. 91]. Кроме того, Г. Спенсер осуждает английскую традицию одевать детей в легкую одежду в холодное время года: «не мало детей <…> отправилось на тот свет по милости этого метода, а те, которые пережили его, остались малорослыми и тщедушными. Их слабое телосложение явно показывает, какой вред нанесен им, а частые болезни должны бы служить предостережением для неразумных родителей» [Там же. С. 97]. По мнению автора, «из всех вопросов, где дело идет о том, чтобы избегать «вредных, губительных обычаев», самый важный – это вопрос об одежде детей» [Там же. С. 99].

В результате анализа сложившейся в английском обществе середины 19 века традиции воспитания и сохранения здоровья детей Г. Спенсер критикует устои и привычки людей того времени: «… не поразителен ли тот факт, что, хотя от ухода за детьми зависит их жизнь и смерть, их нравственное благосостояние и гибель, – ни одного слова наставления, как обращаться с детьми, не прочтут и не услышат те, кто рано или поздно будет их иметь? Не уродство ли это, что судьба молодого

поколения отдается в жертву глупым обычаям, привычкам, фантазиям, а также внушениям необразованных нянек, полным предрассудков, советам бабушек?» [Там же. С. 16]. Ученый пишет о необходимости научного подхода к сохранению здоровья и формированию культуры здоровья, отмечая, что «пора гигиене наших детей сделаться предметом тщательных исследований <…> мы все-таки считаем своим долгом напомнить, что воспитание здоровых мужчин и женщин имеет также большое значение и что действия наши <…> должны строго согласоваться с выводами теории и подтверждениями практики» [Там же. С. 87]. Таким образом, Г. Спенсер, понимая важность анализа традиционного подхода к воспитанию детей и сохранению их здоровья, настаивает на необходимости формирования культуры здоровья, которая должна основываться на научном подходе. Актуальность выводов Г. Спенсера не потеряла значимость и сегодня, спустя 125 лет.

Еще один основоположник социологии культуры М. Вебер делает акцент на способах описания культурных феноменов и воплощении концепции «идеальных типов» (для изучения многообразия социокультурных феноменов). Он отмечает, что «для целей типологического научного анализа удобно рассматривать все иррациональные, аффективно детерминированные элементы поведения как факторы отклонения от концептуально чистого типа рационального действия» [399]. По его мнению, вначале необходимо определить, каким был бы образ действий, если бы на него не повлияли иррациональные аффекты, затем ввести иррациональные компоненты для объяснения наблюдаемых отклонений от этого гипотетического курса, тем самым оценивая причинное значение иррациональных факторов, объясняющих отклонения от этого типа. Именно «построение чисто рационального образа действий в таких случаях и служит социологу типом («идеальным типом»), обладающим достоинством четкой понятности и отсутствия двусмысленности» [Там же]. В процессе сравнения факта с идеальным типом можно провести оценку влияния иррациональных факторов (аффектов, ошибок и т.д.) на отклонения от ожидаемого поведения (принимая за гипотезу рациональность поведения). Таким образом, основываясь на идеях М. Вебера, можно определить, что идеальный тип – это ментальная конструкция в социальных

науках, полученная через наблюдение реальности, не соответствующая ей в деталях из-за преднамеренного упрощения. Он не идеален в том смысле, что он превосходен и не является средним; это, скорее, сконструированный идеал, используемый для приближения к реальности путем выбора и акцентирования определенных элементов.

К наукам о культуре М. Вебер относил дисциплины, изучающие общественные явления с позиции их культурной значимости. При этом он полагал, что «значение конфигурации культурных явлений и основание этого значения не могут быть выведены и осмыслены системой аналитических законов, как бы совершенна она ни была, так как значение культурных событий предполагает ценностную ориентацию на эти события» [Там же]. Ученый считает, что «понятие культуры есть ценностное понятие», что является следствием отношений объективного порядка: «Эмпирическая реальность становится для нас «культурой» потому и постольку, поскольку мы связываем ее с ценностными идеями» [Там же]. По мнению М. Вебера, только незначительная часть окружающей действительности имеет значимость для индивида, будучи ценностно-обусловленной, а потому «сосредоточение внимания на действительности под руководством придающих ей значение ценностей, а также отбор и упорядочение затрагиваемых таким образом явлений в свете их культурного значения совершенно отличны от анализа действительности с точки зрения законов и общих понятий» [Там же]. Он также уточняет, что «не существует абсолютно «объективного» научного анализа культуры <…>. Причины этого кроются в характере познавательной цели всех исследований в социальной науке, стремящихся выйти за пределы чисто формальной трактовки правовых или конвенциональных норм, регулирующих общественную жизнь» [Там же]. Исследователь подчеркивает, что «культурные или психические события «объективно» в меньшей степени подчиняются законам <…> познание культурных событий немыслимо иначе, как на основе того значения, которое имеют для нас конкретные констелляции действительности в определенных индивидуальных конкретных ситуациях. В каком смысле и в каких случаях это имеет место, нам не

раскрывает никакой закон; это решается в соответствии с ценностными представлениями, в свете которых мы рассматриваем «культуру» в каждом отдельном случае» [Там же].

Таким образом, М. Вебер определил важность исследования смыслов, вкладываемых в то или иное понятие, и их связь со значением-ценностью общественного явления для индивида, группы и общества в целом, что несомненно имеет важность для исследования культуры здоровья, где «культура есть конечный отрезок бессмысленной бесконечности мирового процесса, отрезок, которому люди придают смысл и значение» [Там же].

В трудах другого классика социологии К. Маркса культура здоровья раскрывается в контексте теории классовой борьбы, в русле критики правящего класса в утилитарном использовании рабочих и их здоровья, а также описания плохого состояния здоровья представителей разных сословий вследствие тяжелого труда, длительных рабочих смен, низко-качественного скудного питания, вредных для здоровья условий работы на производствах, загрязненного воздуха, перенаселенных городов, грязной городской среды, эпидемий и т.д. [348]. Маркс пишет, что представитель низших сословий, «столь плохо обеспеченный самыми необходимыми средствами к существованию, не может быть здоровым и не может достичь преклонного возраста, это само собой разумеется» [Там же]. По его мнению, английская общественность совершает «социальное убийство, так как поставила рабочих в такие условия, в которых они не могут ни сохранить здоровье, ни долго жить; что она постепенно, мало-помалу подрывает жизненные силы этих рабочих и торопит их в могилу раньше срока» [Там же]. При этом автор констатирует, что общество в лице элит знает о текущем состоянии, но бездействует.

Результаты исследования К. Маркса играют значительную роль в изучении культуры здоровья, так как рассматривают человеческую деятельность как «процесс распредмечивания, т. е. освоения предметного мира и опредмечивания как творчества, при котором поведение человека является лишь формой деятельности, ее внешней стороной» [367; 314, с. 10]. При этом поведение,

проявляемое в разнообразных видах, может являться по сути одной деятельностью, в то время как наблюдаемое схожее поведение разных индивидов может иметь различное содержание деятельности. Например, прогулка в парке для одного человека важна как физическая активность для сохранения здоровья, а для другого – в сущности поиск новых знакомств с целью развлечения. Таким образом, в соответствии с марксистской концепцией культуры человек как субъект общественно-трудовой деятельности преобразует природу, создавая материальный мир и при этом самого себя, а в ходе этого процесса и возникает культура.

Значимое влияние на формирование предмета социологии культуры оказал Т. Парсонс, согласно концепции структурного функционализма культура рассматривалась как детерминанта социума, что в свою очередь и определило дальнейшее рассмотрение культуры в качестве краеугольного камня формирования и развития сфер общества [266]. Т. Парсонс отмечал, что «отношения личностей и социальных систем с предельной «неэмпирической реальностью» опосредованы в фундаментальном смысле культурной системой» [209, с. 44]. При этом он подчеркивал важность критерия самодостаточности, под которым понимал «способность системы – приобретаемую благодаря ее внутренней организации и ресурсам и благодаря ее доступу ко входам из ее сред – к автономному функционированию в осуществлении ее нормативной культуры, прежде всего, ее ценностей, но также ее норм и коллективных целей» [Там же. С. 45-46]. Парсонс писал: «Ясно, что самодостаточность – это степень генерализованной адаптивной способности в том смысле, в каком этот термин употребляется в биологической теории» [Там же. С. 46].

Социологический исследовательский интерес к изучению социальных ролей в процессе сохранения здоровья был инициирован Т. Парсонсом анализом институционализированной роли больного, в том числе и того, «как применяются общие условия реинтегративного процесса социального контроля» [207, с. 435]. Он, отмечая, что культура «состоит из стандартизованных упорядоченных систем значений, которые являются объектами ориентации действия, – это компоненты, интернализуемые личностью индивидуального актора, и стандарты,

институционализируемые социальными системами <подчеркивал, что> в отношениях между культурой и мотивационным компонентом действия всегда существует нормативный аспект; культура обеспечивает стандарты отбора и упорядочения ориентаций» [Там же. С. 453]. По его мнению, «самая главная исходная точка для классификации культурных элементов – это три основных контекста функциональных проблем ориентации действия в целом: когнитивный, катектический и оценочный. При этом фундаментальное значение имеет то, что должны существовать комплексы стандартов, дифференцированные с учетом каждого из этих главных контекстов проблем. Эти аспекты рассмотрения дают основу для первоначальной классификации типов культурных моделей, а именно: систем убеждений, систем экспрессивных символов и систем ценностных ориентаций» [Там же]. Таким образом, Т. Парсонс подчеркивает важность анализа систем ценностных ориентаций, убеждений, нормативности, связывая с возможностью их использования в исследовании культуры социальных феноменов, в т.ч. таких как здоровье и его формирование.

Особую роль в социологии культуры, в том числе и культуры здоровья, играют исследования культуры западных социологов 20 века. Так, например, в трудах П. Сорокина термин «общество» соседствует с термином «культура», а «социальное» и «культурное» объединяются в единое – «социокультурное» [260]. А в более поздних его исследованиях термины «культура» и «культурное» стали занимать значимое место наравне с «обществом» и «социальным». Оценивая человеческие потери первой мировой войны, П. Сорокин размышляет о том, что «судьба любого общества зависит, прежде всего, от свойств его членов» [259]. Описывая состояние России в 20 годах 20-го века, Сорокин отмечал, что сам «специально занимался обследованием состояния молодого поколения в 1919-1920 гг. в Петрограде и его окрестностях. Картина вскрылась весьма тяжелая во всех отношениях. Жившее в годы анархии, в атмосфере войны, убийств, насилия, обмана и спекуляций молодое поколение естественно впитало в себя целый ряд привычек нездорового характера, и обратно – не усвоило многих форм поведения, необходимых для здорового общежития» [Там же].

Автор, анализируя результаты революционных и военных событий в связи с различными аспектами здоровья и жизни населения, подчеркивает, что военные действия «всегда были орудием отрицательной селекции, производящей отбор «шиворот-навыворот», т.е. убивающей лучшие элементы населения и оставляющей жить и плодиться «худшие» [Там же]. Он отмечает, что «в данном случае у нас погибли преимущественно элементы: a) наиболее здоровые биологически, b) трудоспособные энергетически, c) более волевые, одаренные, морально и умственно развитые психологически. За эти годы из разных возрастных слоев всего более потерпели ущерб самые здоровые и трудоспособные возрастные классы. Если общий процент уменьшения населения равняется 13,6%, то возрастные слои от 15 до 60 лет уменьшились на 20%, а мужская часть этих возрастов – на 28%. Отрицательная селекция войны и революции отсюда ясна» [Там же]. Таким образом, П. Сорокин в своих исследованиях делал акцент на зависимости здоровья населения от внешних социально-экономических и политических преобразований, войн и кризисов, подчеркивая важность сохранения здоровья и качества популяции в целом для будущего страны.

П. Сорокина поддерживал и А. Б. Гофман, который подчеркивает, что если «ранее культуру определяли через понятие общества, то к середине 20-го века сложилась обратная ситуация, и она сохраняется по сей день: культура, наоборот, стала рассматриваться как отличительный признак человеческого общества» [52, с. 6]. При этом Гофман замечает, что термин «культура» приобрел соразмерное значение термину «общество», а понятие «социокультурное» получило широкое распространение [Там же]. Соглашаясь с А. Б. Гофманом, необходимо подчеркнуть, что к середине 20 века «наблюдается переход от предшествующей эпохи господства парадигмы «общества» и «социального» к комбинированной парадигме «общества-культуры» и «социокультурного» на рубеже 20-21 вв. отмеченная тенденция усиливается» [Там же. С. 9]. Для нас является важным тот факт, что «культура стала обретать статус парадигматической категории и универсального объяснительного принципа, а социальные структуры и их развитие стали рассматриваться как результат действия совокупности культурных образцов,

ценностей, традиций, символов и смыслов» [Там же. С. 9].

В свою очередь К. Маннхейм, оценивая проблематику социологии культуры, отмечает, что «культурная жизнь и сфера оценок зависят от некоторых социальных условий, среди которых основная роль принадлежит характеру экономического строя и соответствующей классовой структуры, а культурная жизнь зависит от множества других социальных факторов и условий» [169, с. 556]. В таком же контексте он рассматривал и отдельные элементы проблематики культуры здоровья, например, такие как связь системы ценностей представителей разных классов, религиозных течений и здоровья.

Среди современных зарубежных социологических концепций культуры выделяется концепция М. Гельфанд, основанная на взглядах ценностного основания культуры П. Сорокина, которая выделяет жесткую и свободную типы культур, вводя эти понятия в качестве интегральных показателей, объединяющих общие ценности, особенности социальных норм группы или общества, мировосприятия, усвоения культурных норм социального класса (воспитания) и факторы, детерминирующие их формирование [43]. В своих исследованиях влияния типов культуры на поведение населения разных стран в условиях COVID-19 М. Гельфанд показала, что представленная концепция анализа культуры актуальна для изучения поведения, направленного на сохранение здоровья представителей различных социальных групп и анализа культурной политики государств в области сохранения здоровья [393].

Следует отметить, что советские ученые, хотя и не занимались исследованиями культуры здоровья, но заложили теоретический фундамент для современных теорий культуры, частью которой является культура здоровья. В 80-х годах XX в. российскими исследователями культуры Л. Н. Коганом, Л. Г. Ионины м, А. И. Шендриком были разработаны концепции культуры, косвенно затрагивающие различные аспекты, связанные со здоровьесбережением. По мнению советского ученого Л. Н. Когана, «культура – это нормативная система, ее нормы – социальные ожидания, требования общества к каждому человеку, начиная от этикета, норм повседневного поведения и кончая нормами права и

морали» [132, с. 6], а исследование культуры включает в себя «анализ деятельности человека в системе общественных отношений, ее побудительных мотивов и условий реализации» [Там же. С. 8]. При этом, по его оценке, «социолог изучает не только саму деятельность, ее содержание и влияние на развитие личности, но также стимулы и мотивы, побуждающие к занятиям именно этой деятельностью» [Там же. С. 9]. Коган отмечает: «В конечном счете, исходным их моментом, краеугольным камнем всегда оказывается изучение потребностей и интересов», – завершая мысль утверждением: «Вне этого социология культуры не существует» [Там же].

Л. Н. Коган полагал, что в основании социологии культуры должно лежать методологическое положение, определяющее исследовательскую методику и технику, а именно, что одна из главных проблем культуры – «это проблема выбора тех или иных ценностей, определяющих направленность развития личности» [Там же. С. 9]. В свою очередь направленность личности ученый связывает с «содержанием ее культурной деятельности» [Там же].

Выделяя в культуре «три основных блока: когнитивный, поведенческий и праксеологический», он подчеркивает, что «когнитивный «блок» характеризует культуру как движущуюся, развивающуюся совокупность социального опыта, накопленного человечеством – мировоззренческих парадигм, знаний, навыков, умений – во всех видах социальной деятельности. Его основной социологической единицей выступают ценности культуры» [Там же. С. 9]. К поведенческому блоку культуры Л. Н. Коган относил нормы культуры, понимая их как «устойчивые требования социальной общности к качеству деятельности и поведению членов этой общности», а целью регулирования человеческой деятельности, по его мнению, является достижение соответствия «деятельности социальным ожиданиям общества», при этом «нормы культуры конкретизируются соответствующими обрядами, обычаями, ритуалами, системой запретов («табу»)» [Там же. С. 10]. Именно нормы культуры, на взгляд Л. Н. Когана, «являются культурными ценностями, а ценности и нормы культуры в их единстве составляют субстанцию культуры, ее «тело» [Там же]. Культуроорганизующим же является

праксеологический блок, так как синтезирует когнитивный и поведенческий «блоки» через социальные институты культуры [Там же].

Среди подходов к социологическому исследованию культуры Коган считал наиболее перспективным «институциональный и личностный» [Там же. С. 16]. В первом случае предметом изучения является социальный институт культуры, изучаются культурные традиции, обычаи, обряды, ритуалы, социальная преемственность в культуре и др., а личностный подход, по мнению Л. Н. Когана, призван раскрыть духовный облик человека, дать представление о его культурном уровне. В контексте исследовательского поля культуры здоровья можно отметить использование Л. Н. Коганом функционального подхода. Например, оценивая сельскую культуру он отмечал смещение оздоровительной функции физической культуры к «развлекательной и спортивно-состязательной [Там же. С. 46].

В свою очередь Л. Г. Ионин, отмечал, что значимость культуры в обществе изменяется вместе с пониманием ее сути. В представлениях исследователя современная культура «уже не столько пассивное отражение, пассивный слепок с реальных процессов поведения, сколько их активная «форма» [105, с. 5]. Ученый комментирует ситуацию так: «Кодируя», «драматизируя» свое поведение, соотнося его с мифом и архетипом, индивиды сознательно используют культуру для организации и нормализации собственной деятельности» [Там же].

Исходя из вышесказанного, можно констатировать, что в российской социологии культура рассматривается как социальный феномен, отражающий сложное явление, возникший вместе с обществом, развитие которого тесно с ним связано на протяжении всей истории, при этом для индивида культура выступает инструментом освоения социальной действительности и средством воспроизводства культурных систем.

Для концептуализации современных российских и западных теорий культуры здоровья необходимо, прежде всего, определить подходы и ключевые направления исследований по данной проблематике.

Термин «культура здоровья» (the culture of health) был введен в научный оборот в 1968 году В. А. Скуминым [256], который проводил исследования на

стыке психологии и восточных духовных практик. По его оценке, «здоровье же само по себе следует рассматривать не как самоцель, а лишь как предпосылку, плацдарм для достижения высшего уровня, высшего качества культуры, необходимого для дальнейшей эволюции человечества» [256, с. 14]. Концепция культуры здоровья В. А. Скумина была основана на синтезе идей психологии, космизма, трансгуманизма и философии Н. Рериха, что отражено в цели культуры здоровья, которую В. А. Скумин обозначал как «необходимость формирования личностного и общественного идеала, в соответствии с которым здоровье – духовное и психофизическое – будет признано высшей общечеловеческой ценностью, а здоровый, нравственный, одухотворенный, т.е. высококультурный, образ жизни – эталоном естественного поведения человека» [Там же. С. 16]. Концепция В. А. Скумина, несмотря на использование в исследованиях восточных духовных практик и идеалистичность обозначенной цели культуры здоровья, стимулировала исследовательский интерес к культуре здоровья у представителей других наук, в т.ч. и социологов.

Анализ тематики работ, опубликованных в научной электронной библиотеке E-library.ru, позволяет говорить о том, что культура здоровья в социологическом аспекте исследуется редко: в тематическом разделе «социология» было найдено всего 39 публикаций, с ключевым словом «культура здоровья», с общим числом цитирований 52. При этом в разделе педагогики – 1080 с числом цитирований 2106, физическая культура и спорт – 298 с числом цитирования 778, в разделе медицины и здравоохранения – 110 с числом цитирований 278, в разделе психологии 52 публикаций с 44 цитированием, в разделе философии 23 публикации с 73 цитированием [по данным на 01.05.2023 г.; за весь период по всей базе данных]. Показатели свидетельствуют о значительном преобладании исследований культуры здоровья среди представителей педагогической науки, физкультуры и спорта, чем среди всех остальных, в т.ч. социологии, при явной актуальности проблем, связанных с формированием культуры здоровья современного общества.

На основе содержательного анализа современных исследований и подходов можно выделить 4 направления в изучении культуры здоровья: психолого-

педагогическое, аксиологическое, социально-профилактическое и социологическое.

В работах представителей психолого-педагогического направления, например, О. Л. Трещевой, А. Г. Карпеева, О. В. Криживецкой, А. А. Терещенко, культура здоровья рассматривается с позиции объективных и субъективных результатов деятельности личности в отношении персонального здоровья. Авторы отмечают, что «культура здоровья личности, возникая на определенном уровне субъектности и творчества в процессах жизнедеятельности, образует целостную систему жизненных проявлений личности, способствующей гармонизации своей индивидуальности с условиями жизнедеятельности и являющейся средством самоактуализации в ней, позволяет активно регулировать состояние человека с учетом индивидуальных особенностей и уровня здоровья, реализовывать программы самосохранения, самореализации, саморазвития, приводящих к гармонизации всех компонентов здоровья и целостному развитию личности» [287, с. 157]. При этом О. Л. Трещева подчеркивает, что культура здоровья представляет собой «способ гармонизации существования личности в самом широком контексте» [279, с. 176]. Подобной позиции придерживается и О. В. Латыговская, отмечая, что «культура здоровья личности представляет собой интегративное личностное качество, которое формирует устойчивое здоровьесберегающее поведение (устоявшийся здоровый образ жизни) человека в обществе» [155, с. 69]. Таким образом, психолого-педагогический подход связывает личность с культурой здоровья, сохраняя личностный уровень предмета исследования.

Личностный подход широко распространен и среди исследований культуры здоровья педагогической направленности. Например, идеи использования культуры здоровья в качестве инструмента формирования норм физической культуры и поведения, направленного на сохранение здоровья, описаны в работах В. К. Макаренко, О. Д. Григорьевой, Ж. В. Тома и других [166]. В исследовании Ж. И. Киселевой, М. Р. Валетова, В. В. Шляпниковой преобладают идеи необходимости продвижения теоретического знания среди молодежи для формирования культуры здоровья [117]. В свою очередь Е. В. Конькина отмечает

важность учета этнокультурных традиций в формировании культуры здоровья и воспитании [141]. В целом данный подход отличается практическим отношением к культуре как педагогическому ресурсу и инструменту.

Следует подробнее остановиться на исследованиях педагогов (психолого-педагогического направления), чьи взгляды близки к социологическому видению культуры здоровья. Например, С. Н. Горбушина отмечает, что «феномен культуры здоровья включает исторически закрепленную человечеством программу организации безопасной жизнедеятельности и преемственности воспитания здорового поколения, содержащую в себе бесконечное множество смыслов и значений здорового образа жизни, в диалоге с которыми человек самоорганизует собственную деятельность, поведение и общение в русле безопасности жизни, охраны и укрепления здоровья» [51, с. 17]. В ее трудах воплотилась идея необходимости формирования мировоззренческих детерминант культуры здоровья и поиска «здравотворческого» смысла в педагогической деятельности. Таким образом, исследования психолого-педагогического направления акцентируют внимание на важности целенаправленного формирования культуры здоровья через воспитание, учитывающее личностные особенности, а также в процессе получения общего и профессионального образования, через развитие мировоззрения здоровьесбережения и поведения, направленного на сохранение здоровья.

Следующее направление исследований культуры здоровья, разрабатываемое на стыке социологии, философии и психологии, – аксиологическое, в основе которого лежит изучение ценностей в рамках аксиологической концепции культуры, оценивающей культуру как систему базовых ценностей общества. Так, например, в работах Н. Л. Русиновой и В. В. Сафронова рассматриваются прикладные проблемы формирования ценностей здоровья с учетом культурных контекстов разных стран, а Д. В. Цыбиков делает акцент на важности образовательного процесса в воспитании ценностного отношения к здоровью [243; 291]. Исследуя изменение ценностей здоровья среди молодежи, формирующихся в условиях интенсивной цифровизации современного общества, А. В. Верещагина и А. Г. Лукьяшко отмечают «смещение ценности здоровья в контекст

физиологический, нежели духовно-нравственный, об акцентированности на форме, нежели содержании, которое может и не отражать форму, но в обществе демонстративного потребления важно иметь, а не быть; казаться, а не реально существовать» [34, с. 72]. При этом, с аксиологической позиции, ценности здоровья рассматриваются и в рамках дискурса культуры человеческой цивилизации и гуманитарной культуры в целом. Так, например, Ф. А. Кашапов, О. В. Терентьев, В. Э. Цейсслер размышляют о необходимости «переоценки мировоззренческих ценностей с учетом той ведущей роли, которую начинает занимать проблема здоровья в бытийных основаниях личной жизни человека» [114, с. 108].

В следующем, социально-профилактическом направлении лейтмотивом является задача сохранения здоровья и профилактика заболеваний. При этом подходе культура здоровья рассматривается с функциональной позиции как инструмент формирования ценностных установок и убеждений, необходимый при реализации любой программы профилактики заболеваний. Так, например, в связи с исследованиями культуры здоровья можно отметить «Модель действий в отношении здоровья» (К. Тонз, С. Тилфорд), которая включает два компонента: систему, способствующую поведенческому намерению, и условия, детерминирующие реализацию поведенческого намерения [357]. По мнению этих авторов, поведенческие намерения определяются комплексным взаимодействием убеждений, мотиваций и нормативных ценностей. Следующая концепция укрепления здоровья «Расширение возможностей сообществ» (П. Фрейре, Л. Уоллак, Л. Дорфман, Д. Джерниган, М. Темба) акцентирует внимание научного сообщества на политической активности в формировании навыков социального взаимодействия, а также важности квалифицированной массовой пропаганды с ростом экспертного мнения [350; 369].

Термин «культура здоровья» в данном подходе широко используется и в исследованиях физической реабилитации, физкультуры и спорта, где доминирующим предметом исследования является мотивация представителей разных социальных групп к здоровому образу жизни, спорту, занятиям физической

культурой. Например, И. Железнякова, Л. И. Батюк, И. М. Корнилова, А. В. Скатерщикова в результате анализа ментальных и поведенческих установок в связи с ведением ЗОЖ дают рекомендации по развитию ценности здоровья, не углубляясь в их сущность и связи с другими компонентами личности [221]. О. В. Верхорубова и О. С. Подлесская предлагают использовать психолого-педагогический и медико-биологический подходы в изучении и продвижении культуры здоровья, а основу ее формирования видят в приоритете воспитания физической культуры [35]. Культуру здоровья считают целью занятий физической культурой Д. Н. Давиденко, В. Г. Соколов, В. С. Степанов, В. А. Чистяков, особо выделяя важность личной гигиены, различных гимнастических занятий, двигательной активности, закаливания и т.д. [199]. В свою очередь Е. И. Кибенко при изучении культуры здоровья полностью смещает фокус на физическую культуру и спорт, их приоритетность в формировании здоровья [116]. В исследовании Л. Л. Мехришвили и А. В. Самарина также отмечена важность создания здоровьеформирующей среды в образовательных учреждениях для стимулирования культуры здоровья посредством образовательного процесса [248]. Таким образом, представители социально-профилактического направления связывают культуру здоровья с формированием общественного и индивидуального здоровья в качестве неотъемлемого элемента профилактико-ориентированной деятельности.

Отличается от вышеперечисленных подходов позиция социологов относительно понимания культуры здоровья, которые рассматривают ее и как компонент культуры общества, и как ресурс социального развития, и как ценностно-нормативную регуляцию поведения индивида и социальных групп, в результате которых обеспечивается воспроизводство в первую очередь общественного здоровья, в чем и состоит главное отличие социологического подхода.

Впервые понятие «отношение к здоровью» как важного элемента «системы ценностей личности, комплекса мотивов, связывающих личность с обществом, культурой» в российской социологии было использовано И. В. Журавлевой в 1989

году [80, с. 21]. Ее определение здоровья как социокультурного феномена позволило выявить «социально-культурные факторы формирования здоровья» и «социокультурные особенности самосохранительного поведения россиян [Там же. С. 13-14]. Автором справедливо отмечено, что «культура служит базой для формирования социальных норм, паттернов, она же обеспечивает их трансляцию через различные информационные каналы или социальные институты» [Там же. С. 29].

В свою очередь М. Ф. Черныш, исследуя факторы социального благополучия и здоровья, отмечал тесную связь благополучия с оценкой респондентами собственного здоровья, выделяя формирование новой культуры здоровья и обозначая ее как культуру «нового благополучия», включающую «четыре основных компонента: позитивный взгляд на мир как пластичную реальность, которую в определенных пределах можно изменять в своих интересах; здоровый образ жизни, свободный от наркотиков, алкоголя или иных чрезмерных нагрузок на организм; постоянное физическое движение, поддерживающее тонус, и акцент на личное совершенствование – физическое, профессиональное, духовное» [292, с. 64].

А, например, Л. М. Дробижева, анализируя ценности здоровья в повседневной жизни россиян, подчеркивала как появление «культуры нездоровья», формирующейся в повседневной практике населения в условиях нестабильности, так и важность развития социологии здоровья, определяя ведущую задачу социологии в понимании «механизма, способного регулировать отношение человека к здоровью, его социальную обусловленность и место здоровья в системе ценностей» [68]. Изучая культуру здоровья и нездоровья, О. С. Мавропуло разработала «нормативную модель культуры здоровья холистического типа, базирующуюся на синтезе культурных инвариантов космоцентрической, теоцентрической, антропоцентрической и социоцентрической моделей здоровья, способных обеспечить механизм гибкого приспособления общества к изменяющейся реальности с ее религиозными, природными, культурными и его воспроизводства в формате «общества здорового» [164, с. 15]. Можно согласиться

с ее мнением о том, что культура здоровья выступает индикатором «процесса сохранения и воспроизводства здоровья в обществе в непосредственной связи с его духовным состоянием и развитием» [165, с. 131].

Еще один аспект изучения культуры здоровья предлагает Е. В. Баженова, вводя понятие «культуры телесности», т.е. взаимодействия природного и культурного начал. Она подчеркивает, что «проблема отношения человека к собственному телу – это часть общей проблемы взаимосвязей культуры и природы» [17, с. 8]. При этом поднимается проблема необходимости поиска гармонии человека с самим собой и с природой, тем самым актуализируется проблема соотнесения экологии телесности и культуры. А И. М. Быховская показывает особенности взаимодействия «природного тела человека с социальными и культурными воздействиями на него, что обуславливает возникновение так называемых социального тела и культурного тела», в связи с чем автором определяется связь культуры тела с возрастающей «возможностью воздействия на физическую / телесную природу человека» [31, с. 92]. Однако, в данном случае социальные факторы остаются вне исследовательского поля зрения.

Тем не менее исследования телесной культуры позволили сформировать новую отрасль научного знания – социологию тела, которая, по мнению А. В. Меренкова и Н. Л. Антоновой, очень важна для изучения трансформации биосоциальной природы человека в соответствии с требованием современного социума, а также способствует «институциональному закреплению «телесного поворота» в социологии» [176, с. 51]. Исследуя практики здоровьесбережения, пищевые практики различных социальных групп, в т.ч. практики конструирования тела, Н. Л. Антонова вводит в социологический дискурс термин «культура здоровьесбережения», выделяя «принципы ее формирования и воспроизводства, а также определяя роль агентов социализации, в процессе которой происходит становление и утверждение культуры здоровьесбережения» [14, с. 49]. Таким образом, в социологическом направлении исследований культуры здоровья разрабатывается широкий спектр идей, концепций и задач, направленных на изучение ее проблем для обеспечения воспроизводства здорового общества.

Рассмотренные в данном диссертационном исследовании теоретико-методологические предпосылки возникновения и развития культуры здоровья демонстрируют сложность конструкта дефиниции «культура здоровья», широту междисциплинарных взглядов на предмет и сущность явления, разноаспектность прикладных исследований, концепций и моделей. Сложившаяся в социологии методология и практика демонстрируют актуальность изучения культуры здоровья как целостного многокомпонентного явления, с последующим формированием его целостного концепта. При этом именно социология позволяет исследовать социальную сущность не только личного, но и общественного здоровья, а многогранность понятия «здоровье», демонстрируемая в работах классиков и современников социологической науки, приводит к необходимости рассмотрения различных факторов его сохранения и их связи в сложном процессе формирования культуры здоровья.

1.2 Культура здоровья и факторы, детерминирующие здоровье

Для анализа социальной сущности культуры здоровья необходимо прежде всего рассмотреть дефиницию «здоровье», раскрывая многогранную сущность этого сложного междисциплинарного понятия.

Традиция исследования различных аспектов здоровья человека зародилась во времена античной культуры. Еще Аристотель (384-322 до н.э.) в своих трудах широко использовал термин «здоровье», объясняя сущность процессов и явлений, зачастую сравнивая состояния болезни и здоровья, апеллируя к состоянию понятному каждому человеку, например, «… чтобы ходьба была для здоровья, здоровье – для счастья, счастье – еще для чего-нибудь, и чтобы, таким образом, одно всегда было для другого» [15, с. 71]. Аристотель замечал, что «всякий человек может быть здоровым, всякий – может быть больным; а в таком случае заключение совершенно истинно: иные из больных могут стать здоровыми» [152, с. 94], а для сохранения здоровья на долгие годы рекомендовал «не быть беспечным относительно телесного здоровья и соблюдать меру в пище и питье, а также в

телесных упражнениях [16, с. 24]. Он также приводил в пример высказывания Сократа (469 - 399 г. до н.э.), который заявлял, что «здоровое же тело, это то, которое способно переносить труды, побеждать потребность в сне, усмирять насколько возможно потребности в пище и питье» [16, с. 34]. При этом в текстах Сократ соотносит здоровье с усмирением тела, которое в свою очередь относится к «божественному» и состоянию близкому к совершенству. Позже в своих трудах Платон (424-348 г. до н.э.) вводит термин «ἄνοσος», т.е. здоровье – это состояние, свободное от болезней [213, с. 196]. Другой философ, величайший врач древности Гиппократ (около 460 – 370 г. до н.э.) считал образ жизни причиной ряда болезней, определяя связь здоровья с равновесием в питании, физическими нагрузками и с образом жизни в целом [47].

Таким образом, еще в древности представители любых культур оценивали важность здоровья, т.к. ощущение и осознание своего личного здоровья физиологически свойственно любому человеку.

Не потеряла актуальность данная проблематика и в настоящее время, и сегодня здоровье относится к социально опосредованным характеристикам качества жизни человека и определяется как некая оптимальная совокупность биологических и социальных признаков существования живого организма и представителя социума в условиях окружающей среды, т.е. непосредственно связанного с культурой общества. При этом здоровье является важнейшим условием полноценной жизни человека. Состояние здоровья определяет уровень социальной, трудовой, экономической активности человека, а также зачастую стиль, уровень и образ его жизни.

В современной научной литературе существует множество дефиниций, раскрывающих понятие «здоровье». Так, например, в исследовании П. И. Калью даётся анализ более 70 позиций, позволяющих интерпретировать термин «здоровье» [109]. По его мнению, все известные дефиниции можно разделить на три основных группы, где к первой группе относятся трактовки здоровья как состояния (статика), во второй группе определений здоровье рассматривается в динамике как процесс, а остальные попытки трактовать понятие здоровья

сопряжены с поиском дополнительных категориальных констант, уводящих от искомого концепта. Например, статичное по своей сути определение, даёт Б. Ф. Ломов, следуя системному подходу в определении здоровья и описывая человека как сложную живую систему, чья жизнедеятельность реализуется на разных взаимосвязанных между собой уровнях (биологический, психологический и социальный) [162]. Пример определения здоровья как процесса приводит В. П. Казначеев, трактуя здоровье как «процесс сохранения и развития психических, физиологических и биологических способностей человека, его оптимальной трудоспособности, социальной активности при максимальной продолжительности жизни» [108, с. 178]. Наиболее комплексно к определению данной дефиниции подходит Н. А. Лебедева-Несевря, отмечая, что «во-первых, здоровье – это нормальная функция организма на всех уровнях его организации; во-вторых, здоровье характеризует динамическое равновесие организма и его функций с окружающей средой; в-третьих, здоровье определяет способность к выполнению основных социальных функций, участие в социальной деятельности; в-четвертых, здоровье отражает способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде, способность поддерживать постоянство внутренней среды организма; в-пятых, здоровье характеризует оптимальное функционирование организма при отсутствии признаков заболевания или какого-либо нарушения; в-шестых, интерпретация здоровья предполагает реализацию принципа единства организма, саморегуляции и уравновешенного взаимодействия всех органов» [158, с. 15]. Именно в подходе Н. А. Лебедевой-Несеври к определению здоровья в полной мере отражается динамичность процесса, адаптивность, значимость, равновесие и взаимозависимость с социальной средой.

В уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) медико-социальное трактование дефиниции «здоровье» определяется следующим образом: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» [282]. Комментарий, дополняющий определение, отражает идеализированную цель

деятельность организации: «Здоровое развитие ребенка является фактором первостепенной важности; способность жить гармонично в меняющихся условиях среды является основным условием такого развития» [Там же]. Следуя логике определения ВОЗ, здоровый человек – это человек, не имеющий физических дефектов, болезней, и при этом имеющий полное физическое, душевное и социальное благополучие. Если принять это определение за критерий оценки здоровья, то возникают значительные сложности в использовании его на практике. Универсальные параметры того, что принято считать физическим дефектом, нормой социального или душевного благополучия являются дискуссионным вопросом, поскольку находятся в тесной связи с культурой того или иного общества, а также с индивидуальным восприятием индивида этой нормы. Так, например, незначительно больший размер носа молодой девушки, в сравнении с другими, не является физическим дефектом в медицинском понимании, однако вызывает у девушки большие душевные страдания, поддерживаемые насмешками подростковой референтной группы. В этом случае девушка здорова с медицинской точки зрения, а по критериям ВОЗ – нет. Другой пример, относимый к здоровым, чемпион олимпиец, имеющий полное физическое, душевное и социальное благополучие, узнает о диагностировании у него заболевания в запущенной форме. Был ли он здоров до диагностической процедуры? Нет, но по незнанию о существующей болезни он был отнесен к здоровым. Такие факты подтверждают мнение, распространённое среди медицинских работников: «найти абсолютно здорового человека сложно», а народная присказка его поясняет – «или болен, или не дообследован» [159].

Таким образом, идеалистичное по своей сути, определение ВОЗ сложно для использования в эмпирических исследованиях в качестве дифференциального критерия отнесения к «здоровым» или «не здоровым».

Принятый в Российской Федерации подход к пониманию здоровья зафиксирован в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ (в ред. от 22.10.2014), где здоровье определяется как «состояние физического, психического и социального

благополучия человека, при котором отсутствуют заболевания, а также расстройства функций органов и систем организма» [2]. Практическое использование термина «здоровье» в этой интерпретации усложняется введением термина «расстройства функций органов и систем», возникают вопросы о степени и мере расстройства, при котором можно фиксировать это расстройство и относится ли к ним психические расстройства. При этом законодатель не поясняет свое понимание термина «социальное благополучие», который встречается в законодательных актах фрагментарно, без пояснения смысла, вкалываемого в понятие. В единственном документе (в Распоряжении Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р «О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года») словосочетание использовано в качестве заголовка раздела «Социальное благополучие и согласие», содержание которого позволяет понять законодателя, поясняющего, что социальное благополучие возможно в обществе, «основанном на доверии и ответственности, включая доверие населения к государственным и частным экономическим институтам», где наблюдается «снижение социальной поляризации», а также «обеспечение равных возможностей для социальной мобильности талантливых представителей всех слоев общества, реализации социальной политики по поддержке уязвимых слоев населения» [7].

Однако среди исследователей нет однозначного мнения о значении термина «социальное благополучие», имеющего прямое отношение к культуре здоровья. Например, Е. Ю. Костина обозначает его как состояние «межличностных отношений, участие в жизни социума, удовлетворенность своим социальным статусом и социальными ролями»» [143, с. 13]. Е. А. Попов оценивает социальное благополучие «как комплексное явление, оказывающее воздействие на повседневную жизнь человека, его ценностные ориентации и установки» [216, с. 17]. При этом он критикует социологов за то, что они имеют такой «взгляд на проблему социального благополучия, который чаще всего не выходит за рамки операциональных характеристик данного явления – таких как уровень жизни, удовлетворенность жизнью и т.д.» [Там же. С. 18]. Вместе с тем, Е. Попов полагает,

что «феномен социального благополучия должен иметь более широкое толкование с учетом онтологических черт человеческого индивидуального и коллективного бытия» [Там же].

Таким образом, достижение социального благополучия можно отнести к социальному идеалу (одной из высших общественных задач) формируемого на основе межличностных, межгрупповых и межинституциональных отношений, при которых ценностью является некая социальная оптимальность, направленная на снижение социальной поляризации, обеспечение равных возможностей групп и индивидов, социальной мобильности, поддержке уязвимых слоев населения; при этом представление о значении и содержании социального благополучия конструируется социумом, поддерживается и разделяется членами социальных групп, что подчеркивает его важность.

В диссертационном исследовании под термином «индивидуальное здоровье» понимается состояние организма человека, при котором отсутствуют заболевания или функциональные нарушения организма, препятствующие выполнению социальных функций в повседневной жизни в соответствии с социальными ролями, статусами, конгруэнтными культуре социума, когда индивид, основываясь на своих физических ощущениях и своем понимании здоровья, обозначает себя здоровым. Таким образом, индивидуальное здоровье характеризует состояние здоровья конкретного человека – его способность полноценно выполнять свои биологические и социальные функции.

Определением понятия «общественное здоровье» занимались представители различных наук (медицины, эпидемиологии, гигиены, социологии и др.), в результате чего общественное здоровье понимается как деятельность социальных институтов и акторов, направленная на сохранение здоровья на популяционном и групповом уровнях. Так, например, А. В. Решетников дает глобальное, по своей сути, определение, отмечая, что «общественное здоровье (потенциал, или фонд здоровья) является макроэкономическим понятием, характеризующим страну, государство, общество. Оно отражает сложное социально-биологическое состояние общности людей, определяет реальные свойства, которыми обладает

население как класс объектов, как целостное образование» [229, с. 412]. Продолжают эту же мысль В. А. Медик и А. М. Осипов, замечая, что общественное здоровье представляет собой «важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей» [175, с. 14-15].

Диаметральную позицию занимает Ю. П. Лисицын, обосновывая, что «общественное здоровье – такое состояние, такое качество общества, которое обеспечивает условия для образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими и психическими расстройствами, т.е. такое состояние, когда обеспечивается формирование здорового образа жизни» [160, с. 32]. При этом исследователь вводит понятие «потенциал общественного здоровья», которое трактуется им как «мера здоровья людей, накопленного обществом, и его резервов, создаваемых активным, здоровым образом жизни» [Там же. С. 33]. Ю. П. Лисицын отмечает, что «общественное здоровье как понятие более высокого, социологического уровня (его потенциал, индексы и пр.) обусловливает («снимает») состояние здоровья населения и его показатели» [Там же]. По его мнению, можно говорить «о системе уровней здоровья: социологическом (общественное здоровье), социально-гигиеническом (здоровье населения, определяемое медико-статистическими и демографическими показателями)» [Там же. С. 33].

Традиция выделения уровней здоровья – индивидуального (персонального или личного) и общественного здоровья (включающего групповой и популяционный уровень) поддержана социологами, широко использующими эти термины в своих исследованиях (Н. Г. Осипова, А. В. Короленко, А. А. Шабунова, Н. А. Рыбакова, Г. В. Тихомирова и др.) [142: 198, 296]. С позиции социологии культуры целью охраны общественного здоровья является продление жизни и поддержание здоровья населения в соответствии с культурой социума, посредством организованных усилий общества, реализуемых через социальные институты. В свою очередь, общественное здоровье представляет собой

совокупность здоровья индивидов на уровне популяции в целом, достигаемого и оцениваемого в соответствии с уровнем развития культуры социума.

Несмотря на то, что общественное здоровье выступает интегральной совокупностью индивидуального здоровья членов общества, в разных социальных группах уровень здоровья может быть различным. К примеру, население с большим доходом или жители больших городов имеют возможность получить более качественное медицинское обслуживание, чем менее обеспеченные члены общества или жители отдаленных районов, и вследствие этого фактора имеют более сохранное здоровье. Такие факторы, как отмечает Г. В. Осипов, представляющие собой «условия, влияющие непосредственно или опосредованно на изменение тех или иных параметров видов деятельности (продолжительности, структуры и т.д.)» можно назвать факторами сохранения и формирования индивидуального и общественного здоровья [196, с. 63], под которыми в контексте данного исследования понимаются условия, непосредственно или опосредованно влияющие на изменение параметров здоровья населения (отклонений здоровья в сторону улучшения или ухудшения). Эти факторы, по оценке Н. А. Лебедевой-Несеври, «могут быть постоянными или меняющимися; обладать разной силой и характером воздействия и т.п.» [158, с. 69]. При этом человек постоянно находится под влиянием множества взаимосвязанных, взаимодействующих и зачастую детерминирующих друг друга факторов.

Исследованием факторов, влияющих на состояние общественного здоровья, и тесно связанных с культурой здоровья, занимается широкий круг ученых, анализирующих значимость культуры здоровья и ее место в здоровьесбережении общества. Наиболее типичные позиции при выделении групп факторов заключаются в следующем. Так, В. А. Медик, В. К. Юрьев определяют 4 основных группы факторов, влияющих на состояние общественного здоровья:

«1. социально-экономические факторы (условия труда, жилищные условия, материальное благосостояние и т.д.);

2. социально-биологические факторы (возраст родителей, пол, течение антенатального периода и т.д.);

3. экологические и природно-климатические факторы (загрязнение среды обитания, среднегодовая температура, уровень солнечной радиации и т.д.);

4. организационные или медицинские факторы (уровень, качество и доступность медико-социальной помощи и т.д.)» [173, с. 21].

Резюмируя труды своих коллег, В. А. Медик, В. К. Юрьев отмечают, что, «разделение факторов на приведенные группы весьма условно, так как обычно человек подвергается комплексному воздействию взаимосвязанных и обусловливающих друг друга факторов» [Там же. С. 22].

В свою очередь, Н. А. Лебедева-Несевря, также выделяет четыре группы факторов, влияющих на здоровье человека, однако руководствуется при этом факторами, лежащими в основе деятельности экспертов Всемирной организации здравоохранения: а) «генетика, биология человека; б) состояние окружающей среды: естественно-природные факторы, связанные с особенностями климата, ландшафта и т.д.; антропогенные факторы, возникновение которых обусловлено деятельностью человека, вызывающей изменения природных комплексов; в) качество и уровень развития медицинского обеспечения; г) условия и образ жизни человека» [158, с. 74].

Данная классификация делает важный акцент на физиологических факторах (генетика, биология человека), тем не менее, из социальных факторов особо выделяет только образ и условия жизни, а другие – культурные, социальные, экономические факторы – остаются за пределами внимания.

В российском законодательстве официальная позиция отражена в Федеральном законе от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», где группа факторов, названная как «факторы среды обитания» обозначена следующим образом: «…биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений» [3].

Представленное определение поверхностно описывает социальные факторы, смешивая бытовые условия с условиями труда и отдыха. Позже, в отчете Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, при оценке факторов среды обитания, формирующих состояние здоровья населения в субъектах РФ, отмечены факторы образа жизни, под которыми понимаются объем продажи алкогольных напитков и табачных изделий, а также отклонения от норм потребления продуктов питания. В данном показателе не учитывались другие компоненты образа жизни (например, низкая двигательная активность, нарушение режима труда и отдыха), которые также могут наносить значительный вред здоровью населения. Тем не менее, несмотря на очень ограниченное обозначение сущности фактора образа жизни, по оценке ведомства, в 2018 году именно образ жизни был указан в качестве фактора, оказывающего влияние на здоровье, 48,7% россиян (Таблица 1.1) [192, с. 7-8].

Таблица 1.1 – Факторы среды обитания, формирующие состояние здоровья населения в субъектах Российской Федерации

Группы факторов среды обитания	Факторы, входящие в состав групп	Доля населения, подверженного влиянию факторов среды обитания, %
Социальные и экономические факторы	Промышленно-экономическое развитие территории. Социальная напряженность. Уровень социального благополучия. Условия обучения и воспитания детей. Условия труда.	64,3
Санитарно-гигиенические факторы	Химическое и биологическое загрязнение продуктов питания, питьевой воды, атмосферного воздуха и почвы. Физические факторы.	62,3
Факторы образа жизни	Объем продажи алкогольных напитков. Расходы на табачные изделия. Отклонения от норм потребления продуктов питания.	48,7

Источник: [192, с. 7-8]

При этом отдельно выделяется показатель «социально-экономические факторы», который помимо экономического развития территории проживания учитывает уровень социального благополучия и напряженности, а также условия обучения детей и труда взрослого населения, являющихся неотъемлемой частью детерминанты формирования образа жизни человека. Несмотря на то, что,

показатель ограниченно учитывает социальные факторы, его влиянию подвержено 64,3% населения. Однако в целом важно отметить равновысокую значимость санитарно-гигиенических (62,3%) и социально-экономических (64,3%) факторов, оказывающих значимое влияние на состояние здоровья населения РФ [Там же].

Позицию, более близкую к социологическому пониманию образа жизни как фактора сохранения здоровья человека, занимает Ю. П. Лисицын, который считает, что преобладающая доля негативных влияний (50-57%) относится к рискам, возникающим в связи с образом жизни человека, среди которых вредные привычки (употребление алкоголя, наркотических веществ, курение), стрессы, низкая физическая активность и низкий образовательный и культурный уровень [160, с. 40] (Рисунок 1.1).

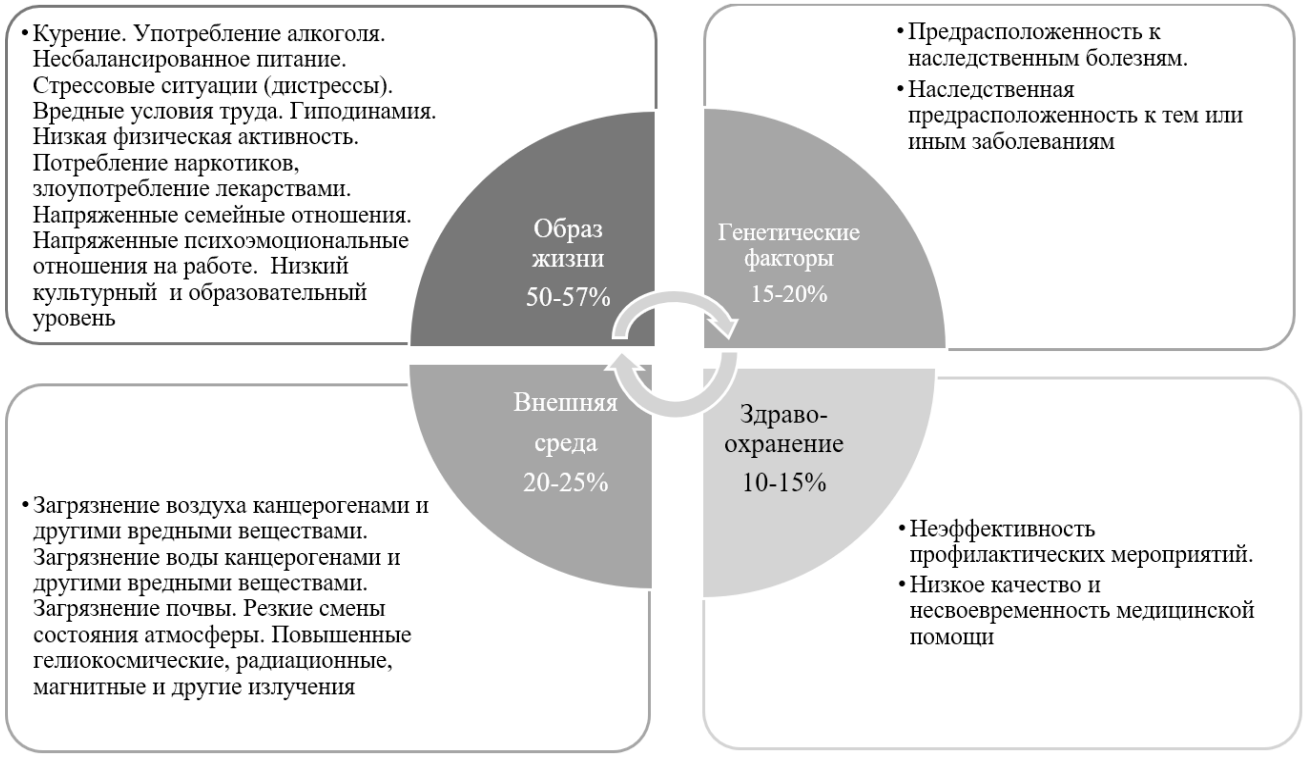


Рисунок 1.1 – Группировка факторов риска [160, с. 40]

Г. В. Осипов подчеркивает, что факторы, влияющие на здоровье человека, зачастую называют «факторами риска», понимая их как «условия, которые сами по себе не являются непосредственными источниками появления нежелательных результатов, но увеличивают вероятность их возникновения» [265, с. 386].

В исследованиях экспертов ВОЗ «фактор риска здоровью» представлен как

«какое-либо свойство или особенность человека или какое-либо воздействие на него, повышающее вероятность развития болезни или травмы» [283]. Ими выделены следующие группы факторов риска для здоровья: «поведенческие, физиологические, демографические, связанные с окружающей средой, и генетические» [Там же]. Поведенческие факторы связаны с «характером питания, режимом труда и отдыха, физической и репродуктивной активности, вакцинацией, со злоупотреблением алкоголя, табака, наркотических средств» и др. [160, с. 40]. Физиологические – с биологическими особенностями деятельности организма (склонность к излишнему весу, повышению давления, глюкозы в крови и др.). К демографическим факторам относят общие для популяции показатели, такие как пол, возраст, уровень дохода, религиозная принадлежность, профессиональный статус и др. Например, в странах с высоким и средним уровнем дохода ведущими факторами риска вступают хронические заболевания, а в странах с низким уровнем дохода более распространены риски, обусловленные неполноценным питанием детей и незащищенными половыми контактами. Факторы риска для здоровья значимо изменяются и в зависимости от возраста (если незащищенные половые контакты, употребление химических веществ, вызывающих зависимость, неполноценное питание являются причинами большинства болезней у молодых людей, то в группе людей старшего возраста преобладают факторы риска, вызывающие хронические заболевания и онкологию, такие как повышенный стресс, нарушение характера питания, труда, отдыха). В группу факторов риска, связанных с окружающей средой, включают политические, природные, экономико-социальные, социокультурные факторы [Там же]. Генетические же факторы риска здоровью обусловлены генетическими особенностями конкретного человека или группы людей. Ряд болезней возникают из-за генетических причин, но многие (например, астма или диабет) развиваются при наличии генетической предрасположенности и факторов окружающей среды, способствующих возникновению и развитию заболеваний.

Например, согласно данным Institute for Health Metrics and Evaluation независимого исследовательского центра состояния здравоохранения в различных

странах мира Университета штата Вашингтон (США), чьи данные использует ВОЗ, большая доля смертей населения РФ в 2019 году была обусловлена поведенческими рисками, затем следуют метаболические риски и незначительную долю составляют экологические и профессиональные риски (Приложение А, Рисунок А.1) [353]. Соотношение групп рисков смертности в РФ практически сохраняется с 1994 года. Интересен показатель «DALY», демонстрирующий сумму лет потенциальной жизни, потерянных из-за преждевременной смертности, инвалидности и болезни (его расчеты используются для количественного измерения бремени болезней на основе данных о смертности и заболеваемости) [345]. Так, например, в РФ в 2019 году в возрастной группе до 20 лет практически все годы потенциальной жизни, потерянные из-за преждевременной смертности, инвалидности и болезни, были обусловлены поведенческими рисками (Приложение А, Рисунок А.2). После 30 лет начинает возрастать роль метаболических рисков, выравнивающихся с поведенческими рисками к 70 годам, а после 70 лет доминируют метаболические риски. Анализ динамики структуры заболеваний и детерминирующих их групп рисков в 2009-2019 годах (Приложение А, Рисунок А.3), показывает, что первое место занимают риски, связанные с высоким систолическим артериальным давлением, на втором месте в 2009 году – диетические риски (снизившиеся к 2019 г. на 21%), это риски, связанные с пищевым поведением человека – частота питания, объем и питательная ценность, нарушение структуры содержания жиров/белков/углеводов в пище, недостаток микроэлементов и витаминов, избыток рафинированной пищи, сахара, соли и т.д. Практически первые семь позиций рисков прямо или косвенно связаны с «пищевым поведением» человека, отражающим культуру здоровья индивида и формирующимся посредством трансляции различными социальными акторами норм пищевого поведения, принятого в обществе или группе. Таким образом, поведенческий фактор является значимым фактором риска здоровью и одновременно важным социальным фактором культуры здоровья, влияющим на сохранение как индивидуального, так и общественного здоровья.

Важное наблюдение сделали Р. Вилкинсон и М. Мармот, которые отмечали,

что сочетания факторов риска имеют кумулятивный эффект, усиливающийся с увеличением длительности нахождения человека в неблагоприятных условиях, что ведет к большему износу организма, росту вероятности нездоровой старости и меньшей продолжительности жизни [385]. Отнеся к важным факторам риска социальные различия между людьми, хронический стресс, период младенчества, социальное отчуждение, безработицу, химическую зависимость, продукты питания (их доступность и качество), они предлагают ряд направлений для изменений, реализация которых значимо улучшит здоровье населения (Приложение А, Таблица А.1).

Одной из первых современных моделей факторов здоровья является модель, предложенная Г. Дальгрен и М. Уайтхед, которая стала основой для построения исследователями ВОЗ ряда гипотез о взаимосвязи между человеком, обществом, окружающей средой и здоровьем (Рисунок 1.2) [391].

Рисунок 1.2 – Модель факторов здоровья Дальгрен-Уайтхед [391]

В центре предложенной ими модели расположен человек с индивидуальными личностными параметрами (пол, возраст, физиологические особенности). На следующих уровнях – индивидуальные жизненные факторы, в т.ч. отношение к здоровью и факторы, формируемые социальными связями (включая социальные нормы и общественные отношения). Все эти уровни в свою очередь находятся под влиянием условий жизни и трудовой деятельности, которые формируются через условия труда и отдыха, образования, продовольственного обеспечения,

санитарных и жилищных условий, системы здравоохранения. В тоже время данные факторы и условия изменяются в зависимости от общего макроэкономического, социокультурного и экологического уровня развития общества. Модель в укрупненном виде представляет факторы здоровья, позволяя рассматривать их взаимодействие и относительное влияние на различные результаты в отношении здоровья. Тем не менее, социальные факторы рассредоточены по уровням модели в более крупных факторах, что не позволяет четко выделить, какие из социальных факторов в какой мере включены во взаимодействие; при этом поведенческие и социокультурные факторы скрыты под «индивидуальными жизненными факторами».

На основании проведенного в диссертационном исследовании анализа разработана авторская классификация факторов, детерминирующих индивидуальное и общественное здоровье. Как уже было отмечено выше, основой индивидуального здоровья, представляющего собой гармоничную целостность физического, социального и психического здоровья, является генетически обусловленное биологическое здоровье организма. Обращаясь к операционализированному в контексте предмета исследования термину «здоровье», определим дефиницию «физическое и психическое здоровье» как состояние организма человека, при котором отсутствуют заболевания или функциональные нарушения, и когда, основываясь на своих ощущениях в теле и своем понимании здоровья, индивид считает себя здоровым. Вследствие данных характеристик, можно определить и «социальное здоровье», под которым в диссертации понимается состояние организма человека, позволяющее ему выполнять социальные функции в повседневной жизни в соответствии со своими социальными ролями, статусами, конгруэнтно культуре социума и референтной социальной группе. Соответственно, социальное здоровье тесно связано с культурой здоровья. Совокупность индивидуального здоровья представителей популяции формирует общественное здоровье.

Классификация включает следующие группы факторов (Рисунок 1.3): биологические (в т.ч. генетические, физиологические), факторы среды обитания

(экологические и инфраструктурные) и социальные факторы, генерируемые обществом, т.е. возникающие в процессе взаимодействия и реализации своих функций социальными институтами, социальной деятельностью и отношениями социальных групп, в соответствии с культурой, ценностями и социальными нормами данного общества.

Рисунок 1.3 – Классификация факторов, детерминирующих индивидуальное и общественное здоровье

Первая группа факторов отражает генетические (биологические) особенности организма человека, наследственные предрасположенности к болезням, психические и метаболические качества организма, оказывающие прямое влияние на состояние здоровья. Изучением влияния на здоровье человека группы биологических и экологических факторов занимается медицинская наука.

Следующая группа факторов – экологические, включает антропогенные и природные факторы. Среди них абиотические (химический состав воды, воздуха, почв; параметры магнитного поля, звука, солнечного излучения; климатические особенности температуры, влажности, давления воздуха и др.) и биотические природные факторы (связанные с влиянием живых организмов – растений, микроорганизмов и др.) представляют собой детерминанты здоровья, влияние

которых на здоровье в некоторой степени регулируется физиологическим механизмом внутренней адаптации человека. В первых исследованиях общественного здоровья преобладал экологический подход, связывающий состояние здоровья или развитие болезни с факторами окружающей среды (например, инвайроментальные причины возникновения и развития инфекционных заболеваний). С учетом роста техногенной деятельности человека исследования влияния экологических факторов на здоровье сохраняют актуальность и сегодня.

Связь социальных и экологических факторов отмечает В. А. Борисов, утверждая, что «природные факторы со времени возникновения человеческого общества, производства и культуры не доминируют над человечеством, так сказать, в «чистом виде», они опосредуются, изменяются социальными условиями. Человечество давно уже живет в природно-социальной среде, и его судьба во все большей степени зависит от его выбора» [22]. Это мнение поддерживает и Л. В. Панова, отмечая, что, «нарастание в индустриальных странах неинфекционных заболеваний (сердечных, онкологических болезней, диабета) вызвало перемещение факторов риска от инвайроментальных переменных к параметрам индивидуального уровня, таким как поведенческие и биологические характеристики, поскольку им приписывалась ответственность в возникновении хронических болезней» [206, с. 222]. В исследованиях М. Х. Шраги был предложен термин «популяционные факторы малой интенсивности», объясняющий возникновение болезней вследствие длительного воздействия антропогенных и природных факторов по силе воздействия, не превышающей порогового уровня, но кумулятивно вызывающего «опосредованные поломы биологических структур» [305]. Следовательно, популяционные факторы малой интенсивности, как и поведенческие, являются значимыми факторами в формировании и развитии хронических заболеваний, особенно для сообществ, проживающих в неблагоприятных для здоровья природно-климатических условиях, учитывая их совокупное взаимодействующее влияние с техногенными и социальными факторами.

К следующей группе факторов относятся инфраструктурные факторы среды обитания, которые создают условия повседневной жизнедеятельности общества, обеспечивая доступность населения к товарам, услугам и условиям удовлетворения базовых потребностей. Функциональная задача инфраструктурных факторов – это создание качественной материальной, «вещной» среды жизни человека и общества, в том числе качественных медицинских товаров, лекарственных средств, обеспечение своевременной медицинской помощи, профилактических и реабилитационных услуг и др.

Таким образом, все эти группы факторов детерминируют индивидуальное и общественное здоровье, являются взаимозависимыми и взаимообусловленными, оказывая непосредственное или опосредованное влияние на изменение параметров здоровья.

Социологический интерес представляют социальные факторы, т.к. генерируются обществом в соответствии с его культурой, ценностями и социальными нормами. Укрупненно можно выделить следующие группы социальных факторов: статусно-демографические, социально-экономические и социокультурные (Рисунок 1.4). Рассмотрим эти группы факторов.

Статусно-демографические характеристики индивида, включающие пол, возраст, особенности рождения и роста (условия и место рождения, условия жизни родителей, численность детей в семье и др.), традиционно используются для анализа в социологических исследованиях. Например, в исследованиях И. В. Журавлевой, Л. Ю. Ивановой, Г. А. Ивахненко отмечается «специфика изучения поведения подростков в сфере здоровья, в основе которого, лежат самые различные, порой конфликтные мотивы» [85]. Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов подчеркивают возрастные различия статусных неравенств в здоровье [238]. Д. Браун, Л. В. Панова, Н. Л. Русинова исследуют гендерные различия в здоровье и особенности самосохранительного поведения [25; 95]. Безусловно, влияние этих показателей на состояние здоровья личности, здоровьесберегающее поведение и его социальную деятельность несомненно.

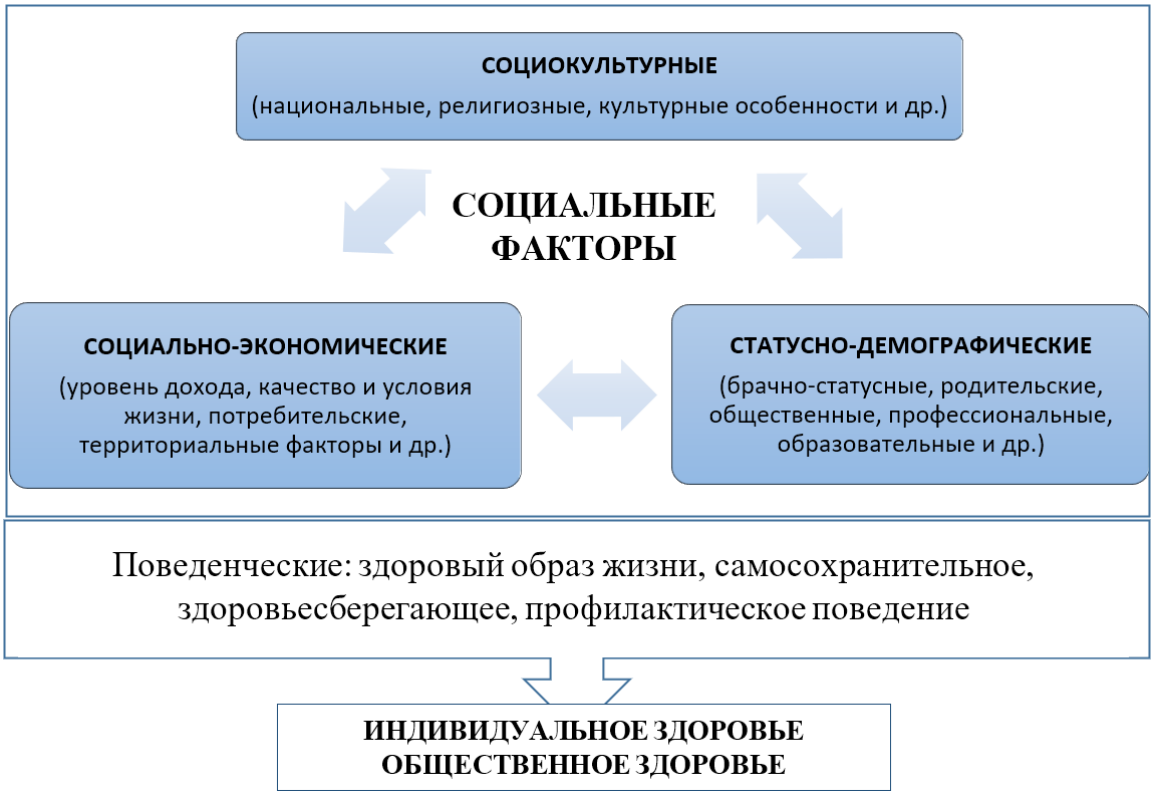


Рисунок 1.4 – Социальные факторы, детерминирующие индивидуальное и общественное здоровье

Важными социальными показателями являются «брачно-статусные», характеризующие семейное положение, особенности форм и видов семейного устройства. Например, И. В. Журавлева, Н. В. Лакомова исследуют здоровье, зависящее от «сложных причинно-следственных связей со структурой семьи (число членов семьи, число поколений, состав по полу, возрасту, профессии), циклом развития (фаза создания, эволюции), реализацией функций (репродуктивной, экономической, социальной, психологической)» [81].

В свою очередь родительские факторы отражают сложный процесс рождения, обеспечения детей, их воспитание и введение во взрослую жизнь. Этот процесс обретает специфичность в зависимости от отношений между поколениями, в случае утраты члена семьи, зависит от характера взаимоотношений между родителями и их детьми, от общих условий взаимодействия и организации жизни в семье. Так, исследуя влияние семьи на здоровье, Е. Н. Новоселова подчеркивает важность форм семейного устройства в снижении факторов риска здоровью детей [187]. В свою очередь А Д. Браун и Н. Л. Русинова указывают на необходимость

учета неформальных социальных взаимосвязей в поиске помощи при решении проблем здоровья [26]. Таким образом, в социологических исследованиях активно изучаются социально-демографические факторы и их влияние на различные социальные аспекты индивидуального и общественного здоровья.

Общественные особенности, детерминируемые статусом индивида в обществе, имеют значимое влияние на его здоровье, как и возникающие в связи с ним риски социального отчуждения и изоляции. Данный вывод подтверждается исследованиями Дж. Касселя, показавшего, что осознание человеком социального неравенства, своего низкого личного статуса в обществе вызывает стресс и, как следствие приводит к ухудшению здоровья [334]. К такому же выводу приходит и К. Смит, выявив зависимость здоровья от восприятия индивидом своего места в социальной иерархии [384]. Исследования Н. Л. Русиновой и В. В. Сафронова также показали зависимость здоровья от статусных неравенств и их высокую связь с социальным капиталом, а И. В. Журавлева и Н. В. Лакомова отмечают «доминирующую роль социальных норм, формируемых социальными институтами (семья, школа, средства массовой информации) и социальной политикой в целом» [77; 239]. Следовательно, можно полагать, что общественные факторы влияют на идентичности и роли, которые общества и социальные институты приписывают людям в сферах жизни, относящихся к гендерным нормам и гендерным отношениям, сексуальности, этнической и национальной принадлежности и инвалидности, что оказывает значительное влияние и на формирование культуры здоровья.

Профессиональная деятельность индивида, оцениваемая показателями карьерного роста, профессионально-должностного статуса, навыков и опыта, условий труда (сменность, опасность, вредность и т.д.), и его образовательный статус (уровень, профиль, качество образования и т.д.) также тесно связаны с формированием культуры здоровья и его сохранением. Данный вывод подтверждается исследованиями Р. Вилкинсоном и М. Мармотом, которые отмечали, что у безработных более чем на 50% возрастает риск увеличения длительности заболеваний, при этом на 20% увеличивается вероятность проблем с

психическим здоровьем [385, с. 26]. Оценивая риск развития заболеваний в зависимости от занятости, исследователи утверждают, что отсутствие гарантированной работы более чем в 2,5 раза увеличивает вероятность проблем с психическим здоровьем. Фактор профессионального статуса, по их мнению, имеет тесную связь и с образованием, которое зачастую детерминирует шансы будущего трудоустройства, уровня оплаты, условий труда и социального статуса [Там же]. Безусловно, такой подход является объективным, так как, чем выше образованность человека, тем выше интеллектуальные, когнитивные функции, т.е. его знания и компетенции расширяются, в том числе и в области сохранения здоровья, формируя культуру здоровья. Можно привести в качестве примера результаты исследований Д. М. Катлера и А. Ллерас-Мунея, доказавших, что «образование может способствовать здоровому образу жизни и передавать информацию о том, как воспользоваться возможностями существующей системы здравоохранения при необходимости» [65, с. 10]. В свою очередь, П. О. Ермолаева и Е. П. Носкова, отмечают, что «соблюдение основных практик ЗОЖ присуще женщинам, специалистам с высшим образованием и высокодоходным группам» [73, с. 120].

Вторая группа – социально-экономические факторы – включает множество условий повседневной жизни индивида, связанных прямо или опосредовано с его экономической и социальной деятельностью в обществе, например, материальные, территориальные условия, потребительские, информационные факторы и др.

Материальные условия повседневной жизни в сохранении здоровья, измеряемые, как правило, такими показателями, как уровни дохода, занятости и безработицы, жилищные условия, качество и условия жизни, материальное благосостояние и владение экономическими активами (в т.ч передающихся из поколения в поколение), исследуются социологами и представителями других наук как высоко значимый фактор сохранения здоровья. Однако во всех этих исследованиях отсутствует связь с культурой здоровья. Например, Н. А. Семашко выделяя группу «социальных», общественно значимых болезней (таких как туберкулез, алкоголизм, венерические заболевания и др.), показывает их связь

только с социально-экономическим статусом тех или иных социальных групп, их образованием и информированностью [177]. И в исследованиях Н. М. Римашевской, Л. А. Миграновой, Е. В. Молчановой выявляется только связь между состоянием здоровья, продолжительностью жизни, заболеваемостью и социально-экономическими условиями и статусно-демографическими факторами [230]. Такой же позиции придерживаются Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов и др., подчеркивая влияние безработицы и материальных лишений на здоровье в странах Европы и России [240; 241].

Территориальные условия социальной среды места проживания, в том числе возможности и условия мобильности и миграции субъекта общественных отношений, по мнению Л. Ю. Ивановой, имеют большое значение при оценке социальных рисков для здоровья трудовых мигрантов, поэтому она отмечает важность адаптации и необходимость доступности для них квалифицированной медицинской помощи [96]. Рассматривая влияние миграции на здоровье, Н. А. Кищенко в свою очередь отмечает рост числа мигрантов с социальными болезнями, девиантными формами поведения, как правило, влекущих за собой риски и для местного населения [118]. А М. В. Попова в качестве одной из основных мотиваций миграции из города в сельскую местность выделяет необходимость сохранения здоровья и возможности жить в здоровьесберегающей среде [217]. Кроме того, Н. Д. Семенова показывает, что поведенческие, эмоциональные и когнитивные характеристики здоровьесберегающего поведения мигрантов сформировались еще в стране прежнего проживания, и это необходимо учитывать при формировании миграционной политики [253]. Таким образом, территориальные факторы косвенно несут в себе культурные аспекты, которые «прячутся» за социально-экономическими и психологическими показателями.

Среди социально-экономических факторов выделяются и потребительские факторы, которые отражают возможность индивида иметь доступ к качественным в нужном количестве продуктам питания и другим товарам, услугам, обеспечивающим сохранение здоровья. Социальным этот фактор делает связь с множеством других факторов, прямо или косвенно связанных с деятельностью

людей – уровнем доходов, статусом и т.д. Например, более обеспеченные могут приобретать качественные продукты питания и медицинские препараты, а бедные приобретают более дешевые, низкокачественные товары, тем самым ухудшая состояние здоровья, что подтверждается исследованиями С. В. Евстигнеева, В. В. Васильева, В. А. Авророва, Т. Н. Юдиной [212; 311].

В числе социальных факторов можно рассматривать и те медицинские факторы, которые отражают возможность получения своевременного, качественного, безопасного, эффективного и в требуемом количестве лечения, диагностики, мероприятий профилактики заболеваний, мер реабилитации. Кроме того, важно понимать, что они тесно связаны с деятельностью людей, а их дифференциация в обществе обусловлена множеством других социальных факторов. Именно эти аспекты подчеркивают в своих исследованиях Ю. М. Комаров, А. В. Буянова [30; 135]. В свою очередь Л. М. Медведева, И. К. Черемушникова, И. В. Чернышева раскрывают проблемы возможностей и ограничений в лечении, обусловленных социокультурными реалиями, А. В. Буянова выявляет особенности медицинских факторов сохранения здоровья социально незащищенных групп населения [172]. При этом рекреационные возможности регулярного, качественного отдыха и восстановления здоровья в современном обществе также тесно связаны с множеством социальных факторов, по мнению, А. В. Лядовой и О. Н. Толстых [163; 278].

Одним из ключевых социально-экономических факторов в формировании культуры здоровья является и информационная доступность, т.е. возможность и способность человека иметь доступ к источникам достоверной информации о здоровье и его сохранении, о лечении, мерах профилактики и т.д. Данный вывод подтверждается различными исследователями, например, И. В. Журавлева доказывает важность информированности студентов об имеющихся заболеваниях и мерах их профилактики [88]. Ж. В. Савельева показывает возможности конструирования социальной проблемы здоровья и болезни средствами массовой коммуникации и возникающий в этой связи вопрос ответственности за здоровье [245; 246]. В свою очередь, Н. С. Потемкина на основе анализа влияния СМИ на

эпидемии психосоматических заболеваний, самоубийств и насилия, снижения уровня рождаемости доказывает негативное влияние рекламы на формирование культуры здоровья [218]. Проблему риск-коммуникаций в сфере здоровья исследует Н. А. Лебедева-Несевря, подчеркивая важность «диалога о значениях и уровнях рисков здоровью, а также способах их снижения» между ключевыми субъектами риск-коммуникации СМИ, экспертным сообществом, населением и т.д. [157, с. 83]. При этом важность интернет-пространства для формирования культуры здоровья отдельных социальных групп доказывают К. Ю. Колбасина и А. Н. Соболева, особо выделяя группы, в которых только формируется культура здоровья – дети, подростки, молодежь [134; 258].

Следующая группа социальных факторов – социокультурные факторы – представлены широким спектром национально-этнических, религиозных и культурных особенностей индивидов и социальных групп, обусловленных в том числе традициями, обычаями, правилами, исторически сформированными народностями и национально-этническими группами. Так, например, Н.А. Агаджанян, изучая представителей различных этносов, выявляет тесную связь многовековых традиций, обычаев, верований и образа жизни с продолжительностью жизни и здоровьем человека [11]. Особенности восприятия одними национально-этническими группами других групп может приводить к уязвимости, социальной изоляции и дискриминации отдельных групп (например, этнические цыгане) в отношении возможностей сохранения или улучшения здоровья [72, с. 13]. Такого же мнения придерживаются Г. И. Осадчая, доказывая значимость этносоциальных и этнокультурных процессов для сохранения здоровья и здорового образа жизни, С. М. Цикуниб и М. А. Дубинина, демонстрируя связь здоровья с национальными и религиозными аспектами [195; 212; 290; 311].

Религиозные факторы также имеют тесную связь с состоянием здоровья человека, регулируя его деятельность через ценностно-нормативную систему, формируя религиозные убеждения, традиции, обычаи, нормы, в том числе и в отношении здоровья и его сохранения. Данный вывод подтверждается исследованиями К. В. Зорина, А. А. Гулова и М. М. Азимовой и Е. В. Дубограй,

которые указывают, что традиции отдельных конфессий значительно влияют как на отношение к медицине, так и на сохранение здоровья, и раскрывают различные аспекты роли религиозности на здоровье отдельных социальных групп [53; 69, 70; 91]. Соглашаясь с тем, что религиозные традиции и ценности имеют значительное влияние на культуру здоровья, В. С. Капица подчеркивает тот факт, что мотивы национальной, расовой, религиозной ненависти или вражды могут быть причиной преступлений против жизни и здоровья [112].

Кроме того, социокультурные факторы, детерминирующие здоровье индивида, могут быть представлены широкой группой показателей самой культуры здоровья (культуры питания, физического развития, санитарной культуры и гигиены, культуры болезни и лечения, профилактики и др.), влияние которых на здоровье и здоровый образ жизни заключается, прежде всего, в формировании в социуме норм и ценности здоровья и здорового образа жизни. Так, например, И. В. Журавлева и Н. В. Лакомова, рассматривая социокультурные факторы, влияющие на отношение подростков к своему здоровью, подчеркивают, что «недооценка фактора «усилий самого человека» для заботы о здоровье является показателем недостаточной культуры здоровья» [84].

К социокультурным факторам опосредованно можно отнести и социально-психологические факторы и условия, отражающие особенности психологических реакций в процессе социального взаимодействия (направленного на сохранение здоровья), мотивацию, стрессы (личные, профессиональные и др.), адаптационные возможности, страхи, жизненные цели и приоритеты и т.д. Так, например, М. Мармот и Р. Вилкинсон, доказывая влияние феномена стресса на здоровье человека, отмечают, что наличие контроля над своей собственной жизнью, возможность полной социальной вовлеченности и участия имеют определяющее значение для здоровья, благополучия и долголетия [368]. Н. Л. Русинова и В. В. Сафронов, изучая проблемы психического здоровья и социальные риски депрессии, обосновывают, что показатели здоровья связаны «со стрессами социального сравнения с благополучным большинством, а не только с дефицитом материальных ресурсов и ограниченным доступом к высококачественным

медицинским услугам» [244; 240]. В дискурсе настоящего диссертационного исследования актуальны и взгляды И. В. Журавлевой и Н. В. Лакомовой, которые не только отметили, что «стабильность основных ценностей подростков вызывает хорошее образование, счастливая семья, успешная карьера, путешествия по миру», но и зафиксировали, что в связи с этим происходит «рост ценности здоровья и снижение опасений его потерять» [76, с. 36]. М. Сильверстейн, К. Конрой, М. Сандел, изучая социальные детерминанты здоровья, такие как депрессия матери, насилие в семье, готовность к школе и право на участие в программах раннего обучения пришли к выводу, что каждый из этих факторов тесно связан с результатами в отношении здоровья [383].

Таким образом, рассмотренные группы социальных факторов, детерминирующих индивидуальное и общественное здоровье, тесно связаны друг с другом, оказывают взаимное влияние и одновременно обуславливают друг друга.

При этом социальные факторы являются и так называемыми «социальными детерминантами здоровья», под которыми (следуя определению ВОЗ) понимают «условия, в которых люди рождаются, растут, живут, работают и стареют, включая системы здравоохранения. Эти обстоятельства формируются под воздействием распределения денег, власти и ресурсов на глобальном, национальном и местном уровне, на которые, в свою очередь, оказывает воздействие проводимая государством политика. Социальные детерминанты здоровья являются основной причиной несправедливости в отношении здоровья – несправедливых и предотвратимых различий в состоянии здоровья, наблюдаемых внутри стран и между ними» [264].

По оценке Х. Бехфороуз, П. Драйн и Дж. Ратиган социальными детерминантами здоровья могут являться индивидуальные особенности индивидов (грамотность, гендерная идентификация и др.), жизненные обстоятельства (семейное положение, условия жизни и безопасности, занятость и др.), эмоциональное здоровье (психический статус, стрессы, религиозные убеждения и др.), восприятие медицинской помощи (ценности здоровья в структуре ценностей, опыт связанный с медицинскими услугами и манипуляциями, восприятие

технологий, лекарств и т.д.), поведение, связанное со здоровьем (ведение ЗОЖ, вредные привычки, использование мер предосторожности и др.), а также доступ к медицинской помощи и ее использование (наличие медицинской страховки, грамотность, доступ к лекарствам и др.) (Приложение А, Рисунок А.4) [326].

Таким образом, социальные детерминанты отражают «неравенство в отношении здоровья», которое понимается как различия, возникающие в состоянии здоровья, связанные с принадлежностью к определенной социальной группе, что может выражаться в отсутствии возможности получения медицинской или реабилитационной помощи, и зачастую является следствием возрастных различий, культурного уровня, вида и места получения образования, профессионального и социального статуса, уровня доходов, состояния здоровья, местности и условий проживания, религиозной, этнической принадлежности и др.

Объективно, что различия в состоянии здоровья людей являются естественными, как и сами различия между людьми. В любом обществе мужчины физиологически отличаются от женщин, а показатели некоторых групп заболеваний зависят от пола, как естественно и то, что здоровье в молодости лучше, чем в преклонном возрасте. И хотя различия в состоянии здоровья людей могут быть обусловлены различными факторами, но простые вариации различий в здоровье будут превращаться в социальное неравенство (несправедливость), по оценке М. Уайтхед, в том случае, если факторы, влияющие на здоровье, становятся:

– систематическими (например, признаками проявления этого фактора является регистрация более высокой младенческой смертности в сельской местности или в конкретных регионах; систематическая разница в показателях здоровья и продолжительности жизни между различными социальными группами);

– социально-обусловленными в конкретном обществе (например, худшее здоровье детей из бедных семей);

– недоступными для отдельных представителей или всей социальной группы и доступными другим представителям общества (например, недоступность медицинской помощи, лекарственных препаратов, витаминов, возможности восстановления здоровья в отдаленных северных районах) [401].

Очевидно, что причина неравенства в отношении здоровья кроется не в биологических причинах, а в различиях образа, условий, качества жизни и культуре различных социальных групп населения, генерируемых политико-экономическими и культурно-социальными общественными условиями. Неравенства (естественные или социальные) формируют социальное расслоение в обществе и, соответственно, влияют на уровень, статус здоровья и возможности его сохранения. Еще М. Вебер подчеркивал диалектическую связь индивидуального выбора и жизненных шансов. В соответствии с его концепцией модели поведения индивидов, их образ жизни обусловлен принадлежностью к конкретному социальному классу, а, следовательно, жизненные шансы не могут быть равными априори. Современные теории социального неравенства совпадают с позицией М. Вебера. Так, М. Уайтхед описывает неравенства в отношении здоровья как «различия в состоянии здоровья, которые не только не нужны, но также несправедливы» [401]. Она отмечает, что в этом случае факторами, детерминирующими неравенство в отношении здоровья, считаются те факторы, которые могут быть ликвидированы политическим решением или за счет перераспределения экономических ресурсов. В соответствии с этим, по ее мнению, систематические различия по здоровью между различными социальными группами могут классифицироваться как несправедливость в отношении здоровья, т.к. причина возникновения несправедливости, прежде всего, социальная, включающая различия в образе жизни представителей социальных групп, и поэтому в значительной степени определяется социальными факторами (прямо или косвенно) [Там же].

Интересна в этом направлении и концептуальная модель Т. Эванса, М. Уайтхед, Ф. Дидирехса, учитывающая следующие компоненты: «социально-политический контекст, структурные детерминанты, и индивидуальные особенности человека (уровень жизни, психосоциальные характеристики и поведенческие факторы)» [335]. По их мнению, необходимо при исследовании социального неравенства определять как индивидуальные переменные, так и социетальные факторы, используя групповую динамику, отражающую социальную структуру общества. Данная модель является одной из базовых идей Всемирной

организации здравоохранения, призванная способствовать установлению справедливости в отношении здоровья на мировом и региональном уровнях [373]. Кроме того, модель тесно связана и с проблемой прав человека, что отражено в Уставе ВОЗ. Еще 1946 году утверждалось, что «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения» [282]. Декларированные цели отражают картину идеального общества, где каждый может полностью реализовать свой потенциал здоровья, и никто не остается в невыгодном положении относительно других вследствие социального положения или другого социально обусловленного фактора.

В исследованиях М. Мармот и Р. Вилкинсона неравенство в отношении здоровья соотнесено с доходами и социальным статусом [368]. Описано, что общества с широчайшим разрывом в доходах (США и Великобритания) имеют и большее неравенство здоровья [Там же]. Р. Вилкинсон и М. Мармот отмечают, что «очень многое зависит от понимания взаимодействия между материальным неблагополучием и его социальными аспектами. Дело не просто в том, что плохие материальные условия оказывают вредное влияние на здоровье; очень важным фактором также являются социальные последствия, связанные бедностью, безработицей, социальной отчужденностью или другими негативными и стигматизирующими факторами» [385, с. 10]. Следовательно, мероприятия по формированию социальной справедливости в отношении здоровья должны быть направлены на создание возможностей сохранения здоровья и, как отмечают эксперты ВОЗ, на «устранение барьеров для достижения максимального потенциала здоровья всех групп населения, что предполагает справедливое распределение ресурсов, необходимых для сохранения здоровья» [373], создание доступных возможностей в поддержке здоровья и лечении болезней. Данную позицию поддерживают Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов, подчеркивая важность государственных социальных гарантий для преодоления неравенства в здоровье, отмечая, что «общественное развитие не только способствует улучшению

национального здоровья – его повышению у представителей любых социальных слоев, но и сокращению неравенств в здоровье между бедными стратами и остальным обществом» [243, с. 16; 242]. Действительно, проблематика неравенства в отношении здоровья актуализирует необходимость поиска технологий и инструментов стимулирования поведения социальных групп, направленного на сохранение здоровья, ключевым и значимым элементом которых является культура здоровья.

Результаты анализа влияния социальных факторов на индивидуальное и общественное здоровье, свидетельствуют о том, что при современном уровне развития технологий диагностики и лечения заболеваний, ранее казавшихся неизлечимыми, современная медицина признает зависимость состояния здоровья от поведения и системы ценностей пациента. Используемая сегодня в здравоохранении РФ Международная классификация болезней (МКБ-10) содержит 14 400 наименований. В 2018 году ВОЗ опубликовала обновленную версию МКБ 11-го пересмотра, содержащую 55 000 наименований (МКБ-11 в 2024 году в России еще не действует) [181]. Одна из причин расширения классификации – это признание значимости множества социальных, демографических и др. факторов, влияющих на возникновение, развитие и лечение заболеваний. Новый глобальный стандарт позволит в медицинской карте закодировать практически любое событие жизни человека, оказавшее влияние на здоровье. Например, сложности со школьной успеваемостью или возможностью получения образования, безработицу, ситуации социального исключения, проблемы с питанием, диетами или пищевыми пристрастиями, гигиеническим поведением, недостаток физических упражнений и т.д. смогут послужить источником широких эмпирических данных для анализа социальных факторов различных групп в процессе сохранения и укрепления здоровья [181]. В связи с этим, как справедливо отмечают Д. Браун и Н. Л. Русинова, «одним из ключевых направлений в исследовании культуры здоровья, имеющим своей целью объяснение связанных со здоровьем стереотипов поведения, является изучение представлений людей о том, в какой мере сам человек может контролировать состояние своего здоровья и, следовательно, нести

за него ответственность» [26, с. 104].

Таким образом, социальные различия в отношении здоровья являются фактом реальности современного общества. Развитие концепции социальных детерминант здоровья привело к переносу внимания с персональных факторов риска здоровью на факторы риска, генерируемые обществом, и продемонстрировала значимость поведенческих особенностей, тесно связанных с социокультурными факторами и развитием культуры здоровья. Некоторые из факторов здоровья находятся вне возможности управления индивидом, но генерируются обществом, обусловливая социальную несправедливость в отношении здоровья – например, неспособность обеспечить качественное медицинское обслуживание для всех групп населения, независимо от их материального положения, статуса, местности проживания и т.д. Тем не менее, значимая группа факторов (основанием которой является культура здоровья), детерминирующих состояние здоровья человека, лежит в зоне его непосредственного влияния, при этом прямо и опосредованно в результате социального взаимодействия, влияя на референтные социальные группы.

В совокупности все социальные факторы так или иначе выражаются в поведении индивидов в отношении сохранения личного здоровья, и как следствие, влияющего на групповое и общественное здоровье. Поведенческие особенности, прежде всего, основаны на ценностных ориентациях индивида, и их необходимо рассматривать не только исходя из желания и возможности индивида вести здоровый образ жизни, его самосохранительного и профилактического поведения, наличия или отсутствия у индивида различных разрушающих здоровье зависимостей (курение, употребление алкоголя, наркотических веществ); способности организовать регулярное и полноценное питание; физическую активность; соблюдать меры предосторожности от травм (используя шлемы и ремни безопасности и др.), но и от их зависимости от социокультурных факторов, регулирующих деятельность индивида через ценностно-нормативную систему, формируя убеждения, правила, нормы в отношении здоровья и его сохранения. Следовательно, социокультурные факторы являются высоко значимыми социально

обусловленными факторами общественного здоровья, влияющими на здоровьесберегающее поведение индивидов и групп, и позволяющие регулировать его с помощью основных элементов культуры здоровья.

1.3 Основные подходы к формированию элементов культуры здоровья

Как уже отмечалось в предыдущих параграфах данного диссертационного исследования, культура здоровья является значимым элементом общественной системы сохранения здоровья и отражает социальные ожидания общества в отношении здоровьесберегающего поведения индивида и социальных групп. Культура здоровья формируется в процессе социальной деятельности индивидов, закрепляется и транслируется в социуме посредством системы норм, образцов поведения, традиций и др., контролируется через систему общественного контроля.

Изначально для изучения культуры здоровья использовался предложенный Л. Н. Коганом деятельностный подход, представляющий собой «анализ деятельности человека в системе общественных отношений, ее побудительных мотивов и условий реализации» [132, с. 8].

В последствии на основе деятельностного подхода Н. Л. Антонова выделила следующие особенности анализа «культуры здоровьесбережения»: изучение ее «как интегративного явления, системы ценностных, когнитивных, потребностно-мотивационных, поведенческих механизмов, ориентированных на производство в структуре образа жизни индивида/социальной группы практик, связанных с сохранением, укреплением и развитием здоровья» [14, с. 49]. По ее мнению, «культура здоровьесбережения есть результат становления ценностных установок на сохранение и развитие здоровья, основанных на мировоззрении» [Там же].

Н. Л. Антонова выделяет следующие «системные элементы культуры здоровьесбережения на уровне индивидов и групп»: потребностно-мотивационные элементы (отражают мотивы здоровьесберегающей деятельности), когнитивные – информацию и знания о сохранении здоровья и способность ее воспринимать,

ценностные и поведенческие, которые представляют собой «совокупность действий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, т.е. действий, которые, индивид/группа включает в свой образ жизни» [Там же]. Таким образом, Н. Л. Антонова выделила цель, основные механизмы и элементы процесса формирования культуры здоровья.

В отличие от позиции Л. Н. Когана, который относил ценности и нормы к поведенческому блоку, Н. Л. Антонова относит ценности и нормы к «ценностному блоку», выделяя отдельно этот и «потребностно-мотивационный» блоки. Данное структурирование элементов культуры здоровья ближе к задачам текущего исследования, что позволяет теоретическую интерпретацию основных понятий, описание методологических подходов, используемых в диссертационном исследовании, провести в разрезе поведенческого, потребностно-мотивационного, ценностного, информационно-когнитивного и праксеологического блоков, отражающих сущность подходов и основных элементов процесса формирования культуры здоровья (Рисунок 1.5).

В соответствии с целью и задачами исследования и рассмотренной ранее теоретической интерпретацией базовых понятий (культура, здоровье) под культурой здоровья в диссертации понимается значимый элемент общественной системы сохранения здоровья, отражающий социальные ожидания общества в отношении здоровьесберегающего поведения индивида, который реализуется посредством формирования (создания, интеграции, трансляции, регуляции, сохранения) социальных культурных норм (правил, образцов поведения, традиций и др.) и системы санкций, способных воздействовать на ценностные ориентации, представления и конструируемые смыслы деятельности индивидов и социальных групп, детерминируя поведение, направленное на сохранение и улучшение здоровья и продолжительности жизни в целом.

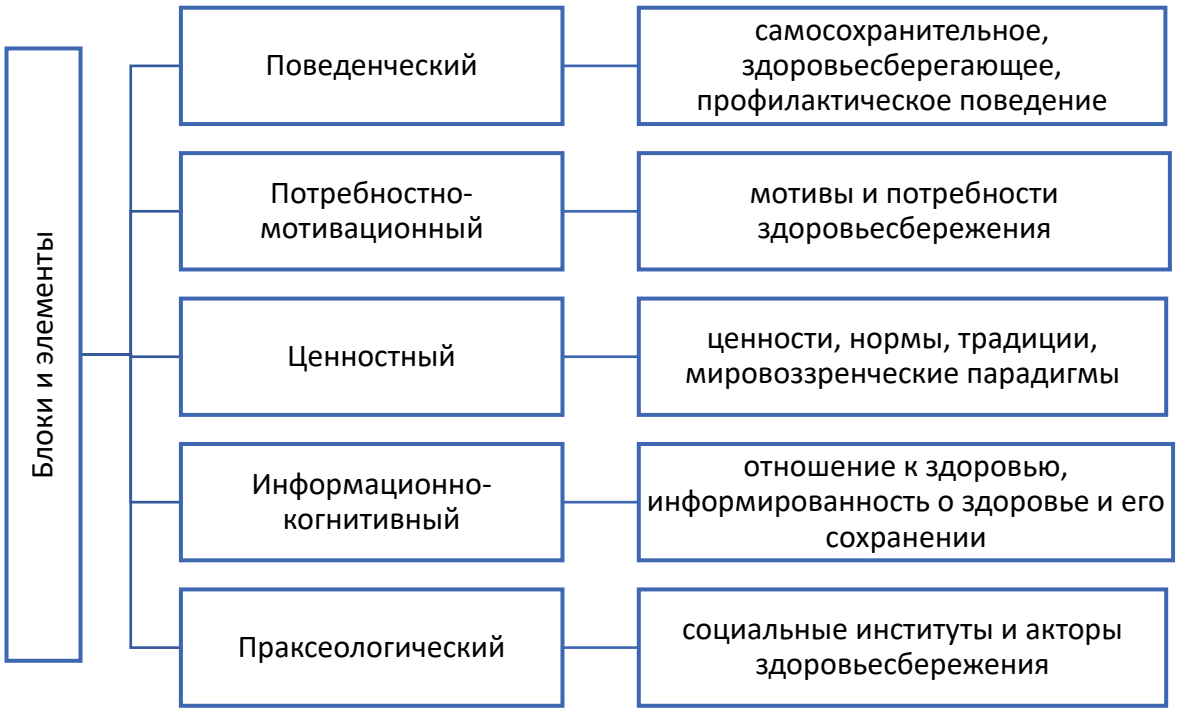


Рисунок 1.5 – Блоки и элементы процесса формирования культуры здоровья

Как уже отмечалось, основными элементами культуры здоровья являются культурные нормы и правила сохранения здоровья, усвоенные и проявляемые в здоровьесберегающем и профилактическом поведении индивидов и социальных групп, основанные на сформированных ценностных ориентациях индивида, поэтому при концептуализации культуры здоровья будут использованы эти показатели.

Операционализацию ключевых понятий исследования начнем с поведенческого блока, который позволяет раскрывать деятельность индивида в отношении здоровья через понятия, отражающие различные аспекты поведения. В диссертации используется определение понятие «поведение», предложенное Т. Парсонсом, под которым понимается «система взаимосвязанных действий, осуществляемых субъектом с целью реализации определённой функции и требующих его взаимодействия со средой» [210].

В зависимости от исследуемой предметной области данная категория заостряет внимание на различных аспектах. Так, С. Касл и С. Кобб, вводят два смежных определения: «поведение, связанное со здоровьем (health behavior)» и «поведение, связанное с болезнью (illness behavior)» [364], поясняя, что в первом

случае речь идет о любой деятельности человека, направленной на сохранение здоровья или предупреждение болезни, а во втором - о деятельности человека, воспринимающего себя больным, по поиску средств, инструментов, возможностей лечения. Примерно о том же пишет Д. Гохмэн и предлагает выделять «превентивное поведение», направленное на предупреждение болезни, и «протективное поведение», используемое в контексте защиты здоровья от возникновения возможных нарушений [356].

В 80-х годах 20 века А. И. Антоновым, И. В. Журавлевой, Е. Б. Бабиным, Л. С. Шиловой (учеными сектора социальных проблем здоровья Института социологии АН СССР) было введено понятие «самосохранительное поведение», понимаемое как «система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья и продление жизни», которое основано «на представлении о первичной потребности в самосохранении» [200, с. 24]. И. В. Журавлева описывает самосохранительное поведение «как систему действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни» [79, с. 133], отмечая универсальность данного понятия и использование ее как компоненты репродуктивного, потребительского и других видов поведения. И. В. Журавлева считает, что если самосохранительное поведение направлено на разрушение здоровья, то его можно назвать «негативным», в противном случае его можно считать «позитивным». Другой отечественный исследователь В. Я. Шклярук считает, что самосохранительное поведение является «необходимым и сложным многоуровневым компонентом социального воспроизводства населения» [302].

Другим, близким по значению, и широко используемым в практике социологических исследований, является термин «здоровьесберегающее поведение», который зачастую применяется в контексте изучения проблем сохранения здоровья, разработки программ и стратегий, направленных на регулирование поведения социальных групп. Анализ распространенности употребления терминов в российском научном сообществе показал, что на 01.04.2023 г. года в публикациях, проиндексированных в научной электронной библиотеке Elibrary [https://www.elibrary.ru/], содержалась 301 статья с ключевым

словом «здоровьесберегающее поведение» и 552 публикации с ключевым словом «самосохранительное поведение».

Таким образом, можно предположить, что самосохранительное поведение – это более общее понятие, понимаемое как «система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья и продление жизни» [79, с. 24], в основе которого, по оценке И. В. Журавлевой, лежит потребность самосохранения. Ассоциативно слово «самосохранение» в русском языке имеет связь со словосочетанием «инстинкт самосохранения», при этом смысловой акцент более глобальный – на сохранении «себя», как био-психо-социосущность. В свою очередь «здоровьесберегающее поведение», хотя и близкое по значению с «самосохранительным поведением», но имеет смысловую направленность конкретно на здоровье, т.е. здоровьесберегающее поведение можно определить как поведение, имеющее направленность на сохранение текущего уровня здоровья.

Следующий ключевой термин – это «профилактическое поведение», определяемое, исходя из авторской позиции, как поведение индивида, социальных групп, направленное на предотвращение возникновения факторов риска, которые могут повлиять на ухудшение текущего состояния здоровья, а также предотвращение возникновения, развития болезни и ухудшение текущего (или желаемого) уровня здоровья. Профилактическое поведение целесообразно рассматривать относительно конкретного заболевания (состояния) или группы заболеваний в контексте профилактической деятельности.

Термин «профилактика», (др.греч. prophylaktikos) широко распространен во многих областях науки и техники, предполагает действие эволюционного характера с предупреждением возникновения негативных последствий, т.е. представляет совокупность различных мероприятий для предупреждения и/или устранения возникших факторов риска. В медико-социальных науках под профилактикой подразумевается предупреждение возникновения и развития заболеваний. Идея профилактики зародилась в глубокой древности и заключалась в соблюдении правил личной гигиены и ведении здорового образа жизни. Еще в античности Гиппократ и другие выдающиеся медики говорили о том, что легче

болезнь предупредить, чем вылечить [47]. Таким образом, с социологической точки зрения профилактику можно определить как социальную деятельность, направленную на предупреждение заболеваний или расстройств организма человека на физическом, психическом и социальном уровнях.

Н. А. Лебедева-Несевря и С. С. Гордеева выделяют индивидуальную и общественную профилактику [158, с. 176]. При индивидуальной индивид самостоятельно выполняет мероприятия по охране своего здоровья, сокращая риски возникновения болезней, а общественная профилактика представляет собой комплекс системных воздействий социальных институтов и акторов на социальные группы с целью сохранения их текущего уровня здоровья, недопущения возникновения и/или развития заболеваний. А, например, В. А. Медик и В. К. Юрьев выделяют такие виды профилактики, как примордиальная, первичная и вторичная. Они отмечают, что если «примордиальная профилактика – это совокупность мер, направленных на недопущение факторов риска возникновения заболеваний, связанных с неблагоприятными условиями жизнедеятельности, окружающей и производственной среды, образа жизни», то первичная профилактика призвана предупреждать «развитие отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов» [173, с. 227-228]. На их взгляд, вторичная профилактика включает в себя «целый комплекс мер, в том числе медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных как на раннее выявление, так и на предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе, снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность» [Там же. С. 230]. Некоторые исследователи, например, Е. В. Борисоник, Е. Б. Любов дополняют данную классификацию, вводя понятие «третичная профилактика», которая призвана восстанавливать уже нарушенные функции организма для обеспечения полноценной жизнедеятельности [23]. Следовательно, использование термина «профилактика» во взаимодействии с поведением в контексте культуры

здоровья, дает возможность рассматривать здоровьесберегающее поведение, прежде всего, с точки зрения ценностных установок, социальных норм и социальных практик индивидов и групп, направленных на недопущение возникновения и развития конкретного заболевания (состояния) или группы заболеваний.

Таким образом, самосохранительное поведение представляется основой для формирования культуры здоровья, а здоровьесберегающее и профилактическое поведение задачей и результатом ее сформированности. При этом именно культура здоровья способна передать и зафиксировать в поведении индивида ожидания общества в отношении сохранения здоровья через ценностно-нормативную систему мотивации здоровьесберегающей деятельности.

Важный аспект поведенческого блока – это социальные практики здоровьесбережения и профилактики. Как справедливо отметили П. Бергер и Т. Лукман «всякая человеческая деятельность подвергается хабитуализации (т.е. опривычиванию). Любое действие, которое часто повторяется, становится образцом, впоследствии оно может быть воспроизведено с экономией усилий и ipso facto осознано как образец его исполнителем» [19, с. 89]. Таким образом, повторяемые в повседневной жизни опривыченные действия становятся социальными практиками и основой для институционализации [Там же. С. 91].

В изучении социальных практик здоровья за основу можно принять концепцию «габитуса» П. Бурдьё, где «габитус» – ключевое понятие, под которым понимается система устойчивых принципов, диспозиций, структурирующая опыт индивида и формирующая практики, обеспечивая их согласованность, легитимность [29]. При этом габитусу присуща неосознанность любого отбора, что объясняет схемы восприятия и оценивания габитуса как эффекта от непроизвольного, непредумышленного уклонения от какого-либо действия, например, с точки зрения социальной позиции, статуса и прочее, т.е. некоторая обусловленность социальным ожиданиям. Согласно концепции «генетического структурализма» П. Бурдьё «габитус означает веру, нравы, способность видеть мир через призму понятий и представлений, привычки, которые зависят от

деятельности, воспитания, престижа, обычаев, мод. Габитус отражает способность выполнять социальные роли. Важна роль образования, которая содержит габитус благополучных классов и предшествующий культурный опыт. Габитус – продукт приобретенных схем и истории, производит индивидуальные и коллективные практики, проявление предшествующего опыта» [Цит. по: 197, с. 212].

Таким образом, практики определяются габитусом, согласованным с индивидуальной системой диспозиций, предрасположенностей и выстроенной им реальностью индивида, а также совокупностью капитала (социального, культурного и др.), активных свойств, способностью к их актуальному применению в условиях структурированных позиций, социальных полей (культурных, образовательных, религиозных, национальных и прочих). В связи с вышесказанным под «габитусом здоровья» в данном диссертационном исследовании подразумевается устойчивый комплекс диспозиций, принципов, организующий поведенческие реакции и социальные практики индивида, направленные на сохранение здоровья.

В рамках потребностно-мотивационного блока культура здоровья раскрывается через мотивы и потребности здоровьесбережения. Потребность в сохранении здоровья и активном долголетии стимулирует здоровьесберегающее поведение индивида, которое можно определить с позиции социального действия, где социальное действие, по мнению М. Вебера, это «действия человека, которые по предполагаемому действующим лицом смыслу соотносится с действиями других людей или ориентирующиеся на них» [32]. На основе определения М. Вебера можно выделить следующие признаки здоровьесберегающего поведения (как социального действия): личное осмысление возможных вариантов поведения (субъективный смысл поведения) и ориентация на ожидаемую реакцию других индивидов и/или социальных групп. В результате изучения социального действия М. Вебер также отмечал, что поведение может быть «целерациональным, если в основе его лежит ожидание определённого поведения предметов внешнего мира и других людей и использование этого ожидания в качестве «условий» или «средств» для достижения своей рационально поставленной и продуманной цели»

и ценностно-рациональным, которое имеет основание в безусловной религиозной, эстетической или др. вере, вере в «самодовлеющую ценность определённого поведения как такового, независимо от того, к чему оно приведёт» [33, С. 620].

Преломление типологии М. Вебера в отношении здоровьесберегающего поведения позволяет утверждать, что целерациональное и ценностно-рациональное здоровьесберегающее поведение проявляется в осознанном выборе, который индивид делает, будучи свободным от принуждения к выбору или действию. Можно также выделить когнитивную теорию Г. Саймона, который трактуя рациональность индивида при принятии решения в пользу того или иного поведения, акцентирует внимание на том, как перерабатывается информация и структурируется проблема. В контексте здоровьесберегающего поведения применимо понятие «ограниченная рациональность», под которым Г. Саймон подразумевал, что принятие решения ограничивается мыслительной возможностью человека, неполнотой информации, давлением групп интересов, неясностью целей, средств, ценностей и критериев [247].

Вызывает закономерный интерес и позиция В. А. Ядова, подчеркивающего, что хотя «регулятивные функции разнообразных состояний готовности личности к определенному способу действий и называют по-разному – «жизненная позиция, направленность интересов, ценностная ориентация, социальная установка, субъективное отношение, доминирующая мотивация, субъективный смысл, придаваемый действиям, и т. п., все это не что иное, как диспозиции личности – фиксированные в ее социальном опыте предрасположенности воспринимать и оценивать условия деятельности, а также действовать в этих условиях определенным образом» [251, с. 10]. В предложенной им концепции диспозиционной регуляции социального поведения, рассматривающей деятельность с учетом социальной реальности, потребности делятся на уровни в зависимости от социальной среды. В соответствии с концепцией В. А. Ядова, «диспозиционная регуляция социального поведения есть в то же время и диспозиционная мотивация, т. е. механизм, обеспечивающий целесообразность формирования различных состояний готовности к поведению на определенном

уровне не только в виде предрасположенности к содержанию поступков и их последовательности, но и в виде эмоционального переживания значимости этих действий для субъекта» [Там же. С. 47]. Структура диспозиции личности, по В. А. Ядову, выглядит следующим образом: «первый, низший ее уровень образуют <…> элементарные фиксированные установки <которые> формируются на основе потребностей физического существования и в простейших ситуациях. Эти установки как закрепленная предшествующим опытом готовность к действию лишены модальности (переживание «за» или «против») и не осознаваемы» [Там же. С. 35]. Второй уровень, по его мнению, представлен системой социальных установок, называемых «аттитюдами», возникающей на основе оценки социальных объектов. На третьем уровне обозначается «общая (доминирующая) направленность интересов личности в определенные сферы социальной активности», формируемая «на основе более высоких социальных потребностей», которая «представляет собой предрасположенность к идентификации с той или иной областью социальной деятельности» [Там же. С. 36]. Именно на третьем, высшем уровне, утверждает В. А. Ядов, достигается решающая роль в саморегуляции поведения, которую формирует «система ценностных ориентаций на цели жизнедеятельности и средства их достижения» [Там же]. Таким образом, «формирование ценностных ориентаций отвечает высшим социальным потребностям личности в саморазвитии и самовыражении, притом в социально-конкретных, исторически обусловленных формах жизнедеятельности, характерных для образа жизни общества и социальных групп, к которым принадлежит индивид и с которыми он себя идентифицирует, а следовательно – мировоззрение, идеологию и образ мыслей, которые он разделяет» [Там же. С. 36].

Важный аспект для понимания культуры здоровья находим в исследованиях С. А. Давыдова: «социальное действие можно охарактеризовать как любое поведение индивида или группы, имеющее значение для других индивидов и групп социальной общности или общества в целом» [54, с. 67]. При этом он замечает, что «действие выражает характер и содержание отношений между людьми и социальными группами, которые, являясь постоянными носителями

качественно различных видов деятельности, различаются по социальным позициям (статусам) и ролям» [Там же]. Для возникновения мотивации, запускающей механизм социального действия, необходима потребность в данном поведении, вызываемая интересом и ориентацией, при этом «цель связывает субъекта с объектами внешнего мира и выступает программой их взаимного изменения. Через систему потребностей, интересов и ситуационных условий внешний мир овладевает субъектом, и это отражается в содержании целей» [Там же. С. 68]. При этом Давыдов описывает и обратную связь: «через систему ценностей и мотивов, в избирательном отношении к миру, в средствах целеосуществления субъект стремится утвердить себя в мире и изменить его, т.е. самому овладеть миром» [Там же. С. 68]. Систематизируя мотивы социального действия, С. А. Давыдов выделяет мотивы, связанные с получением различных благ (материальных, социальных и т.д.), с реализацией социальных норм и «мотивы, связанные и обусловленные определенной жизненной ситуацией» [Там же. С. 67-68].

Таким образом, согласно теории социального действия для возникновения мотивации в поведении, направленном на сохранение здоровья (в том числе интеллекта и репродукции) и связанным с ним сохранении материальных и социальных благ, а также качества жизни, необходима потребность в данном поведении, вызываемая интересом и ориентацией, под которой понимается способность оценки социальных явлений по их значимости для субъекта.

Следующим методологическим блоком концептуализации культуры здоровья является аксиологический (ценностный) подход, основанный на представлении, что культура формируется социальной общностью, имеющей сходную систему ценностей, а разнообразие ценностей социума определяет вариативность поведения его агентов. Это утверждение согласуется с высказыванием М. Вебера о том, что «эмпирическая реальность становится для нас «культурой» потому и постольку, поскольку мы связываем ее с ценностными идеями» [399]. При этом он подчеркивал, что реальностью для индивидов являются те «сегменты действительности, которые стали <…> значимыми благодаря этой

ценностной релевантности. Лишь малая часть существующей конкретной действительности окрашена нашим ценностно-обусловленным интересом, и только она значима для нас. Это важно, потому что раскрывает отношения, которые важны для нас в силу их связи с нашими ценностями» [Там же]. Таким образом, М. Вебер выделил значимость ценностно-обусловленного интереса в формировании культуры и восприятии окружающей нас действительности.

Общеизвестна классификация ценностных ориентаций М. Рокича, полагавшего, что для индивида некоторая цель или средство имеет предпочтение. Он сформировал методику оценки типов ценностей, которая предусматривает ранжирование 18 инструментальных ценностей и 18 терминальных, как и качественный анализ их приоритетности, являющейся содержательной компонентой направленности личности, составляющей основу социальных отношений [231; 375]. Данный анализ позволил М. Рокичу утверждать, что представители одной культуры имеют сходные ценности только в разной степени значимости, что имеет непосредственное отношение к ценности сохранения здоровья и активного долголетия как основы формирования культуры здоровья.

Для реализации цели и задач данного диссертационного исследования в отношении выявления связей между ценностями, социальными нормами и культурой здоровья актуальна концепция «культурной жесткости-свободы» М. Гельфанд, которая выделяет жесткий и свободный типы культур, вводя эти понятия в качестве интегральных показателей, объединяющих как общие ценности и особенности социальных норм группы или общества, так и особенности их мировосприятия, усвоения культурных норм своего социального класса (воспитания) и факторы, детерминирующие их формирование [43]. М. Гельфанд определяет индивидов, принадлежащих к «жесткой культуре», по свойственным им (в большей степени) следующим качествам: самоконтроль, соблюдение общественного порядка, сознательность (понимаемая как дисциплинированность с соблюдением правил и стремлением к порядку). При этом им более свойственны узость мышления, традиционность, культурная инертность, отмечается негатив к социальным меньшинствам (по разным признакам), низкая мобильность. По

адаптивным качествам данному типу культуры характерен предсказуемый образ действий и жизни с упорядоченным режимом, негативной реакцией на изменения. По оценке М. Гельфанд, данный тип культуры чаще формируется в низших сословиях.

Представителям «свободной культуры», по ее мнению, в большей степени присущи следующие качества: толерантность, креативность, адаптивность, отмечаются признаки личностного фактора «открытость» (гибкость, самобытность, любознательность, глубокомыслие, озарение, воображение), при этом у них нередко отмечается импульсивность, меньшее внимание порядку, вежливости, зато они, как правило, придают значение нововведениям, самоактуализации, гибкости и инновациям. Среди представителей этого типа культуры преобладают очаги инноваций, меньше дискриминации, больше общественных движений, этническое разнообразие, понимание пользы от толерантности и неопределенности. М. Гельфанд отмечает, что данный тип культуры чаще всего формируется в высших сословиях.

Таким образом, при формировании культуры здоровья имеет важность связь типов культуры, учитывающих особенности мировосприятия и культурных норм группы и общества, с вариативностью ценностей социума, особенно ценностей сохранения здоровья.

Информационно-когнитивный блок, демонстрирующий динамику культуры здоровья и ее восприятие индивидом, отражает мировоззренческие парадигмы, знания и идеи, связанные с проблемами сохранения здоровья и жизни. В контексте предмета диссертационного исследования актуальна оценка знаний и представлений социальных групп о здоровье и его сохранении (методах, инструментах его сохранения, о рисках, факторах, ухудшающих здоровье), источниках информированности о здоровье и его сохранении; оценка доверия к знанию (о сохранении здоровья) и источникам информации, а также исследование социальных феноменов инфодемии с оценкой соответствия достоверности знания о мерах профилактики (как основания профилактического поведения).

В рамках когнитивного подхода можно выделить еще один важный

показатель культуры здоровья – «отношение к здоровью». По мнению И. В. Журавлевой, отношение к здоровью характеризуется оценкой индивидом своего состояния здоровья, «отношения к здоровью как к жизненной ценности, удовлетворенности состоянием своего здоровья и жизнью в целом и деятельности по сохранению здоровья» [79, с. 39]. Основываясь на определении И. В. Журавлевой, под отношением к здоровью понимаем «сложившуюся на основе имеющихся у индивида знаний оценку собственного здоровья, осознание его значения, а также действий, направленных на изменение его состояния» [Там же. С. 37].

Для формирования культуры здоровья очень важна и социальная коммуникация, представляющая собой «взаимный обмен между акторами смысловой и оценочной социально значимой информации, оказывающей воздействие как на акторов социального взаимодействия, так и на общество в целом» [261]. Г. Лассуэл, оценивая влияние социальной коммуникации на индивида и социальную группу отдельно выделяет в качестве когнитивного эффекта влияния «социальный стереотип», под которым понимается обусловленный традиционностью мышления и восприятия «упрощенный образ социальных объектов или событий, обладающий значительной устойчивостью» [Цит. по: 54, с. 79]. Социальные стереотипы широко распространены в традициях здоровьесбережения, что представляет интерес в контексте исследования формирования культуры здоровья.

Следующий важный информационно-когнитивный аспект – это восприятие индивидом социальной реальности. В исследованиях А. Шюца было введено понятие «жизненный мир», фиксирующее переход индивида от индивидуального переживания к восприятию социального окружения как объективной реальности [306; 307]. Исследуя социальную реальность в феноменологической традиции, А. Шюц актуализировал предметность социальной реальности, исследования жизненного мира в социологии культуры. Он замечает, что «изначально мир повседневной жизни является для нас универсумом значений, текстурой смыслов, которые мы должны интерпретировать, чтобы найти в нем свое место и поладить с

ним» [Там же], но тут же уточняет: «Эта текстура значений, однако, – и это отличает царство культуры от царства природы – возникает и институциализируется в человеческой деятельности, нас самих и наших товарищей, современников и предков» [307, с. 13-14]. А. Шюц поясняет, что «все объекты культуры – инструменты, символы, языковые системы, миры искусства, социальных институтов и т.д. – самим своим происхождением и значением указывают на деятельность человеческих существ. Поэтому мы всегда осознаем историчность культуры, данной нам в традициях и обычаях. Эту историчность можно рассматривать в ее отношении к человеческой деятельности, осадком которой она является. По той же причине я не могу понять объект культуры без отнесения его к той форме человеческой деятельности, в которой он возник» [Там же]. Особенность понимающей социологии А. Шюц видел в том, что «социология стремится приложить полученные таким образом интерпретативные схемы к тем культурным объектам, которые конституируются в социальном мире в ходе процессов смыслополагания и толкования смысла, и «понять» эти культурные объекты можно, обращаясь к конституирующему их смыслу» [Там же. С. 952]. Таким образом, А. Шюц смещает акцент на особенности «смыслеполагания», т.е. на толкование смыслов и их социальное конструирование. Соответственно, формирование культуры здоровья базируется на создаваемых социумом образах здоровья и возможностей его сохранения, которые транслируются индивидам и социальным группам (затем интерпретируются и интериоризируются ими), а также на конструируемых смыслах здоровьесбережения в процессе социального взаимодействия и здоровьесберегающей деятельности.

Следующим раскрывающим сущность процесса формирования культуры здоровья является пракселогический подход**,** который, как уже отмечалось выше, «представляет собой синтез когнитивного и поведенческого подходов, реализующийся через социальные институты» [132]. Концепция социального института, разработанная В. И. Добреньковым и А. И. Кравченко, представляется в рамках данного исследования наиболее полной, в соответствии с ней «социальный институт предстает перед нами гигантской социальной машиной

(системой), существующей исторически длительное время, удовлетворяющей фундаментальные потребности общества, обладающей легитимной силой и моральным авторитетом, охватывающей большую совокупность явлений, выраженных с помощью статусов и ролей, социальных норм и санкций, социальных организаций (предприятий, университетов, фирм, агентств, колхозов и т.п.), которые, в свою очередь, имеют персонал, аппарат управления, особые процедуры приема, закрепления и увольнения, многочисленные механизмы социального контроля, процедурные практики и т.п.» [63, с. 444]. По их мнению, именно социальный институт является «приспособительным устройством общества, созданным для удовлетворения его важнейших потребностей и регулируемый сводом социальных норм» [Там же]. При этом совокупность социальных институтов чаще всего называют «социальной системой общества», объединяющей социальные институты, организации, различные виды социального взаимодействия, социальные роли и т.д.

Зарубежные и отечественные социологи имеют различные позиции относительно определения социального института, его сущности и элементов. В. И. Добреньков и А. И. Кравченко подчеркивают, что если «некоторые социологи считают, что главным в социальном институте выступают статусы и роли, то другие уверены, что в первую очередь речь идет о системе норм и предписаний, а третьи выделяют значение моделей и образцов поведения, регулируемых механизмом социального контроля, и т.д.» [63, с. 442]. Действительно, разнообразие позиций расширяет понимание сущности социального института, его многогранность и многокомпонентность, а также его роль в формировании культуры здоровья.

Так, например, по мнению С. С. Фролова, необходимо акцентировать внимание на «институциональных признаках, т.е. общих для всех институтов чертах и свойствах: 1) установки и образцы поведения (например, привязанность, лояльность, ответственность и уважение в семье, послушание, лояльность и субординация в государстве); 2) символические культурные признаки (обручальное кольцо, флаг, герб, крест, иконы и др.); 3) утилитарные культурные

черты (дом для семьи, общественные здания для государства, магазины и фабрики для производства, учебные классы и библиотеки для образования, храмы для религии); 4) устный и письменный кодексы (запреты, правовые гарантии, законы, правила); 5) идеология (романтическая любовь в семье, демократизм в государстве, свобода торговли в экономике, академические свободы в образовании, православие или католицизм в религии)» [Там же]. А В. И. Добреньков и А. И. Кравченко к числу институциональных признаков добавляют еще такие как «объективность» (существование институтов независимо от воли и желания индивида); «обязательность или принудительность» (институты навязывают поведение, для кого-то нежелательное) и «моральный авторитет и легитимность» [Там же].

Таким образом, праксеологический блок раскрывает элементы процесса формирования культуры здоровья, реализующегося через социальные институты, которые инициируют и регулируют появление, принятие и закрепления социальных норм, правил (регулирующих взаимодействие), а также создание и поддержание системы санкций, связей, ролей и статусов, оформление их в систему, способную воздействовать на ценностные ориентации, представления и смыслы деятельности социальных групп и индивидов, формирующие поведение, направленное на сохранение индивидуального здоровья для удовлетворения общественной потребности сохранения общественного здоровья.

Рассмотренные в параграфе элементы и механизмы формирования культуры здоровья в совокупности образуют сложные процессы создания и дальнейшего развития культуры здоровья, ее совершенствование, которые по своей направленности могут быть как целенаправленными, так и саморегулируемые.

1.4 Культура здоровья как объект социального регулирования: связь целенаправленных и саморегуляционных процессов

Как уже отмечалось в диссертационном исследовании, культура здоровья как неотъемлемый элемент общей культуры встроена в сложную систему регуляции общественной жизни, и, следовательно, справедливо утверждение Ю. А. Зубок о

том, что «социальное регулирование общественных отношений с целью их упорядочения является одной из фундаментальных проблем социологии» [249, с. 5]. Важность этого утверждения подчеркивал еще П. Сорокин, считая возможным исследования природы культуры путем выявления «социально-объективного смысла» [260, с. 42]. По мнению В. В. Деркач, «функция социальной регуляции опирается на определенные устоявшиеся социальные нормы, соответствующие какой-либо исторической эпохе» [59, с. 735]. По этому поводу он пишет: «Нормы указывают на наиболее эффективные, проверенные временем способы общения и деятельности, а также активно участвуют в воспроизводстве и функционировании социальных институтов <…>. Регулятивная функция также определяет способ использования субъектом переданных ему ценностей в процессе социализации. Аксиологическая функция обычно взаимодействует с функцией социальной регуляции и обеспечивает передачу наиболее существенных ценностных установок из поколения в поколение» [Там же]. Как отмечает А. О. Прохоров, «регуляторный процесс осуществляется в конкретной социальной среде на фоне культуральных, этнических, профессиональных и других влияний, в определенной социальной ситуации жизнедеятельности: экономической, юридической, связанной с местом субъекта в малой группе – его социальными ролями, статусами и пр.» [223].

По своей сути, формирование культуры здоровья индивида (ее дальнейшее развитие и регулирование) происходит посредством социальной регуляции, которая, по мнению Ю. А. Зубок и В. И. Чупрова, представляет собой «процесс упорядочения жизнедеятельности <…> – выстраивание ее в соответствии с определенными образцами (правилами, нормами, представлениям о должном), принятыми в обществе или группе» [249, с. 10].

Результатом социальной регуляции культуры здоровья представляется достижение здоровьесберегающего поведения индивидов и групп. При этом социальная регуляция, как отмечают Ю. А. Зубок и В. И. Чупров, «может происходить целенаправленно или приобретать саморегулируемые формы» [249, с. 11]. Целенаправленное регулирование культуры здоровья индивидов осуществляется под внешним воздействием различных акторов, прежде всего,

социальных институтов, создающих и транслирующих индивидам и группам социальные нормы сохранения здоровья. Саморегулирование культуры здоровья осуществляется индивидами или группами посредством сложного внутреннего механизма, детерминирующего поведение индивида (групп).

Широкий круг исследований различных аспектов саморегуляции представлен в предметном поле психологии. Например, В. И. Моросанова раскрывает сущность психической саморегуляции человека «специфичность которой определяется используемыми для осуществления регуляции поведения психическими средствами: когнитивными, личностными, темпераментальными, эмоциональными и т.д.» [182, с. 8]. О. А. Конопкин исследует субъектные признаки «осознанной саморегуляции произвольной активности» в процессе регуляции поведения, такие «как инициация целенаправленной активности, ее осознанное построение на основе учета и согласования внешних и внутренних условий, целенаправленное волевое управление активностью и ее поддержание» [139, с. 22]. Тем не менее в своих исследованиях психологи А. О. Прохоров и И. Г. Ларионова приходят к выводу о важности социокультурной компоненты в сложном процессе саморегуляции, отмечая, что «включенный в ментальную регуляторную структуру образ жизни понимается как система деятельностей, характеризующая жизнь людей в определенных условиях. Связь образа жизни и ситуации осуществляется через пространственно-временные характеристики, в которых жизнедеятельность человека осуществляется в единстве условий сознания и деятельности, а «ситуации» понимаются как прошедшие сферу сознания и введенные в повседневную жизнедеятельность людей условия жизни. Образ жизни через совокупность соответствующих ситуаций сказывается в регуляции психических состояний. В свою очередь, ментальная регуляция опосредуется пространством культуры, носителем которой является субъект. Основными формами культуры, посредством которых осуществляется влияние структур сознания, являются вещи (артефакты), знаковые системы (семиосфера) и модели поведения» [224, с. 59]. Таким образом, процесс саморегулирования в психологической науке акцентирован на индивидуальных психических особенностях и влияние на них

других факторов социальной среды, а в социологическом поле предметом выступает социокультурная компонента саморегуляции деятельности индивида и социальных групп.

В текущем исследовании «механизм» понимается как способ функционирования, взаимосвязи и взаимодействия элементов процесса, соответственно, под механизмом социальной регуляции культуры здоровья понимаем способ функционирования, взаимосвязи и взаимодействия целенаправленных и саморегуляционных процессов упорядочивания здоровьесберегающей деятельности индивидов (и социальных групп) в соответствии с определенными образцами, принятыми в обществе (или группе). Обоснование социального механизма основано на работах Т. И. Заславской и Р. В. Рывкиной, выступающего, по их мнению, совокупностью способов взаимодействия различных социальных субъектов на макро-, мезо- и микроуровнях и обеспечивающих устойчивость и системность их поведения по поводу производства, распределения, обмена и потребления общественных благ [85].

Механизм социальной регуляции культуры здоровья можно представить как процесс взаимодействия его компонентов – механизма институциональной регуляции (целенаправленной) и механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения, что позволяет описать этот сложный социальный процесс следующим образом (Рисунок 1.6).

Процесс целенаправленной регуляции реализуется посредством социальных институтов и различных акторов, генерирующих социальную реальность, ценности, нормы, а также определяющих цели здоровьесбережения, которые воспринимаются, трактуются и оцениваются индивидами в соответствии с достигнутым социокультурным уровнем, т.е. процесс институционально обусловлено саморегулируется и проявляется в наблюдаемых практиках здоровьесбережения и поведения в отношении сохранении здоровья и жизни. Тем самым целенаправленная регуляция посредством механизма институциональной регуляции связана с механизмом саморегуляции.

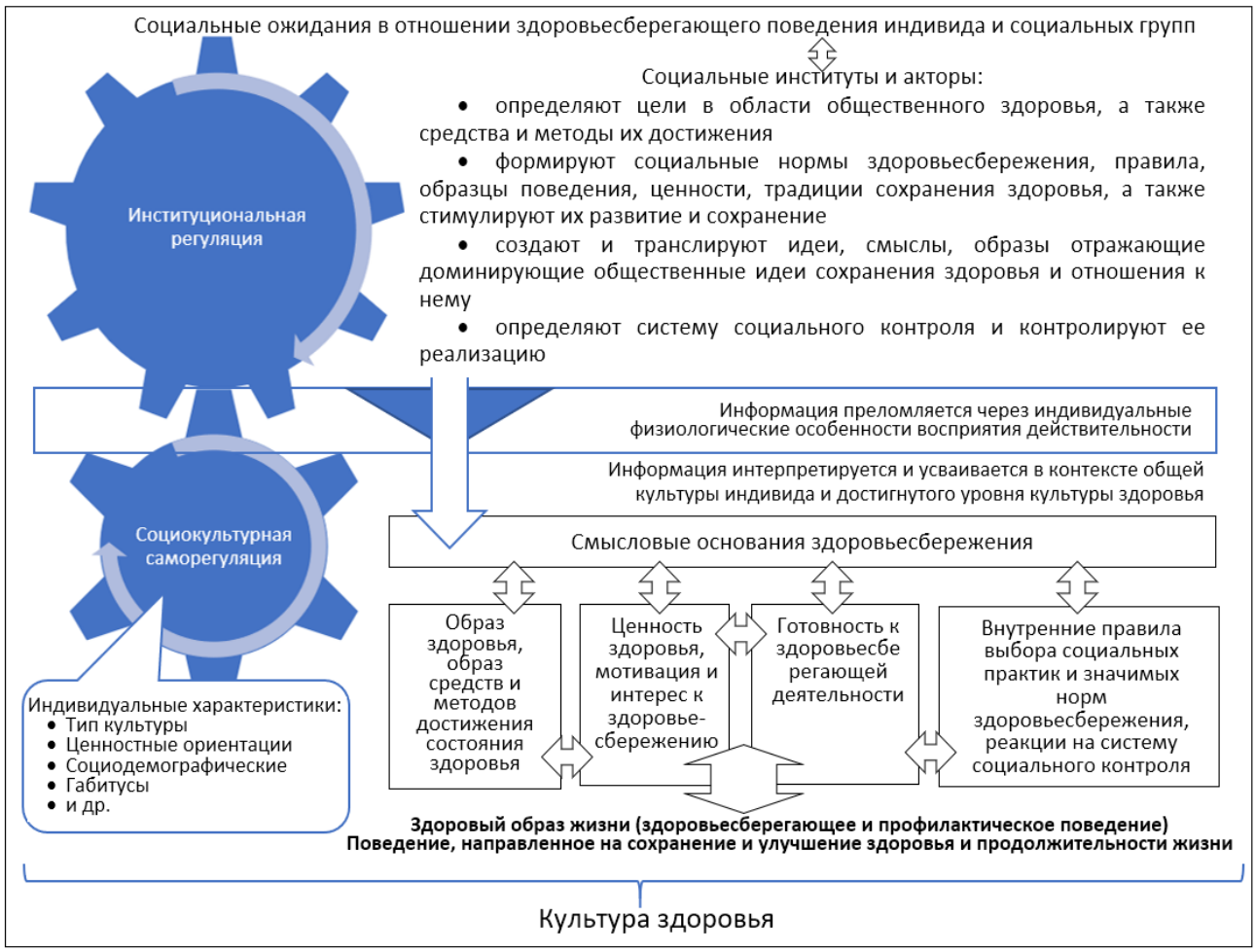


Рисунок 1.6 – Механизм социальной регуляции культуры здоровья

По мнению Ю. А. Зубок и В. И. Чупрова, «целенаправленное регулирование проявляет себя через организованную систему процедур признания и принятия нормативно обоснованных ролевых ожиданий, социальных норм и ценностных ориентаций» [249, с. 12]. При этом «целеориентированные механизмы, воплощенные в институтах, во-первых, регулируют нравственные основания в поведении <…>, артикулируют императивные ценности, социальные кодексы, этику поведения (нормативно ориентирующие механизмы); во-вторых, обеспечивают социальную регуляцию поведения <…> на основе норм, правил и предписаний, закрепленных в юридических и административных актах (нормативно санкционирующие механизмы); в-третьих, регулируют действие договорных норм в их официальном и неофициальном закреплении, место этих норм в регуляции повседневных контактов и в разных формах группового взаимодействия молодежи (ситуационно-конвенциональные механизмы); в-

четвертых, участвуют в упорядочении жизнедеятельности <…> посредством санкций за нарушение ими нормативных образцов (санкционно-контролирующие механизмы)» [249, с. 12]. Таким образом, целенаправленное регулирование здоровьесберегающей деятельности через реализацию функций социальных институтов определяет нормативную основу регуляции культуры здоровья и здоровьесбережения, предписывает и внедряет модели должного поведения для сохранения здоровья (например, правила здорового образа жизни) и допустимые формы и вариации их отклонения, а также создает систему санкций за нарушение предписаний и социальную интеграцию различных индивидов, групп и акторов в процесс здоровьесбережения, обеспечивая устойчивость социальных связей.

Следующим важным компонентом механизма социальной регуляции культуры здоровья, в котором проявляется связь целенаправленных и саморегуляционных процессов, это формирование и трансляция образов и смысловых оснований здоровьесбережения. Например, сложно конструируемый феномен «здоровый образ жизни» (под которым в диссертационном исследовании понимается имеющийся ментальный образ здоровья и средств, методов его достижения (сохранения), а также внутренние правила выбора социальных практик здоровьесбережения и значимые для индивида нормы сохранения здоровья) конструируется индивидом (группами) под целенаправленным воздействием институциональных акторов, и его интернализация в индивидуальном или групповом сознании (а также последующее закрепление в образцах социального поведения) происходит посредством механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения.

Саморегуляционный процесс здоровьесберегающей деятельности, соглашаясь с мнением Ю. А. Зубок и В. И. Чупрова, можно определить как «социокультурную саморегуляцию», так как в основе процесса лежит культура и «обеспечивается взаимодействие элементов мотивационной сферы сознания: потребностей, интересов, установок, ценностей, – придавая содержательную направленность всему процессу социальной регуляции» [249, с. 14]. Именно концепция «социокультурной саморегуляции жизнедеятельности» Ю. А. Зубок и

В. И. Чупрова позволяет связать мотивацию здоровьесберегающей деятельности в смысловом единстве с культурным пространством индивида, его ценностными, «архетипическими и ментальными структурами, габитусами, стереотипами» и описать сущность сложнейшего компонента механизма социальной регуляции культуры здоровья – социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения [94, с. 7].

Согласно данной концепции, рассмотренные в предыдущем параграфе элементы формирования культуры здоровья связаны в единый механизм взаимовлияющих и детерминирующих друг друга компонент – габитусов, ценностей, мотивов здоровьесбережения, стереотипов, архетипов и др. Как справедливо отмечет Ю. А. Зубок, эти элементы «служат важными источниками образования смыслов, определяющих направленность целей жизнедеятельности» [92, с. 22], что в свою очередь формирует субъективную реальность «на основе многообразия смыслов и их сложных сочетаний» [94, с. 22]. Такая позиция также согласуется с выводом Ю. А. Зубок, В. И. Чупрова и А. С. Любутова о том, что «в процессе саморегуляции смысложизненные ценности, сформировавшиеся в архетипических и ментальных структурах, преобразуются в поведенческие установки, закрепляясь в социальных практиках посредством габитусов» [93, с. 19]. Следовательно, можно утверждать, что концепция «социокультурной саморегуляции жизнедеятельности» (Ю. А. Зубок, В. И. Чупров) дает новые возможности поиска значимых элементов здоровьесберегающего поведения, формирования и регуляции культуры здоровья в целом, а также расширяет концептуальный и исследовательский инструментарий в ее изучении.

В исследованиях Т. Н. Каменевой и Е. В. Чанковой показаны «социокультурная составляющая саморегуляции отношения к здоровью и анализ основных факторов, которые определяют здоровье, ориентированное поведение различных групп населения» [110, с. 83]. Так Т. Н. Каменева отмечает, что «социальное регулирование здоровьесберегающего поведения представляет собой совокупность направляющих и координирующих воздействий со стороны общества на поведение людей в сфере здоровья, обеспечивающих формирование и

распространение здорового образа жизни и улучшение показателей здоровья. В качестве социальных регуляторов выступают ценностные – понимание важности сохранения здоровья; директивные – социально-значимые программы, направленные на здоровьесбережение; информационные – пропаганда здорового образа жизни» [111, с. 132].

Таким образом, целенаправленные и саморегуляционные процессы тесно связаны в механизме социальной регуляции культуры здоровья: социальные институты влияют на формирование смысловых оснований здоровьесбережения посредством создания, интеграции, трансляции, регуляции и сохранения социальных норм здоровьесбережения, правил и образцов здорового образа жизни, создавая и воздействуя на ценностные ориентации, представления о здоровье и практиках его сохранения, и в конечном итоге на конструируемые индивидом смыслы его здоровьесберегающей деятельности и мотиваторы поведения, которые находятся в тесной связи со всеми компонентами сложного механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения.

Для исследования основных компонент социальной регуляции культуры здоровья были выбраны два исследовательских подхода: первый – формирование культуры здоровья в условиях профилактики социально обусловленных болезней, в формировании, развитии и предотвращении которых поведение индивида имеет высокую значимость и ключевую роль (далее – социально обусловленные заболевания), являющихся частью реальности современных поколений на протяжении всей жизни (например, сердечно-сосудистые, эндокринные, йододефицитные заболевания и др.). Второй подход рассматривает культуру здоровья в условиях пандемии, ситуации, эпизодически повторяющейся в общественной истории, следуя предположению, что культура здоровья, сформированная в отношении сохранения здоровья в повседневной жизни индивида, является одним из важнейших условий его сохранения и в условиях пандемии.

Культура здоровья в качестве объекта исследования может быть описана концептуальной идеей исследования культуры здоровья и элементов процесса ее

формирования и регуляции, которая, объединяя поведенческий, потребностно-мотивационный, ценностный, информационно-когнитивный и праксеологический блоки в единый концепт социальной регуляции культуры здоровья, раскрывает внутреннюю сущность регуляции процесса через социокультурную саморегуляцию здоровьесберегающего поведения, а внешнюю – через институциональную регуляцию культуры здоровья (Рисунок 1.7). Предложенный конструкт позволяет исследовать культуру здоровья как значимый элемент общественной системы сохранения здоровья, отражающий социальные ожидания общества в отношении здоровьесберегающего поведения индивида, а формирование культуры здоровья как процесс, реализующийся посредством социальной регуляции культуры здоровья, т.е. выстраивания здоровьесберегающей жизнедеятельности индивидов и групп в соответствии с образцами, принятыми в обществе или группе.

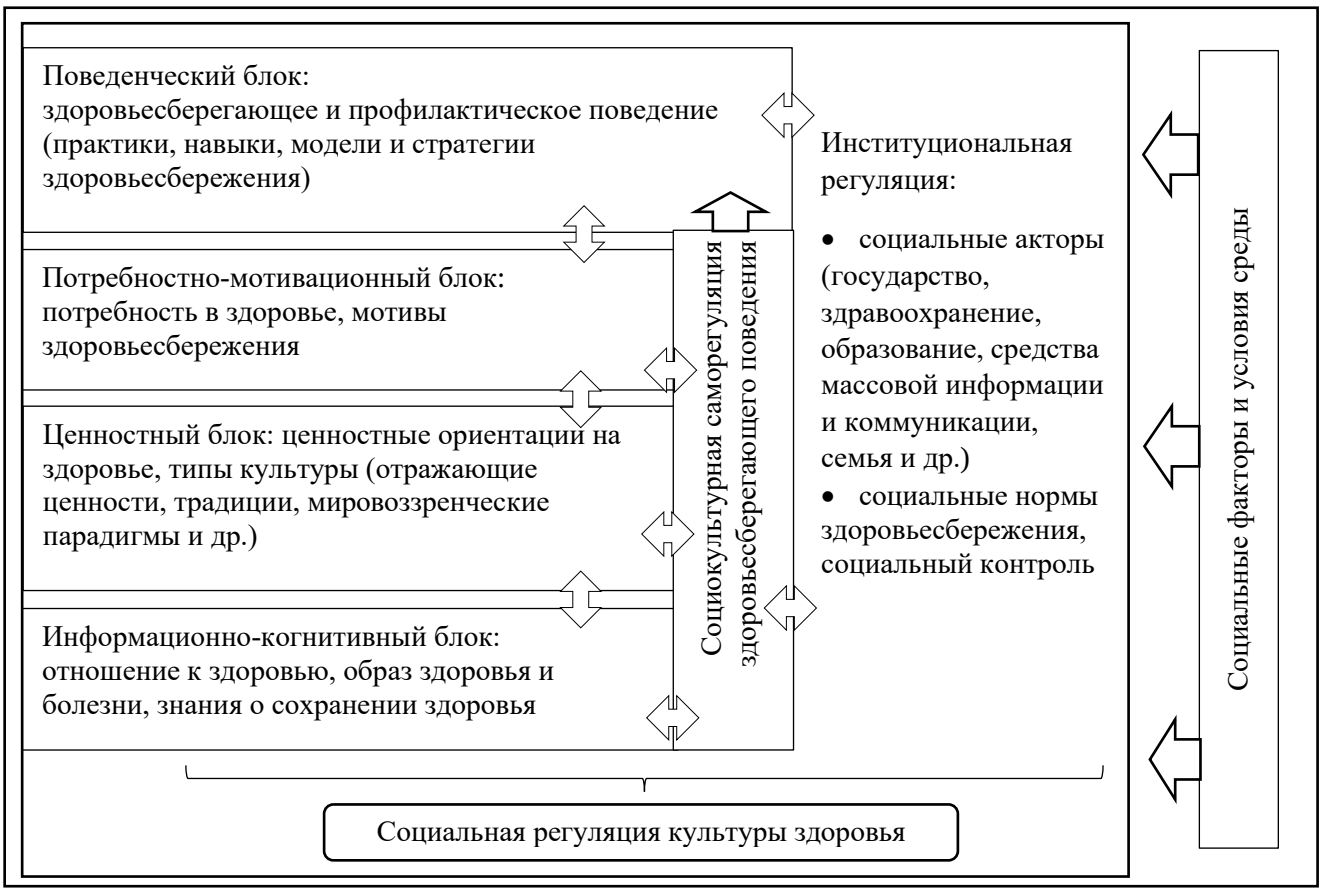


Рисунок 1.7 – Концептуальная идея исследования культуры здоровья и элементов процесса ее формирования и регуляции

Адаптируя к предмету исследования имеющиеся в современном социологическом дискурсе подходы, отметим, что в формировании культуры здоровья целенаправленная институциональная регуляция является сложноорганизованным процессом, социологический анализ которого целесообразен на основе принципов структурно-функционального анализа (Т. Парсонс), позволяющего связать понятия функции и структуры (в качестве которых выступают устойчивые элементы социальной системы – совокупность выполняемых индивидами ролей), а функции определяются как объективные последствия какого-либо действия для системы [208].

Предложенная концептуальная идея исследования культуры конгруэнтна концептуальной позиции В. А. Ядова, по мнению которого социальная общность выступает сердцевиной «предметной области социологии как особой науки об обществе, позволяет успешно соединить макро- и микросоциологический подходы в развитии науки, учитывает и субъектно-деятельную компоненту социального <…> и всеобщие формы социальной организации: культуру (системы ценностей, норм, образцов поведения и взаимосвязей в социальных общностях), социальные институты, обеспечивающие устойчивость социальных систем, <…> структуру социальных функций и ролевых предписаний…» [313, с. 13].

Таким образом, использование теоретических концептуальных положений рассмотренных подходов к анализу культуры здоровья и ее формированию позволит раскрыть сущность, многогранность социологического понимания этого сложного междисциплинарного явления, как со стороны целенаправленных, так и саморегуляционных процессов.

ГЛАВА 2 ФОРМИРОВАНИЕ И РЕГУЛЯЦИЯ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ

Изучаемые компоненты социальной регуляции культуры здоровья, а также особенности здоровьесберегающего поведения различных социальных групп, в том числе и в период пандемии COVID-19, представлены на основе авторских социологических исследований. Исследование проводилось на протяжении 2012-2022 гг. в регионах Уральского Федерального округа (УРФО): Тюменской области, Курганской области, Свердловской и Челябинской областей, ХМАО-Югре и ЯНАО.

На первом этапе в 2012-2017 гг. в рамках исследования формирования культуры здоровья в условиях профилактики социально обусловленных болезней изучалось здоровьесберегающее поведение и особенности формирования культуры здоровья различных социальных групп на примере одной из группы социально обусловленных заболеваний – йодного дефицита, имеющего значительные социально значимые последствия, такие как задержка и нарушения физического развития детей, снижение их умственных способностей, нарушения репродуктивных функций у взрослых и т.д. (первый подход). Данный подход объясняется тем, что изучаемая группа социально обусловленных заболеваний тесно связана с поведением индивида, а именно, осознанным выбором приобретения и ежедневного потребления профилактического средства на протяжении всей жизни.

В рамках первого этапа в 2012-2015 гг. был проведен эксперимент по формированию социальной нормы сохранения здоровья населения, проживающего в условиях йодного дефицита на примере Тюменской области (инструментарий исследования представлен в Приложении Б.1, Б.2, Б.3, Б.4) и мониторинг результатов реализуемых региональных программ Тюменской области, направленных на формирование культуры здоровья и сохранение здоровья, в том числе программы профилактики йододефицита (Таблица 2.1). В 2016-17 гг. в рамках мониторинга результатов реализации региональных программ были проведены формализованные опросы школьников и их родителей, экспертов, а

также фокус-группы.

Таблица 2.1 – Первый этап социологического исследования «Формирование культуры здоровья в условиях профилактики социально обусловленных заболеваний (йододефецита)» (2012-2017 гг.)

Вид	Группы, территория	Характеристика выборки
1 этап (2012-2017 гг.)		
Формали-зованный опрос	Школьники (5-11 классов общеобразовательных учебных заведений) Тюменской области	2013 г. N = 744 чел. Статистическая погрешность ± 4,0%, доверительный уровень – 95,4%. 2016 г. N = 302 чел.; 2017 г. N = 389 чел. Статистическая погрешность ± 5,0%, доверительный уровень – 95%. Выборка вероятностная, гнездовая, систематический бесповторный отбор.
	Родители школьников 5-11 классов общеобразовательных учебных заведений; Тюменская область	2013 г. N = 677 чел., статистическая погрешность ± 4,0%, доверительный уровень – 95,4%. 2016 г. N = 291 чел.; 2017 г. N = 311 чел. Статистическая погрешность ± 6,0%, доверительный уровень – 95%. Выборка пар родитель – ребенок (школьник).
	Обучающиеся учреждений СПО, НПО, ВПО Тюменской области	2013 г. N = 623 чел., выборка вероятностная, гнездовая, систематический бесповторный отбор. Статистическая погрешность ± 4,0%, доверительный уровень – 95,4%.
	Эксперты – участники мероприятий по формированию культуры здоровья и профилактике заболеваний в рамках региональных программ Тюменской области	2016 г. врачи (терапевты и педиатры, N=50; акушеры-гинекологи, N=34), продавцы розничных торговых организаций (N=30), учителя школ (N=209); 2017 г. врачи (педиатры, N=51), учителя школ (N=132). Экспертный формализованный опрос; метод отбора экспертов – «снежный ком».
Интервью	Экспертное интервью со специалистами и руководителями здравоохранения, структур Роспотребнадзора включенных в реализацию региональных программ сохранения здоровья населения и формирования культуры здоровья (Тюменская область, 2012-2015 гг. N=9).	
Фокус-группы	Фокус-группы со школьниками, родителями школьников, учащимися, студентами, преподавателями учебных заведений (г.Тюмень, г. Ишим, г. Тобольск)	2016 г. Фокус-группы организованы по территориальному принципу и локациям учебных заведений, N=6.

Целью второго этапа являлось социологическое исследование формирования культуры здоровья и здоровьесберегающего поведения различных групп населения

в условиях начала и развития пандемии COVID-19 (Таблица 2.2). Необходимость выявления институционального влияния и изучения факторов саморегуляции в формировании культуры здоровья обусловила выбор групп для исследования: медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал, администрация), характеризующиеся высокими достоверными знаниями о COVID-19 и работой в пандемию в условиях высокого риска заражения; экспертное сообщество, а так же население Тюменской области старше 18 лет, отражающее общее состояние общества в отношении культуры здоровья в условиях пандемии (инструментарий исследования представлен в Приложении Б.5, Б.6, Б.7, Б.8). В 2022 году продолжилось изучение выбранных социальных групп. Исследовались особенности формирования культуры здоровья и здоровьесберегающего поведения в условиях развития и окончания пандемии COVID-19.

Таблица 2.2 – Второй этап социологического исследования «Формирование культуры здоровья в условиях пандемии COVID-19» (2020-2022 гг.)

Вид	Группы, территория, год исследования	Характеристика выборки
2 этап (2020-2022 гг.)		
Формализованный опрос	Население старше 18 лет, постоянно проживающее в Тюменской области	2 кв. 2021 г. N = 386 чел. 2 кв. 2022 г. N = 384 чел. Выборка квотная. Статистическая погрешность ± 5,0%, доверительный уровень – 95%.
	Медицинский персонал УРФО (Тюменская, Свердловская, Курганская области, ХМАО-Югра)	Первая волна 2 кв. 2021 г. N = 402 чел. Вторая волна 2 кв. 2022 г. N = 382 чел. Выборка квотная. Статистическая погрешность ± 5,0%, доверительный уровень – 95%.
Интервью	Интервью со специалистами системы образования и здравоохранения, преподавателями образовательных учреждений, руководителями структур Роспотребнадзора (Тюменская, Свердловская, Курганская области, ХМАО-Югра)	N = 18 (март, сентябрь 2020 г., март, сентябрь 2021 г., март 2022 г.). Экспертный формализованный опрос; метод отбора экспертов – «снежный ком».
	Интервью с жителями, покидавшими регион постоянного проживания с целью отдыха (Курганская область, Свердловская область, Тюменская область, Челябинская область,	N = 36 (март-декабрь 2020 г., июль-август, ноябрь 2021 г.). Телефонное интервью. Метод отбора «снежный ком».

Вид	Группы, территория, год исследования	Характеристика выборки
	ХМАО-Югра, ЯНАО)	
Фокус-группы	Фокус-группы с обучающимися бакалавриата и магистратуры очной формы обучения (г. Тюмень)	• N = 8, февраль-октябрь 2020 г. • N = 3, январь-апрель 2021 г. • N = 2, март 2022 г. (очные фокус-группы: февраль, март, сентябрь, октябрь 2020 г., в 2021 году: январь, февраль, апрель; дистанционные (с использованием Zoom) – апрель, май, июнь 2020 г.)
	Фокус-группа с жителями региона, старше 18 лет	N = 1, ноябрь 2021 г. N = 2 апрель, ноябрь 2022 г.
Включенное наблюдение	Наблюдение (Тюменская область, 2020-2022 гг.) в торговых организациях и учебных заведениях за соблюдением требований санитарного режима в условиях пандемии COVID-19 (N=15).	

Кроме того, на протяжении 2012-2017 гг. были проведены серии наблюдений в торговых организациях Тюменской области за потребительским выбором отдельных групп товаров (средств профилактики), а в 2020-2022 гг. серии наблюдений за соблюдением покупателями и персоналом требований санитарных норм в условиях пандемии COVID-19.

При статистической обработке использовались непараметрические методы. Для описания статистической связи качественных показателей с небольшим числом дискретных вариантов применялось построение таблиц сопряженности. При анализе номинальных переменных для оценки меры связи был использован коэффициент V Крамера, рассчитанный на основе статистики Хи-квадрат (χ^2), статистически достоверные (значимые) различия (связи) принимались при уровне значимости $p \leq 0{,}05$. Статистический анализ полученных данных проводился с применением пакета IBM SPSS Statistics 19.0.0.1.

Результаты социологических исследований, представленных в данной главе, позволят выявить особенности социальной регуляции культуры здоровья различных социальных групп, определить значимость влияния различных социокультурных факторов и институциональных субъектов на формирование культуры здоровья, а также разработать концепцию социальной регуляции формирования культуры здоровья.

2.1 Социальные институты в формировании и регуляции культуры здоровья

Культура здоровья, являясь инструментом социального развития общества, участвует в воспроизводстве общественного здоровья через сложную систему ценностно-нормативного воздействия на поведение индивидов и социальных групп посредством социальной регуляции, в процессе которой культура здоровья трансформируется и формируется в соответствии с изменением социальной среды. Социальная регуляция обеспечивается взаимодействием институциональной регуляции (внешней по отношению к индивиду) и внутренней – социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения. Институциональная регуляции создается социальными институтами и акторами посредством создания, интеграции, трансляции, регуляции и сохранения социальных культурных норм здоровья, образцов здоровьесберегающего поведения, а также системы социального контроля, направленного на охрану и развитие общественного здоровья в целом.

К акторам, значительно влияющим на культуру здоровья, можно отнести социальные институты, осуществляющие как общественную функцию сохранения здоровья населения (лечение, реабилитация и профилактика), так и компоненту формирования и регуляции культуры здоровья и здоровьесберегающего поведения. На основании данных функций такими социальными институтами в большей степени являются семья, здравоохранение, образование и средства массовой информации.

Роль социальных акторов формирования культуры здоровья анализировалась на основе авторских исследований самооценки здоровьесберегающего поведения школьников Тюменской области и их родителей (2013 г., 2017 г.), студентов учебных заведений высшего образования и учащихся учебных заведений начального и среднего профессионального образования (2013 г.) и населения региона старше 18 лет (2021 г., 2022 г.). Кроме того, в диссертации использованы результаты фокус-групп учащихся и студентов (2016 г.) и результаты экспертного опроса врачей, специалистов и руководителей здравоохранения и образования,

структур Роспотребнадзора (2012-2017 гг.), включенных в реализацию региональных программ сохранения здоровья населения и формирования культуры здоровья.

Как уже отмечалось в диссертации, институт семьи, являясь субъектом первичной социализации индивида, определяет начальное ценностное отношение к сохранению здоровья, к практике здоровьесберегающего поведения. В социальной роли «родителя» изначально на уровне инстинкта самосохранения и выживания вида ведущей является задача самосохранения, заключающаяся в охране ребенка от рисков вреда здоровью и жизни, а также обеспечения комплексным набором материальных и социальных ресурсов для роста и развития ребенка как биосоциального существа. В повседневных практиках эта задача реализуется в соответствии с социальным окружением, преломляясь через гендерные, социально-классовые, культурные, этнические, религиозные и другие особенности социальных групп.

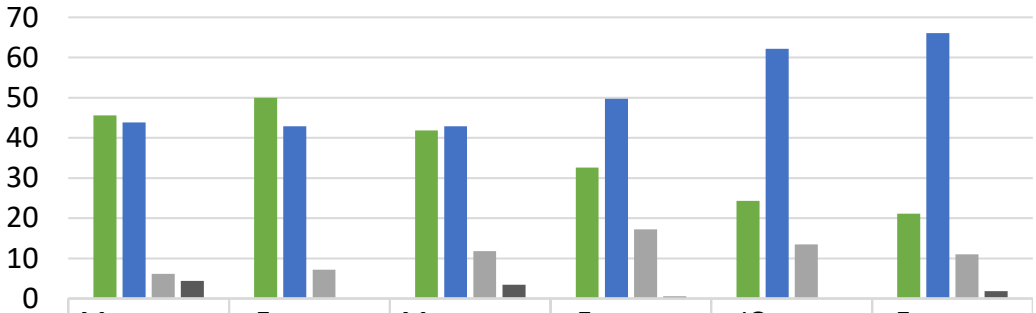
Согласно структурно-функциональному анализу (по Т. Парсонсу), институт семьи выполняет функцию латентности, заключающейся в функциональной задаче поддержания образцов поведения и снятия напряжения во взаимодействии. Статусы «мать», «отец», «сын/дочь» традиционно диктуют образцы ролевого поведенческого взаимодействия. Поддержание образцов поведения реализуется посредством воспитания, обеспечивая передачу ценностей и правил поведения, соответствующих общественным нормативным моделям. Как отмечает В. А. Ядов, «в сущности субъект деятельности выступает здесь в качестве агента образа жизни своего социального окружения, а предметом исследования, как правило, становится анализ процесса социальной адаптации – усвоения индивидом наличных форм и способов общественного поведения» [314, с. 5].

Влияние социального института семьи на формирование культуры здоровья проявляется в первую очередь в ведении здорового образа, что отражено в оценках родителей и их детей-школьников Тюменской области. Так в 2013 году более половины респондентов из числа родителей (70,2%) и школьников (85,4%), принявших участие в опросе, отметили, что придерживаются здорового образа

жизни (ответы «Да, безусловно» и «Скорее, да»). Высоко значимая связь мнений родителей и их детей-школьников подтверждена статистически (p = 0,008, V Крамера = 0,107).

Принято считать, что возрастная периодизация у детей связана с физиологическими процессами взросления. Разделяют следующие возрастные периоды: «второе детство» (8-12 лет мальчики, 8-11 лет девочки), подростковый возраст (13-16 лет – мальчики, 12-15 лет девочки), юношеский возраст (17-21 год юноши, 16-20 лет девушки) [74, с. 18].

Отметим, что категоричность утверждений детей «Да, безусловно веду здоровый образ жизни» сокращается по мере взросления от 45,6% у мальчиков и 50% у девочек возрастного периода «второе детство» к 41,9% у мальчиков и 32,6% у девочек подросткового возраста до 24,3% у юношей и 21,1% у девушек юношеского возраста (Рисунок 2.1). При этом возрастает самооценка «Скорее, нет» соблюдения ЗОЖ от 6,1% у мальчиков младшего школьного возраста (7,1% у девочек) к 11,8% у мальчиков подросткового возраста (17,2% у девочек), достигая 13,5% у юношей юношеского возраста (11,0% у девушек). Данные изменения оценок обусловлены переходом детей от зависимого детства к самостоятельности и ответственности взрослого человека.



	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки	Юноши	Девушки
	Второе детство		Подростковый		Юношеский	
Да, безусловно	45,6	50,0	41,9	32,6	24,3	21,1
Скорее, да	43,9	42,9	42,9	49,8	62,2	66,1
Скорее, нет	6,1	7,1	11,8	17,2	13,5	11,0
Нет	4,4	0,0	3,4	0,5	0,0	1,8

Рисунок 2.1 – Самооценка ведения здорового образа жизни школьниками разных возрастных периодов и пола, %

Тем не менее, несмотря на поведенческие особенности, связанные с возрастными изменениями школьников, стабильно сохраняется взаимозависимость родителей и детей, ведущих здоровый образ жизни. Так в группе младших школьников и их родителей это 62,2% пар респондентов (ответы «Да, безусловно» и «Скорее, да»), в подростковой группе – 60,5%, а в юношеской – 68,4% пар (Таблица 2.3). Нельзя не отметить и тот факт, что более четверти обучающихся и их родителей утверждают об отсутствии интереса к здоровому образу жизни (ответы «Скорее нет, чем да»).

В процессе реализации региональной программы, направленной на формирование культуры здоровья, здорового образа жизни и сохранения здоровья населения (на территории Тюменской области мероприятия программы реализуются с 1997 г., а также в 2012-2017 гг. был проведен эксперимент по формированию социальных норм сохранения здоровья в условиях йодного дефицита среди различных социальных групп) результаты мониторинга показали рост числа родителей и их детей школьного возраста, придерживающихся здорового образа жизни (ответы «Да, безусловно» и «Скорее, да») у школьников с 84,5% в 2013 г. до 86,6% в 2017 году, а у родителей с 70,2% в 2013 г. до 75,5% в 2017 году.

Таблица 2.3 – Взаимозависимость оценки здорового образа жизни школьниками и их родителями в 2013 г. (% к числу опрошенных)

Родители / Школьники	Да, безусловно	Скорее, да	Скорее, нет	Нет	Всего
Второе детство (8-12 лет мальчики, 8-11 лет девочки)					
Да, безусловно	5,9	27,4	15,6	0,0	48,9
Скорее, да	3,0	25,9	10,3	1,5	40,7
Скорее, нет	0,0	5,2	1,5	0,0	6,7
Нет	0,0	2,2	1,5	0,0	3,7
Итого	8,9	60,7	28,9	1,5	100,0
Подростковый (13-16 лет – мальчики, 12-15 лет девочки)					
Да, безусловно	7,8	18,5	10,2	0,3	36,8
Скорее, да	7,0	27,2	11,2	1,3	46,7
Скорее, нет	1,8	6,0	6,5	0,3	14,6
Нет	0,6	0,3	0,8	0,2	1,9
Итого	17,2	52,0	28,7	2,1	100,0

Школьники \ Родители	Да, безусловно	Скорее, да	Скорее, нет	Нет	Всего
Юношеский (17-21 год юноши, 16-20 лет девушки)					
Да, безусловно	3,0	15,8	2,3	0,0	21,1
Скорее, да	5,2	44,4	13,5	2,3	65,4
Скорее, нет	0,8	6,7	4,5	0,0	12,0
Нет	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5
Итого	9,0	68,4	20,3	2,3	100,0

Влияние семьи (а именно родителей на детей) в формировании и поддержании образцов здоровьесберегающего поведения, образуемых нормативными предписаниями, согласующимися с общественными социальными нормами и моделями поведения, прослеживается в описании поведенческих показателей соблюдения здорового образа жизни. Так, например, родители, описывая свое здоровьесберегающее поведение, отмечали, что здоровый образ жизни для них – это в первую очередь отказ от вредных привычек (69,3% – от курения, 54,7% – от злоупотребления спиртными напитками, а 41,7 – отказ от спиртного), рациональное питание (51,4% – мера в питании, 49,7% – не злоупотребление жирной и острой пищей и 43,8% – регулярность питания) и физическая нагрузка (46,3% – двигательная активность, прогулки, 27,8% – физкультурная зарядка, 24,2% – занятия спортом) (Таблица 2.4).

Таблица 2.4 – Рейтинг поведенческих показателей соблюдения здорового образа жизни, в % от числа респондентов ведущих здоровый образ жизни

Вопрос «Если Вы придерживаетесь ЗОЖ, укажите в чем это выражается», варианты ответов*	Родители		Школьники		Студенты	
	Доля, %	Рейтинг	Доля, %	Рейтинг	Доля, %	Рейтинг
Не курю	69,3	1	72,9	1	66,1	1
Не злоупотребляю спиртным	54,7	2	-	-	49,9	3
Питаюсь в меру (не переедаю)	51,4	3	41,7	4	34,8	6
В питании не злоупотребляю жирной, острой пищей	49,7	4	36,4	7	25,4	10
Много двигаюсь, гуляю	46,3	5	57,8	3	41,1	5
Регулярно питаюсь	43,8	6	32,6	8	34,4	7
Пью очищенную воду (фильтрованную)	42,1	7	37,6	6	26,9	9
Не употребляю спиртные напитки	41,7	8	-	-	45,5	4

Вопрос «Если Вы придерживаетесь ЗОЖ, укажите в чем это выражается», варианты ответов*	Родители		Школьники		Студенты	
	Доля, %	Рейтинг	Доля, %	Рейтинг	Доля, %	Рейтинг
Высыпаюсь ночами	32,8	9	31,0	9	19,9	12
Пью комплексные витамины	30,1	10	21,3	12	15,8	14
Работаю на дачном участке	29,9	11	15,7	14	10,7	16
Занимаюсь физкультурной зарядкой	27,8	12	40,9	5	31,5	8
В питании соблюдаю баланс витаминов, микроэлементов	27,4	13	29,1	11	15,3	15
Мало смотрю телевизор	26,9	14	29,3	10	24,7	11
Занимаюсь спортом	24,2	15	66,0	2	61,1	2
Избегаю стрессов	21,7	16	20,6	13	16,4	13

* респондентам предлагалось выбрать любое число вариантов ответа, 2013 г.

Оценки детей близки к оценкам родителей, за исключением приоритета спорта у детей, интерес к которому стимулируется, прежде всего, родителями. Характеризуя здоровый образ жизни, школьники 5-11 классов отмечают, что не курят (72,9%), занимаются спортом, физической культурой (66,0% и 40,9% соответственно), много двигаются (57,8%), а также умеренно питаются (41,7%). Студенты, оценивая здоровый образ жизни, в первую очередь подчеркнули, что ЗОЖ для них – это отказ от курения (66,1%), занятия спортом (61,1%), не злоупотребление спиртным (49,9%) и отказ от него (45,5%), двигательная активность, прогулки (41,1%). Таким образом, приоритетные доминанты важности отказа от курения, нормы пищевого поведения и физической активности тесно связаны с культурой здоровья, формируемой и/или поддерживаемой в семье.

Анализ вторичных данных мониторинга здорового образа жизни за 2009-2019 годы (репрезентативных населению России старше 18 лет) показывает, что:

– 39% в 2019 г. стараются есть здоровую пищу (рост на 6% с 2009 г. к 2019 г.), соблюдают рекомендованную врачом диету 7%, а самостоятельно выбрали диету и соблюдают ее 13% (рост 6%), 21% респондентов питаются как хотят, потому что здоровье их не беспокоит, при этом 19% опрошенных питаются чем могут себе позволить по финансовым причинам, не думая о качестве пищи;

– 52% никогда не курили; 33% не употребляют алкогольные напитки, число

употребляющих алкоголь реже, чем раз в месяц в динамике 10 лет сохраняется стабильно на уровне 27%, раз в месяц потребляют алкоголь 16%, два-три раза в месяц - 18%, несколько раз в неделю - 6%;

– в 2018 году 25% респондентов регулярно занимались физкультурой и спортом (рост с 2009 года 13%), время от времени – 30% (рост в два раза), очень редко - 24%, а никогда 20% опрошенных [67; 87].

Сравнение поведения родителей школьников Тюменской области с представленными среднероссийскими показателями демонстрирует большую акцентуацию на здоровом питании и меньшем употреблении спиртных напитков, при этом отмечается одинаковая ориентация на спорт и физическое развитие [131].

Результаты исследования, проведенного в 2012-2017 гг., также показали, что во многом поведение социальных групп обусловлено ролевыми факторами и условиями, складывающимися под воздействием семьи и близкого окружения. Например, родители школьников 5-11 классов в большинстве высказываний (на открытые вопросы) акцентировали внимание на своей социальной роли, реализующей воспитательную функцию, используя смысловые вариации фраз: «я говорю моей дочери (сыну) не делай (делай) так..», «ты должен», «он же ребенок, вроде не слушает меня, но все замечает…». В большинстве случаев дети (школьники) в ответах на открытые вопросы демонстрировали роль «ребенка», воспроизводя обращаемые к ним речевые конструкты родителей при обсуждении ЗОЖ, необходимости профилактики, используя смысловые вариации фраз: «Мама мне постоянно говорит делай (не делай) так», «Я не знаю, но мама (папа) говорит…», «Я так сделал, потому что мама сказала…», что безусловно подчеркивает значимость семьи в реализации функциональной задачи формирования культуры здоровья и здорового образа жизни.

Студенты, отвечая на вопросы о ЗОЖ, воспроизводили речевые модели с использованием молодежного сленга, ссылаясь на личную позицию, на мнения блогеров и популярные Интернет-ресурсы. В речи преобладали самостоятельные суждения, без смысловой отсылки к родителям. Их оценки согласуются с мнением других исследователей о том, что среди студентов ценность ЗОЖ недостаточно

осознана; и даже высказывая свою приверженность ЗОЖ, большинство молодых людей в повседневной жизни не реализуют практики здорового образа жизни [79; 83; 229]. Так, например, в исследовании Н. Л. Антоновой, А. В. Меренкова отмечается, что «культура здоровьесбережения современного студента характеризуется фрагментарностью, эксплуатацией жизненных сил организма в результате поведения, наносящего значительный вред здоровью, что ведет к снижению социальной активности личности в среднем и старшем возрасте» [13, с. 88].

Однако при возрастании угрозы здоровью и вероятности заболевания (заражения) происходит рост влияния роли родителей на профилактическое поведение студентов. Так, результаты фокус-группы студентов (гайды фокус-групп представлены в Приложении Б. Б.7) в феврале 2020 г. (часть группы проживала с родителями, часть в общежитии в соседних комнатах с девушкой студенткой, приехавшей из Китайской Народной Республики и госпитализированной с подтвержденной коронавирусной инфекцией COVID-2019, первым случаем заболевания в России) показали, что обучающиеся хотя и демонстрировали напряженность, высказывая опасения о вероятности заражения, однако никаких действий по собственной защите или ограничению контактов применять не собирались. Результаты второй фокус-группы в марте 2020 года (период начала карантинных мероприятий) подтвердили отсутствие необходимого профилактического поведения у обучающихся. В конце апреля 2020 г. (период самоизоляции и обучения в дистанционном формате) студенты третьей фокус-группы, проживающие с родителями, продемонстрировали понимание необходимости соблюдения режима самоизоляции, в их высказываниях звучало согласие с мнением родителей и с их требованиями к самосохранительному поведению. При этом большинство участников отмечали свое следование мнениям и указаниям родителей в отношении соблюдения мер профилактики и самоизоляции, а четвертая часть, хотя и выражала свое несогласие с позицией родителей, но все-таки выполняла их рекомендации. Студенты, проживающие в общежитии или на квартире, отмечали систематические нарушения режима

самоизоляции и редкое использование средств индивидуальной защиты. Результаты исследования дают основание предположить, что в условиях осознаваемого риска для здоровья влияние родителей на детей усиливается, особенно проживающих совместно с ними.

Таким образом, социальная роль семьи в сохранении здоровья зачастую имеет первичное значение для формирования культуры здоровья, поддерживая и транслируя нормативные образцы поведения, принятые в обществе или группе, т.е. реализуя экспрессивные функции латентности (по Т. Парсонсу). Следовательно, полученные от родителей представления о здоровье и инструментах его сохранения формируют долгосрочный поведенческий, оценочный, эмоциональный и когнитивный эффекты у детей и служат основанием формирования ценности здоровья и здоровьесберегающего поведения в семье, определяя ценностно-рациональное поведение ребенка и будущее инструментально-рациональное поведение в профилактике заболеваний, выборе средств профилактики, избегании рисков здоровью, выполнении гигиенических мероприятий и следовании здоровому образу жизни и др.

Следующую важнейшую функцию интеграции (по Т. Парсонсу) в формировании культуры здоровья выполняют социальные институты: здравоохранение, образование, средства массовой информации.

Значимость социального института для процесса формирования культуры здоровья можно определить по оценке респондентов значимости акторов влияния на культуру здоровья, а также оценку субъектов популяризации здорового образа. Так, в 2022 году достаточность пропагандирования здорового образа жизни подчеркнули только треть респондентов (33%), еще 43% опрошенных считали, что популязация ЗОЖ ведется в недостаточном объеме. По мнению же 20% респондентов здоровый образ жизни вообще не пропагандируется (выборка - население старше 18 лет, 2022 г.). Среди акторов, оказывающих влияние на культуру здоровья, респонденты отмечают, прежде всего, здравоохранение, средства массовой информации и образование (Рисунок 2.2).

Рисунок 2.2 – Влияние институтов на культуру здоровья, в % к числу опрошенных

Одним из важнейших социальных институтов, влияющих на формирование культуры здоровья, является здравоохранение (83% респондентов подтверждают этот факт). И хотя основной целью здравоохранения является лечение и профилактика заболеваний, в тоже время этот социальный институт участвует в формировании культуры здоровья посредством пропаганды здорового образа жизни и мер профилактики болезней. Участие здравоохранения в регуляции ЗОЖ отражено в направлениях Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» (Приложение А, Таблица А.8), соответствующим национальными целями развития Российской Федерации до 2024 года [4; 6]. Проведённые в 2012 г., 2016 г., 2017 г., 2020 г., 2021 г. экспертные опросы среди специалистов системы здравоохранения и участников региональных программ сохранения здоровья и формирования культуры здоровья в Тюменской области также свидетельствуют о значительной роли здравоохранения в формировании культурны здоровья. Так, в большинстве своем эксперты подчеркивают, что для медицинского персонала, помимо лечения больных важной задачей является и объяснение правил поведения здорового образа жизни для недопущения ухудшения состояния здоровья пациента и продления его активной жизни.

Наиболее типичными были следующие высказывания экспертов:

– Фрагмент интервью, 2012 год (эксперт О., 37 лет):

«…пациентам приходится часто напоминать об их ответственности за свое

здоровье, питание, физическую активность. Важна профилактика. Врач лечит, а сохранить здоровье – это ответственность самого пациента».

– Фрагмент интервью, 2016 год (эксперт М., 43 года):

«…я тесно соприкасаюсь в работе с представителями фармацевтических компаний, конечно у них большие бюджеты. Они могут позволить себе очень красивые программы, звезды рекламируют их товары. Самое неприятное, когда врача вынуждают, убеждают [пауза] покупают и он рекомендует пациенту не самый нужный или дешевый препарат».

– Фрагмент интервью, 2017 год (эксперт М., 43 года):

«…конечно очень хорошо, что в школах мы проводим занятия о питании, здоровом образе жизни. Ребятам интересно, но думаю, нужно работать и с родителями. Занятия в школах должны быть постоянные, мало разовых лекций».

– Фрагмент интервью, 2022 год (эксперт Л., 65 лет):

«… да, во время приема пациентам объясняют правила здорового питания, это важно для пациентов с ожирением. На школе диабета мы учим как рассчитывать приемы пищи, какие проблемы могут поджидать больного и как их не допустить, на что особо обращать внимание».

В формировании культуры здоровья и принятия информации от агентов здравоохранения важен паттерн доверия, который опосредованно дает обратную связь относительно эффективности элементов социальной регуляции со стороны здравоохранения, так как в современном взаимодействии здравоохранения и пациента пациент становится активным субъектом выбора врача и медицинского учреждения, включается в оценку деятельности, зачастую проявляющейся в отражении действительной субъективной реальности (в социальных сетях и Интернет-ресурсах). Так, по результатам исследования ВЦИОМ «Публичное социальное исследование» 2019 года 41% пациентов заметили, что им «приходилось в течение последних 3-5 лет перепроверять поставленный врачом диагноз, назначенные им лекарства (например, обращаться к другому специалисту с теми же жалобами, советоваться с близкими или фармацевтом по поводу обоснованности приема назначенных препаратов и прочее)» [113]. Среди тех, кто

не доверял мнению одного врача, половина респондентов в возрасте от 25 до 44 лет. Кроме того, интерес вызывает и тот факт, что увеличением возраста снижается запрос на проверку (или, возможно, растет доверие к медицинскому работнику). Так, среди 45-59-летних повторно проверяли свой диагноз и назначенное лечение уже 41% респондентов, среди опрошенных старше 60 лет - всего 26% [Там же].

Таким образом, можно утверждать, что уровень развития здравоохранения имеет одно из ключевых значений для сохранения здоровья населения, роста продолжительности здоровой жизни и является важнейшим инструментом внешней социальной регуляции формирования культуры здоровья. На современном этапе развития общества пациент медицинских организаций становится активным субъектом взаимодействия, претендующим на качество и доступность медицинских услуг в качестве социальной гарантии. Традиционное статусно-ролевое предписание доверия пациента-больного к врачу трансформируется в сторону контроля и сомнения в качестве и компетентности, что влияет на паттерн доверия, комплаентность пациентов в исполнении медицинских предписаний, частоты самолечений и особенно выполнения рекомендаций по профилактике болезней, а следовательно, и на восприятие и принятие норм сохранения здоровья как основы культуры здоровья.

Еще одним социальным институтом, имеющим важнейшее значение для формирования культуры здоровья и здоровьесберегающего поведения, является образование, так как выполняет в обществе функцию передачи социальных норм и моделей поведения новому поколению.

И хотя современное образование переживает период адаптации к стремительным изменениям внешней среды (например, развитие дистанционного обучения, ЕГЭ, профильная ориентация и др.), в тоже время в современных образовательных программах сохраняются традиционные компоненты, направленные на реализацию функции интеграции в отношении формирования культуры здоровья. Эта функция реализуется как в процессе преподавания общеобразовательных школьных предметов (биологии, основ безопасности жизнедеятельности и др.) или дисциплин общеобразовательного цикла

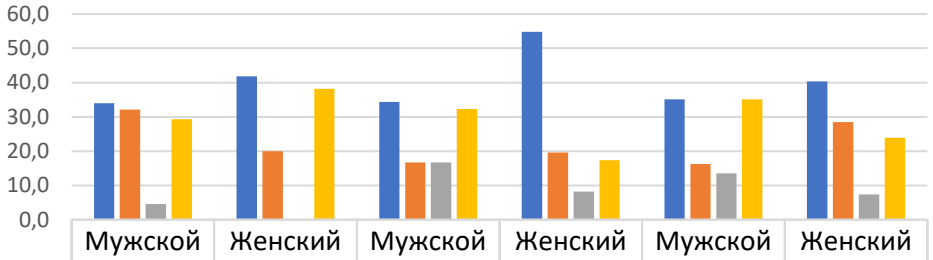
профессиональных учебных заведений, так и в процессе занятий физической культурой, благодаря которым происходит осознание важности здоровья и его связи с другими смысложизненными ценностями, а также формируются социальные представления о сохранении здоровья и происходит приобщение к здоровьесберегающей деятельности.

Кроме того, в школах, техникумах и вузах, как правило, осуществляется медицинский контроль за состоянием здоровья обучающихся (включая плановую вакцинацию и диспансеризацию). Таким образом, учебные заведения, реализуя функции социальной регуляции, приобщают обучающихся к деятельности по сохранению здоровья и самосохранительному социальному взаимодействию, что отражает важную роль системы среднего и высшего образования как социального института в формировании культуры здоровья.

В Тюменской области, выбранной в качестве экспериментальной площадки исследования, на протяжении последних 10 лет реализуются региональные программы, направленные на формирование культуры здоровья, в которых участвуют все уровни системы образования от общего до профессионального (начальный, средний и высший уровни).

В рамках этих программ в учреждениях общего образования автором диссертации был организован социологический мониторинг, включавший оценку уроков здоровья, являющихся частью данных программ, который позволил получить обратную связь со школьниками, родителями и организаторами программ для совершенствования инструментария информирования разных групп о здоровом образе жизни и технологий стимулирования культуры здоровья. В 2013 г., когда риск возникновения пандемий был нулевым, школьники изъявляли желание посещать уроки здоровья (эту идею поддержало 42% детей, а готовность посещать уроки при условии их проведения медицинским персоналом высказали еще 22% школьников). Анализ ответов респондентов согласно их возрасту и полу показал, что позитивно отнеслись к данной идее около 35% мальчиков и 45% девочек разных возрастных групп (Рисунок 2.3). Также необходимо отметить, что больше всего проявляют интерес к культуре здоровья девочки подросткового

возраста (54,8%).



	Второе детство		Подростковый		Юношеский	
	Мужской	Женский	Мужской	Женский	Мужской	Женский
Положительно	33,9	41,8	34,3	54,8	35,1	40,4
С удовольствием посещал бы уроки, если их будут проводить не учителя, а мед. работники	32,1	20,0	16,7	19,6	16,2	28,4
Отрицательно	4,6	0,0	16,7	8,2	13,5	7,3
Затрудняюсь ответить	29,4	38,2	32,3	17,4	35,1	23,9

Рисунок 2.3 – Оценка школьниками желания посещать в школе уроки здоровья (2013 г.), в % к числу опрошенных

Родители школьников также позитивно оценивали уроки здоровья в школе (высказали согласие с проведением уроков здоровья 48,5%, еще 42,5% уточнили что согласны при условии их проведения специалистами здравоохранения). Оценка родителями разных возрастов необходимости таких мероприятий в школе не выявила резких отличий, а вот доля родителей, согласных с проведением уроков здоровья, увеличивалась с ростом уровня их образования (от 48% среди родителей с неполным средним образованием до 66,7% с ученой степенью) (Приложение В, Рисунок В.3). Родители со средним специальным образования в большей мере (44%) чем другие высказывали желание видеть специалистов здравоохранения в качестве ведущих уроков. С 2016 года к проведению уроков здоровья стали привлекаться врачи-педиатры, что, по оценке 2017 года, увеличило число желающих посещать уроки здоровья на 22% среди школьников и среди родителей на 26%. В 2020-2022 годах в условиях периодической дистанционной формы обучения, в связи с пандемией COVID-19 и высокой загруженностью специалистов здравоохранения, уроки здоровья в школах проводились эпизодически, что привело к смещению внимания с формирования норм здорового образа жизни на нормы сохранения здоровья в условиях распространения вирусных инфекций.

Региональные программы формирования культуры здоровья предусматривают проведение уроков здоровья и среди обучающихся средних специальных и высших заведений. Отклик студентов относительно данных уроков приближен к мнению школьников и их родителей. Так, положительно относится к такому мероприятию 41,5% студентов, еще 17,6% респондентов готовы посещать эти занятия, при условии их проведения профессиональными медицинскими работниками. Кроме того, надо подчеркнуть, что чем выше ступень профессионального образования, тем больше интереса к такому виду занятий, от 35,8% у учащихся учреждений НПО до 43,5% – ВПО (Приложение В, Рисунок В.4).

Для формирования культуры здоровья, а именно норм и правил сохранения здоровья, у обучающихся и студентов были использованы социальные сети и сайты учебных заведений, а также были оборудованы информационные уголки и стенды с информацией о здоровом образе жизни, включающие нормы сохранении здоровья и ориентацию на повышение ценности здорового образа жизни.

Следующим социальным институтом, формирующим культуру здоровья, являются средства массовой информации, выступающие в роли связующего элемента взаимодействия индивидов и социальных групп, в ходе которого осуществляется передача информации, оценок, смыслов, ценностей. Средства массовой информации (СМИ) представляют собой организованную систему связей и социальных норм, объединяющую общественные ценности и процедуры (стандарты поведения в групповых процессах), и выполняют общественные роли, предписанные ей системой социальной деятельности.

Среди множества функций, присущих СМИ, наибольший интерес в контексте формирования культуры здоровья представляют информационная функция и функция социальной регуляции. Информирование населения о заболеваниях (причинах, течении, последствиях, средствах профилактики и др.) и рисках для здоровья – это первичная задача в формировании культуры, так как человеком движет не только желание знать (или быть информированным) о риске или методах профилактики болезней, но и возможность усваивать ценности и модели поведения (зачастую в форме подражания), что в свою очередь позволяет

говорить и о регулятивной функции медиа-коммуникативных ресурсов. В этом случае циркулирующие на личностном уровне ценности формируют общественное сознание, фиксируемое в моделях поведения. Таким образом, среди инструментов влияния СМИ на культуру здоровья наиболее значимым является формирование интересов и стереотипов общественного сознания, а также создание условий для действия феноменов подражания в массовых сообществах и социальных группах.

По данным Роскомнадзора, в России в середине 2022 года общее число зарегистрированных средств массовой информации составило 59,2 тыс. ед., из них 62% относятся к периодическим печатным изданиям. Структура СМИ в 2022 году представлена на Рисунке 2.4 [183, с. 3].

Более трети респондентов (36%) в 2021 году использовали Интернет для поиска информации, связанной со здоровьем или услугами в области здравоохранения (с 2015 года рост составил 57%) [100, с. 192]. Вопросами здоровья или услугами в области здравоохранения в Интернете интересуются в большей степени женщины (48,8%), а доля мужчин составляет всего 24,8%. Рост женщин, ищущих информацию о здоровье с 2015 по 2019 год, составил 51,5%, а у мужчин – 74,6% [102, с. 73-74].

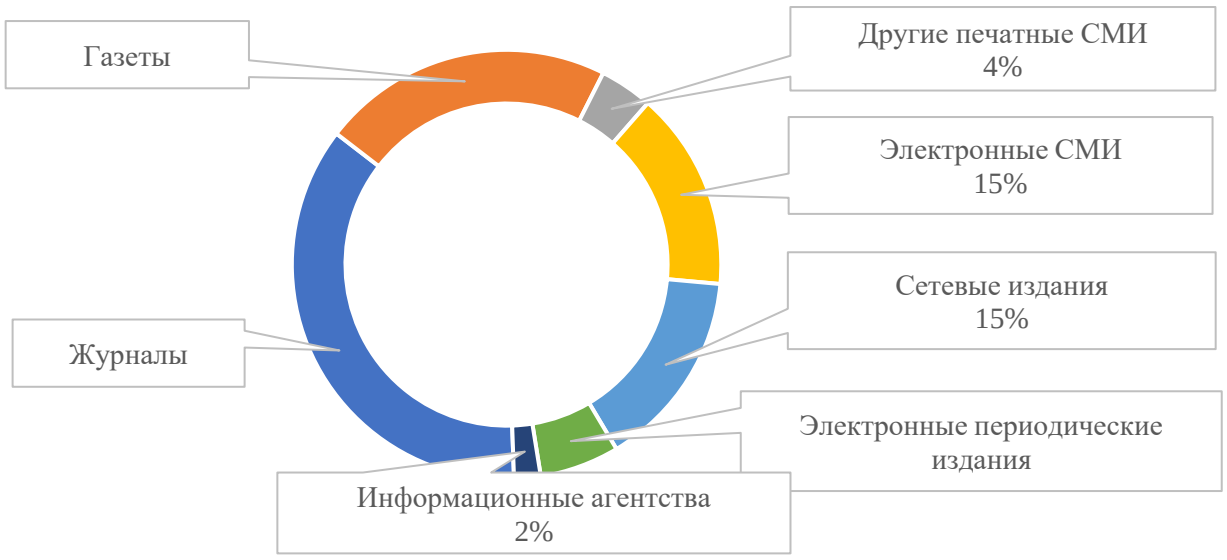


Рисунок 2.4 – Структура основных типов СМИ в России, %

Следующим важным показателем влияния СМИ на культуру здоровья

является структура рекламы, опосредованно связанной с культурой здоровья. Так, крупнейшим сегментом рынка рекламного контента является реклама лекарственных средств и биологически активных добавок (БАДов): на телевидении (27% в 2019 г., 25% в 2020 г.), на радио – 13% в 2019 и 17% в 2020 г., в прессе – 8% в 2019г. и 10% в 2020г., в Интернет-рекламе (онлайн видеорекламе) – 7%, на Интернет-банерах в 2019 г. – 4% и 7% в 2020 г. [220]. Кроме того, по данным экспертного сообщества Ассоциации коммуникационных агентств России (АКАР), размер рекламного рынка электронной торговли фармацевтическими товарами (ePharma) является вторым по величине [276].

В процессе проводимого исследования эксперты Тюменской области, включенные в реализацию региональных программ сохранения здоровья населения и формирования культуры здоровья, оценивая влияние института СМИ на культуру здоровья, были единодушны в оценках негативного использования средств массовой информации для продвижения тех или иных лекарственных препаратов. Наиболее типичными были следующие высказывания экспертов:

Фрагмент интервью, 2016 год (эксперт С., 43 года):

«…я тесно соприкасаюсь в работе с представителями фармацевтических компаний, конечно у них большие бюджеты. Они могут позволить себе очень красивые программы, звезды рекламируют их товары. Самое неприятное, когда врача вынуждают, убеждают [пауза], покупают и он рекомендует пациенту не самый нужный или дешевый препарат»;

«… фармкомпаниям важна культура покупки их препарата или скажем выбор именно их препарата. А профилактика заболеваний важна только, если для этого надо купить их препарат».

Фрагмент интервью, 2020 год (эксперт А., 35 лет):

«... конечно государство регулирует рынок фармацевтической продукции, не могу оценить эффективность, в противном случае на экране были бы одни лекарства».

Фрагмент интервью, 2021 год (эксперт О., 51 год):

«… я считаю, что одним из главных бенефициаров этой пандемии [COVID-

19] являются продавцы лекарств».

По мнению участников фокус-групп (школьники, родители, учащиеся, студенты, преподаватели учебных заведений г. Тюмени, г. Ишима, г. Тобольска, 2016 г. и студенты г. Тюмени в 2022 г.), реклама лекарственных средств зачастую агрессивна и навязчива. Наиболее типичными были следующие высказывания участников фокус-групп:

Фрагмент, 2016 год (житель г. Тюмени, А., муж., 41 год):

«… в аптеке сразу предлагают дорогое лекарство, которое рекламируют по телевидению, как будто нет подешевле. Нужно уточнять конкретно, тогда, конечно, находят его».

Фрагмент, 2016 год (житель г. Тобольска, С., жен, 26 лет):

«… очень много рекламы лекарств, как будто все болеют».

Фрагмент, 2016 год (житель г. Ишима, Е., жен., 56 лет):

«замучили представители разных компаний, очень навязчиво продают свои добавки».

Фрагмент, 2022 год (студент, И., муж., 21 год):

«посмотрите по сторонам, очень много аптек. Рекламируют лекарства кругом, значит выгодный бизнес».

На основе анализа размеров рекламных бюджетов можно сделать вывод о высокой доходности этой товарной группы и, следовательно, о низкой мотивации производителей к ведению работ по профилактике заболеваний и сохранению здоровья населения. Высокая доля лекарственных препаратов и БАДов в структуре рекламного бюджета СМИ может также приводить к смещениям в сторону коммерциализации здоровьесберегающего поведения, подталкивая к более дорогим решениям в профилактике заболеваний и формирования социальной нормы–паттерна следования за наиболее рекламируемым средством или методом лечения/сохранения здоровья.

Таким образом, важнейшей задачей СМИ в контексте культуры здоровья является формирование достоверного набора знаний, суждений, представлений, установок (о риске заболевания, последствиях, способах профилактики и др.);

способность соотнести вероятность ухудшения здоровья с реальной ситуацией и социального контроля по планируемому индивидом действия или его последствию (Рисунок 2.5). При этом построение информационно-коммуникативного процесса должно учитывать социоэкономические и психофизиологические особенности представителей различных социальных групп.

Рисунок 2.5 – Схема влияния средств массовой информации на здоровьесберегающее поведение и культуру здоровья

Помимо института СМИ в формирование достоверного набора знаний о сохранении здоровья и здоровьесберегающем поведении вовлечены и другие социальные институты и акторы. Их информативная функция особо важна для формирования культуры здоровья индивидов и социальных групп. Именно эта функция позволяет взаимодействовать институтам и населению в решении задачи сохранения здоровья и развитии здоровьесберегающего поведения.

Проведенные автором исследования в Тюменской области в 2012-2022 годах позволили определить наиболее актуальные источники получаемой жителями региона информации о здоровье и его сохранении. На рисунке 2.6 представлен рейтинг приоритетных источников информации о здоровом образе жизни и о

сохранении здоровья. Так в 2013 и 2017 годах лидером по получению жителями информации о сохранении здоровья были лечащие врачи и медицинский персонал. На втором месте – программы и передачи центрального и регионального телевидения, а Интернет-источники на третьем, практически в равной доле с информацией, получаемой из разговоров с родственниками, друзьями и коллегами.

Рисунок 2.6 – Рейтинг приоритетных источников информации о здоровом образе жизни и о сохранении здоровья (где 1 – высший приоритет, 10 - низший)

Пандемия COVID-19 повлияла на изменение лидерства источников информации о здоровье. Так, по оценке респондентов в 2021 году поступление информации от врачей о ЗОЖ значительно снизилось, что объективно обусловлено высокой загруженностью медицинского персонала лечением и диагностикой COVID-19, при этом стали лидировать Интернет-источники, наравне с ТВ передачами, продолжали доминировать и в 2022 году, по причине сформировавшейся привычки аудитории и в связи с актуализацией темы здоровья на фоне пандемии. Лидерство Интернет-источников во время пандемии объясняется и феноменом «инфодемии», появившимся с COVID-19 и сократившимся к 2022 году вместе со снижением новостной актуальности причин

возникновения, диагностики и распространенности COVID-19.

В диссертации также проведен анализ источников информации отдельно взятой группы населения, в которую вошли лица, ведущие здоровый образ жизни, так как именно эта группа отличается большей информированностью и мотивацией на сохранение здоровья (Таблица 2.5).

Таблица 2.5 – Оценка респондентами источников информации о сохранении здоровья в зависимости от следования респондентов здоровому образу жизни, %*

Варианты ответов*	Ведете ли вы «здоровый образ жизни», %							
	2013 год				2022 год			
	Да, безусловно	Скорее, да	Скорее, нет	Нет	Да	Скорее, да	Скорее, нет	Нет
От лечащих врачей, мед. персонала	56,5	66,4	62,0	46,2	31,1	37,6	41,5	50,1
Из программ и передач центрального и регионального телевидения	25,5	30,7	25,7	15,4	39,7	39,8	43,9	15,4
Из Интернет-источников	20,2	12,3	14,5	0,0	48,3	37,1	43,9	23,1
Из разговоров с родственниками, друзьями, коллегами	18,1	13,6	10,1	15,4	37,9	26,7	29,3	11,5
Плакаты в лечебных учреждениях	16,1	11,1	9,5	0,0	1,7	7,2	9,8	11,5
Из других источников	12,8	6,1	7,8	0,0	19	10,4	8,5	26,9
Из публикаций центральной и местной прессы	7,4	6,3	6,1	7,7	12,1	6,3	4,9	15,4
Из программ и передач центрального и местного радио	5,3	2,9	2,2	0,0	6,9	3,2	2,4	0,0
От школьных и вузовских педагогов	1,1	3,4	3,4	0,0	1,7	6,3	1,2	3,8

* респондентам предлагалось выбрать не более 3 ответов

Так, респонденты, следующие здоровому образу жизни (в 2013 г.), в большем числе отмечали приоритет как Интернет-источников, отличающихся инициативностью получения контента в зависимости от интереса пользователей, так и разговоров с родственниками, друзьями, коллегами, которые также инициируются самими участниками коммуникации. В 2022 году возрос приоритет Интернет-ресурсов (практически в два раза) как источников информации о здоровье, по-прежнему популярными источниками остаются телевидение и коммуникации с родственниками, друзьями, коллегами. При этом респонденты, придерживающиеся здорового образа жизни, в 2022 году не отмечают важность и необходимость выбора в качестве источника информации консультаций врача и

медицинского персонала, что говорит о сохранении ориентации медицинского персонала на лечение, а не на профилактику и формирование культуры здоровьесберегающего поведения. Практически единицы в качестве источника информации отметили печатные средства массовой информации.

Среди Интернет-источников в 2022 году у придерживающихся здорового образа жизни лидируют поисковые выдачи, социальные сети, приложение Тик-ток (48,3%) и социальная сеть ВКонтакте (27,6%) (Рисунок 2.7).

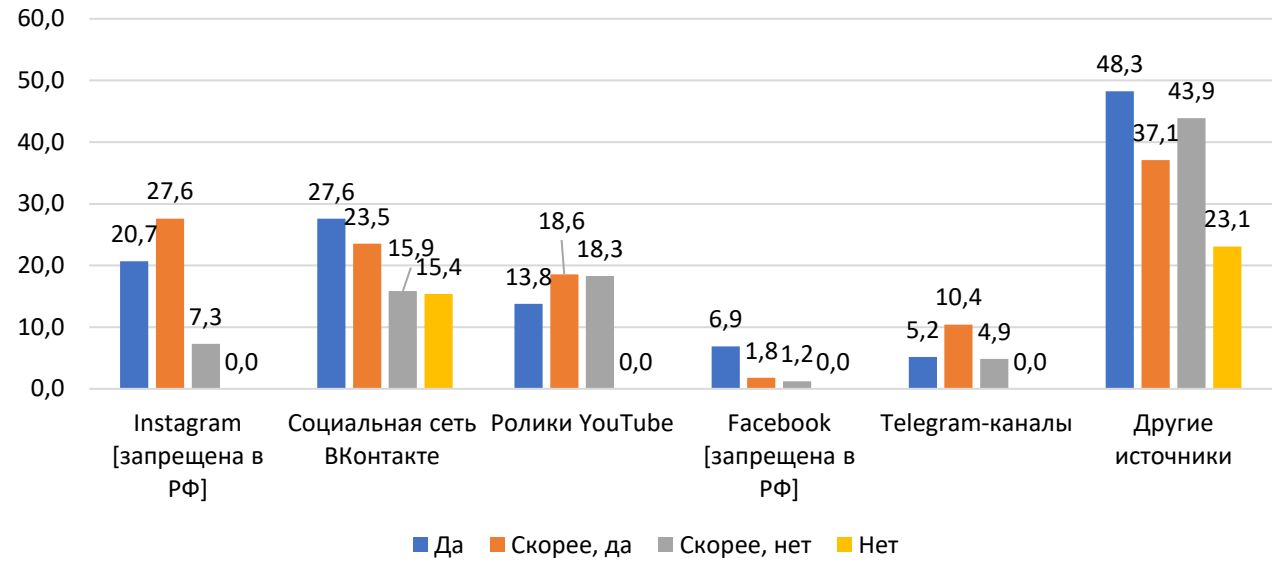


Рисунок 2.7 – Интернет-источники информации о сохранении здоровья в зависимости от следования респондентов здоровому образу жизни в 2022 году, %

Таким образом, продемонстрированный анализ мнений по источникам получения информации позволяет констатировать, что по-прежнему остается высоким доверие к медицинскому персоналу, центральному телевидению, однако значительно увеличилось доминирование Интернет-источников. Результаты экспертных опросов, показавшие недостаточность профилактического информирования населения различными социальными институтами, определили необходимость разработки новых форм и содержания доносимой информации для пропаганды сохранения здоровья и культуры здоровья в целом. Важность приобретает и качественный контент о нормах культуры здоровья, который может при правильной организации данного процесса распространяться самими пользователями по новым каналам продвижения Интернет-ресурсов.

Таким образом, институциональная регуляция процесса формирования (и развития) культуры здоровья различными социальными институтами и акторами показывает наличие «информационной дифференциации», которая рассматривается как разделение представителей различных социальных групп в доступе/получении достоверной информации о профилактике и сохранении здоровья по демографическим, социально-экономическим и другим параметрам. Результаты проведенного в диссертации анализа дают основание утверждать, что информационная дифференциация в контексте сохранения здоровья и формирования его культуры, а также слабые стороны институциональной регуляции обусловлены множеством причин, наиболее значимые из которых:

1. Коммерциализация медийного пространства производственными и торговыми фармацевтическими компаниями, приводящая к искажению профилактической информации в сторону коммерческой выгоды заказчиков.

2. В каналах формальных и неформальных коммуникаций (сообщества в социальных сетях, беседы в мессенджерах и т.д.) слабо представлена экспертная позиция. Медикализированная информация зачастую способна обрастать домыслами, порождаемыми страхами и некомпетентностью транслятора (например, антипрививочные кампании в сетевые сообществах юных родителей).

3. Ориентация экспертного сообщества на отдельные социальные группы, имеющие интерес к темам сохранения здоровья.

4. Необходимость формирования интереса и желания у населения осуществлять поиск и потребление информации о профилактике заболеваний и сохранении здоровья.

5. Дифференциация регионов страны по техническим возможностям доступа к ресурсам сети Интернет.

6. Отсутствие механизма контроля за достоверностью размещаемой в формальных и неформальных СМИ информации в отношении социальных норм здорвьесберегающего поведения.

Выявленные особенности информационной компоненты в формировании достоверных знаний о сохранении здоровья и здоровьесберегающего поведения в

свою очередь могут являться и резервом совершенствования социальной регуляции, осуществляемой социальными институтами, для более эффективной реализации ими функций латентности и интеграции (по Т. Парсонсу), заключающихся, прежде всего, в:

– формировании культуры здоровья, в т.ч ценности здоровья и профилактики (этических норм профилактики, ценностных ориентаций на сохранение жизни, здоровья и активного долголетия); социальных представлений и профилактического сознания (предоставление достоверной информации о рисках заболеваний, тяжести и последствиях для здоровья и качества жизни, средствах профилактики, здоровом образе жизни и др.);

– формировании и стимулировании профилактического и здоровьесберегающего поведения (персональной ответственности и мотивации к сохранению здоровья и профилактике, санитарно-гигиенической культуры и навыков ухода за телом; моделей здорового образа жизни и образцов поведения при заболевании, лечении, реабилитации, профилактике); развитие технологий социального маркетинга, проектирования и позиционирования социально одобряемого здоровьесберегающего поведения;

– создании и регулировании системы социального контроля (баланса системы социальных норм и санкций для отклоняющегося поведения);

– установлении взаимодействия между социальными институтами;

– социализации (приобщении к здоровьесберегающей деятельности).

Таким образом, социальные институты обеспечивают функционирование социальной регуляции формирования культуры здоровья и здоровьесберегающего поведения, с одной стороны, создавая ценностные ориентиры здоровья, жизни и активного долголетия, а, с другой – производя, транслируя и контролируя нормативные, социально одобряемые нормы и образцы здоровьесберегающего поведения от санитарно-гигиенических норм до норм и образцов поведения при заболевании, лечении, реабилитации и профилактики различных заболеваний. Учитывая высокую зависимость здоровьесберегающего поведения от широкого спектра условий и причин, формируемых как внешним социальным воздействием,

так и внутренней реакцией на них, важно определить и социокультурную саморегуляцию в формировании культуры здоровья и здоровьесберегающего поведения.

2.2 Социокультурная саморегуляция здоровьесберегающего поведения

Как отмечалось в предыдущем параграфе, социальная регуляция культуры здоровья, осуществляемая социальными институтами посредством реализации своих функций, имеет целью достижение конкретного здоровьесберегающего поведения индивидов в повседневной жизнедеятельности через создание, интеграцию, трансляцию, регуляцию, и сохранение культурных норм здоровьесбережения, правил (образцов поведения, традиций и др.) и системы санкций отклоняющегося поведения. По сути, в данном случае объектом воздействия выступает социокультурная сущность индивида, через которую преломляется информация внешнего воздействия и синтезируются индивидуальное ценностно-мотивационное основание деятельности, а также целерациональное и ценностно-рациональное здоровьесберегающее поведение. В соответствии со своей социокультурной сущностью индивид конструирует смыслы своей деятельности, синтезирует смысловые образы социальных явлений и процессов, распределяя их значимость для личности и задавая направленность деятельности по сохранению здоровья, что в целом представляет собой процесс социокультурной саморегуляции здоровьесбережения, детерминирующий деятельность индивидов и социальных групп, направленную на сохранение и улучшение здоровья и продолжительности жизни в целом.

Понимая «механизм» как способ функционирования, взаимосвязи и взаимодействия его составных частей (компонентов), соответственно, под механизмом социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения подразумеваем способ взаимодействия (организация, взаимозависимость, влияние) компонентов социокультурной саморегуляции здоровьесбережения. В исследовании рассматриваются следующие компоненты социокультурной

саморегуляции здоровьесберегающего поведения: типы культуры, ценностные ориентации, образ здоровья, социодемографические характеристики, габитусы, поведение (здоровьесберегающее и профилактические поведение), жизненные позиции и мотивация в отношении здоровьесбережения.

Для изучения ключевых составляющих – компонентов механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения и формирования культуры здоровья необходимо, прежде всего, оценить сложившиеся типы культуры и их соотношение в тех или иных социальных группах. Именно с помощью типов культуры можно определить и оценить общие ценности, социальные нормы группы или общества, особенности мировосприятия и усвоения культурных норм, а также можно выявить общее глубинное культурное основание социальной группы и ее влияние в том числе на формирование культуры здоровья. На основании концепции М. Гельфанд, разделяющей культуру на жесткий и свободный типы была разработана авторская методика оценки типов культур, для изучения культуры здоровья [43].

Эмпирические референты и характеристики типов культур представлены в Таблице 2.6.

Таблица 2.6 – Показатели, характеризующие типы культур

Показатели	Типы культуры	
	Жесткая культура	Свободная культура
Эмпирические референты	Самоконтроль Сознательность Дисциплинированность Терпение Соблюдение правил Организованность Самостоятельность Стремление к порядку Старательность Почтительность (уважение правил, принятых в обществе)	Толерантность Гибкость Творческие способности Независимость Глубокомыслие Любознательность Снисходительность Самобытность Креативность Адаптивность
Характеристики и особенности типов		
Направленность личности	Стабильность, самодисциплина, порядок	Самоактуализация, инновации, открытость (гибкость, озарение, воображение)
Отношение к социальной среде	Мир опасный, хрупкий, его надо охранять	Мир дружелюбный, можно пробывать, риск и новизна – это

Показатели	Типы культуры	
	Жесткая культура	Свободная культура
		хорошо
Доминанта воспитания	Конформность, послушание	Самобытность, независимость
Ментальность	Жесткая ментальность: огромное внимание к социальным нормам	Либеральная ментальность: меньше внимания социальным нормам
Активность	Удовольствие в рутине	Готовность к риску, импульсивность

Для отнесения себя к определенному типу культуры респондентам предлагалось выполнить самооценку качеств по предлагаемому перечню характеристик. К жесткому типу культуры относили себя индивиды, отличающиеся такими качествами как самоконтроль, сознательность, дисциплинированность, терпение, соблюдение правил, организованность, самостоятельность, стремление к порядку, старательность, почтительность (уважение правил, принятых в обществе). Принадлежность к жесткому типу культуры предопределяет большее следование и нормам здоровьесбережения.

К представителям свободной культуры относятся обладатели таких качеств как толерантность, гибкость, творческие способности, независимость, глубокомыслие, любознательность, снисходительность, самобытность, креативность и адаптивность. Согласно авторской методике для более гибкой дифференциации респондентов жесткий и свободный типы культуры были разделены на 5 подгрупп (Рисунок 2.8).

Жесткий тип культуры	**Преобладающая жесткая культура** [более жесткая, чем свободная]	**Смешанная**	**Преобладающая свободная культура** [более свободная, чем жесткая]	**Свободный тип культуры**
Респонденты с доминирующими качествами 80% и более жесткого типа культуры	Респонденты, в самооценке которых от 60% до 80% качеств жесткой культуры	Респонденты, характеризуемые в равном соотношении как жестким, так и свободным типами культуры (± 10%)	Респонденты с преобладающими качествами (60-80%) свободного типа культуры	Респонденты с более 80% качеств свободной культуры

Рисунок 2.8 – Критерии дифференциации респондентов по типам культуры

Изучение типов культуры и особенностей механизма социокультурной саморегуляции в формировании культуры здоровья проведено на примере социологического исследования населения (старше 18 лет) Тюменской области в 2022 г. Численность населения региона (на начало 2022 г.) составляла 1552,2 тыс. чел. (из которых 1176 тыс. чел. старше 18 лет). Распределение по полу: 737,1 тыс. чел. мужчины (47,5%), 815 тыс. чел. женщины (52,5%) [55]. Из числа жителей региона 68,1% проживают в городах, а 31,9% в сельской местности.

Квотная выборка исследования была сформирована на основе половозрастного распределения населения региона и местности проживания. Используемое при расчете выборочной совокупности трехмерное распределение позволяет отражать генеральную совокупность по указанным характеристикам, сохраняя удельный вес необходимых признаков. Всего в исследовании приняло участие 384 чел., из них 47,3% мужчины, 52,7% женщины, проживающие в городах региона (68,2%) и сельской местности (31,8%). На Рисунке 2.9 представлено половозрастное распределение выборочной совокупности, а также по месту проживанию и уровню образования в соотношении с возрастом респондентов. Уровень образования респондентов в зависимости от возраста оценен по Всероссийской переписи населения 2020 года [39].

Результаты исследования показали, что среди жителей Тюменской области старше 18 лет (далее, жители) практически половина респондентов отнесли себя к представителям жесткой культуры (43,0%), более жесткой, чем свободной культуре – 35,4%, смешанной – 14,6%, более свободной, чем жесткой – 5,6%, а свободной всего 1,5%. В связи с тем, что при формировании выборки представители свободной культуры составили менее 2%, то они далее в исследовании при анализе связей с компонентами социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения не анализировались.

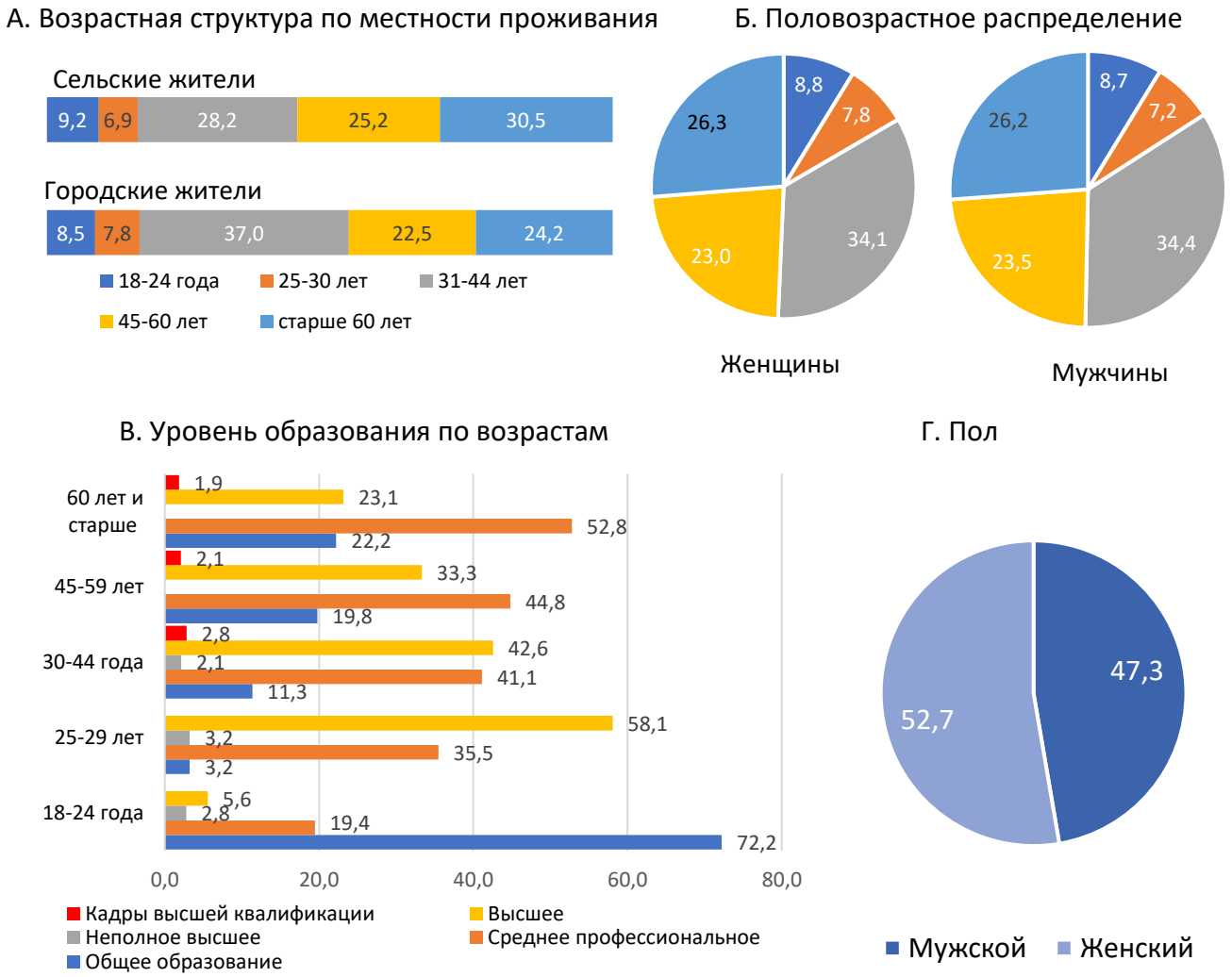


Рисунок 2.9 – Распределение выборочной совокупности по полу, возрасту, месту проживания и уровню образования, %

Результаты исследования связи социодемографических показателей и типов культуры как значимых компонент в механизме саморегуляции здоровьесбережения в распределении по половому признаку, позволяют говорить с том, что если среди мужчин практически равными долями представлены представители жесткой (34%) и средне-жесткой (37,6%) культур, то среди женщин значительно доминирует жесткая культура (52,4%) (Рисунок 2.10). Проведенный анализ показал, что связь между полом респондентов и типами культуры является статистически достоверной (V Крамера = 0,226, p = 0,000).

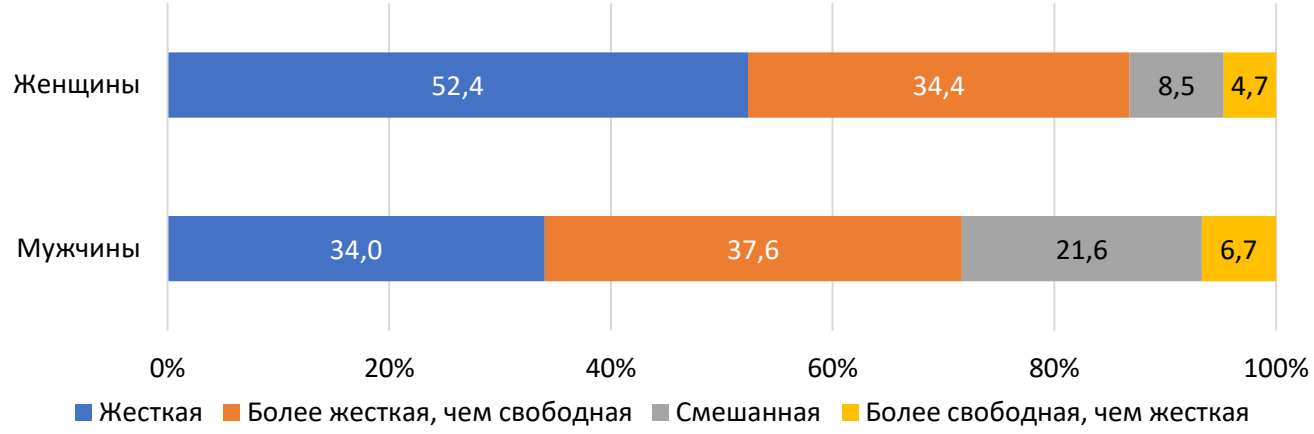


Рисунок 2.10 – Распределение культуры респондентов по полу, %

Между типами культур и возрастом респондентов также наблюдается достоверная статистическая связь (V Крамера = 0,189, p=0,000). Действительно, с возрастом респондентов возрастает доминирование представителей жесткой культуры, что позволяет утверждать об очевидной связи между взрослением респондентов и тяготением к жесткой культуре. Полученные результаты отражают общие особенности глубинного культурного основания современных российских поколений (Рисунок 2.11).

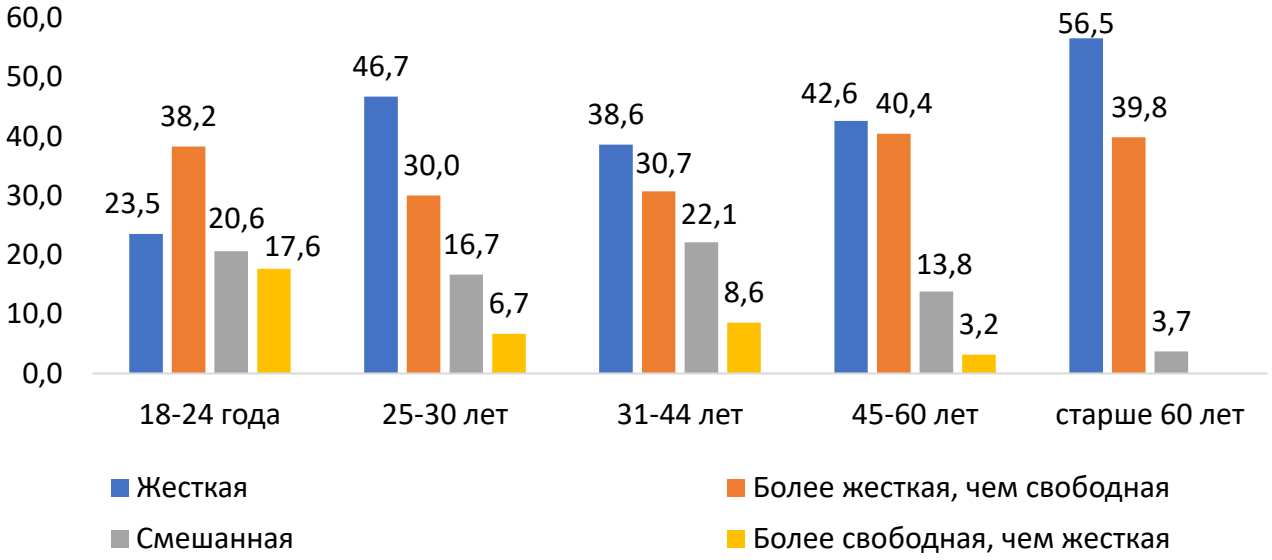


Рисунок 2.11 – Распределение респондентов по типам культуры и возрасту, %

Типы культур зависят и от местности проживания респондентов (V Крамера = 0,163, p <0,05). Среди сельских жителей относительно городских преобладает

жесткая культура (46,9%) и средне-жесткая (42,2%), а среди городского населения в два раза больше доля представителей смешанной и более свободной культуры, что, в соответствии с концепцией М. Гельфанд, объясняется более тяжелыми условиями жизнедеятельности, худшим уровнем жизни и преобладанием физического труда у сельских жителей (Рисунок 2.12).

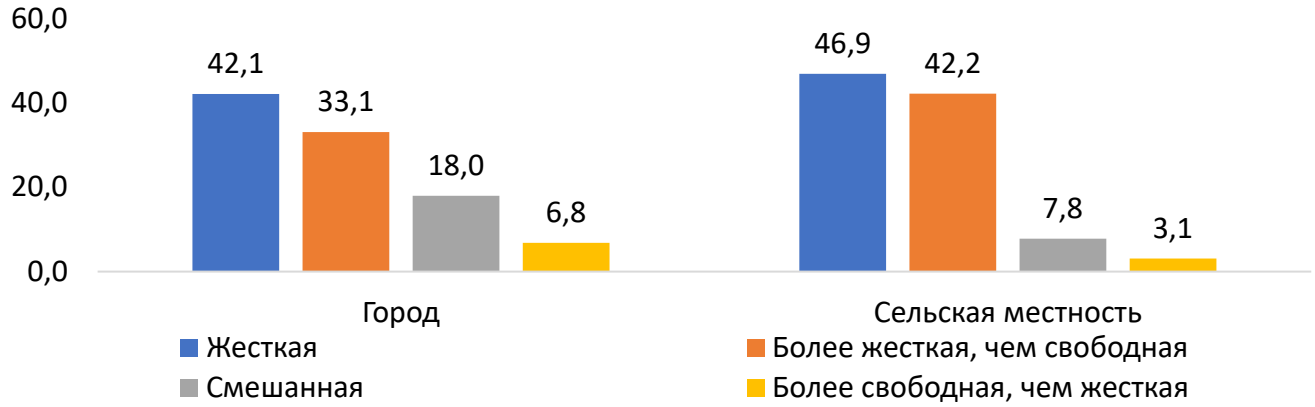


Рисунок 2.12 – Распределение городских и сельских жителей по типам культуры, %

Общеизвестно что образование является важным актором формирования культуры человека. Доля представителей жесткой культуры варьируется от 37,5% у кадров высшей квалификации до 46,2% среди группы со среднем профессиональным образованием (Рисунок 2.13). С приобретением высших уровней образования количество людей, предпочитающих смешанный тип культуры заметно вырастает.

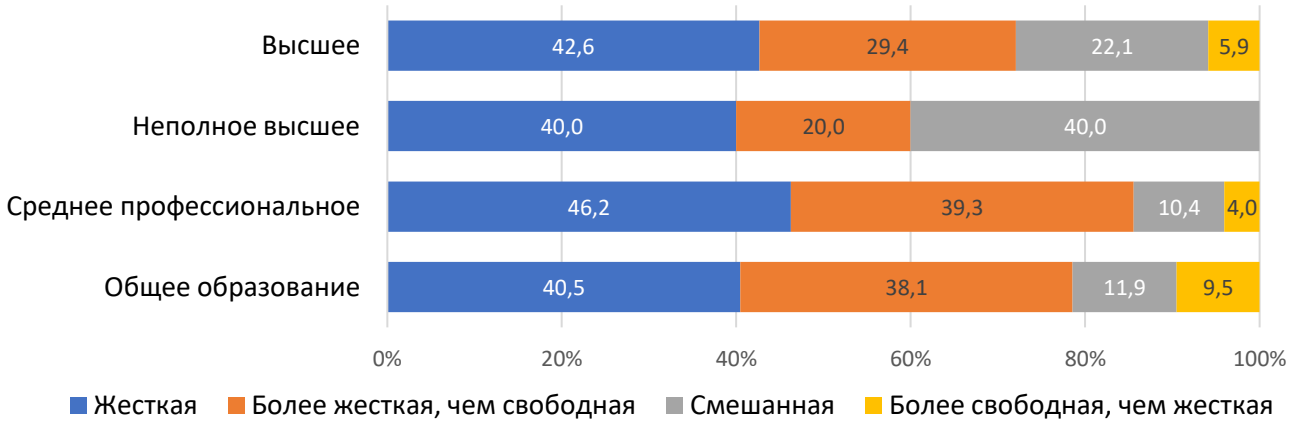


Рисунок 2.13 – Распределение типов культуры по уровню образования, %

Профиль образования также тесно связан со сформированным типом

культуры (наблюдается статистически достоверная связь средней силы V Крамера = 0,254, p=0,000). Так, большинство респондентов с жесткой культурой наблюдается среди представителей общественных наук (66,7%), военного дела (57,1) и медицины (48,5%), что обусловлено высокой нормативностью профессий и приверженностью общегрупповым профессиональным ценностям (Рисунок 2.14). К примеру, наибольшая доля смешанной культуры отмечена среди представителей IT-направлений, информатики (50%), а более свободная культура – среди гуманитарных (6,7%), технических наук (7,8%) и респондентов, имеющих образование в нескольких направлениях (20%), что подчеркивает влияние профиля и широты спектра образования на формирование типа культуры. Вероятно, изначально при выборе профессионального направления индивид ориентируется на профессиональное социальное сообщество, соотнося его со своей системой ценностей и персональным отношением к нормативности, а впоследствии, развиваясь в профессии, культивирует и транслирует профессиональные социальные нормы, в том числе и в здоровьесберегающем поведении, в соответствии со сформировавшимся типом культуры.

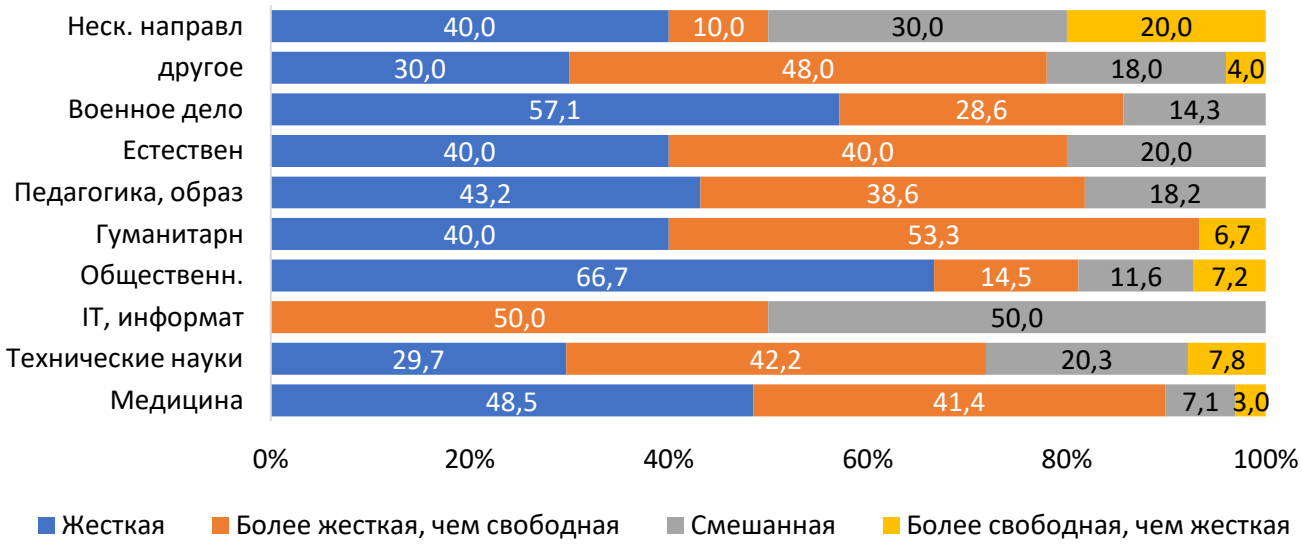


Рисунок 2.14 – Распределение респондентов по типам культуры и направленности образования, %

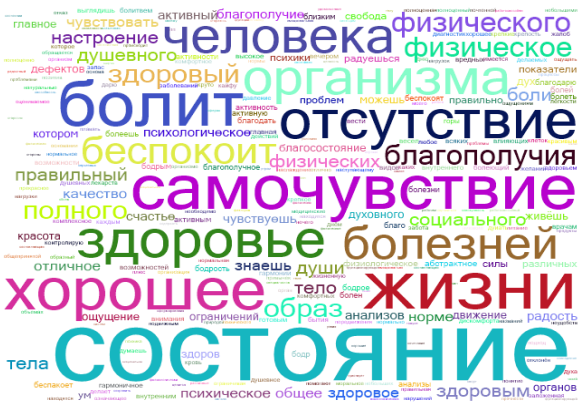
Учитывая, что центральным элементом формирования культуры здоровья является создание у индивидов и социальных групп смысловых понятий и оснований относительно здоровья в процессе конструирования смысловой

реальности повседневной жизнедеятельности, представляется необходимым в соответствии с целью данного диссертационного исследования проанализировать образ здоровья, а также его связь с компонентами механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения.

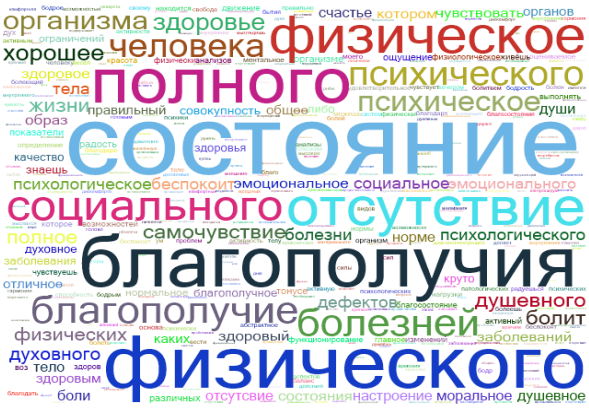
В наблюдениях за особенностями сформированного «образа здоровья» среди молодежи (от 18 до 30 лет) и жителей более старшего возраста, необходимо подчеркнуть, что, если более старшие в описании своего понимания здоровья (Рисунок 2.15. В) наиболее часто употребляют слово «состояние», используемое в контексте фразы «здоровье – это состояние полного благополучия» или «здоровье – это состояние души и тела…», а следующими по значимости являются образы: «хорошее самочувствие», «отсутствие болезней», «ничего не болит», «не беспокоит», «здоровый образ жизни», «физическое благополучие», то в молодежной группе в списке смыслов, описывающих образ здоровья, на первый план выходит слово «благополучие», используемое в большей мере в контексте фразы «здоровье – это состояние полного физического благополучия», с меньшей частотой используются слова «психическое», «социальное благополучие», «отсутствие болезней» (Рисунок 2.15. Г). С годами, ближе к 44 годам здоровье трактуется как «физическое и психическое благополучие», а после 60 лет здоровье приобретает смысл выражений «не болит» и «возможность жить» (Рисунок 2.15. Д, Е, Ж, З, И). В отличие от женщин, мужчины больше склонны делать акцент на социальной важности здоровья, а женщины – на важности душевного состояния и полного благополучия (Рисунок 2.15. А, Б).

А. Мужчины

Б. Женщины



В. Старшее поколение



Г. Молодежь

Д. 18-24 года

Е. 25-29 лет

Ж. 30-44 года

З. 45-59 лет

И. 60 лет и старше

Рисунок 2.15 – Спектр ассоциаций о понимании дефиниции «здоровье», в соотношении с числом упоминаний слова в общем числе ответов

Результаты опроса также показали, что большинство респондентов под здоровьем понимают норму физического и психического благополучия, при этом, как правило, акцентируя внимание на этом феномене при появлении боли или болезни. Эти результаты совпадают с утверждением И. В. Журавлевой, которая подчеркивает, что «специфика ценности здоровья как феномена в ее латентном характере состоит в том, что большинство людей осознают ценность здоровья только тогда, когда оно находится под угрозой» [79, с. 56].

Следующим важным составляющим образа здоровья является образ «идеального здоровья». Этот образ респонденты сконструировали из своих ведущих мотиваторов «избегания боли, болезни, немощи» и «физического и эмоционального благополучия» (Рисунок 2.16).

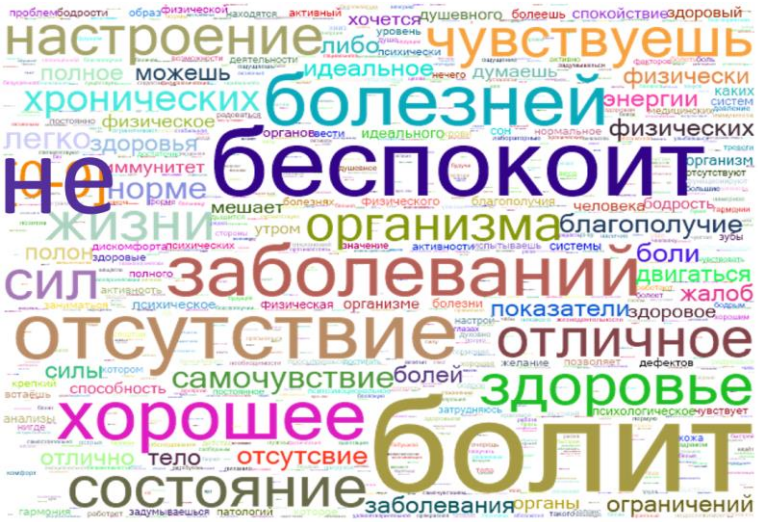
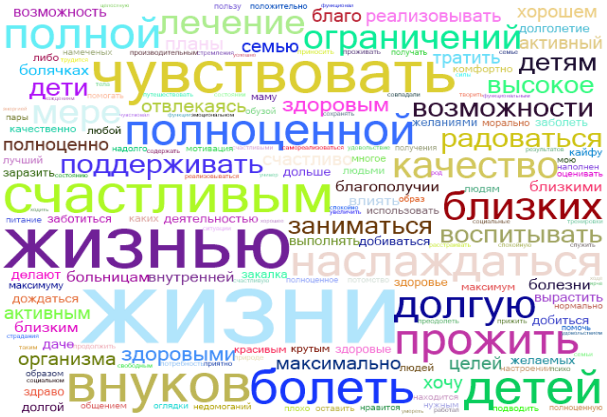


Рисунок 2.16 – Спектр представлений об «идеальном здоровье», в соотношении с числом упоминаний слова в общем числе ответов

Для оценки ценностной и потребностно-мотивационной компоненты механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения в открытом вопросе респондентам предлагалось закончить фразу «Мне важно быть здоровым чтобы …». В отличие от мужчин, у женщин среди глубинных мотивов здоровья доминируют дети (возможность их растить и воспитывать), при этом среди мотиваторов преобладает важность полноценной жизни и эмоционально-когнитивные составляющие мотива, который отражают слова «чувствовать,

радоваться жизни, наслаждаться, прожить счастливо». У мужчин в ответах наиболее высокочастотное слово – «жизнь» которое является центральной ценностью, с ним связаны мотивы-цели «быть счастливым», «не болеть», «прожить долгую, полноценную жизнь» (Рисунок 2.17. А, Б). Таким образом, здоровье понимается как главный ресурс для жизни и основа телесного и социального благополучия.

Доминирующей ценностью старшего поколения является «жить полноценной жизнью», «быть счастливыми, радоваться и наслаждаться жизнью», «чувствовать себя хорошо», а также социальная ответственность «забота о детях и внуках» (Рисунок 2.17 В). Следовательно, мотивация здоровьесбережения данной группы респондентов тесно связана с пониманием зависимости основных витальных функций, эмоционального и социального благополучия (счастье, радость и др.) с состоянием своего здоровья, что вполне объективно.



А. Мужчины

Б. Женщины

В. Старшее поколение

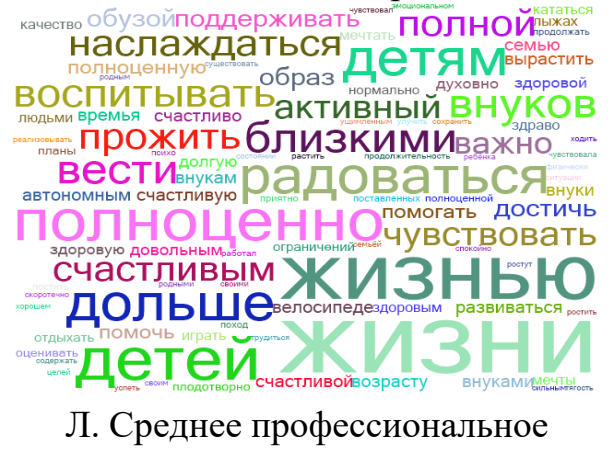
Г. Молодежь

Д. 18-24 года

Е. 25-29 лет

Ж. 30-44 года

З. 45-59 лет



И. 60 лет и старше

К. Студенты и обучающиеся

Л. Среднее профессиональное

М. Высшее образование

Рисунок 2.17 – Спектр мнений респондентов о ценности здоровья и мотивах его сохранения, в соотношении с числом упоминаний слова в общем числе ответов

В молодежной аудитории среди ценностей, определяющих сущность здоровья, превалируют чувственные мотивации, в описаниях доминируют мотивы-цели «не чувствовать себя плохо», «быть счастливым», «наслаждаться жизнью», «жить полноценной жизнью», однако в отличие от старшего поколения элементов социальной ответственности в их мотивации здоровья практически не отмечено (Рисунок 2.17 Г). У молодых людей до 30 лет среди мотивов быть здоровым преобладают гедонистские и ценности-смыслы развития (например, «наслаждаться», «благополучие», «радоваться», «реализовывать»), а по мере жизни к 44 годам мотивы сохранять здоровье расширяются, на первый план выходят ценности-цели вырастить детей и жить полноценной жизнью. В более старшем возрасте (45-59 лет) к представлениям о ценности здоровья как полноценной жизни добавляется возможность помощи детям, внукам и близким, которая сохраняется и после 60 лет (Рисунок 2.17. Д, Е, Ж, З, И).

Среди социальной группы студентов и обучающихся, как и среди респондентов с высшим образованием, здоровым быть важно, чтобы «хорошо себя чувствовать» и «прожить долгую, счастливую жизнь». При этом здоровье связывается с благополучием, счастьем, качеством жизни. А среди имеющих среднее профессиональное образование также на передний план выходит мотив «прожить дольше», «вести активную жизнь», «радоваться жизни» и воспитывать детей и внуков (Рисунок 2.17. К, Л. М).

Таким образом, рассмотренные ценности сохранения здоровья и мотиваторы здоровьесберегающей деятельности жителей Тюменской области старше 18 лет подтверждают гипотезу о ценности здоровья как мотиваторе и предикторе формирования здорового образа жизни и здоровьесберегающей деятельности в целом.

Следующей важной компонентой механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения является ценность здоровья в структуре смысложизненных ценностей. Приоритетная важность физического здоровья отмечена 89,4% жителей, а ценность психического здоровья, спокойствия и равновесия – 68,5% (Таблица 2.7). Помощь близким также является ценностью

для 42,6% жителей, а для третьей части важна любовь (38,2%), безопасность (35,2%) и безбедная жизнь (30,5%). Меньшее число жителей отмечают высокую ценность самореализации (25,1%), продолжения себя в будущих поколениях (20,9%), сохранения рабочего места (17%), получения от жизни больших удовольствий (14,5%), стремления к истине, правде (13,3%), борьбы за справедливость, красота и привлекательность (6,9%).

Таблица 2.7 – Распределение респондентов по типам культуры и ценностям

Типы культуры / Смысложизненные ценности*	Жесткая	Более жесткая, чем свободная	Смешанная	Более свободная, чем жесткая	В среднем по выборке, %	Рейтинг
	в % от числа респондентов по типам культуры					
Физическое здоровье	92	90	88	74	89,4	1
Самореализация	17	27	47	17	25,1	7
Карьера и статус	9	13	28	13	13,5	10
Безопасность	37	36	28	35	35,2	5
Любовь	31	49	37	30	38,2	4
Стремление к истине, правде	14	10	20	17	13,3	11
Психическое здоровье, спокойствие, равновесие	75	66	63	48	68,5	2
Борьба за справедливость	10	2	8	9	6,9	13
Безбедная жизнь	31	32	32	17	30,5	6
Сохранить рабочее место	15	23	7	26	17,0	12
Продолжение себя в будущих поколениях	27	18	18	4	20,9	8
Получить от жизни больше удовольствий	13	11	25	22	14,5	9
Помощь ближним	45	43	43	22	42,6	3
Красота и привлекательность	7	4	12	0	6,4	14
Другое	2	5	0	0	2,5	15

*множественный выбор ответов на вопрос

Учитывая, что последний этап исследования был осуществлен в период пандемии, ожидаемый приоритет ценности физического и психического здоровья среди других ценностных категорий подтвердился во всех группах респондентов вне зависимости от типов культуры. Тем не менее, необходимо отметить, что еще до пандемии COVID-19 в 2013-2016 гг. при оценке смысложизненных ценностей отмечались сформированные социальные представления о здоровье как ресурсе для жизни. Так, ценность здоровья выделяли 90% родителей школьников, а

терминальную ценность семьи – 81% опрошенных. Таким образом, можно утверждать, что выдвижение ценности здоровья обусловлено пониманием значения здоровья как ресурса.

Результаты выбора приоритета ценности физического здоровья показали, что ценность физического здоровья не зависят от пола, уровня образования и типа культуры. Среди социодемографических и поведенческих показателей, значимо влияющих на выбор респондентов относительно важности такой ценности, как физическое здоровье, можно отметить следующие:

– возраст респондентов (V Крамера = 0,246, p=0,000). С увеличением возраста растет приоритет ценности физического здоровья (от 77,8% у 18-24-летних до 95,4% у лиц старше 60 лет);

– место проживания (V Крамера = 0,095, p=0,050). Городские жители в большей мере выделяют ценность здоровья (91,1%), чем сельские (84,7%);

– профиль образования (V Крамера = 0,255, p=0,002). Приоритет ценности физического здоровья отмечен наибольшим числом жителей с образованием в областях общественных наук (100%), военного дела (100%), педагогики (93,2%), гуманитарных наук (87,1%), медицины (86,1%), а наименьшим – информатика, IT (62,5%) и естественных наук (60%);

– социально-профессиональный статус респондентов (V Крамера = 0,264, p=0,001). Выделяли здоровье как приоритетную ценность руководители, служащие, специалисты, а такие группы респондентов как безработные (66,7%), студенты, обучающиеся (68%) не оценивают здоровье в числе своих приоритетов смысложизненных ценностей;

– соблюдение здорового образа жизни (V Крамера = 0,206, p=0,002). Все последователи ЗОЖ (100%) отметили приоритетную ценность физического здоровья, а среди несоблюдающих его только 72,1%.

Полученные результаты показали различия мнений респондентов в зависимости от их социально-демографических характеристик и в выборе психического здоровья, спокойствия и равновесия. Так, данные ценности не зависят от уровня образования, местности проживания, ведения здорового образа

жизни респондентами. В тоже время выбор приоритета данных ценностей находится в прямой зависимости от следующих социодемографических и поведенческих показателей:

– наличие вредных для здоровья привычек (V Крамера = 0,121, p=0,05). У 73,9% респондентов, не имеющих вредных привычек, отмечена приоритетная ценность психического здоровья, а среди имеющих вредные привычки - только у 62%;

– пол (V Крамера = 0,141, p=0,004). Женщины в большей мере (74,7%), чем мужчины (61,5%) выделяют приоритет ценности психического здоровья;

– возраст респондентов (V Крамера = 0,174, p=0,014). С увеличением возраста растет приоритет ценности психического здоровья, от 55,6% у 18-24-летних до 71,3% у лиц старше 60 лет;

– состояние здоровья (V Крамера = 0,185, p=0,017). Если среди здоровых и чувствующих себя здоровыми ценность психического здоровья выделяют чуть больше половины респондентов, то среди болеющих и плохо себя чувствующих уже 79,2%;

– тип культуры (V Крамера = 0,146, p=0,035). Среди представителей жесткой культуры наибольшая часть респондентов (74,6%) отмечают ценность психического здоровья, а среди более свободной всего 47,5%, что подчеркивает важность для представителей жесткой культуры регламентированности, последовательности, определенности и в таких сложно регламентируемых процессах как психическое здоровье;

– социально-профессиональный статус (V Крамера = 0,261, p=0,002). Социальная группа с меньшей ценностью психического здоровья, спокойствия и равновесия среди приоритетных смысложизненных ценностей – студенты, обучающееся (48%), рабочие (46,7%), а специалисты (75,6%), предприниматели (73,3%), руководители (67,6%) в большей мере подчеркивают для себя ценность психического здоровья, что подтверждает более высокую психическую нагрузку в виде профессиональной ответственности и, соответственно, важность и приоритет психического здоровья;

– профиль образования (V Крамера = 0,226, p=0,012). Приоритет ценности психического здоровья отмечен наибольшим числом жителей с образованием в областях гуманитарных наук (80%) и медицины (77,2%), а наименьшим – военное дело (42,9%) и естественных наук (20%).

Представленные результаты подтверждают многофакторную связанность ценности физического и психического здоровья в структуре смысложизненных ценностей с социодемографическими и поведенческими показателями.

Для дальнейшего анализа связи компонент механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения необходимо выделить, на основе приоритета ценностных ориентаций, следующие группы смысложизненных ценностей в соответствии со следующим эмпирическими референтами:

1. Ценности здоровья: наличие или отсутствие ценностной ориентации на сохранение физического и/или психического здоровья. Методика отнесения к подгруппе: наличие/отсутствие показателя. Результат: не отмечен приоритет ценности здоровья у 3,6% респондентов, 27,7% выделили только ценность физического здоровья, 7,1% только психического здоровья, а 61,6% ценность физического и психического здоровья вместе. Что говорит о том, что всего чуть больше половины жителей приоритезируют здоровье, ассоциированное как комплекс физического и психического, а треть жителей акцентируются только на физической стороне здоровья.

2. Ценности по направленности. Направленность на себя – наличие ценностной ориентации на самореализацию и получение от жизни больших удовольствий. Направленность на близких людей – ценностная ориентация на помощь близким людям и продолжение себя в будущих поколениях. Методика отнесения к подгруппе – преобладающее число отмеченных ценностных ориентаций. Результат: ценностная ориентация на себя приоритетна для 29,1% респондентов, на других – для 57,5%, а баланс ценностей, направленных на себя и других – у 13,4%.

3. Ценности по ориентации на социальное, духовное или материальное. Ориентация на социальное: карьеру и статус в обществе, безопасность,

продолжение себя в будущих поколениях, борьбу за справедливость и помощь ближним. Ориентация на духовное: самореализацию, любовь, стремление к истине, правде. Ориентация на материально-витальное: безбедную жизнь, сохранение рабочего места, красоту и привлекательность, получение от жизни как можно больше благ и удовольствий. Методика отнесения к подгруппе – преобладающее число отмеченных ценностей. Результат: доминирующие социальные ценности отмечаются у 38,4% у 14,4% духовные, а у 12,3% материально-витальные. Баланс социальных, духовных и материально-витальных ценностей отмечен у 11% респондентов. Малые подгруппы – доминирование социальных и материальных (9,1%), социальных и духовных ценностей (9,7%), материальных и духовных (5,2%).

Описанные выше группы смысложизненных ценностей имеют тесную связь с ценностью здоровья (Таблица 2.8), что подтверждает наличие зависимости и взаимного влияния компонент механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения, а именно:

– группы ценностей по направленности на себя и на близких людей. Среди не отмечающих ценность здоровья 80% имеют ценностные ориентации на себя, а среди имеющих ценность физического и психического здоровья 65,6% ориентированы на близких людей (V Крамера = 0,214, p=0,000);

– ценности по ориентации на социальное, духовное или материальное. У третьей части (26,7%) не отмечающих ценность здоровья доминируют духовные ценности и у 26,7% материальные и духовные, а среди имеющих ценность физического и психического здоровья у 43,2% доминируют социальные ценности и у 17,7% социальные в комбинации с духовными и материальными (V Крамера = 0,206, p=0,000).

Таким образом, можно констатировать наличие взаимосвязи ценностей здоровья со смысложизненными ценностями в механизме социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения и высокую значимость близких людей (детей, внуков, родителей и др.) в качестве мотивации здоровьесберегающей деятельности.

Таблица 2.8 – Связь ценности здоровья с группами ценностей, %

Ценности здоровья / Группы ценностей	Не отмечен приоритет ценности здоровья	Ценность физического здоровья	Ценность психического здоровья	Ценность физического и психического здоровья	В среднем по выборке
Ценностные ориентации по направленности					
На себя	80,0	31,6	50,0	23,4	29,1
Баланс «я-другие»	0,0	21,5	11,1	10,9	13,4
На других	20,0	46,8	38,9	65,6	57,5
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ценности по ориентации на социальное, духовное или материальное					
Доминируют социальные	13,3	33,0	28,0	43,2	38,4
Доминируют духовные	26,7	11,0	36,0	12,8	14,4
Доминируют материальные	20,0	18,0	8,0	9,9	12,3
Баланс социальных, духовных и материальных	6,7	9,0	0,0	13,2	11,0
Доминируют социальные и материальные	6,7	9,0	8,0	9,5	9,1
Доминируют социальные и духовные	0,0	12,0	20,0	8,2	9,7
Доминируют материальные и духовные	26,7	8,0	0,0	3,3	5,2
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Самооценка здоровья также представляет собой компоненту механизма социокультурной саморегуляции здоровьесбережения и индикатор, который отражает собирательную оценку знания индивидом своих заболеваний, чувствования боли и немощи в физическом теле, психического состояния, набора суеверий в оценке суждений относительно своего здоровья, принятых норм в референтной группе относительно допустимости и должности высказывания о своем здоровье.

Оценивая свое состояние здоровья на момент исследования, что является важным условием в оценке и конструировании смыслов текущей жизнедеятельности и культуры здоровья, всего 10,9% опрошенных жителей отметили, что «здоровы». Еще 31,8% респондентов, оценивая свое здоровье, исходили только из самоощущения, отмечая, что «чувствуют себя здоровыми». Безусловно, ориентация на ощущения, отмечаемая в оценке состояния здоровья, пересекается, прежде всего, с мотивацией избегания боли и болезни, а,

следовательно, с приоритезацией ценности здоровья. Думают, что здоровы 24% и только 5,8% опрошенных жителей оценили свое самочувствие как плохое, а еще 7,8% считают, что больны.

Полученные результаты относительно оценки респондентами состояния своего здоровья позволили выявить тесную взаимосвязь между ним (здоровьем) и компонентами механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения, а также социально-демографическими показателями (Приложение В, Таблица В. 2):

– тип культуры (V Крамера 0,283, p = 0,006). Третья часть опрошенных всех типов культуры чувствуют себя здоровыми (смешанная меньше – 26,7%). Четвертая часть представителей жесткой культуры (25,4%) и смешанной (25%), а также 39,1% более свободной и 19,9% более жесткой культур думают, что здоровы. Среди представителей смешанной культуры отмечается наибольшая доля (28,3%) затруднившихся с оценкой здоровья;

– ценность здоровья (V Крамера 0,256, p = 0,029). Наибольшая доля респондентов, затруднившихся с оценкой здоровья (21,3%) отмечена среди имеющих ценность физического и психического здоровья. Наибольшая доля ориентирующихся на «ощущение здоровья» отмечается среди выделяющих ценность психического здоровья (41,4%), а также среди не имеющих приоритета здоровья (53,3%);

– ценности, ориентированные на социум, духовность или материальный мир (V Крамера 0,534, p = 0,000). Среди имеющих баланс социальных, духовных и материальных ценностей наибольшая доля (59,5%) чувствуют себя здоровыми, в других группах этот показатель ниже, а минимальный – 10% в группе респондентов, где лидируют материальные и духовные ценности. В этой же группе отмечается наибольшее число уверенных в своем хорошем здоровье – треть группы (30%) и одновременно треть группы отмечают, что болеют на момент опроса (30%). Наибольшая доля затруднившихся с оценкой своего здоровья (37,8%) наблюдается среди респондентов, имеющих приоритет социальных и духовных ценностей;

– группы ценностей по направленности на себя и на близких людей (V Крамера 0,378, p = 0,000). Самые уверенные в своем здоровье это респонденты, имеющие направленность на себя (25,5%), а наибольшая доля затруднившихся с оценкой своего здоровья отмечается среди тех, кто ориентирован на близких людей (26,5%). Самая высокая доля «чувствующих себя здоровыми» наблюдается среди имеющих баланс в отношении ценности себя и близких людей (37,5%), и среди имеющих направленность на себя (37,9%);

– пол (V Крамера 0,167, p = 0,042). Среди «ощущающих» себя здоровыми или больными больше женщин, а среди затрудняющихся с оценкой – мужчин;

– возраст (V Крамера 0,431, p = 0,000). Самая высокая доля уверенных утверждений в оценке своего хорошего здоровья наблюдается среди молодых людей (30,6%), снижаясь до нуля у лиц старше 60 лет. Доля затруднившихся с оценкой здоровья растет с возрастом респондентов;

– местность проживания (V Крамера 0,166, p = 0,045). Среди городских жителей наибольшая доля респондентов чувствуют себя здоровыми (33,8%), а среди сельских – 27,5%. В свою очередь, среди сельских жителей преобладают те, кто «думает, что здоров» (31,3%), это может быть связано с меньшей доступностью диагностики заболеваний, чем у городских жителей;

– профиль полученного образования (V Крамера 0,538, p = 0,000). Уверенные оценки своего здоровья высказывают в большей мере среди военных (42,9%), медиков (20,8%) и IT, информатика (25%). Наибольшая доля затруднившихся с оценкой здоровья среди имеющих образование в нескольких направлениях (37,5%) и общественных науках (29%);

– наличие вредных для здоровья привычек (V Крамера 0,333, p = 0,000). Среди тех, кто не имеет вредных привычек, в два раза больше жителей уверенно оценивают свое хорошее здоровье (16,1%), чем среди имеющих вредные привычки (7,6%). Среди не задумывающихся о вредных привычках наибольшая доля (51,3%) затрудняется и с оценкой своего здоровья.

Таким образом, проведенный анализ показал, что самооценка состояния собственного здоровья, как и понимание индивидом образа здоровья и его

сущности, тесно связаны с компонентами сложной структуры механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения, такими как типы культуры, ценности, социально-демографические показатели. Наиболее тесная взаимосвязь выявлена между оценками респондентов своего здоровья и ценностями, ориентированными на социум, духовность или материальный мир, ценностями, определяющими приоритет не только своего благополучия (материального, физического, психологического и т.д.), но и благополучия близких людей, а также с такими социально-демографическими характеристиками как возраст, профиль полученного образования и наличие вредных для здоровья привычек (курение, употребление алкоголя, малоподвижный образ жизни, неправильное питание и др.).

Следующий важный компонент механизма социокультурной саморегуляции здоровьесбережения – это габитусы, т.е. поведенческие предрасположенности, выстроенные в соответствии с культурой, ценностями индивида и другими компонентами механизма социокультурной саморегуляции поведения, на основе которых формируется как образ здоровья, так и направленность его поведенческих реакций и социальных практик сохранения здоровья. Применительно к исследованию саморегуляции здоровьесберегающего поведения, во многом определяющего сформированность культуры здоровья, можно выделить диспозиции в следующих практиках:

1. Формирование жизненной позиции персональной активности в отношении влияния на окружающих людей. Габитус жизненной позиции представляется как диспозиция в системе «активность – пассивность». Методика отнесения респондента к группе – фиксация согласия с утверждениями и поведенческими актами.

А. Активная жизненная позиция:

– утверждения «Защищаю себя и окружающих»;

– поведенческие акты: делает замечания, берет ответственность за здоровье себя и других.

Б. Пассивная жизненная позиция:

– утверждения: «Как хотят так и ходят, меня это не касается», «Это бесполезно» (оценочное суждение о нарушителях норм здоровьесбережения).

В. Ситуативная жизненная позиция – равновесие активной и пассивной позиция. Фиксируется как равенство выбранных переменных.

2. Формирование самоощущения отношения внешнего мира по отношению к себе. Габитус отношения мира представляется как диспозиция в системе «возможности – потери». Методика отнесения респондента к группе – фиксация выбора утверждения «Мир опасный, хрупкий, его нужно охранять» или «Мир дружелюбный, риск и новизна – это хорошо». При одновременном выборе утверждений – отнесение к группе «Мир неустойчивый».

3. Формирование жизненной позиции способности создавать свою судьбу или адаптироваться, приспосабливаться под внешние изменения. Габитус адаптивности представляется как диспозиция в системе «создание – адаптивность». Методика отнесения респондента к группе – фиксация выбора утверждения «Человек создатель своей судьбы» или «В жизни важно быстро приспосабливаться».

4. Формирование жизненной позиции и эмоциональной направленности в сторону противостояния принятым социальным нормам, противопоставления себя или в сторону подчинения и согласия следовать общепринятым социальным нормам или свободы в выборе норм, как направленности к свободе и независимости в выборе социальных норм и следования им. Габитус представляется как диспозиция в системе «противостояние – подчинение нормам – свобода выбора норм».

А. Противостояние. Методика отнесения респондента к группе – фиксация выбора утверждения «Человек человеку волк» и/или «Не согласен, не буду использовать» [средства индивидуальной защиты (СИЗ) при COVID-19], и/или «Не ставил и не буду ставить ни при каких обстоятельствах» [о вакцинации COVID-19].

Б. Подчинение нормам. Методика отнесения респондента к группе – фиксация выбора утверждения «Это требование закона» [о СИЗ] и/или «Потому что это закон» [о ношении СИЗ] и/или «Соблюдаю рекомендации, надо соблюдать

закон» [о поведении в COVID-19].

В. Свобода выбора норм. Методика отнесения респондента к группе – фиксация выбора утверждения «Это ограничивает мою свободу» [о СИЗ] и/или «Это нарушение моих прав и свобод» [о СИЗ] и/или «В детях нужно воспитывать независимость».

Используемые эмпирические референты габитусов представлены как неосознанными установками, проявляемыми в эмоциональных суждениях, так и поведенческих предрасположенностях в отношении здоровьесберегающих практик и социальных норм.

В отношении распределения габитусов и социально-демографических характеристик, групп смысложизненных ценностей, оценки состояния здоровья отметим, что:

– габитус отношения мира (возможности-потери) связан с типом культуры (V Крамера 0,322, p = 0,000), ценностями здоровья (V Крамера 0,220, p = 0,002), ценностями, ориентированными на себя-на близких (V Крамера 0,278, p = 0,000), группой ценностей (социальные, духовные и материальные) (V Крамера 0,248, p = 0,016), возрастом (V Крамера 0,267, p = 0,000), состоянием здоровья (V Крамера 0,321, p = 0,000). Данный габитус не связан с полом и уровнем, профилем образования и местностью проживания;

– габитус адаптивности связан с ценностями, ориентированными на себя- на близких (V Крамера 0,163, p = 0,033), ценностями (социальные, духовные и материальные) (V Крамера 0,238, p = 0,005), профилем образования (V Крамера 0,298, p = 0,000), возрастом (V Крамера 0,210, p = 0,003), состоянием здоровья (V Крамера 0,260, p = 0,000). Данный габитус не связан с полом и уровнем образования, местностью проживания, типом культуры, ценностями здоровья;

– габитус жизненной позиции «противостояния-подчинение нормам-свободы выбора» связан с типом культуры (V Крамера 0,214, p = 0,000), ценностями здоровья (V Крамера 0,245, p = 0,000), ценностями, ориентированными на себя- на близких (V Крамера 0,296, p = 0,000), ценностями (социальные, духовные и материальные) (V Крамера 0,263, p = 0,000), возрастом (V Крамера

0,230, p = 0,000), профилем образования (V Крамера 0,342, p = 0,000), состоянием здоровья (V Крамера 0,213, p = 0,000). Данный габитус не связан с полом и уровнем образования, местностью проживания;

– габитус жизненной позиции активности-пассивности связан с типом культуры (V Крамера 0,262, p = 0,000), ценностями здоровья (V Крамера 0,223, p = 0,001), ценностями (социальные, духовные и материальные) (V Крамера 0,302, p = 0,001), уровнем образования (V Крамера 0,226, p = 0,011), возрастом (V Крамера 0,294, p = 0,000). Данный габитус не связан с полом и профилем образования, местностью проживания, ценностями, ориентированными на себя – на близких.

Представленные результаты свидетельствуют о связи и взаимном влиянии выделенных габитусов с социально-демографическими характеристиками респондентов и компонентами сложного механизма социокультурной саморегуляции поведения и могут использоваться для дальнейшей оценки поведения, направленного на сохранение здоровья (в т.ч моделей и стратегий здоровьесбережения).

Социокультурная саморегуляция связана и с таким сложно конструируемым феноменом как «здоровый образ жизни», под которым в диссертационном исследовании понимается имеющийся ментальный образ здоровья и средств, методов его достижения, включающий внутренние правила выбора социальных практик здоровьесбережения и значимые для индивида нормы сохранения здоровья. Данное определение согласуется с позицией В. А. Ядова, который подчеркивал, что социальное взаимодействие проявляется в фактически наблюдаемом поведении людей, активно проявляясь в их образе жизни [313]. Следовательно, оценка здорового образа жизни позволяет оценивать социокультурные особенности индивидов и социальных групп, их ценностные ориентации, мотивацию и интерес в отношении сохранения здоровья в их связи со сложившимися практиками и интериоризированными нормами здоровьесбережения.

Оценивая здоровый образ жизни, только 14,1% респондентов отметили, что являются его приверженцами, более половины респондентов (53,6% - «скорее да,

чем нет») понимают необходимость данного образа жизни, но не могут считать себя полностью соблюдающими данную социальную практику, остальные опрошенные ведут здоровый образ жизни от случая к случаю (например, в случае обострения хронических заболеваний и т.п.) или вообще отрицают необходимость использования данной социальной практики. Показатели связи здорового образа жизни с компонентами механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения и социально-демографическими показателями приведены в Приложении В, Таблица В. 3. Анализ этих показателей показал, что наибольшее влияние на здоровый образ жизни оказывают:

– тип культуры (V Крамера 0,142, p = 0,007). Наибольшая доля респондентов, однозначно утверждающих о приверженности здоровому образу жизни, отмечается среди представителей смешанной культуры (21,7%), а наименьшая – среди представителей «более свободной, чем жесткой» культуры (4,3%). Если оценить приверженность здоровому образу жизни (ЗОЖ) по однозначному утверждению респондента о следовании ЗОЖ и по оценке «скорее да, чем нет», то наибольшее число приверженцев здорового образа жизни будет отмечено среди представителей жесткой культуры (76,3%) и представителей смешанной культуры (60,0%). Результаты показывают снижение числа респондентов, следующих здоровому образу жизни, при снижении «жёсткости» типа культуры;

– ценности здоровья (V Крамера 0,140, p = 0,020). Наибольшее число последователей здорового образа жизни отмечается среди респондентов, имеющих в приоритете ценность физического и психического здоровья (70%), а также среди отмечающих приоритет физического здоровья (65,8%);

– ценности, ориентированные на социум, духовность и материальный мир (V Крамера 0,301, p = 0,000). Среди респондентов, имеющих доминирующие социальные и материальные ценностные ориентации, самое большое число последователей, уверенно утверждающих о следовании здоровому образу жизни (37,1%), что подтверждает описанный ранее образ здоровья с приоритетами социальных ценностей (в т.ч. высокая важность детей и внуков) и ценности

здоровья как ресурса благополучие и полноценной жизни. Респондентов, затрудняющихся с оценкой своего следования ЗОЖ больше всего среди имеющих баланс социальных, духовных и материальных ценностных ориентаций (21,4%), чем в других группах, что говорит о большей их акцентуации на других ценностях, чем сохранение здоровья;

– группы ценностных ориентаций по направленности на себя или на близких людей (V Крамера 0,228, p = 0,000). Наибольшая группа, уверенно утверждающая в своей приверженности здоровому образу жизни (24,1%), – это респонденты, имеющие направленность на себя, на самореализацию и получение от жизни больших удовольствий. Среди респондентов, ориентированных на помощь близким людям, в два раза больше сомневающихся (27,9%) в своем следовании ЗОЖ (ответы «скорее нет, чем да»);

– возраст респондентов (V Крамера 0,143, p = 0,006). Доля последователей ЗОЖ напрямую зависит от возраста, достигая максимума среди 25-30 летних (87,1%), т.е. в наиболее репродуктивно активном возрасте, что подтверждает описанный ранее образ здоровья, связанный с высокой ценностью как желания видеть детей здоровыми, так и здоровья как ресурса физического, эмоционального, психологического благополучия;

– местность проживания (V Крамера 0,242, p = 0,000). Наибольшая доля затруднившихся с оценкой ЗОЖ (13,7%) среди сельских жителей, а у городских - всего 2,5%. При этом если 22,1% городских жителей скорее не считают необходимым вести здоровый образ жизни, то сельских жителей, придерживающихся такого же мнения, уже меньше - 15,3%;

– уровень образования респондентов (V Крамера 0,169, p = 0,000). Доля ведущих здоровый образ жизни преобладают у респондентов, имеющих высшее (75,2%, ответы «скорее да, чем нет» и «да») и незаконченное высшее образование (80%);

– профиль образования (V Крамера 0,223, p = 0,000). Как среди уверенных в оценке своего хорошего здоровья, так и здорового образа жизни большая доля среди военных (28,6%), медиков (20,8%) и специалистов в IT, информатике (25%).

Наибольшая доля не скрывающих свой отказ от здорового образа жизни – среди имеющих образование в гуманитарных науках (12,9%);

– социально-профессиональный статус (V Крамера 0,259, p = 0,000). Наибольшая доля не следующих ЗОЖ среди предпринимателей (20%) и рабочих (13,3%), а отмечающих приверженность ЗОЖ – среди руководителей высшего и среднего звена (50%) и среди 27,3% персонала средней квалификации (медсестра, мастер, др.) 62,5% служащих (армия, полиция, нижнее звено аппарата управления и др.) скорее не придерживаются ЗОЖ, также как и 41,2% руководителей подразделений (отдела, сектора и т.д.) и 33,3% пенсионеров;

– наличие вредных для здоровья привычек (V Крамера 0,318, p = 0,000). Среди тех, кто не имеет вредные привычки четверть респондентов (24,1%) уверенно утверждают, что следуют здоровому образу жизни, а 58,8% скорее следуют ЗОЖ, чем не следуют. Среди не задумывающихся о вредных привычках наибольшая доля (64,1%) утверждают о своей приверженности ЗОЖ (ответы «скорее да, чем нет» и «да»).

Таким образом, проведенный анализ показал, что самооценка здорового образа жизни тесно связана с типами культуры, ценностями, социально-демографическими показателями и поведенческими привычками.

Согласно концепции «генетического структурализма» П. Бурдьё «габитус гарантирует социальные практики лучше, чем формальные правила и нормы, гарантирует их постоянство во времени. Прошлое сохраняется в настоящем и переходит в будущее. Габитус обеспечивает свободное восприятие, мышление и действие. Для символической коммуникации необходимы культурные коды, которые интегрированы в системы взаимодействия» [Цит. по: 197, с. 212]. Проведенный анализ влияния габитусов на здоровьесбережение позволил выявить наиболее сильные связи здорового образа жизни с:

– габитусом отношения мира (возможности-потери) (V Крамера 0,226, p = 0,006). Среди респондентов с габитусом «Мир дружелюбный» отмечена наивысшая доля однозначно следующих ЗОЖ (41,9%); это самая здоровьеориентированная группа – 90,3% которой высказывают приверженность

ЗОЖ (ответы «скорее да, чем нет» и «да»). Следовательно габитус отношения мира, основанный на диспозиции в системе «возможности – потери» формирует у носителей установки «внешний мир как дружелюбная среда» позитивную реакцию на новизну и изменения, в том числе ориентирует на изменения в образе жизни в сторону сохранения здоровья;

– габитусом адаптивности (V Крамера 0,192, p = 0,013). Габитус адаптивности имеет меньшую силу статистически достоверной связи с оценками ЗОЖ чем габитус отношения мира. Среди носителей жизненной позиции способности создавать свою судьбу наименьшая доля (8,9%) «скорее не следующих» ЗОЖ, а среди носителей позиции «в жизни важно быстро приспосабливаться» их 28,2%. Позиция «создателя своей судьбы» формирует ответственность за свои решения, действия и, соответственно, стимулирует более ответственное отношение к здоровью, выражающееся в следовании здоровому образу жизни. Так именно среди этой группы на вопрос «Когда вы думаете о продолжительности жизни ставите ли вы для себя целью определенное число лет?» ответили положительно 35,1%, а среди приспосабливающихся только 21,4% (V Крамера 0,197, p = 0,006);

– габитусом жизненной позиции «противостояния – подчинение нормам – свободы выбора» (V Крамера 0,172, p = 0,036). Жизненная позиция высокой нормативности как согласие следовать общепринятым социальным нормам приводит к большей вероятности следования здоровому образу жизни. Среди респондентов с установками на высокую нормативность наибольшая доля, чем в других группах числа следующих ЗОЖ – от 19% («нормативность») до 23,3% («свобода информативность»). Установки на противостояние и направленность к независимости и свободе уменьшают вероятность следования ЗОЖ. Среди группы с установками «противостояние и свобода выбора» наибольшее число не следующих ЗОЖ (22,2%) и «скорее нет, чем да» (33,3%). Интенции независимости отражаются в ответах на вопрос «Когда вы думаете о продолжительности жизни ставите ли вы для себя целью определенное число лет?». Среди носителей габитуса «противостояние и свобода выбора» подавляющее большинство ответили

положительно 83,3%, среди габитуса «свобода» - 66,7%, а «нормативность» всего 30,4% (V Крамера 0,265, p = 0,002);

– габитус жизненной позиции активности-пассивности. Отметим, что среди респондентов, имеющих ситуативную жизненную позицию, использующих установки как активной, так и пассивной позиции в зависимости от ситуации, в большей доле (40%) чем другие группы (14,6-18,1%) высказали приверженность ЗОЖ. Среди пассивной позиции наибольшая доля не следующих ЗОЖ (10,4%). Статистически достоверной связи этого габитуса с ведением ЗОЖ не отмечено. Однако ответственность и инициативность активной жизненной позиции нашла отражение в планировании своей продолжительности жизни. Среди носителей габитуса жизненной позиции «активная» большинство ответили положительно 48,9%, среди габитуса «пассивная» – 34,7%, а «ситуативная» – нисколько (V Крамера 0,265, p = 0,002).

Результаты исследования позволили утверждать, что следование здоровому образу жизни тесно связано с габитусами отношения мира, адаптивности и жизненной позиции «противостояния – подчинение нормам – свободы выбора», которые и порождают социальные практики сохранения здоровья, находясь в тесной связи с ценностной ориентацией личности и культурой индивида, которые в совокупности и образуют сложный механизм социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения, а, следовательно, тем самым формируют культуру здоровья.

Следуя подтвержденной гипотезе о высокой значимости ценности здоровья в механизме социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения выделим модели здоровьесберегающего поведения исходя из ценностной ориентации индивида на здоровье. Модели представляют собой сочетания целей как ценностей, в этом случае ценность здоровья стимулирует здоровьесберегающее поведение индивида, которое, по сути, становится саморегуляционной стратегией здоровьесбережения. Учитывая, что целью культуры здоровья является именно здоровьесберегающее поведение индивидов и социальных групп в целом, модели здоровьесберегающего поведения будут характеризовать и достигнутый уровень

культуры здоровья.

Результаты анализа взаимозависимости здорового образа жизни и ценности здоровья (физического и психического), а также связь образа жизни с социальными, духовными и материальными ценностными ориентациями позволили выделить следующие модели здоровьесберегающего поведения (Рисунок 2.18).

Модель «А» Следование здоровому образу жизни с ведущей ценностью здоровья (физического и психического) – 14,8%	**Модель «Б»** В большей мере следование здоровому образу («скорее да, чем нет»), с ведущей ценностью здоровья (физического и психического) индивида и доминированием социальных ценностей – 17,9%	**Модель «В»** Следование здоровому образу в большей мере («скорее да, чем нет»), с ведущей ценностью здоровья и доминированием духовных ценностей – 7,9%
Модель «Г» Следование здоровому образу в большей мере («скорее да, чем нет»), с ведущей ценностью здоровья и доминированием материальных ценностей – 7,4%	**Модель «Д»** Следование здоровому образу в большей мере («скорее да, чем нет»), с ведущей ценностью здоровья и имеющих социальные, духовные и материальные ценности, без доминирования одной из них – 16,4%	**Модель «Е»** Не следование здоровому образу в большей мере («скорее нет, чем да»), с ведущей ценностью здоровья и доминированием социальных ценностей – 10,7%
Модель «Ж» Не следование здоровому образу в большей мере («скорее нет, чем да»), с ведущей ценностью здоровья и имеющих социальные, духовные и материальные ценности, без доминирования одной из них – 9,0%	**Модель «З»** Отсутствие здорового образа жизни с ведущей ценностью здоровья и имеющих социальные, духовные и материальные ценности, без доминирования одной из них – 5,9%	**Модель «И»** Затрудняющиеся с оценкой ЗОЖ с отсутствием ценности здоровья и имеющих социальные, духовные и материальные ценности, без доминирования одной из них – 10,0%

Рисунок 2.18 – Модели здоровьесберегающего поведения

Социокультурные характеристики моделей здоровьесберегающего поведения, определяемые на основе габитуса респондентов, отражающие накопленный в данной сфере опыт, гарантирующие социальные практики в настоящем и будущем, выглядят следующим образом:

– габитус опасности внешнего мира, и, следовательно, установка на

необходимость его охраны: присутствует у всех без исключения представителей модели «Г», склонных к ЗОЖ и с приоритетом материальных ценностей (здоровье необходимо для достижения материального благополучия, или именно материальный достаток позволяет вести здоровый образ жизни); представителей модели «З», наоборот, не следующих ЗОЖ, что предполагает их желание возложить ответственность за свое здоровье на кого-то другого, а сами они предпочитают бездействовать. В остальных моделях габитус опасности внешнего мира также доминирует – от 86,5 до 92,9%. Исключение составляют представители модели «А» (63,9%) и модели «В» (57,2%), которые предпочитают габитус дружелюбного мира, имеющим установки на его изменения и новизну;

– габитус жизненной позиции: в моделях Г (47,4%), Е (65%) доминирует габитус адаптивности, с установками на приспособляемость, что комбинировано с материальными ценностями модели Г, где здоровье является в первую очередь ресурсом для благополучной жизни, и модели Е с социальными ценностными ориентациями (ответственность за судьбы близких, социального окружения), но приоритет ЗОЖ отсутствует. В свою очередь габитус «человека создателя своей судьбы» через установки самостоятельности и персональной ответственности доминирует в моделях здоровьесберегающего поведения В (71,4%), Д (56,5%), З (55,6%), что в модели В может быть связано с доминирующими духовными ценностями и проявляется в следовании ЗОЖ, а в Д – совокупности социальных, духовных и материальных ценностных установок. При этом доминирование установки «создателя своей судьбы» у представителей модели З, не следующих здоровому образу жизни, но в тоже время разделяющих ценность здоровья, имеющих в приоритете совокупность социальных, духовных и материальных ценностных ориентаций, может объясняться как отсутствием интереса к теме здоровья, так и другими жизненными приоритетами. В отличие от всех других в модели Б (54,2%) габитус сочетает в себе одновременно установки и «создателя своей судьбы», и адаптации и в тоже время большинство ее представителей имеют приоритет социальных ценности и являются приверженцами ЗОЖ;

– габитус подчинения социальным нормам наиболее выражен как среди

приверженцев ЗОЖ (модели здоровьесбережения А (71,2%)), так и среди не следующих здоровому образу жизни – модели З (94,4%), а также в моделях Г (87,5%) и Д (78,9%), отличающихся следованием здоровому образу в большей мере («скорее да, чем нет») с ведущей ценностью здоровья и различными другими ценностными ориентациями. Среди представителей модели И (не включенной в ЗОЖ) наибольшая доля, чем в других моделях отмечена габитусом «свобода и подчинение социальным нормам» (20%). Таким образом, среди практически всех моделей наблюдается ярко выраженная нормативность индивидов, что в свою очередь способствует соблюдению социальных норм, призванных стимулировать здоровьесберегающее поведение и осуществлять профилактические меры, использовать социальные практики здорового образа жизни;

– пассивная жизненная позиция наиболее проявилась в моделях Г, Е, З и И. Представители модели поведения модели Г (88,9%) в качестве приоритета выделили материальные ценности, что в какой-то степени снижает важность здоровья, особенно когда оно не беспокоит и воспринимается ресурсом, не требующим издержек на его сохранение. Пассивная жизненная позиция отражается в модели Е (78,6%), когда наличие ведущей ценности здоровья и доминирования социальных ценностных ориентаций вследствие пассивности не приводит к систематическому здоровьесберегающему поведению. Ожидаемо высокая доля пассивной жизненной позиции среди представителей моделей здоровьесберегающего поведения З (63,6%) и И (60,9%), не принимающих здоровый образ жизни;

– тип культуры. 60% респондентов модели Б и 65,5% модели Г (65,5%) являются представителями жесткой культуры, в которых жесткая культура сочетается с ведением здорового образа жизни и приоритетом материальных ценностей, но в тоже время у них присутствует и ответственность за свое социальное окружение. А если учесть, что представители модели Б являются в своем большинстве носителями габитуса «подчинения социальным нормам» (79%), то в данном случае можно утверждать, что именно исполнение социальных норм в совокупности с жесткой культурой и является важной причиной

предрасположенности к здоровому образу жизни. Представители же более свободной культуры (доминирующие в модели поведения Е и И) не придерживаются здорового образа жизни, что указывает на отсутствие их интереса к формированию здоровьесберегающего поведения.

Среди социально-демографических особенностей моделей здоровьесбережения необходимо отметить, что среди последователей здорового образа жизни модели Г и Д наблюдается большая доля женщин (82,8% и 64,1% соответственно), а в модели З – мужчин (69,6%) не ведущих ЗОЖ. Отмечается, отличная от других, возрастная особенность модели И (вне ЗОЖ), которая приставлена тремя практически равными группами: молодыми людьми 18-24 лет (23,1%), зрелым возрастом 31-44 года (28,2%) и пенсионерами старше 60 лет (28,2%).

Рассматривая вредные для здоровья привычки как сложившийся способ поведения индивида, закрепившийся в результате многократного повторения и имеющий характер потребности в условиях повседневной жизни, отметим и их связь с моделями здоровьесбережения. Ожидаемо, наибольшее число имеющих вредные привычки придерживаются модели «скорее не здоровый образ жизни» Е (87,2%), Ж (51,4%), З (82,6%), а представители здорового образа жизни демонстрируют свободу от вредных для здоровья привычек.

Таким образом, выявленные модели здоровьесбережения характеризуются как разным типом поведения, так и разными установками в отношении здоровьесберегающих активностей. При этом габитусы, тесно связанные с ценностными ориентациями, включены в процесс формирования социальных практик, направленных на здоровьесбережение и здоровьесберегающее поведение в целом.

Проведенное исследование компонентов механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения, в т.ч образа здоровья и представлений об «идеальном здоровье» в связи с ценностью здоровья в структуре смысложизненных ценностей индивидов показало их высокую значимость как мотиваторов сохранения здоровья и предикторов формирования здорового образа

жизни и здоровьесберегающей деятельности в целом. При этом самооценка состояния здоровья и следования здоровому образу жизни тесно связаны с типами культуры, ценностями, габитусами отношения мира, адаптивности и жизненной позиции «противостояния - подчинение нормам - свободы выбора» и социально-демографическими показателями, составляющими сложную структуру механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения.

Выделенные модели здоровьесберегающего поведения показали, что ценностная ориентация индивида на здоровье стимулирует его здоровьесберегающее поведение, становясь саморегуляционной стратегией.

Важно учитывать, что в основе здоровьесберегающей деятельности индивида лежит образ здоровья, образ средств и методов достижения состояния здоровья, создающих мотивацию здоровьесберегающей деятельности, интерес к темам здоровьесбережения и продления активной жизни. Следовательно, формирование культуры здоровья как основы здоровьесберегающей деятельности индивида и социальных групп, должно соответствовать ценности здоровья в структуре смысложизненных ценностей индивида, создавать внутренние правила выбора социальных практик здоровьесбережения и готовность к здоровьесберегающей деятельности, что в свою очередь отвечает интересам общества и государства.

2.3 Интегральный механизм социальной регуляции и формирования культуры здоровья

Проведенное диссертационное исследование показало высокую значимость социокультурных факторов здоровьесберегающего поведения и его регуляции через формирование и развитие культуры здоровья, что обуславливает необходимость социологической концептуализации этого процесса.

Используемое понятие «интегральная модель механизма» понимается как упрощенное представление процесса, отражающее его наиболее существенные признаки (свойства, качества), где его составные части (элементы) процесса, связанные в единую систему, непротиворечивы и взаимосвязаны и отражают

сущность его функционирования, взаимосвязи и взаимодействия.

Интегральная модель механизма социальной регуляции и формирования культуры здоровья описывается разработанной автором концепцией социальной регуляции культуры здоровья.

При разработке концепции социальной регуляции культуры здоровья в диссертации сделан акцент на понимании термина «концепция», определенной С.А. Кравченко как «система взглядов; понятие, представление», а Г.В. Осиповым как «система взглядов, способ понимания каких-либо явлений, процессов; основополагающую идею какой-либо теории» [145, с. 179; 265, с. 144]. Г. Н. Соколова и О. В. Кобяк детализируют понятие социологической концепции как «определенной совокупности гипотез и предложений (допущений) о природе исследуемых социальных объектов, основанной на имеющихся теоретических выводах и заключениях, охватывающей тенденции и зависимости между отдельными компонентами исследуемой области и соответствующей сложившейся системе понятий» [310, с. 228]. Ученые поясняют: «Социологическую концепцию можно представить в виде системы взглядов об изучаемой области, отражающей лишь самые существенные ее стороны. Концепция задает теоретическое понимание целостности социального объекта, поддерживает системное представление о нем в исследовательских процедурах, удерживает смысловое единство внутри научно-исследовательского сообщества» [Там же]. Таким образом, в диссертационном исследовании концепция социальной регуляции культуры здоровья будет формироваться в соответствии с пониманием того, что социологическая концепция, являясь совокупностью базовых идей, позволяет описать основополагающую идею социального объекта, фиксировать тенденции и зависимости, ставить предположения о характере взаимосвязей.

Цель концепции – описание механизма социальной регуляции для формирования (и регуляции) культуры здоровья и здоровьесберегающего поведения индивидов и социальных групп с целью сохранения индивидуального и общественного здоровья, а также преодоления неравенства в отношении здоровья, обусловленного социальными факторами, для достижения наибольшей

продолжительности здоровой жизни всех социальных групп.

Элементы концепции социальной регуляции культуры здоровья представлены на Рисунке 2.19.

Данная концепция основана на понимании культуры здоровья как значимого компонента механизма сохранения общественного здоровья, отражающего социальные ожидания общества в отношении здоровьесберегающего поведения индивида. Соответственно, целью формирования культуры здоровья является здоровьесберегающая деятельность индивида как процесс и результат для сохранения, развития индивидуального и общественного здоровья, а также преодоления неравенства в отношении здоровья, обусловленного социальными факторами.

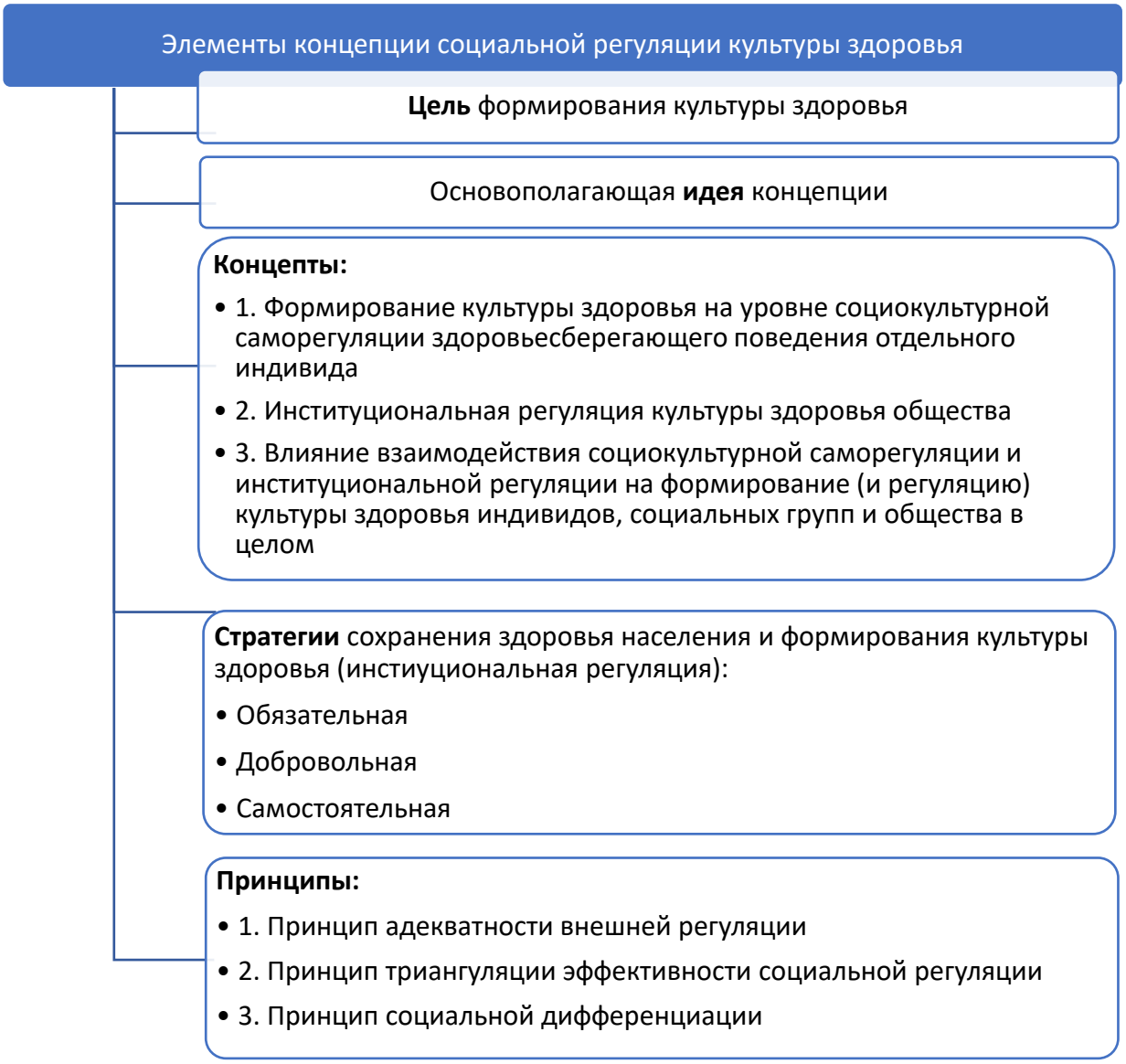


Рисунок 2.19 – Элементы концепции социальной регуляции культуры здоровья

Основополагающая идея концепции – формирование культуры здоровья реализуется посредством социальной регуляции, включающей внешнюю целенаправленную регуляцию – институциональную, направленную на создание социальных, культурных норм сохранения здоровья (правил, образцов поведения, традиций и др.) и системы санкций за их нарушение, а также внутреннюю – социокультурную саморегуляцию здоровьесберегающего поведения индивида.

Концепция социальной регуляции культуры здоровья описывается тремя концептами, раскрывающими сущность механизма социальной регуляции и формирования культуры здоровья, а также здоровьесберегающей деятельности в целом.

Концепт 1. Формирование культуры здоровья на уровне социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения отдельного индивида.

Культура здоровья индивида в процессе жизнедеятельности продуцируется сознанием человека под влиянием совокупности внешних по отношению к индивиду факторов, воспринимая и перерабатывая поступающую посредством органов чувств (зрение, слух и др.) информацию об окружающей его действительности.

Поступающая информация преломляется через призму физиологического восприятия индивидом своего состояния (самоощущения здоровья или болезни, боли, плохого самочувствия и т.д.) и социокультурного восприятия действительности. Затем информация усваивается и интерпретируется в соответствии с достигнутым уровнем культуры индивида (объединяющей накопленный собственный культурный опыт, знания и др.) и его «глубинной» культуры, под которой в диссертационном исследовании понимается совокупность трансформированных и интериоризированных индивидом культурных образцов и поведенческих паттернов, мировоззренческих установок, национальной идентичности и социокультурного опыта предшествующих поколений и др. В этом процессе в сознании индивида определяются и создаются смысловые основания для понимания здоровья и его сохранения (образ здоровья, средств и методов его достижения) и происходит формирование личного социокультурного «эталона

здоровья», на основании которого определяются внутренние правила выбора социальных практик и значимых норм здоровьесбережения, включая реакции на систему социального контроля, что, в свою очередь, и проявляется в моделях и стратегиях здоровьесбережения индивида в его повседневной жизнедеятельности.

Формирование образа здоровья, средств и методов его достижения – их смысла и значения, происходит в сложном процессе социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения индивида при осознанном и неосознанном восприятии и усвоении социального опыта здоровьесбережения, ориентированном на поведении представителей референтных групп и на требования, предписываемые социальными ролями и статусами, а также с учетом поведенческих предрасположенностей (габитусов), сформированных в соответствии с доминирующей культурой, ценностными ориентациями индивида и другими компонентами, взаимосвязанными и зависимыми друг от друга. Так на ценностно-смысловом личностном уровне закладываются сакрально-духовные мировоззренческие универсалии (понимание добра и зла, справедливости, свободы и т.д.), нравственные и др. ценности и идеалы в их связи с жизнью и здоровьем индивида, определяется место ценности здоровья в структуре смысложизненных ценностей индивида. На ценностно-эмоциональном и потребностно-мотивационном уровнях потребность в здоровье, цели и мотивы здоровьесбережения согласуются с позицией индивида относительно его социальной ответственности за себя и других в связи с состоянием своего здоровья, что рождает мотивацию и направленность здоровьесберегающей деятельности, интерес к темам здоровьесбережения и продления активной жизни. В свою очередь, на когнитивном уровне происходит осмысление, восприятие и усвоение информации о способах, средствах, методах, инструментах профилактики заболеваний и сохранения здоровья, накопление знаний о здоровье и здоровьесбережении, оценка рисков для жизни и здоровья, соотнесение их с собой, усвоение социальных норм и социального опыта, а в ментальной (знаниевой) сфере формируется личный социокультурный «эталон здоровья», образ средств и методов достижения здоровья и интенции на здоровьесбережение (Рисунок 2.20).

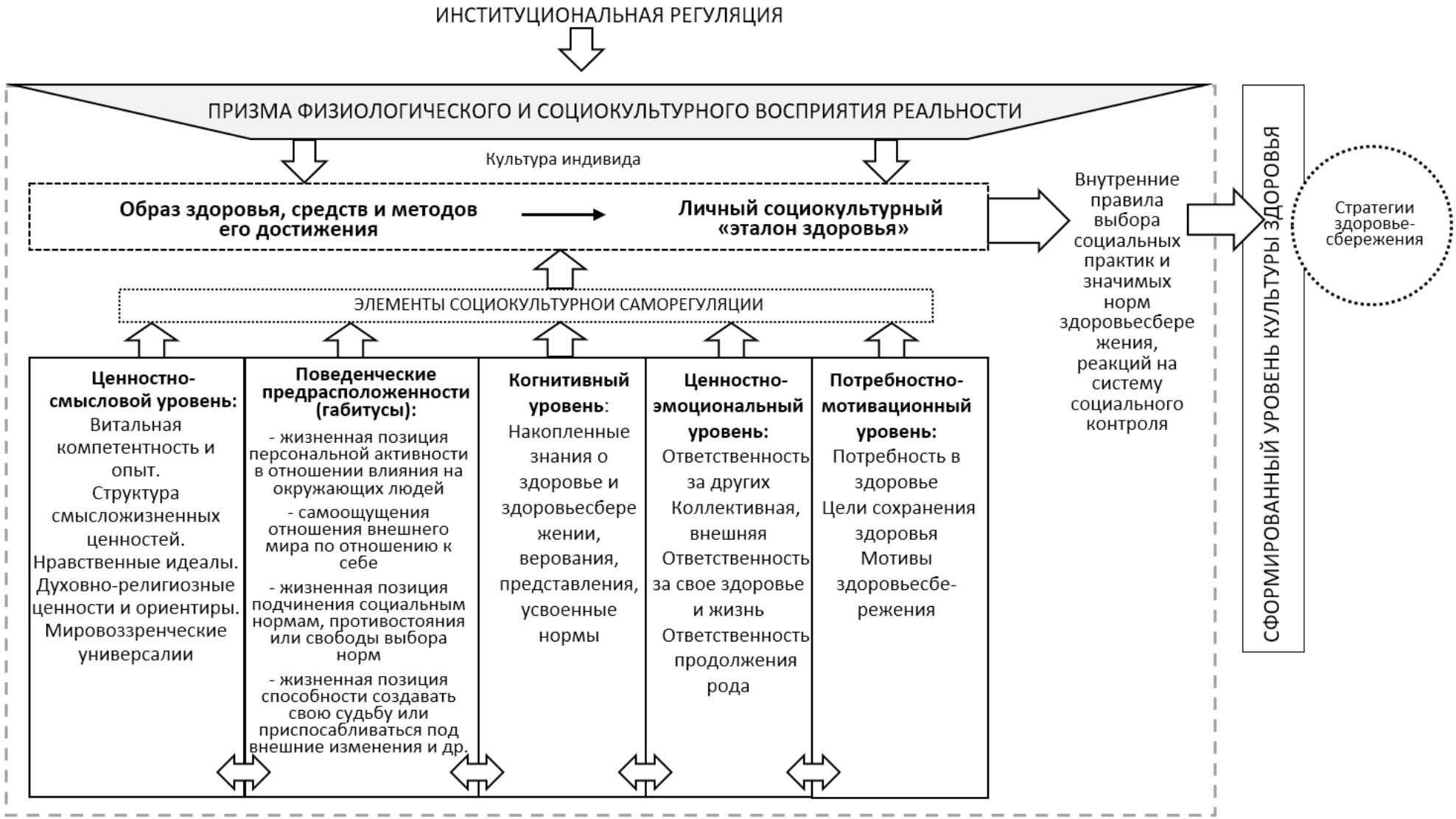


Рисунок 2.20 – Авторская концептуальная схема социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения и формирования культуры здоровья

Таким образом, ядром формирования культуры здоровья является процесс образования у индивида смысловых понятий и оснований относительно здоровья и его сохранения, которые образуют индивидуальную (групповую) смысловую реальность, через которую происходит фильтрация, отбор и трактование поступающей из вне информации о том, что для индивида, группы допустимо, приемлемо, одобряемо, создавая основание здоровьесберегающей деятельности. На основе сложившегося образа здоровья и личного социокультурного «эталона здоровья» формируются правила выбора социальных практик здоровьесбережения, принятые индивидом для саморегуляции, и реакции на систему социального контроля, а в деятельностно-поведенческой сфере проявляется готовность к здоровьесберегающей деятельности и активность в отношении здоровьесберегающих практик. Наблюдаемым результатом сформированной культуры здоровья является здоровьесберегающее поведение индивидов (и социальных групп), представляющее собой саморегуляционную стратегию здоровьесбережения.

Концепт 2. Институциональная регуляция культуры здоровья общества.

Значимыми элементами институциональной регуляции – внешнего формирования (создания, интеграции, трансляции, регуляции, сохранения) культуры здоровья являются нормы и санкции (различные формы социального контроля), способные воздействовать на ценностно-мотивационные ориентации, представления и конструируемые смыслы здоровьесберегающей деятельности индивидов и социальных групп и их интериоризацию различных социокультурных образцов здоровьесбережения, вследствие чего и предопределяется нормативно-волевая и поведенческая направленность здоровьесберегающей деятельности.

Субъектами формирования культуры здоровья выступают социальные институты и акторы, влияющие на процесс получения индивидом информации, используемой для формирования образа здоровья и одобряемой социумом здоровьесберегающей деятельности, посредством создания, трансляции, фильтрации, отбора, регуляции и сохранения информации об объектах и процессах, закрепляемых в социальных нормах и ценностях культуры здоровья.

Таким образом, описанные выше концепты определяют основных участников процесса формирования культуры здоровья, где субъектами влияния выступают социальные институты и акторы, а объектами – индивиды и социальные группы. При этом ключевыми составляющими процесса формирования культуры здоровья выступают: институциональная регуляция и социокультурная саморегуляция здоровьесберегающей деятельности.

Для более полного описания концепции социальной регуляции культуры здоровья важно понимание места культуры в системе сохранения общественного здоровья. Для этого был применен структурно-функциональный анализ (Т. Парсонс), позволяющий связать понятия функции и структуры, когда в качестве структуры выступают устойчивые элементы социальной системы (совокупность выполняемых индивидами ролей), а функции определяются как объективные последствия какого-либо действия для системы. При этом один элемент может выполнять несколько функций и элементы могут заменять друг друга в исполнении функций (Рисунок 2.21).

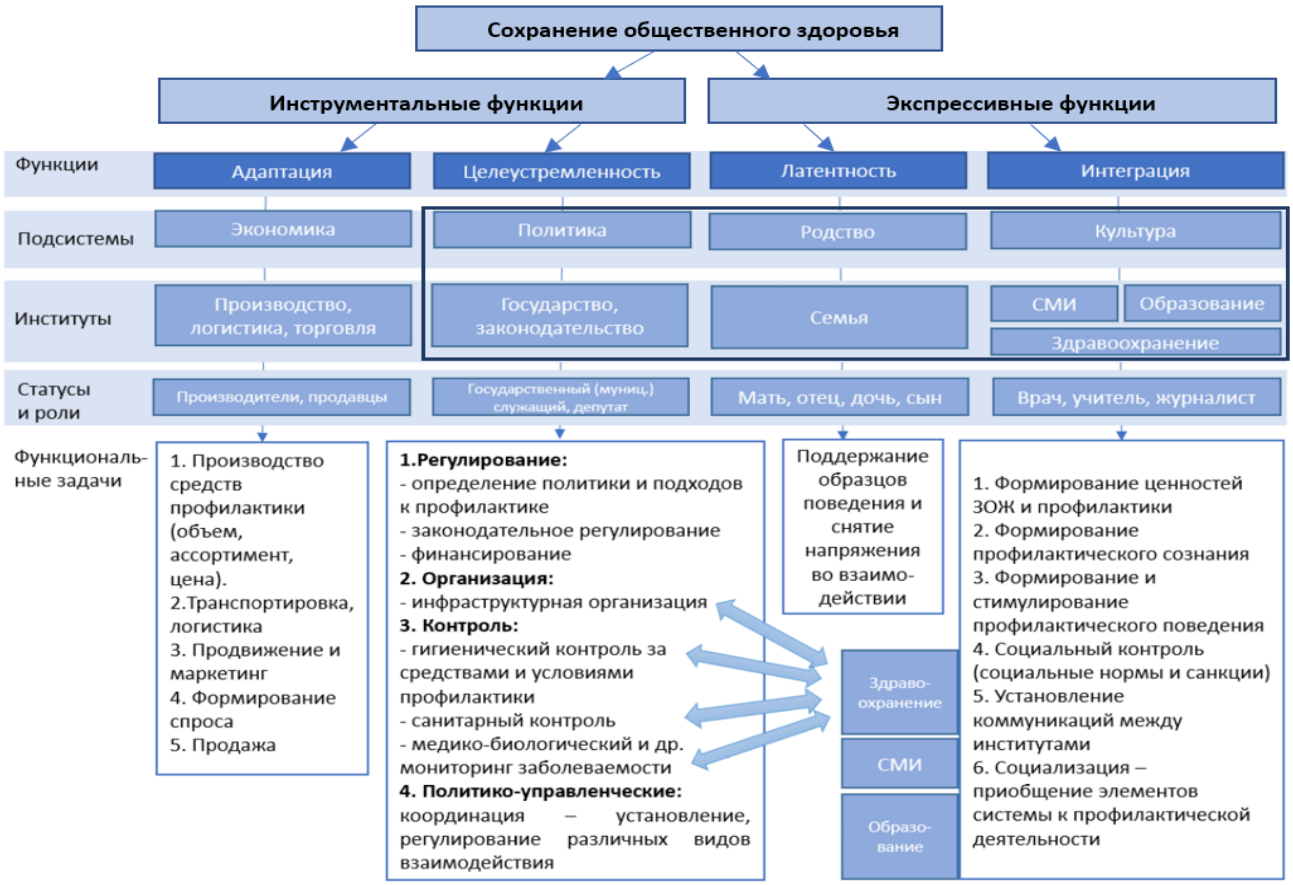


Рисунок 2.21 – Структурно-функциональная схема сохранения общественного

здоровья

Если рассматривать социальную регуляцию здоровьесберегающей деятельности как систему субъектно-объектного социального взаимодействия, направленного на создание условий сохранения здоровья, то можно выделить следующие два основных блока ее функций экспрессивные и инструментальные.

К инструментальным можно отнести функции, связанные с деятельностной сферой индивида, которые (с институциональной позиции заключаются, прежде всего, в нормативной регуляции), предполагают:

– регулирование (определение стратегии, политики и подходов к охране здоровья; законодательное регулирование; регулирование различных видов взаимодействия);

– регулирование обеспечения качественными и доступными средствами профилактики;

– организацию (включение индивида в информационное пространство, предоставление доступа к инфраструктурным объектам (возможность получения образования, пользования медицинскими, профилактическими услугами независимо от территориальной удаленности и т.д.));

– адаптацию и включение индивида в профилактику (воздействие на мигрантов, обеспечение информации о рисках развития заболеваний, обусловленных территорией проживания и соответственно о профилактике);

– санкционная деятельность, контроль (гигиенический и санитарный, медико-биологический, социальный и др.);

– мониторинг заболеваемости, распространенности, рисков и т.д.;

– регулирование производства и продвижения средств лечения, диагностики, профилактики (необходимого объема, ассортимента, доступной цены).

Экспрессивные функции, присущие социальным институтам, реализуются в воздействии на когнитивную, ценностную и эмоционально-поведенческую сферу личности, направляя ценностные ориентации, мотивацию, потребности и др. на

сохранение здоровья. При реализации экспрессивных функции и формируется здоровьесберегающее поведение индивида (и социальных групп).

Именно среди этих функций можно выделить культуру здоровья:

– формирование ценности сохранения здоровья и профилактики заболеваний (этических норм профилактики, ценностных ориентаций, и др.);

– формирование социальных представлений и профилактического сознания (предоставление достоверной информации о рисках заболеваний, тяжести и последствиях для здоровья и качества жизни, средствах профилактики, здоровом образе жизни и др.);

– формирование и стимулирование профилактического поведения (персональной ответственности и мотивации к сохранению здоровья и профилактике);

– социализация (приобщение к профилактической деятельности).

Таким образом, функционально система сохранения общественного здоровья, объединяя элементы подсистем культуры, семьи, экономики и политики, представляется совокупностью социальных структур и процессов – общественным механизмом для удовлетворения потребности общества в сохранении здоровья (предотвращении болезней и травматизма).

Формирование культуры здоровья в этом процессе осуществляется посредством формирования социальных культурных норм, правил, ценностей (регуляции) и приобщения к ним; социальной деятельности, направленной на сохранение здоровья; социализации индивидов, формирования здорового образа жизни; культурной интеграцией обеспечения преемственности традиций, сохранения феноменов культурной здоровьесберегающей деятельности.

Определяя стратегии формирования культуры здоровья, основанные на социальной регуляции здоровьесберегающего поведения, необходимо в первую очередь определить нормативно-правовую базу регуляции культуры здоровья, которая базируется на глобальной цели – сохранении и развитии (улучшении) общественного здоровья, построенной на фундаментальном праве каждого члена

общества на жизнь и сохранение своего здоровья.

Среди основополагающих принципов Устава Всемирной организации здравоохранения отмечено, что «обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав всякого человека без различия расы, религии, политических убеждений, экономического или социального положения» [282]. При этом декларируется ключевой принцип основания и общественной обязанности формирования культуры здоровья: «правительства несут ответственность за здоровье своих народов, и эта ответственность требует принятия соответствующих мероприятий социального характера в области здравоохранения» [Там же]. Следующая позиция демонстрирует роль социологической науки в продвижении культуры здоровья: «просвещенное общественное мнение и активное сотрудничество со стороны общества крайне важны для улучшения здоровья народа» [Там же].

Право на охрану здоровья прописано и в п.1, 2 ст.7 Конституции РФ «П. 1 Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека. П. 2 В Российской Федерации охраняются труд и здоровье людей, устанавливается гарантированный минимальный размер оплаты труда, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан …» [1]. Ст. 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вводит следующее определение: «охрана здоровья граждан <…> система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления

ему медицинской помощи; <…> профилактика – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания» [2].

К основным принципам охраны здоровья в РФ относится в том числе приоритет культуры здоровья и профилактики. Следовательно, законодательное признание важности культуры здоровья, формируемой через здоровый образ жизни, актуализирует ее формирование в качестве основы здоровьесберегающего поведения в профилактике хронических заболеваний, так и в условиях пандемии.

В статье № 30 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» подчеркнуто, что «профилактика неинфекционных заболеваний осуществляется на популяционном, групповом и индивидуальном уровнях органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, образовательными организациями и физкультурно-спортивными организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, а также на снижение риска их развития, предупреждение и устранение отрицательного воздействия на здоровье факторов внутренней и внешней среды, формирование здорового образа жизни» [2]. Таким образом, законодательная база четко определяет необходимость институциональной регуляции здоровьесберегающей деятельности.

Проведенное в диссертации социологическое исследование с позиции двух подходов – первого – формирования культуры здоровья в условиях профилактики социально обусловленных болезней, и второго – культуры здоровья в условиях пандемии COVID-19, показало важность использования различных по строгости и обязательности соблюдения социальных норм стратегий не только в ситуации

пандемии, но и в отношении социально обусловленных болезней. Например, результаты исследования социальной регуляции культуры здоровья с целью уменьшения рисков йододефицитных заболеваний свидетельствуют о необходимости закрепления на законодательном федеральном уровне обязательной стратегии массовой профилактики.

Однако институциональное регулирование может иметь и другие стратегии сохранения общественного здоровья в отношении широкого спектра общественно значимых заболеваний и подходы к их реализации (Таблица 2.9).

Таблица 2.9 – Стратегии и подходы к сохранению здоровья населения в отношении различных заболеваний и формированию культуры здоровья

Параметры	Стратегии государственного регулирования		Самостоятельная
	Обязательная	Добровольная	
Подход	Массовый, групповой	Массовый, групповой	Персональный
Субъект влияния	Институты государственной власти на федеральном уровне	Институты государственной власти на федеральном и местном уровне (образование, здравоохранение), СМИ, производители/ продавцы средств профилактики	Производители и продавцы средств профилактики, услуг здоровьесбережения, СМИ и т.д.
Объект влияния	Все население, группы риска	Все население, группы риска	Индивиды, социальные группы
Условия процесса влияния	Принятие законодательных актов об обязательном использовании средств профилактики или условий их соблюдения. Контроль за исполнением	Принятие законодательных актов о возможности использовании средств профилактики или условий их применения. Реализация программ профилактики. Создание условий доступности средств/условий профилактики для населения и групп риска	Отсутствие государственного регулирования и программ профилактики. Необходимость высокой персональной ответственности индивида по поиску информации о средстве профилактики, оценке риска, организации условий реализации и т.д.
Социальные условия реализации	Обязательность исполнения, наличие социальных и административных санкций за нарушение, нет требований к	Необходимость осознанности профилактического поведения	Повышенные требования к осознанности выбора средства профилактики и профилактическому поведению

Параметры	Стратегии государственного регулирования		Самостоятельная
	Обязательная	Добровольная	
	информированности населения		
Социальные нормы	В случае «слепого» регулирования - нормы не формируются, в случае «обязательной» - нормы устанавливаются и контролируются системой санкций за их нарушение	Нормы целенаправленно формируются социальными институтами	Социальные нормы формируются стихийно, в рамках деятельности акторов и социальных групп
Требование к культуре здоровья	Нет требования к культуре здоровья. Важность исполнения норм закона	Сформированная культура здоровья	Сформированная культура здоровья и повышенная индивидуальная ответственность

Как уже отмечалось выше, обязательная стратегия предусматривает создание запрещающих и/или императивных социальных норм (в том числе через государственные программы профилактики) для групп повышенного риска развития заболевания или для всего населения. Обязательная стратегия предполагает самый высокий результат за счет создания профилактической среды, детерминирующей поведение объекта, т.е., например, при всеобщем йодировании пищевой соли создаются условия, в которые объект-индивид попадает не задумываясь и не прилагая усилий. Или, к примеру, в условиях высокого риска заражения COVID-19 законодательно вводились требования обязательного ношения средств индивидуальной защиты в транспорте, торговых организациях и т.д. с запретом обслуживания лиц, нарушающих требования; или законодательное введение нерабочих дней с запретом публичных мероприятий, прекращения работы организаций и учреждений (кроме критических, обеспечивающих жизнедеятельность) по всей стране для предотвращения массового заражения COVID-19.

Кроме того, при длительной реализации обязательной стратегии не предусматривается обязательное повышение информированности населения и

стимулирования осознанного выбора, что приводит к экономии человеческого ресурса (затрат рабочего времени квалифицированного медицинского и педагогического персонала на профилактическую просветительскую работу с различными социальными группами и др.). И если при реализации обязательной стратегии в профилактике неинфекционных заболеваний, например, йодного дефицита, население защищается от снижения умственного потенциала детей и репродуктивного у молодежи, то при инфекционных заболеваниях, например, коронавируса, от возможности внезапной смерти работоспособного населения и значительных рисков осложнений хронических заболеваний и инвалидизации.

Следующей стратегией социального регулирования культуры здоровья является «добровольная». Данная стратегия, в отличие от обязательной, предусматривает осознанный выбор индивидом средства профилактики (или соблюдения его условии) и его ежедневное использование в условиях, действующих региональных / федеральных профилактических программ, создающих возможности для выбора средства профилактики, их наличие и качество. Например, действующая в РФ нормативно-правовая база по вопросам профилактики йодного дефицита предоставляет свободу в выборе и употреблении средств профилактики. На сегодняшний день добровольная стратегия не может достичь желаемых результатов как при обязательной стратегии профилактики, ввиду низкого осознания личностью риска развития йододефицитных заболеваний и их последствий, отсутствия интереса и мотивации избежать рисков развития йододефицитных заболеваний, хотя данное заболевание является общественно значимым в силу его влияния в первую очередь на интеллектуальный и репродуктивный потенциал молодого поколения.

В условиях же реализации добровольной стратегии субъектами управления помимо социальных институтов (федерального, регионального, местного уровней власти) образования, здравоохранения, средств массовой информации, являются и производители/продавцы средств/условий профилактики, которые зачастую заинтересованы в коммерческой составляющей товара/услуги, а не в здоровьесбережении населения в целом. Создание условий для профилактики

подразумевают доступность средств профилактики для всех категорий населения – например, наличие во всех торговых точках йодированной соли, средств индивидуальной защиты и других средств профилактики соответствующего качества и по доступной цене. Если при высокомотивированном поведении индивида в торговой сети будет наблюдаться отсутствие профилактических средств, то профилактика не будет реализована.

Для добровольной профилактики характерно управление через повышение информированности, формирование ценностных ориентаций и системы социальных норм здоровьесбережения, стимулирование профилактического поведения и создание условий для профилактики, т.е. развитие (регуляция) и поддержание высокого уровня культуры здоровья.

Третьей стратегией социальной регуляции культуры здоровья является самостоятельная (персональная) профилактика, характеризующаяся преобладающим доминированием производителей и продавцов средств профилактики, которые за счет усиленной пропаганды и рекламы создают образ сохранения здоровья, связывая с ним свой препарат, при этом умалчивая о дешевой или бесплатной другой возможности. Например, в профилактике йододефицитных заболеваний особо выделяются производители таблетированных препаратов йода, поскольку фармацевтические компании имеют значительно большую маркетинговую активность в виду высокой стоимости препаратов, чем производители дешевой пищевой йодированной соли. В профилактике заражения COVID-19 самостоятельная стратегия имела эффективность только в случае высокой культуры индивида, характеризующейся высоко значимой ценностью здоровья, мотивацией на сохранение здоровья и здоровья окружающих людей и следованием социальным нормам использования СИЗ.

Проведенные исследования показали, что в целом самостоятельная стратегия не приводит к высокой эффективности профилактики вследствие социальной неоднородности, информационной дифференциации социальных групп, невысокой информированности населения о средствах и возможностях профилактики, рисках возникновения заболеваний и смещения фокуса внимания

со здоровья на другие жизненные цели. Следовательно, в отношении отдельного общественно значимого заболевания (или группы заболеваний), например, ожирения и/или сердечно-сосудистых заболеваний, которое характеризуется высоким уровнем смертности или высокими затратами на лечение и/или реабилитацию, государственная стратегия должна смещаться в сторону добровольной и обязательной в отношении хронических заболеваний, особенно в основании которых лежит поведенческий фактор, и, безусловно, в ситуации пандемии.

Следовательно, здоровьесберегающее поведение тесно связано с институциализированными сценариями государственной политики, основой которой является идея сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, реализуемая через систему государственного регулирования, направленную на обеспечение преодоления социального неравенства в профилактике заболеваний у населения.

Концепт 3. Влияние взаимодействия социокультурной саморегуляции и институциональной регуляции на формирование культуры здоровья индивидов, социальных групп и общества в целом.

Социальная регуляция, упорядочивающая процессы жизнедеятельности в соответствии с социальными нормами общества или группы, осуществляется как внешними по отношению к индивидам и группам управляющими воздействиями, так и имеет саморегулируемые формы. При этом, как отмечалось ранее, социальная регуляция культуры здоровья индивида может формироваться извне целенаправленно или стихийно, либо саморегулироваться.

Целенаправленное формирование и развитие культуры здоровья осуществляется социальными институтами и акторами, определяющими цели в области общественного здоровья, а также средства и методы их достижения; формулирующими и закрепляющими социальные нормы сохранения здоровья; создающими и транслирующими идеи, смыслы, образы, отражающие доминирующие общественные идеи сохранения здоровья и отношения к нему; разрабатывающими систему санкций и контролирующими их соблюдение;

акцентирующими «фокус здоровья» на наиболее актуальных проблемах общественного здоровья или создающими «маятник страха» в социуме в ситуациях высокой опасности и риска для здоровья и жизни, как в случае пандемии COVID-19.

Социокультурная саморегуляция здоровьесберегающей деятельности обеспечивает упорядочение различных социальных реакций за счет личностных особенностей индивида, которые могут усиливаться или подавляться внешними воздействиями. При этом процесс социокультурной саморегуляции является одновременно и важнейшей составляющей институциональной регуляции, т.к. институциональные воздействия опираются на те же элементы процесса саморегуляции жизнедеятельности индивида и социальной группы, усиливая или изменяя его направленность. Например, в процессе институционального воздействия пропаганды культуры здоровья в рекламно-информационных материалах может акцентироваться терминальная или инструментальная важность сохранения здоровья, что будет стимулировать интерес индивидов к темам здоровья и смещать фокус внимания к здоровьесберегающей деятельности.

В свою очередь, институциональная регуляция здоровьесберегающей деятельности исходит из постулата о сохранении здоровья и жизни как центрального элемента социальной сферы любого государства, который должен иметь адекватное взаимодействие с общим механизмом системы социально-экономического развития. Именно в условиях слабого институционального воздействия на формирование культуры здоровья сохранение общественного здоровья в некоторой степени компенсируется и достигается за счет процессов социокультурной саморегуляции. Соответственно, в формировании культуры здоровья процессы социокультурной саморегуляции и институциональной регуляции взаимосвязаны и должны быть взаимодополняющими, усиливая друг друга.

Результаты, полученные в процессе исследования сущности и механизма формирования культуры здоровья, позволяют выделить следующие принципы, на которых базируются основные элементы концепции социальной регуляции

культуры здоровья:

1. Принцип адекватности внешней регуляции. Принцип утверждает важность адекватной оценки распространенности и тяжести последствий отдельных заболеваний (или пандемии) для общества в целом при разработке государственной стратегии здоровьесбережения. Так, выбор государственной стратегии и подходов к сохранению здоровья населения и формированию ее культуры здоровья в отношении различных заболеваний должны быть основаны на оценке последствий конкретного заболевания (группы заболеваний) и сформированного уровня культуры здоровья в обществе как в целом, так и в отдельных социальных группах. Функция социального регулирования должна реализовываться посредством выбора стратегии и методов профилактики от обязательной массовой профилактики в том случае, когда риски возникновения заболеваний угрожают демографическому развитию, человеческому ресурсу нации, ведут к снижению репродуктивного и интеллектуального потенциала, ранней смертности и инвалидизации до добровольной и самостоятельной профилактики. При этом «добровольность» целесообразна при незначительных рисках для населения или при высокой профилактической культуре, мотивации и здоровьесберегающем поведении подавляющей части общества.

2. Принцип триангуляции эффективности социальной регуляции. Раскрывает сущность эффективности социальной регуляции, заключающейся в необходимости связи институционального регулирования с групповыми и личностными социальными факторами.

Как уже было отмечено выше, процесс формирования правовых социальных норм сохранения здоровья создается и закрепляется на макроуровне (регулируемых государством процессах, прописываемых в нормативных правовых актах), а на микроуровне формируются ценностные ориентации, стратегии здоровьесбережения и различные социальные практики.

Субъекты институциональной среды сохранения здоровья – институты законодательной и исполнительной власти, государственные медицинские и образовательные учреждения, производители, продавцы и потребители

средств/условий здоровьесбережения – в своей совокупности формируют и регулируют условия и социальные нормы здоровьесберегающего поведения индивидов и социальных групп. При добровольной же стратегии профилактики нагрузка на формирование профилактической среды и работа с социальными группами смещается на региональный уровень, где результат – сохранение здоровья населения – может значительно варьироваться в зависимости от финансовой обеспеченности региона, наличия квалифицированных кадров и, самое главное, наличия мотивации региональной власти проводить профилактические мероприятия, которые не только достаточно затратны, но и в перспективе имеют вероятность снижения достигаемого эффекта при отсутствии дальнейшей поддержки их и, как следствие, отсутствие необходимого для решения проблемы уровня здоровьесберегающей культуры населения. Представители же коммерческого сектора в принципе не заинтересованы в реализации региональных программ профилактики социально обусловленных заболеваний, поскольку ключевым фактором их деятельности является прибыль от реализации лекарственных средств/услуг, имеющих более высокую стоимость чем средства профилактики.

Регулирование здоровьесберегающего поведения посредством социальных норм в большинстве случаев осуществляется как указание на желаемое, рекомендуемое обществом, но не обязательное поведение индивида. Например, моральное поощрение занимающихся двигательной активностью (зарядкой, фитнесом, спортом). Неписанные правила поведения в обществе считываются и в объектах социальной инфраструктуры. Так, размещение спортивных площадок во дворах, на детских площадках стимулирует у детей желаемое обществом спортивное поведение и двигательную активность. В свою очередь, отсутствие спортивной и рекреационной инфраструктуры, а изобилие заведений с продажей спиртных напитков и курительных смесей ориентирует индивидов на здоровьразрушающее поведение.

Предписание социальных норм как указание на требуемое обществом поведение транслируется акторами в процессе текущей жизнедеятельности

индивида, например, правило мытья рук перед едой (дети слышат его от родителей, учителей школ, видят плакаты на стенах школьной столовой и т.д.). В тоже время социальные нормы в отношении сохранения здоровья могут иметь и запретительный характер, который наиболее часто применяется для предотвращения здоровьеразрушающего поведения (курение, употребление психоактивных средств, употребление отдельных продуктов питания, риск травм и т.д.).

Представим эффективность социальной регуляции культуры здоровья в формате трехмерной системы координат, первый фактор из которой – «факторы институционального регулирования», второй – «групповые социальные факторы», третий – «личностные социальные факторы» (Рисунок 2.22).

Моделирование позволяет продемонстрировать результат комбинации факторов в процессе социальной регуляции культуры, где институциализация сохранения здоровья и развития его культуры является процессом формирования и закрепления социальных норм (системы санкций), межсубъектных связей, статусов, ролей; создания системы, способной удовлетворить общественную потребность в сохранении здоровья.

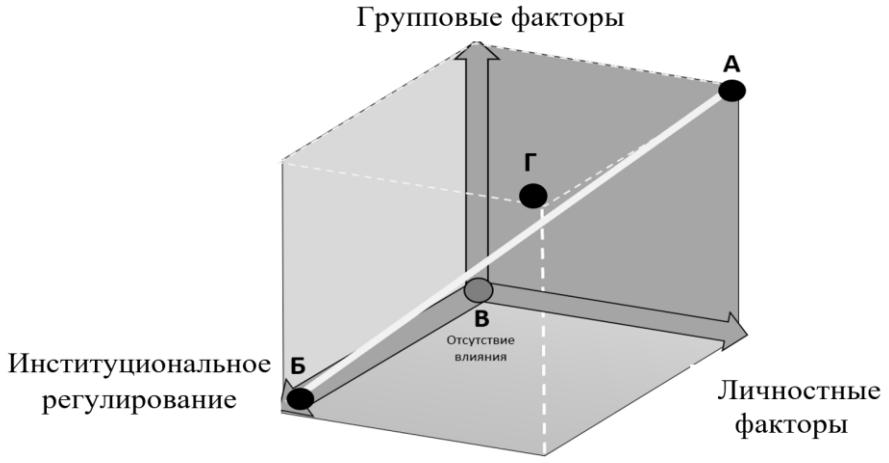


Рисунок 2.22 – Конструкт эффективности социальной регуляции культуры

Точками максимальной эффективности являются А и Б. В точке «Б» институциональное регулирование достигает максимума (массовая «слепая»

профилактика). Например, принятие закона о всеобщем йодировании пищевой соли для профилактики йододефицита или всеобщая вакцинация против кори, краснухи, ветряной оспы и других инфекционных заболеваний. Социальная норма вакцинации в этих случаях обязательна для отдельных социальных групп повышенного риска или всего населения. В этом случае индивид независимо от личностных факторов (образования, профилактической и потребительской культуры, уровня и образа жизни и т.д.), осознанно или нет, будет включен в профилактику: в случае с йододефицитом – покупая в любой торговой точке соль для пищи (согласно принятой на законодательном уровне социальной нормой она вся будет йодированная). Если же индивид не желает употреблять йод (или имеет медицинские противопоказания, что встречается крайне редко), то он сможет приобрести нейодированную соль более крупного помола, однако при этом данный акт покупки будет являться осознанным и целенаправленным, т.к. для поиска такого товара ему надо будет приложить усилие. Наблюдения за покупателями в учреждениях розничной торговли показали, что соль покупается без размышлений, чтения этикеток и сравнения, в подавляющем числе случаев (93%) берется упаковка с полки на уровне глаз или лежащая в больших корзинах на уровне вытянутой руки покупателя. Подобным образом работает социальная норма и в случае с обязательной вакцинацией детей, вне зависимости от того, осознает ли мама ребенка важность вакцинации или нет, в соответствии с Национальным календарем прививок ребенок получит вакцину (в противном случае включается механизм санкций – возникнут проблемы с поступлением в детское дошкольное учреждение).

В точке «А» рассмотрена ситуация, когда индивид осознанно, самостоятельно, ежедневно занимается личной профилактикой, при этом во включенных группах (семья, друзья и т.д.), как правило, поддерживаются идентичные практики. В реальности рассмотренная ситуация встречается в отношении профилактики отдельного заболевания, а как известно, на протяжении жизни каждый индивид имеет высокий риск широкого спектра вероятных заболеваний и состояний, вызывающих нарушения и ухудшения здоровья.

Ситуация, обозначенная на Рисунке 2.22 в точке «В», характерна для регионов, где общественные институты не актуализируют проблему, институты государственной власти заняты более явными экономическими и хозяйственными проблемами, а местное сообщество пребывает в состоянии патернализма, перекладывая ответственность за здоровье на государство. Ведущими драйверами оказываются фармацевтические, компании, преследующие экономическую выгоду, которые оказывают на население влияние через рекламу своей продукции (например, таблетированных препаратов йода, биологически активных добавок и т.д.).

Таким образом, безусловно желательной является (точка «Г») среда, где институционализирован процесс сохранения здоровья и развита культура здоровья, а индивиды и социальные группы активно включены в здоровьесберегающую деятельность. Например, в пандемию COVID-19 в Японии государственное регулирование системы сдерживания заражения было на высоком уровне строгости при согласии социальных групп и высоком уровне культуры здоровья, проявляющейся в дисциплинированном индивидуальном профилактическом поведении, что по итогам пандемии показало значительно низкий показатель смертности вследствие заражения COVID-19 – 59 человек на 100 000 чел. населения, а в Российской Федерации (где строгие институциональные меры соседствовали с низким профилактическим поведением населения) – 273 человека. При этом полный курс вакцинации прошли в Японии 82% жителей, а в России 55% [101], что подчеркивает значимость связи институционального регулирования с групповыми и личностными социальными факторами для достижения высокой эффективности социальной регуляции.

3. Принцип социальной дифференциации. Принцип подчеркивает связь компонентов социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения с социально-демографическими характеристиками индивидов и социальных групп в процессе социальной регуляции культуры здоровья.

Социокультурная саморегуляция здоровьесберегающей деятельности, проявляющаяся в здоровьесберегающем поведении, по своей сути является

саморегуляционной стратегией индивида, отражающей его ценностно-мотивационную установку на здоровьесбережение и готовность следования социальным нормам сохранения здоровья. В тоже время индивидуальные социокультурные особенности индивида (сформированный уровень культуры, место ценности здоровья с структуре смысложизненных ценностей и др.) являются объектом активного институционального воздействия при формировании культуры здоровья и источником культуры здоровья. Например, при формировании конкретной социальной нормы здоровьесбережения (запрета продажи вейпов, табака, спиртных напитков несовершеннолетним; обязательности использования ремней безопасности в автомобилях или ношение средств индивидуальной защиты) для представителей жесткой культуры нужно использовать аргументы безопасности, порядка, сознательности, ориентируясь на исходную склонность к послушанию, конформности и вниманию/уважению к социальным нормам, а, для представителей свободной культуры важно апеллировать к их свободе и независимости от здоровьеразрушающих привычек. Или при проектировании введения конкретной социальной нормы здоровьесбережения (например, самоизоляции отдельных групп повышенного риска – хронических больных) важно ориентироваться на ценностные ориентации этой группы населения – при доминировании материальных ценностей у целевой группы апеллировать к материальной выгоде вводимой нормы, а при доминировании социальных ценностей – на важности нормы для их близких людей и социальные выгоды от ее соблюдения.

Социально-дифференцированный подход с учетом социокультурной специфики индивида и/или социальной группы особо актуален при добровольной и самостоятельной стратегии государственного регулирования сохранения здоровья и культуры здоровья ввиду доказанной в диссертации тесной связи компонентов механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения с социально-демографическими характеристиками индивидов (полом, возрастом, социально-профессиональным статусом и образованием и т.д.), что представляется резервом и источником развития культуры здоровья, а также

целесообразно использовать эту связь в качестве пропаганды здорового образа жизни и активного долголетия.

2.4 Формирование и регуляция культуры здоровья на региональном уровне: противоречия и проблемы реализации

В оценках значимости, многокомпонентности и особенностей формирования культуры здоровья необходимо подчеркнуть, что ключевым индикатором повышения ее уровня в обществе является снижение показателей заболеваемости и смертности, а следовательно, увеличение продолжительности здоровой жизни. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения от хронических (в том числе и социально обусловленных) заболеваний каждый год в мире «умирает 41 миллион человек, что составляет 74% всех случаев смерти», из них «15 миллионов человек – в возрасте от 30 до 69 лет» [186]. По мнению ВОЗ, «неинфекционные заболевания, также известные как хронические заболевания, как правило, имеют продолжительное течение и являются результатом воздействия комбинации генетических, физиологических, экологических и поведенческих факторов» [186].

Однако необходимо отметить, что важнейшей особенностью предотвращения большинства подобных заболеваний, их возникновения и/или развития являются изменения норм и паттернов поведения (отказ от употребления табака и злоупотребления алкоголем, развитие физической активности, здоровое питание и др., т.е. образа жизни, формируемого в результате социального взаимодействия индивидов, социальных групп и институтов), основанием которых является культура здоровья.

В связи с вышесказанным, исследование формирования культуры здоровья в условиях профилактики социально обусловленного заболевания в первую очередь должно учитывать общественную значимость ущерба, в том числе снижение репродуктивного и интеллектуального потенциала; изученность медицинской

наукой механизма возникновения и тяжесть последствий заболевания; доступность средств профилактики всем социальным группам, прямую зависимость эффективности профилактики заболевания и социальных, поведенческих факторов, а также возможность воздействия на них и наблюдения за результатами.

В данном диссертационном исследовании в качестве такой исследовательской модели взята профилактика йододефицитных заболеваний (ЙДЗ), связанная с потребностью человеческого организма в ежедневном поступлении жизненно важного микроэлемента – йода. Данный выбор обусловлен еще и теми обстоятельствами, что если с медицинской точки зрения профилактика ЙДЗ достаточно изучена, то культура здоровья, детерминирующая здоровьесберегающее поведение индивидов и социальных групп, от которой зависит сохранение здоровья и предотвращение возможности развития заболевания, как правило, не является предметом отдельных исследований, что актуализирует социальную значимость данной исследовательской модели.

Общеизвестно, что одним из условий сохранения здоровья и роста продолжительности здоровой жизни является рациональное полноценное питание, сбалансированное по составу пищи, объему, питательным свойства в соответствии с физиологическими потребностями организма человека. Тем не менее, более двух миллиардов человек во всем мире страдают от дефицита важнейших витаминов и минералов (микро- и макроэлементов) [188].

Исследователями доказано, что дефицит в питании йода является мировой проблемой, и приводит к значительно тяжелым последствиям здоровья у детей и взрослых [61]. При длительном сохранении дефицита йода в организме человека начинается развитие йододефицитного заболевания [140; 150; 321]. Спектр йододефицитных заболеваний представлен в Таблице 2.10.

В соответствии с данными международных и российских исследований, у лиц, проживающих в условиях йодного дефицита, коэффициент интеллектуального развития на 13-20 пунктов ниже, чем у сверстников из йодообеспеченных районов [106; 308; 329; 352]. Исследователи делают вывод что, «йододефицитные заболевания так легко предотвратить, что рождение даже одного

ребенка с умственной отсталостью вследствие этого недуга является преступлением» [61; 106; 301]. Поэтому нельзя не согласиться с А. О. Жуковым, И. И. Дедовым, Н. А. Курмачевой, Н. М. Платоновой, Д. Е. Шилиным, Л. А. Щеплягиной и др. отмечающими, что йодный дефицит и соответственно его профилактика являются значимыми факторами как в сохранении здоровья детей и подростков, так и для развития их когнитивных функций, физического и полового созревания, а, следовательно, сбережения репродуктивного потенциала нации [61; 75; 106; 150; 151; 214; 301; 308].

Таблица 2.10 – Спектр йододефицитных заболеваний (ВОЗ, 2001 г.)

Возрастной период	Спектр йододефицитных заболеваний (состояний)
Внутриутробный период	Самопроизвольный аборт (выкидыш). Мертворождение. Врожденные аномалии. Повышение перинатальной и детской смертности. Эндемический кретинизм (умственная отсталость, глухонемота, косоглазие, гипотиреоз, карликовость). Психомоторные нарушения.
Новорожденные	Неонатальный гипотиреоз. Замедление умственного развития
Дети и подростки	Нарушения умственного и физического развития (в т.ч. нарушения речи, девиантные формы поведения, трудности социальной адаптации).
Взрослые	Зоб и его осложнения. Йод-индуцированный тиреотоксикоз
Все возрасты	Зоб, гипотиреоз. Нарушения когнитивных функций. Повышение поглощения радиоактивного йода.

Источник: [Цит. по: 214, с. 13]

Проблема профилактики ЙДЗ и сегодня актуальна во всем мире, т.к. «йододефицитные заболевания относятся к числу наиболее распространенных неинфекционных <хронических> заболеваний человека. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, около 2 млрд. жителей Земли живут в условиях йодного дефицита» [140]. Тем не менее, в современной практике общественного здравоохранения не описано более эффективного и простого метода массовой профилактики ЙДЗ, чем обязательное йодирование пищевой соли [320; 402]. И за более чем 30 лет работы мирового сообщества по решению проблемы дефицита йода путем массового обязательного йодирования пищевой соли (по данным на 05.2018 года) только в 108 странах удалось достигнуть в наличия юридических документов, требующих обязательного обогащения соли

йодом [48].

В Российской Федерации эта проблема также актуальна, ее стопроцентного решения нет до сих пор [45; 106]. По оценкам Эндокринологического центра Российской академии медицинских наук, «недостаточное потребление йода создает серьезную угрозу здоровью около 100 млн. россиян» [140]. Главный государственный санитарный врач РФ отмечает, что «более 50% субъектов Российской Федерации являются йододефицитными, более 60% населения проживает в регионах с природно-обусловленным дефицитом этого микроэлемента» [9]. Сегодня «в России вследствие природного дефицита йода в специализированной медицинской помощи нуждаются более 1,5 миллиона взрослых и 650 тыс. детей с заболеваниями щитовидной железы, регистрируются случаи йододефицитного кретинизма. Ежегодные затраты на лечение и реабилитацию требуют более 275 млрд. руб.», что в 5 раз превышает затраты на все мероприятия по профилактике, диагностике и лечению всех ЙДЗ и в 780 раз больше, чем расходы на профилактику [190]. Распространенность йододефицитных нарушений «среди городского населения 10-15%, а среди сельского – 13-35%, а фактическое среднее потребление йода жителями России в 3 раза меньше физиологической нормы» [Там же].

Анализ опыта профилактики ЙДЗ в СССР позволяет отметить, что в 70-е годы двадцатого века проблема ЙД на территории страны была полностью решена при помощи массовой обязательной профилактики (обеспечения населения йодированной солью) [61, с. 9]. Во время структурных экономико-политических трансформаций периода перестройки (и далее) советская система профилактики ЙД была разрушена и далее осуществлялась лишь фрагментарно. И только в 1999 году с выходом Постановления Правительства РФ от 05.10.1999 г. № 1119 «О мерах по профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода», акцентирующего значимость профилактики ЙДЗ в числе государственных приоритетов, в России была разработана государственная программа массовой добровольной профилактики, которая основывалась, прежде всего, на внедрении региональных программ, которые до сих пор не принесли требуемого результата.

Основная причина такой негативной ситуации видится в слабом институциональном регулировании, а именно, в отсутствии законодательного регулирования обязательного йодирования пищевой соли (обзор создания и законодательного лоббирования закона приведен в Приложении А, Таблица А.7). По оценкам экспертов, главным препятствием принятия этого закона являются интересы крупных фармацевтических компаний, реализующих населению БАДы и таблетированные препараты йода.

Проведенный анализ сложившихся в мире и России практик в сфере профилактики ЙД позволил систематизировать стратегии и виды профилактики в связи с требованиями к формированию культуры здоровья (Таблица 2.11).

Таблица 2.11 – Виды, стратегии профилактики и культура здоровья

Объект	Категории		
	Все население	Социальные группы	Индивиды
Вид профилактики	Массовая («слепая» или популяционная)	Групповая	Индивидуальная
Стратегия (подход)	Федеральная (обязательная)	Региональная Добровольная /социально-дифференцированная	
Культура здоровья (социальные нормы и эталоны поведения)	Формируется через правовые нормы	Присутствуют разрозненные нормы и социальные факторы, определяющие необходимость формирования культуры здоровья	

Наиболее сложной задачей при реализации программ профилактики ЙД является необходимость ежедневного (в нужном количестве) поступления йода в организм человека [214, с. 13; 140, с. 14]. Массовая профилактика (популяционная или «слепая») должна охватывать все группы населения, обеспечивая необходимый уровень потребления йода [140]. В соответствии с мировой практикой реализуется через обязательное йодирование пищевой соли (ЙС) и обеспечение ею населения через торговые сети, а также ее использования при производстве продуктов питания. Групповая йодная профилактика ориентирована на группы населения, имеющие повышенный риск развития йододефицитных заболеваний, это, прежде всего, дети, подростки, молодежь, а также женщины

репродуктивного возраста (включая беременных и кормящих, требующих увеличенного количества суточного йода) [61]. Осуществляется (как и индивидуальная профилактика у отдельных лиц) «путем регулярного длительного приема медикаментозных препаратов, содержащих физиологическую дозу калия йодида» [140].

Важно отметить, что реализуемая сегодня в РФ массовая профилактика ЙД осуществляется фактически в виде высокозатратной индивидуальной (самостоятельной) или групповой профилактики, где ключевым условием является личный выбор (т.е. сформированная культура здоровья) в отношении профилактики ЙДЗ который, как правило, формируется под воздействием совокупности различных социальных и личностных факторов, таких как приоритет ценности здоровья в структуре смысложизненных ценностей, знание инструментов и средств профилактики; привычек, норм здоровьесбережения семьи и ближнего окружения, доступ к информации и способность ее усвоения (понимания). Однако, в данном выборе есть большая вероятность неравенства и недоступности профилактики для различных социальных групп, социальным последствием которого выступает невозможность сохранения здоровья.

Таким образом, если при реализации массовой («слепой» или популяционной) обязательной профилактики особых требований к формированию культуры здоровья не требуется, то при ее отсутствии возникает необходимость формирования культуры здоровья для реализации эффективного добровольного (социально-дифференцированного) подхода.

В связи с этим важным аспектом становится разработка и реализация региональных стратегий (программ) профилактики ЙДЗ. В диссертационном исследовании показаны результаты эксперимента по формированию культуры здоровья, основывающегося на разработке и реализации социальной нормы сохранения здоровья в условиях ЙД на примере Тюменской области.

Выбор Тюменской области для эксперимента обусловлен тем, что регион является территорией устойчивого развития и социально-экономического благополучия, играет важную роль в технологическом обеспечении государства

углеводородными ресурсами и имеет высокий человеческий и ресурсный потенциал, что позволяет региону реализовывать собственные программы сохранения здоровья населения.

Проведенный в 1994-1996 гг. анализ йододефецита на территории Тюменской области (включая ХМАО-Югру и ЯНАО) позволил утверждать о среднетяжелом уровне ЙД что, по оценке Л. А. Суплотовой, вызвало необходимость создания программы региональной йодной профилактики [274]. Это положило начало созданию и реализации региональной программы профилактики йодного дефицита, мероприятия которой в последующие годы включались в поэтапно разрабатываемые программы различного уровня, направленные на формирование культуры здоровья, здорового образа жизни и сохранение здоровья населения (далее, Программы), наиболее важные из них представлены в Таблице 2.12.

Таблица 2.12 – Региональные программы Тюменской области, направленные на сохранение здоровья и формирование культуры здоровья

Программы	Примечание
Областная программа «Совершенствование организации школьного питания в общеобразовательных учреждениях Тюменской области» на 2009–2011 гг. и 2012–2014 годы.	В рамках программы проведены реконструкции и техническое переоснащение пищеблоков школьных столовых. В общеобразовательных учреждениях в рацион школьников добавлены обогащенные продукты, выстроены методы и технология обогащения продукции при кулинарной обработке. В ходе реализации программы на 15 % снизилась доля учащихся, страдающих заболеваниями, обусловленными качеством питания.
Региональная программа продовольственной безопасности Тюменской области на 2011–2020 годы.	Реализация мероприятий по обеспечению в достаточном количестве населения области качественными, безопасными пищевыми продуктами и продовольственным сырьем.
Региональная целевая программа «Формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний населения в Тюменской области на 2013–2017 годы».	В состав программы входила подпрограмма «Формирование культуры здорового питания населения Тюменской области на 2013–2017 гг.». Основная задача подпрограммы заключалась в повышении информированности населения по вопросам здорового образа жизни и здорового питания, в том числе о проводимых в регионе профилактических мероприятиях, массовой профилактике йододефицитных состояний йодированной солью.
Региональная целевая	Целью программы является формирование культуры здоровья,

Программы	Примечание
программа «Формирование здорового образа жизни и профилактика неинфекционных заболеваний населения в Тюменской области на 2018–2025 годы».	создание единой профилактической среды для различных социальных групп. Программа включает следующие задачи на 2018 – 2025 г.: 1. Проведение мероприятий по ограничению потребления табака, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ и алкоголя в Тюменской области. 2. Формирование культуры здорового питания населения. 3. Повышение уровня физической активности населения. 4. Выявление и профилактика факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний. 5. Профилактика вредных привычек, формирование основ здорового образа жизни, рационализация питания среди детей и подростков.

Источник: [Составлено по: 104; 171; 193; 298; 273, с. 41].

Параллельно для осуществления контроля за реализацией программ создавалась система социально-гигиенического мониторинга (СГМ), позволяющая фиксировать достигнутые результаты [298]. В рамках социально-гигиенического мониторинга также осуществлялся контроль за использованием ЙС и оценка ее качества, доступности. Система реализации Программы (2012-2017 гг.) представлена в Приложении А, Рисунок А.11. При внедрении профилактических мероприятий координацию деятельности осуществляло Правительство Тюменской области, было выстроено межведомственное взаимодействие (Приложение А, Рисунок А.12), вовлекающее различные акторы в деятельность по сохранению здоровья, которое продолжает совершенствоваться по настоящее время.

В рамках реализуемой региональной Программы автором в 2012-2017 гг. был проведен эксперимент по формированию социальных норм сохранения здоровья в условиях ЙД среди различных социальных групп. Предпосылкой эксперимента послужили результаты интервью со специалистами и руководителями здравоохранения и структур Роспотребнадзора, включенных в реализацию региональной Программы. По общему мнению экспертов, неудовлетворительные результаты добровольной профилактики связаны с недостаточной информированностью населения о проблеме ЙД и методах его предотвращения,

т.е. отсутствия сформированной социальной нормы защиты своего здоровья в условиях угрозы ЙД.

Целью эксперимента являлось формирование социальной нормы сохранения здоровья разных социальных групп, проживающих в условиях природного дефицита йода, и поиск социальных факторов, влияющих на ее эффективность. Характеристики эксперимента: последовательный (без контрольной группы), «слепой», полевой. Схема эксперимента представлена на Рисунке 2.23.

Значимые условия эксперимента:

– отбор групп проводился без учета включенности исследуемых групп в отдельные мероприятия Программы, позволяющий оценить реальную возможность формирования социальной нормы в рамках региональной Программы;

– формируемая социальная норма не содержала системы санкций за нарушение предписаний, т.к. полевой эксперимент проходил в регионе, реализующем региональную стратегию с добровольным (социально-дифференцированным) подходом к профилактике ЙДЗ.

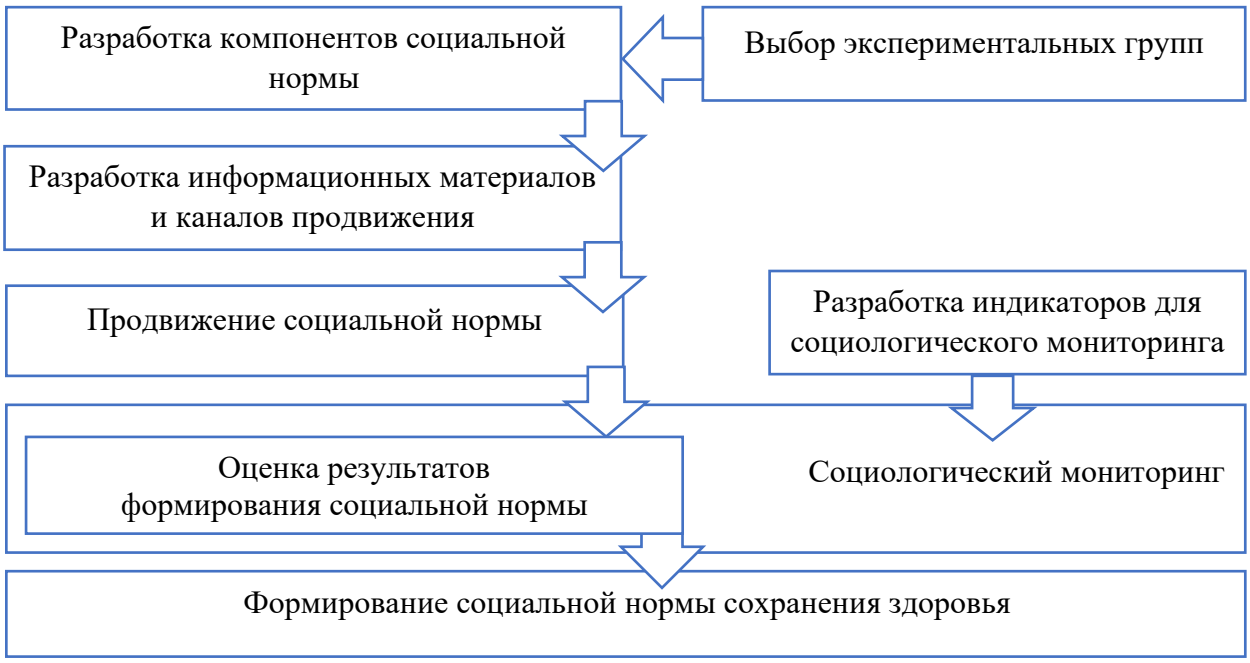


Рисунок 2.23 – Этапы эксперимента

При выборе социальных групп для участия в эксперименте были определены критерии отбора:

1. Наличие высокого риска развития ЙДЗ (личного и/или зависимого члена семьи).

2. Возможность организации мониторинга групп и обеспечения вероятностной выборки для репрезентативности когорты в целом.

В соответствии с критериями была выделена социальная группа из школьников 5-11 классов, как наиболее уязвимая группа риска для развития ЙДЗ. Однако, по причине их высокой зависимости от родителей и отсутствие (в большинстве случаев) права приобретения пищевой соли для домашнего питания, в эксперимент была включена и группа их родителей. В мониторинге изучались пары – ребенок и его родитель (принимающий решения при выборе и покупке продуктов для домашнего питания).

Способ формирования и отбора экспериментальных групп состоял в следующем:

1. Определение основы и объема выборки. Основой выборки явился список классов дневных общеобразовательных школ (письмо Департамента образования и науки Тюменский области, №6311 от 19.10.2012 г.). Всего в средних общеобразовательных школах обучалось 80643 школьника 5-11(12) классов. В регионе 474 школы (минимальная численность в школе 5 человек, максимальная 1109 человек, средняя численность – 170). Второй особенностью генеральной совокупности являлись неравные гнезда – большой разброс численности школьников в классах. Всего в школах региона 4560 классов с 5 по 11(12) (минимальная численность школьников в классе 2 человека, максимальная 34 чел., среднее число школьников в одном классе 18 чел.).

Для расчёта объема выборки была использована формула минимального объема выборки для показателя доли при простой случайной выборке методом бесповторного отбора (при уровне надежности 95,4%, максимально допустимой предельной ошибки оценки доли 0,04):

$$n = \frac{z^2 w(1-w)N}{\Delta_w^2 N + z^2 w(1-w)}$$

где, z – значение функции стандартного нормального распределения при заданной вероятности γ=1-α; N – объем генеральной совокупности; n – необходимый объем выборки; Δ_w – предельная ошибка доли; $\sigma_w^2 = w(1-w)$ - дисперсия доли. Таким образом, планируемый минимальный объем выборки составил 621 человек.

2. Определение методики отбора. В условиях значительной дифференциации гнезд по размерам для сохранения принципов случайной выборки и обеспечения равенства шансов всем единицам совокупности попасть в выборку независимо от размера гнезда применена методика, предполагающая составление списка гнезд с указанием объема каждого гнезда, а также числа всех единиц генеральной совокупности нарастающим итогом [304]. После определения интервала отбора единиц совокупности были выделены гнезда для выборки, причем так, что крупные гнезда (классы) имели больше шансов попасть в выборку, чем мелкие. Благодаря этому обстоятельству, все единицы совокупности (школьники), независимо от того, обучаются ли в сельской малокомплектной или крупной городской школе, получили одинаковые шансы оказаться в поле зрения исследования. Таким образом, согласно вероятностной, гнездовой выборке были отобраны 34 класса общеобразовательных школ из 5 городов и 10 сельских районов Тюменской области, изучению подлежали все единицы гнезда [140]. В соответствии с рассмотренной методикой в 2013 году в эксперименте приняло участие 744 школьника и 677 родителей школьников.

При конструировании социальной нормы сохранения здоровья в условиях ЙД закладывались рекомендательные и побуждающие принципы ее реализации, основывающиеся на ценности сохранения своего здоровья, и особо, здоровья своих детей. Регулятивная функция нормы заключалась в содержании предписания – приобретать йодированную соль (вместо нейодированной) и использовать ее в ежедневном домашнем питании, а оценочная функция формировала представление о должном, правильном и социально одобряемом потребительском выборе,

демонстрируя образец для подражания. Результатом усвоения формируемой социальной нормы являлось профилактическое поведение респондента, заключающееся в потребительском выборе средства профилактики ЙД и использование его ежедневно в домашнем питании.

Таким образом, был разработан информационный конструкт, состоящий из утверждений, формирующих убеждения, апеллирующих к ценностям индивида и правил, предписывающих должное потребительское поведение. Конструкт был адаптирован в соответствии с выбором информационного носителя и канала продвижения. Методы, каналы и инструменты продвижения, используемые в рамках региональной Программы представлены в Таблице 2.13.

Таблица 2.13 – Мероприятия продвижения в рамках региональной Программы

Период	Мероприятия/ инструменты /каналы
2012 - 2015 гг.	– С 2012 г. ежемесячное издание медицинской газеты «Территория здоровья» с темами ЗОЖ, популяризации идей здорового питания и здоровьесберегающих технологий и культуры здоровья. – Создан информационный портал, интегрированный с социальными сетями с комплектом образовательных программ по формированию культуры здорового образа жизни, включая культуру здорового питания. – Тематические телевизионные сюжеты в рамках программы «Будьте здоровы», «Спросите у доктора» с привлечением главного диетолога. – Конкурсы (викторины) по теме «Здоровое питание» в рамках акции «Волонтерский десант» и «Здоровые дети − здоровое будущее». – Размещение информационных материалов по теме «здоровое питание» в группе «Здоровый. Модный. Молодой» (в социальной сети «ВКонтакте»). – На портале информационного агентства «Тюменская линия» в рубрике «Готовим тюменское!» продвигалась ЙС. – Просветительская работа с продавцами торговых сетей об обеспечении ассортимента ЙС, населением о выборе и употреблении ЙС. – В 2013 г. в рамках проекта «Здоровое питание», в торговых залах были оборудованы информационные уголки и стенды с информацией о здоровом питании, выделялись торговые места для хлебной продукции, обогащенной микронутриентами, проводились дегустации. – В 2013 году на информационном сайте «Территория здоровья» был открыт виртуальный кабинет врача-диетолога для освещения вопросов здорового питания. – Организация школ здоровья в лечебных учреждениях. – Проведение педиатрами «декад здоровья», классных часов для учеников 1-11 классов и родительских собраний во всех школах региона по вопросам культуры питания.

Период	Мероприятия/ инструменты /каналы
2016 - 2017 гг.	– Тематические лекции в школах и среди медицинского персонала. – Распространение памяток, буклетов, брошюр на темы: «Здоровое питание», «Профилактика пищевых отравлений», «Здоровый образ жизни – мой выбор», «Как сохранить здоровье», «7 апреля – Всемирный день здоровья», «Вред алкоголя и наркомании», «Здоровье в порядке – спасибо зарядке», «Йодированную соль на каждый стол»; тематические передачи на местном радио и телевидении).

Социологический мониторинг результатов формирования социальной нормы, сопровождавший Программу (разработанный автором данного диссертационного исследования, и являющийся важным элементом контроля ее эффективности), позволил получить не только субъективные оценки социальных групп, но и объективные показатели эффективности институционального взаимодействия всех участников Программ и их результатов. Полученная на основе этих результатов информация явилась основой обратной связи с населением и другими субъектами системы охраны здоровья, давая возможность корректировать и оценивать эффективность управленческих решений для понимания особенностей профилактического поведения различных социальных групп и формирования культуры здоровья.

Для оценки знания утверждений, формирующих убеждения (информированности) были выделены три блока достоверной информации, понимание которой было достаточно для принятия индивидом верного решения, лежащего в основе профилактической деятельности. Информационные блоки: (1) знание о наличии проблемы ЙД на территории проживания, (2) знание о средствах, методах профилактики и (3) знание о йодированной соли как об универсальном средстве профилактики.

Исследование результатов мониторинга показало связь формируемого социального поведения с информированностью респондентов по основным вопросам профилактики ЙД. Авторская методика оценки профилактического поведения в отношении профилактики ЙД основана на параметрах, отражающих эффективность профилактики. Для построения моделей профилактического

поведения рассчитывается «интегральный показатель информированности» (ИПИ), который основан на знании индивида основных информационных фактов о профилактике ЙД, знание которых обязательно для эффективной индивидуальной профилактики (в отсутствии «слепой» массовой) и достаточно для принятия правильного решения для возникновения профилактического поведения. Второй показатель «интегральный показатель профилактического поведения» (ИППП) отражает профилактическое поведение, т.е. соблюдение правил, предписывающих должное потребительское и профилактическое поведение, выражающееся в конкретных поведенческих паттернах и их результатах, направленных на сохранение здоровья в условиях ЙД (Рисунок 2.24).

Интегральный показатель информированности (ИПИ)	Интегральный показатель профилактического поведения (ИППП)
Основные информационные факты:	Основные поведенческие паттерны:
1. Человек может заболеть вследствие йодного дефицита. 2. Организм человека не может вырабатывать йод. 3. В Тюменской области (месте постоянного проживания) существует проблема йодного дефицита. 4. Использование йодированной соли – достаточное средство профилактики. 5. Регулярное употребление йодированной соли предотвращает развитие йододефицитных заболеваний. 6. Йодированная соль употребляется вместо обычной соли в таком же количестве.	1. Всегда употребляют в семье йодированную соль (или йодированную соль употребляют чаще, чем обычную), основываясь на оценке персонального мнения. 2. Читают надпись о йодированности соли на упаковке при ее приобретении. 3. В момент опроса имеют в доме йодированную соль (утверждается на основании осмотра надписи на упаковке). 4. Фактическое содержание йода в образце домашней соли.

Рисунок 2.24 – Основные информационные факты, поведенческие паттерны и результаты для построения моделей профилактического поведения

Алгоритм и результаты расчета интегрального показателя информированности и интегрального показателя профилактического поведения представлены в Приложении В, Рисунок В.1, распределение респондентов по показателям в Приложении В, Таблица В.1 и Рисунок В.2.

На основе расчета показателей были определены модели профилактического поведения в условиях эксперимента (Рисунок 2.25).

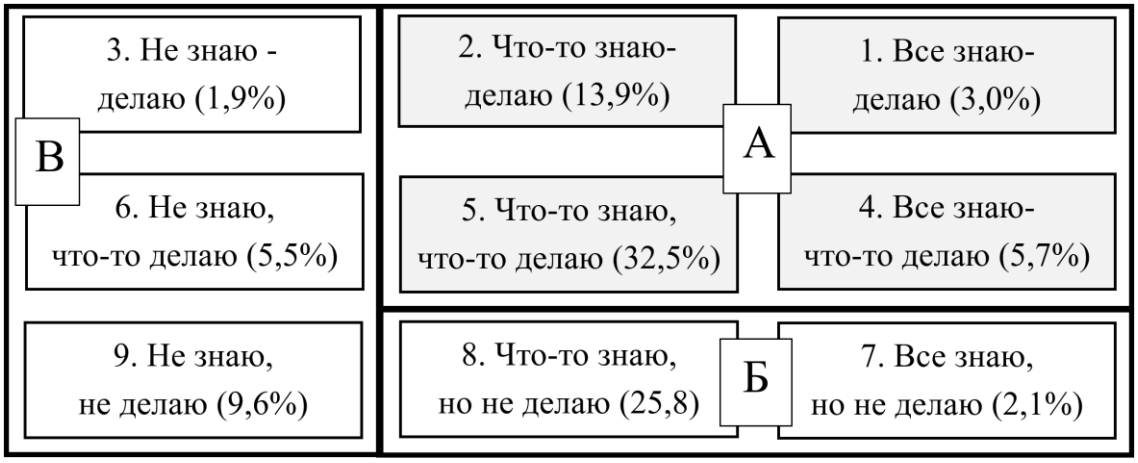


Рисунок 2.25 – Модели профилактического поведения

Модели, отражающие результаты более чем 15-летнего периода реализации региональной стратегии профилактики, условно были названы «А», «Б», «В». Представители модели поведения «А» (55,1%) имеют средний и высокий уровни как информированности, так и профилактического поведения. У представителей модели профилактического поведения «Б» (28%) при наблюдаемом отсутствии профилактического поведения информированность находится на среднем и высоком уровнях. Представители модели поведения «В» (17%) характеризуются чрезвычайно низким уровнем информированности.

Данный эксперимент позволил выявить, в первую очередь, значимость ориентации личности на здоровый образ жизни и связанную с этим ее социальную активность по поиску информации о сохранении здоровья и соблюдение предписываемого для этого должного поведения при высоко достоверной связи как с ведением здорового образа жизни ($p = 0{,}000$), так и персональной оценкой своего уровня жизни ($p = 0{,}013$).

Среди респондентов, следующих здоровому образу жизни 58,5% относятся к модели поведения «А», к модели «Б» − 23,4%, к модели «В» − 18,1%. Из числа респондентов, категорично заявивших о том, что они не ведут ЗОЖ, 46,2% относятся к модели «В» и 30,7% − к модели «Б» (Таблица 2.14).

Таблица 2.14 – Распределение респондентов по различным критериям в зависимости от модели поведения, в % от числа ответивших

	Модели поведения			Итого
	А	Б	В	
Возрастные группы				
До 35 лет	50,3	28,0	21,7	100,0
36 лет и старше	56,0	28,2	15,8	100,0
Образование				
Неполное среднее	32,0	40,0	28,0	100,0
Среднее	46,2	27,4	26,4	100,0
Начальное профессиональное	41,7	33,3	25,0	100,0
Среднее специальное	56,2	26,7	17,1	100,0
Незаконченное высшее	48,0	36,0	16,0	100,0
Высшее	60,4	26,4	13,2	100,0
Ученая степень	50,0	50,0	0,0	100,0
Местность проживания				
Город	50,6	24,5	13,9	100,0
Сельская местность	46,4	25,8	17,8	100,0
Ведение здорового образа жизни *				
Да, безусловно	58,5	23,4	18,1	100,0
Скорее, да.	60,9	27,0	12,1	100,0
Скорее, нет	43,6	31,8	24,6	100,0
Нет	23,1	30,7	46,2	100,0
Оценка состояния здоровья				
Удовлетворительное	56,4	26,8	16,8	100,0
Скорее удовлетворительное	58,3	27,1	14,7	100,0
Скорее неудовлетворительное	45,8	37,5	16,7	100,0
Совершенно неудовлетворительное	28,6	28,6	42,9	100,0
Оценка качества жизни				
Удовлетворительное	56,6	28,6	14,8	100,0
Скорее удовлетворительное	58,2	26,4	15,4	100,0
Скорее неудовлетворительное	44,2	41,9	14,0	100,0
Совершенно неудовлетворительное	50,0	20,0	30,0	100,0
Уровень жизни семьи **				
Низкий	31,8	22,7	45,5	100,0
Ниже среднего	57,4	31,1	11,5	100,0
Средний	54,6	28,8	16,6	100,0
Выше среднего	59,6	24,5	16,0	100,0

*$\chi 2$ Пирсона = 29,177, p = 0,000, V Крамера = 0,148, n = 667.
**$\chi 2$ Пирсона = 19,425, p = 0,013, V Крамера = 0,123, n = 646.

Среди респондентов с высшим образованием (60,4%) и со средним специальным образованием (56,2%) наблюдается наибольшее число относящихся к модели поведения «А». Численность представителей поведения типа «В»

снижается по мере роста образования респондентов, что свидетельствует о наличии образовательной компоненты здоровьесберегающей направленности.

Среди респондентов, оценивших состояние своего здоровья как «совершенно неудовлетворительное», преобладающая доля (42,9%) относится к модели «В». По мере улучшения оценки состояния здоровья увеличивается доля преобладания модели «А» и «Б» среди респондентов. Подобная тенденция наблюдается и при анализе оценки качества и уровня жизни. Среди оценивающих свой уровень жизни как «средний» и «выше среднего» большее число респондентов (54,6-59,6%) относятся к модели поведения «А», а респонденты с низким уровнем жизни в большинстве (45,5%) соответствуют модели «В». Таким образом, можно заключить, что уровень жизни, несомненно, оказывает влияние на профилактическое поведение, учитывая необходимые затраты на приобретение йодированной соли, чуть более дорогой, чем нейодированной, или таблетированных йодсодержащих средств профилактики при отсутствии у респондента информированности об эффективности дешевой ЙС, что особо актуально в условиях добровольной профилактики.

Рассматривая связь моделей поведения и источников получения информации о проблеме профилактики ЙД, необходимо подчеркнуть и тот факт, что если представители модели поведения «Б» в первую очередь получают информацию о профилактике из программ и передач центрального телевидения (52%), то респонденты «знающие и делающие» (модель «А») считают наиболее верной информацию, полученную от лечащего врача (45%) и в крайнем случае из Интернет-источников (21%). Выбрали лечащего врача как источник информации только четверть представителей модели «В» (среди респондентов этой группы отмечается также набольшее число затруднившихся с ответом) (Рисунок 2.26).

Рисунок 2.26 – Распределение источников получения информации о профилактике йододефицита в зависимости от модели поведения, в % от числа ответивших

Результаты проведенного исследования относительно уровня доверия к тем или иным источникам информации показали, что наибольшее доверие информация от лечащего врача отмечается у большинства респондентов модели «А» (67%), а среди представителей модели «В» всего у половины (52%) (Рисунок 2.27).

Рисунок 2.27 – Распределение мнений респондентов о доверии источникам информации, связанной со здоровьем, в зависимости от модели поведения, в % от

числа ответивших

Как и ожидалось, четвертая часть респондентов модели «В» (23%) затруднились с оценкой источников информации о здоровье, вызывающих доверие, и, следовательно, они или вообще не информированы о важности профилактики ЙД, или не доверяют ни одному информационному каналу.

По результатам социологического мониторинга в процессе эксперимента по формированию социальной нормы сохранения здоровья при реализации региональной Программы было организовано большее вовлечение медицинских специалистов в формирование культуры здоровья: усилено внимание к ценности здоровья, здорового образа жизни и расширено информирование населения о доступности, качестве и необходимости использования средств профилактики.

Результаты мониторинга в 2016-17 гг. показали рост информированности при незначительном изменении профилактического поведения, что значимо не повиляло на увеличение представителей модели поведения «А». Среди причин отсутствия динамики можно выделить:

– связь профилактического поведения (в отношении профилактики отдельных заболеваний) с общим уровнем культуры здорового образа жизни индивида, т.к. приверженность ЗОЖ усиливает внимание и интерес к темам профилактики ЙДЗ;

– сложность изменения мнений в связи с распространенными стереотипами «йодированная соль при консервировании вредит вкусу», «йодированная соль должна использоваться периодически» и «морская соль тоже йодированная»;

– низкий интерес к культуре здоровья и ЗОЖ среди «знающих и не делающих». Давая согласие на проведение в школьном классе уроков о сохранении здоровья, здоровом питании, среди согласных большая доля представителей модели поведения «А» (58,6%), среди несогласных большинство (47,1%) − «Б», среди затруднившихся значимо возрастает доля представителей модели «В» (33,3%);

– низкий интерес респондентов к теме профилактики ЙДЗ, в том числе вследствие неосознания риска развития ЙДЗ, не соотнесения в отношении себя и своей семьи.

Известно, что профилактика заболеваний реализуется в виде массовой, групповой и индивидуальной профилактики, а в силу отсутствия регуляции на федеральном уровне социальные нормы должны формироваться на уровне региона. Результаты эксперимента позволили также оценить влияние сконструированной социальной нормы сохранения здоровья в условиях ЙД на формирование культуры здоровья при групповой профилактике. Каждая социальная группа имеет свои особенности, в т.ч. в формировании культуры здоровья и здоровьесберегающего поведения. В 2013 году была отобрана группа беременных женщин и женщин-матерей, которые на момент беременности были включены в региональную программу групповой профилактики ЙД беременных в Тюменской области (беременные женщины, n=123; женщины-родители школьников, n=286). Групповая профилактика беременных женщин имеет важную особенность – это индивидуальный подход и систематический личный контакт с врачом на протяжении периода беременности (в т.ч. назначается ежедневное употребление 200 мкг йодида калия в виде таблетированных препаратов), а также высокая мотивация женщин на сохранение своего здоровья и здоровья будущего ребенка. Следовательно, в группе беременных ведущей мотивацией «фокуса здоровья» является рождение здорового ребенка, в группе матерей − сохранение здоровья семьи.

Результаты исследования свидетельствуют о фрагментарном знании респондентами социальной нормы ключевых вопросов профилактики. Из этого следует, что знаний, формирующих профилактическое поведение и ценностные ориентации относительно сохранения здоровья в условиях ЙД у беременных женщин при реализации групповой профилактики с индивидуальным подходом, явно недостаточно, чтобы говорить о сформированности культуры здоровья для принятий верных профилактических действий в период беременности и в

последствии, во время родительства.

Результаты показали важную ошибку в восприятии социальной нормы ключевых вопросов профилактики в группе беременных женщин – 75% женщин считали применение лекарственных, поливитаминных препаратов (содержащих йод) средством профилактики ЙД и при этом 63% женщин подчеркивали, что использование ЙС в качестве средства профилактики недостаточно, подразумевая себя, но исключая из внимания других членов семьи, в том числе и детей. В ситуации групповой профилактики беременных эта позиция естественна в силу «фокуса здоровья» на себя и будущего ребенка, но по окончании гестации в результате индивидуальной работы планировалось получить прирост доли женщин, использующих ЙС в семейном питании, но регулярное употребление ЙС отмечали всего 58% родительниц (при 63% в группе беременных женщин).

Таким образом, женщина в период беременности под контролем врача следовала предписанному поведению – осуществляла профилактику относительно себя, используя таблетированные препараты йода, но профилактика других членов семьи (в том числе, детей) оставалась низкой. Причиной является отсутствие знаний ключевых утверждений, формирующих убеждение о достаточности и необходимости ежедневного употребления йодированной соли для защиты от ЙДЗ (вне периода гестации).

Таким образом, результаты эксперимента дают основание утверждать о технической сложности и высокой затратности формирования социальной нормы профилактики хронических, социально обусловленных заболеваний при выборе одной или нескольких социальных групп на уровне отдельного региона, и позволяет утверждать, что подходы к формированию культуры здоровья должны быть основаны на государственной стратегии, которая может сформировать социальные нормы «должного поведения» и системы санкций для его контроля. Обоснование необходимости государственного регулирования формирования культуры здоровья, основанного на создании социальных норм, в данном случае, в первую очередь обусловлено тем, что ценностно-мотивационный фактор – «фокус здоровья» в условиях профилактики социально обусловленных болезней имеет

ситуационный характер (например, усиливается в период обострения заболевания).

В свою очередь государственная стратегия профилактики социально обусловленных заболеваний варьируется от массовой, обязательной до добровольной, персональной, и в первом случае не требует формирования социальных норм в качестве предписания должного поведения. Например, в случае «слепого» использования ЙД с стране/регионе, как в более чем 100 странах мира, реализующих программы обязательного йодирования соли. Во втором случае, культура здоровья выступает необходимым элементом общественной системы сохранения здоровья, предписывая должные нормы здоровьесберегающего и профилактического поведения, создавая и транслируя правила поведения и формируя ценности индивидов и групп, создавая смыслы их здоровьесберегающей деятельности (Таблица 2.15).

Таблица 2.15 – Социальные нормы, культуры здоровья, условия и стратегии профилактики социально обусловленных болезней

Параметры	Стратегии		Отсутствие стратегии массовой профилактики
	Федеральная	Региональная	
Особенности профилак-тики	Массовая, обязательная	Регулируемая массовая, добровольная	Добровольная, персональная
Условия	Принятие ФЗ о всеобщем йодировании пищевой соли	Отсутствие ФЗ о ВЙС, наличие региональных профилактических программ	Отсутствие ФЗ о ВЙС. Необходимость высокой персональной ответственности индивида
Опыт реализации	СССР до 1970 года; другие страны мира	Некоторые регионы России с 2000г.	Регионы России, не имеющие региональных программ профилактики
Достига-емый результат	Соответствует требованию ВОЗ. Более 90% семей используют ЙС	Недостаточный. Не соответствует требованию ВОЗ.	Слабый. Не соответствует требованию ВОЗ. Менее 30% семей используют ЙС
Социальные условия реализации	«Слепое» использование ЙС. Нет требований к информированности	Необходимость осознанности профилактического поведения	Повышенные требования к осознанности выбора средства профилактики и профилактическому поведению
Субъект влияния	Совокупность институтов государственной власти на федеральном уровне	Институты государственной власти на местном уровне	Производители и продавцы средств профилактики

Параметры	Стратегии		Отсутствие стратегии массовой профилактики
	Федеральная	Региональная	
Требование к культуре здоровья	Нет требования. Регуляция через правовые нормы	Сформированная культура здоровья	Сформированная культура здоровья
Социальные нормы	В случае «слепой» - нормы не формируются, в случае «обязательной» - нормы устанавливаются и контролируются системой санкций за их нарушение	Нормы целенаправленно формируются социальными институтами	Социальные нормы формируются стихийно, в рамках деятельности акторов и социальных групп

Главной задачей федеральной стратегии может стать создание законодательно установленных условий профилактики, максимальной доступности и качества средств профилактики для каждого индивида, исключающих пребывание индивида «вне профилактики», кроме осознанного решения индивида не употреблять йодсодержащие продукты или ЙС. В таком случае федеральная стратегия будет иметь высокий результат именно за счет создания условий – профилактической среды, детерминирующей поведение объекта, т.е. при всеобщем йодировании пищевой соли создаются условия, в которые объект-индивид попадает, не прилагая усилий (во всех торговых точках, включая предприятия общественного питания и производства продуктов питания, на территории проживания реализуется и используется только йодированная соль, что предопределяет «слепую» профилактику населения через ежедневное потребление йодированной соли). Кроме того, при созданных условиях не будет необходимости расширять информированность населения, стимулировать его осознанный выбор, что приводит к экономии финансовых средств бюджетов всех уровней и экономии человеческого ресурса (затрат рабочего времени квалифицированного медицинского и педагогического персонала на профилактическую просветительскую работу с различными социальными группами и др.).

В условиях реализации региональной профилактики государство (в лице федерального, регионального уровней власти) реализует профилактику через социальные институты образования, здравоохранения, средств массовой

информации и других акторов, образуя в совокупности сложный субъект управления. Для региональной и персональной профилактики характерно управление через повышение информированности жителей, формирование у них ценностных ориентаций и стимулирование профилактического поведения.

В условиях отсутствия государственной стратегии профилактики граждане реализуют ее самостоятельно (получают информацию, выбирают средства профилактики и т.д.). К примеру, профилактика заболевания сахарным диабетом на микроуровне – индивид и семья – ребенок с детства наблюдал течение заболевания у бабушки, а родители ему транслировали идею необходимости избегания продуктов, содержащих избыточное количество сладкого и его связи с возможностью развития тяжелого заболевания как у бабушки. Ребенок вырастает с пониманием, что именно для него важен определенный характер питания и потребительского поведения. Это становится для него нормой. Зачастую индивидуальная профилактика конкретных заболеваний реализуется на микроуровне при наличии осознаваемых рисков развития наследственных заболеваний или наблюдаемого течения какой-либо болезни. Важную роль в индивидуальной профилактике имеет и врач, социальная роль которого заключается в предписании поведения больного.

Таким образом, анализ моделей поведения при профилактике социально обусловленных болезней, на примере регионального опыта формирования культуры здоровья в условиях йододефецита продемонстрировал высокую значимость социальных норм для формирования культуры здоровья и профилактического поведения, а также противоречия и ограничения возможностей институциональной регуляции вследствие реализуемых подходов и стратегий (в региональной или групповой профилактике). Недостаточно высокий уровень профилактического поведения отмечается и вследствие влияния социокультурных компонентов саморегуляции здоровьесберегающего поведения (нежелания получать информацию о неосознаваемом риске для здоровья, слабой включенности в здоровьесберегающую культуру и др.). Значительный разрыв между знанием о социальной норме (профилактики) и деятельностью по ее соблюдению,

сохраняющийся на протяжении эксперимента, отражает социокультурную особенность саморегуляции при формировании культуры здоровья и подчеркивает необходимость постоянного высокозатратного стимулирования здоровьесберегающей деятельности индивидов и социальных групп.

Следующий важный аспект исследования формирования культуры здоровья – это влияние институциональных и саморегуляционных механизмов в пандемии, ситуации высокого риска ухудшения здоровья, внезапно и периодически возникающей в жизни человека и общества. Культура здоровья в периоды пандемий не является изолированным процессом, а выстраивается посредством механизма социальной регуляции на основе ранее достигнутого уровня культуры.

ГЛАВА 3 КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ В ПЕРИОДЫ ПАНДЕМИЙ

3.1 Ретроспективный анализ культуры здоровья в условиях пандемий

Как было отмечено в предыдущей главе, повседневная жизнь индивида протекает в социальной реальности, воспринимаемой и конструируемой им в процессе жизнедеятельности. Справедливым видится утверждение А. Г. Здравомыслова о том, что «многослойность, точнее, мозаичность социальной реальности, связанной в том числе и с тем, что каждое новое состояние общества сохраняет в себе так или иначе прежние свои состояния с их интересами, ценностными установками, символическими рядами» [90, с. 9]. Он пишет: «Важным следствием объективной многослойности выступает и многозначность социальной реальности – вычленение в ее составе и конструкции собственного смысла каждым действующим субъектом» [Там же]. В связи с этим особо актуальна в контексте текущего исследования интерпретация социального действия через формируемые смыслы и значения, предложенная М. Вебером, которая позволяет заключить, что социальная реальность тесно связана с представлениями о физической реальности и находится в прямой зависимости от тенденций физического мира и социальных общественных процессов. Развитие мировой цивилизации, традиционно определяясь строительством новых городов, развитием торговых путей, расширением миграции и многих других социальных процессов, в свою очередь способствует развитию и другой тенденции социальной реальности – росту вероятности появления и распространения новых болезней между странами и континентами, тем самым обосновывая особую роль влияния этих болезней на общество, и понимания того факта, что только на основе цивилизационных решений существует возможность их предотвращения. При этом социальная регуляция распространения эпидемий, например, посредством карантинных мероприятий и вакцинации, так же требует формирования социальных норм, их принятия и следования обществом в соответствии со сформированной ранее культурой здоровья.

В контексте вышесказанного необходимо рассмотреть ключевые категории болезней, которыми характеризуют степень распространения заболеваний в глобальном или региональном масштабах. К таким понятиям можно отнести «эпидемии» и «пандемии». Эпидемией (от «epidemos» – распространенный среди народа) называют ситуацию, когда число заболевших каким-либо заболеванием превышает уровень, традиционно характерный для территории [28]. В литературе термин «эпидемия» используют в отношении как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний. Термином же «пандемия» принято обозначать сильную болезнь, эпидемию, распространившуюся на территории одной либо нескольких стран мира. В 2009 году Всемирная организация здравоохранения, определяя статус «свиного гриппа», охарактеризовала термин «пандемия» как распространение нового заболевания в мировых масштабах [203]. До 2009 года ВОЗ отмечала, что «пандемия возникает, когда появляется новый вирус, против которого человеческая популяция не имеет иммунитета, что приводит к одновременному возникновению нескольких эпидемий по всему миру с огромным количеством смертей и болезней» [371]. Но уже после 2009 года в использовании термина «пандемия» акцент делается на распространённости новой болезни, а не на тяжести заболевания.

Для того, чтобы понять, насколько эпидемии и пандемии имеют влияние на формирование и развитие культуры здоровья, необходимо выявить основные ретроспективные аспекты данных взаимосвязей, форм и методов преодоления их представителями различных этнокультурных социальных групп.

Первое научное исследование о происхождении и определении эпидемий зафиксированы в работе Гиппократа «Эпидемии», где отражены результаты его медицинских наблюдений за больными [47]. Однако еще в античных мифах зафиксированы народные предания, в которых были предприняты попытки объяснения причин эпидемий через их связь с волею богов или наказанием людей за поступки. Например, Гомер (XII-VII вв. до н. э.) в «Илиаде» пишет:

«Сын громовержца и Леты, Феб, царем прогневленный,

Язву на воинство злую навел; погибали народы

В казнь, что Атрид обесчестил жреца непорочного Хриза» [50, с. 97].

При этом он описывает как поиск причин, так и возможностей избавления от эпидемии:

«Пусть нам поведают <жрецы>, чем раздражен Аполлон небожитель?

Он за обет несовершенный, за жертву ль стотельчую гневен?

Или от агнцев и избранных коз благовонного тука

Требует бог, чтоб ахеян избавить от пагубной язвы?» [Там же. С. 99].

Одна из первых, документально зарегистрированных эпидемий произошла в 430 г. до н.э. во время Пелопоннесской войны в Афинах. Во время осады Афин спартанцами две трети жителей города погибли, предположительно, от тифа, что ослабило город и привело к поражению. Исторически эпидемия считалась чумной, однако в 2006 г. исследование зубов из мест захоронения позволило выделить ДНК возбудителя брюшного тифа [346]. Среди причин возникновения этой эпидемии историки называют занесение инфекции моряками-торговцами, большую скученность населения города за счет беженцев, условия осады. Однако в представлениях горожан болезнь воспринималась как следствие кары богов, посланной свыше. По оценке Д. В. Михеля, афинская эпидемия принесла следующие социальные потрясения: «Фукидид, оставивший главные свидетельства о ней, недвусмысленно указал, что с самого начала эпидемии среди афинян распространились слухи о том, что чужаки, скорее всего спартанцы, отравили колодцы. После того, как болезнь унесла жизни тысяч людей, среди оставшихся в живых усилились радикальные настроения» [179, с. 31]. Что в свою очередь, по утверждению Фукидида, привело к изменениям ценностных ориентаций: «Традиции предков, религия, законы – все было подвергнуто поруганию. Начали быстро распространяться оргиастические культы и философский скептицизм. Были даже разорены погребения» [Там же]. В результате описанных событий начались преследования одних социальных групп другими, и в результате эпидемия явилась триггером социального кризиса.

В 165-189 годах нашей эры была зафиксирована следующая эпидемия – «Антонинова чума». Эпидемия пришла в Римскую империю с войсками,

возвращающимися из Месопотамии. По свидетельству Д. Кассия, «в 189 г. в Риме за один день от эпидемии умирало 2000 человек» [Там же. С. 34]. Эпидемия вызвала демографический спад и послужила основанием политического и экономического заката Римской империи. На фоне социального и экономического кризиса, вызванного массовой гибелью людей во всех областях империи, обострилась экономическая и политическая борьба. В обществе развились апокалиптические философские взгляды, что способствовало быстрому распространению христианства, так как христиане заботились о римлянах, пострадавших от эпидемии. Именно этот факт сформировал репутацию христиан как благотворителей и привел к желанию стать одними из них.

Следующая эпидемия, начавшаяся в 250 году нашей эры, была названа в честь одной из первых известных жертв, епископа Карфагена Киприанова – «Киприянова чума» [133]. Болезнь, начавшись в Северной Африке, распространилась через Египет в Европу и на Север. Городские жители массово бежали из густонаселенных городов в провинцию, тем самым ускоряя распространение болезни.

Повторяющиеся вспышки чумы продолжали происходить в течение трех последующих веков. Так, например, чума, возникшая в Туманном Альбионе, в 444 году повлияла на ход борьбы между британцами и шотландцами, изменив политическую карту региона.

Новая эпидемия чумы произошла в 541 г. в Константинополе в период правления императора Юстиниана. Она была привезена из Египта, недавно завоеванной земли, где в качестве дани императору Юстиниану платили зерном [377]. Блохи, пораженные чумой, жили на черных крысах, которые как раз и питались привезенным зерном. Эпидемия, быстро распространившись по Палестине, Византии и Средиземноморскому региону, стала пандемией и внесла коррективы в экономическую, социальную, религиозную и политическую жизнь общества. Чума опустошила Константинополь, стремительно распространилась по Европе, Азии, Северной Африке и Аравии, унеся жизни от 30 до 50 миллионов человек. По свидетельству историка П. Кесарийского, смертность была

чрезвычайно высока, ужасала септическая форма чумы, когда человек умирал в течение дня с момента заражения. По его оценке, «в самые страшные дни эпидемии в Константинополе от чумы умирало по 10 000 человек в день» [Там же. С. 36]. В течение двух веков от рецидивов болезни погибло более четверти населения древнего мира. Это было первое знакомство человечества с бактерией «Yersinia pestis» – смертельной инфекцией, которую назвали «бубонной чумой» или «черной смертью».

Чума значительно повлияла на развитие Римской империи. Император Юстиниан имел далеко идущие планы по воссоединению империи, реализации экономических реформ, но им не суждено было сбыться по причине пандемии. Высокая смертность местного населения, экономический упадок соперничающих Византии и Персии стали основой экспансии арабов и стремительному распространению ислама на территории Римского мира. По оценке историков, «чума Юстиниана» расчистила дорогу и для будущих цивилизаций Запада» [Там же. С. 37].

Таким образом, возможность внезапной смерти вследствие инфекции, массовое заражение которой достигнутый уровень медицины не смог предотвратить, привела к смещению ценностей общества – к доминированию терминальной ценности здоровья над экономическими и политическими интересами членов общества.

Следующим показательным подтверждением значимости культуры здоровья и саморегуляции поведения общества в период значительных социальных потрясений, к которым и относятся эпидемии и пандемии, стала пандемия проказы в Европе в 11 веке, унесшая здоровье и жизни миллионов людей. Религиозные лидеры того времени благодаря убеждению, что проказа является наказанием индивиду и обществу от божественных сил, призывали к моральному осуждению и остракизму заболевших. По оценке историков, «процесс конструирования образа прокаженного стал важной частью формирования структуры нового, феодального общества с его тремя сословиями – клириками, рыцарством и работающими простолюдинами. Проказа, как болезнь, порождаемая сексуальной

невоздержанностью, стала символической границей между элитой и простым народом, и в какой-то мере между духовенством и рыцарством» [Там же. С. 47].

Изменения в обществе наступили в первой половине XIII века, после заявления Ф. Ассизского, что необходимо «видеть в прокаженных тех, кто избран Богом для страдания ради общего блага» [Там же. С. 48]. Его позиция была подкреплена благотворительной помощью прокаженным. Следуя примеру Ф. Ассизского, крестоносцы начали по всей Европе строить специализированные больницы и центры для больных проказой, так называемые лепрозории. Однако, закрытая повседневная жизнь больных все же вызывала в обществе подозрения в вероятности совершения козней против горожан. Например, в 1321 году был разоблачен «заговор прокаженных в Пуатье», прокаженных подозревали в отравлении колодцев и уничтожении христиан. Как следствие, негативное отношение к прокаженным часто становилось причиной их гибели, например, сожжение их на костре [324].

Говоря о роли эпидемий в формировании культуры здоровья, нельзя не упомянуть и о вспышке бубонной чумы в 1347 году, называемой «Черная смерть», которая всего за четыре года унесла 20 миллионов жизней в Азии и Европе. Эта эпидемия представляла собой по сути социальную катастрофу и стала в современных условиях ориентиром при обсуждении необходимости формирования здоровьесберегающего поведения в обществе. Смертность была настолько высока, что, по мнению Д. Боккаччо, «весь город полон был мертвецов <…> и никто, бывало, не почтит усопших ни слезами, ни свечой, ни проводами – какое там: умерший человек вызывал тогда столько же участия, сколько издохшая коза» [21, с. 40]. В последующие века общество сравнивало и оценивало переживаемые пандемии именно с опустошительной силой «Черной смерти».

Как отмечает Н. Билст, университетскими медиками в Париже в 1348 году документально зафиксировано, что «причиной вспышки чумы объявлялся зараженный воздух, так называемые миазмы, вызванные расположением планет; далее говорилось, что то или иное расположение планет зависит от Божьей воли» [332; 381]. Предписанные авторами меры лечения и профилактики чумы не

приносили результата, и в восприятии народа чума стала восприниматься в качестве наказания всему обществу, а не отдельным людям как, например, проказа. Если изначально общество находилось в поиске рационального объяснения причин эпидемий, то «черная смерть» привела к доминированию религиозных мотивов в обосновании причин пандемии, что на многие десятилетия стало социокультурным феноменом [331]. Так, например, папа Климент VI подчеркнул, что чума вызвана «тайным судом Божьим, болезнью которой Бог поразил христианский народ за грехи его» [343]. Эту позицию подтверждал и Д. Боккаччо, замечая, что: «возникла же она <губительная язва>, быть может, под влиянием небесных тел, а быть может, ее наслал на нас за грехи правый гнев божий, дабы мы их искупили» [21, с. 35].

Именно в этот период пришло понимание связи заболеваний с социальными контактами. Градоначальник портового города Рагуза решил держать вновь прибывающих моряков в изоляции до тех пор, пока они не докажут, что не больны [377]. Сначала моряков держали на своих кораблях 30 дней, что отразилось в венецианском законодательстве как «трентино». Со временем увеличили принудительную изоляцию до 40 дней или «карантино», откуда произошел термин «карантин» и началась практика его применения в западном мире [115]. Карантинный указ Рагузы считается одним из высших достижений средневековой медицины. Следует заметить, что карантин был не единственным инструментом в продолжающейся битве Европы с чумой, которая периодически опустошала континент вплоть до 17 века.

В Рагузе была основана первая временная чумная больница на другом острове под названием Млет. Этот новый тип лечебных учреждений, финансируемых государством, стал известен во всей Европе как «лазарет» [237]. Лазарет выполнял функции медицинского центра и карантинного объекта. Это стало проявлением общественного сострадания к больным, прибывшим на морских судах, и к местным жителям, заболевшим чумой, при этом удерживая их в изоляции от здоровых. В лазаретах пациенты больные чумой за счет государства получали свежие продукты, чистые постельные принадлежности и другие лечебные

процедуры. Подобные больницы впоследствии содержались и укомплектовывались персоналом независимо от того, была в стране чума или нет, готовые принять больных с подозрением на инфекционное заболевание.

Традиционно пандемии порождали предрассудки, недоверие, поскольку травмированные сообщества пытались обвинить других в преднамеренном распространении болезни. В средневековой Европе чума стала поводом для убийства евреев. С каждой волной болезни средневековые христианские последователи нападали на еврейские гетто, утверждая, что еврейские сограждане отравляли колодцы и вступали в сговор с демонами, провоцируя и распространяя болезнь. Например, в ходе погрома 14 февраля 1349 года в городе Страсбурге было заживо сожжено около тысячи евреев [355]. Массовые погромы распространились по стране, всего историки насчитывают около 3 тысяч погибших евреев [148]. Несмотря на религиозность общества, пребывающего в длительном социальном кризисе, порождаемом страхом и беспомощностью, на территориях государств постоянно в качестве «виноватых» оказывались те или иные социальные группы. По свидетельству Н. Бульста, «подозрения падали попеременно на знать, богатых или нищих, а еще на врачей – последние от эпидемии только обогащались» [27, с. 156]. Описаны и случаи ложных обвинений и казней нищих в Нарбонне (Франция) в 1348 году [389].

Чума стимулировала религиозные общества к ужесточению норм морали и на законодательном уровне. Например, в Сиене были запрещены «азартные игры и проституция «на вечные времена» [330]. Как отмечает Н. Бульст, были приняты законы, «каравшие за нарушение заповедей христианской морали, – запреты касались работы в воскресные дни, клятвопреступлений, богохульства, супружеской неверности, проституции и содомии» [27, с. 157]. Вместе с этим и «законы против роскоши, устанавливавших правила ношения одежды, а также регулировавших проведение торжеств, связанных с крещением, бракосочетанием и погребением» [Там же]. Попытка восстановить общественный порядок стимулировала решение вопроса с нищими, наиболее беднейшими горожанами, чья численность стремительно сокращалась во время чумы. Понимание тесной

связи социальных групп, проживавших в ограниченной городской среде, и возникающие в связи с этим риски привели к появлению законов о труде, принуждая нищих к труду и осуждая праздность [333]. По этому поводу Н. Бульст пишет: «в первых законах о бедных, принятых в Германии и Англии <…> речь совсем не шла о помощи нуждающимся <…> они содержали попытки введения санкций против безнравственных богохульников» [27, с. 157]. В Германии было введено первое лицензирование нищих, которым требовалось пройти проверку на умение чтения молитв и фрагментов религиозного текста, причем, поддержку городского сообщества получали только «свои» нищие горожане. Вводилась дифференциация на своих и чужих нищих, прибывших из других городов или деревень [360].

По оценке Ш. Уотса, системная борьба с чумой была связана с формированием городской аристократией «идеологии порядка» в итальянских городах, сопровождавшаяся развитием экономики и установлением авторитарных режимов [180]. Были образованы санитарные комиссары, проводившие регистрацию заболевших и умерших, а в случае появления зараженных в каком-либо городе высылалось войско, город окружался, блокируя вход и выход. По мнению сицилийского врача, «для борьбы с чумой нужны всего три вещи – золото, огонь и виселица. Золото нужно, чтобы оплачивать расходы, огонь – чтобы сжигать подозрительные вещи, а виселица – чтобы вешать бедняков, бунтующих против решений санитарных властей» [179, с. 66; 337].

Эта масштабная пандемия оказала глубокое влияние на общество, послужила стимулом заключения перемирия между воюющими Англией и Францией, поколебав феодальную систему средневековой Европы, остановила попытки викингов вести военные и исследовательские походы в Северную Америку, явилась триггером для перехода от средневековья к эпохе Возрождения, что и привело к новому этапу трансформации культуры здоровья.

Так, например, М. Медичи во Франции был применен аналог современных сертификатов вакцинации или QR-кодов – для продвижения по стране была внедрена система паспортов с отметками о состоянии здоровья.

Пандемия также повлияла на обрядность захоронения, обязательным стало сожжение одежды и имущества умершего, запрет на публичные и контактные прощания, что провоцировало ненависть народа, особенно принуждение проводить захоронения в общих могилах, с обработкой их известью.

По наблюдениям Кембриджских ученых, эпоха Возрождения в европейской истории стала временем политических, интеллектуальных и культурных изменений. По мнению исследователей, этот период времени совпадает с технологическими инновациями и последующим исследованием новых земель, а рост эпидемий стал основой роста числа крупных столичных центров и эпохи европейских открытий. Наиболее драматичной урбанизация была в странах Средиземноморья, где городские культуры были основой древнеримской гегемонии [390].

В России же, по мнению историков Супотницкого М. В. и Супотницкой Н. С., «в период «Черной смерти» царила не меньшая растерянность, чем в Западной Европе. Видя безуспешность каких бы то ни было профилактических мероприятий, население, что традиционно для русского менталитета, стало придерживаться фаталистических взглядов на свою судьбу. Люди считали, что «кому же Бог повелел, той умре, а его же Бог соблюде, той наказася страхом Господним, да проча дни и лета целомудренно и безгрешно проживет» [275]. Смертность и заболеваемость на Руси была такой же высокой, как и в Европе, хотя точные данные о численности умерших отсутствуют. Супотницкий М. В., исследуя первоисточники, отмечает, что в народном творчестве прослеживаются мотивы, указывающие на высокую заразность чумы и запрет брать вещи больных.

Особенно сильно от эпидемий чумы пострадала Великобритания. Так, чума возвращалась в Лондон каждые 10 лет с 1348 по 1665 годы – 40 вспышек за 300 лет. По оценке Д. Руса, каждая волна эпидемии чумы приводила к смертности около 20 процентов населения британской столицы [377]. Только к началу 1500-х годов в Англии были введены первые законы по разделению и изоляции больных. Дома, пораженные чумой, были отмечены тюками сена, привязанными к столбу снаружи. Если вы заразили членов семьи, вам приходилось носить с собой белый шест, когда

вы выходили на публику. Животные (кошки, собаки, крысы, голуби, кролики и др.) являлись переносчиками болезни, и их массово истребляли.

В историографическом произведении Д. Дефо «Дневник чумного города» описаны события эпидемии чумы в Лондоне 1665 года с детальным анализом статистики смертности, этапов принятия мер городскими властями и стратегий здоровьесберегающего и профилактического поведения горожан [62]. Первую стратегию поведения Д.Дефо называет «Спаси Себя Самого!», поясняя, что «лучшее лекарство против чумы – бежать от нее подальше» [Там же]. Этой стратегией пользовались представители высших сословий, имевшие дома за пределами города, а также те, кто имел родственников, готовых их принять на время эпидемии. Представители беднейших сословий, покинув город, зачастую умирали в пути без надежды на помощь в пропитании и ночлеге, т.к. каждый путник воспринимался как зараженный чумой. Вторая стратегия – закрыться всей семьей в своем доме с запасом продовольствия, полностью изолировавшись от внешнего мира. По мнению Д. Дефо, такую меру могли позволить себе обеспеченные горожане, и эта стратегия была эффективной. Третья стратегия была вынужденная – не имея дневного пропитания для семьи, бедные ремесленники, чьи лавки были закрыты указом городских властей, были вынуждены наниматься в качестве уборщиков трупов с городских улиц и домов, сиделками к больным, сторожами зараженных домой и др.

Д. Дефо отмечает социальную особенность, сопровождавшую начало эпидемии, – появление астрологов, гадалок, чьи предсказания наводили ужас и панику. Попытка властей ограничить их деятельность не удавалась: «правительству не хотелось вызывать возмущение людей, и так уже ополоумевших от страха» [Там же]. И город, по описанию Дефо, «заполонили толпы подонков, выдававших себя за знатоков магии. <…> Ежедневно несметное число посетителей толклось у их дверей» [Там же]. Примечательны рекламные объявления 350-летней давности: «Знаменитый голландский врач, недавно приехавший из Голландии, где он жил в Амстердаме во время прошлогоднего чумного мора и вылечил массу людей, уже заразившихся чумой» [Там же]; «Матрона из Италии, только что

прибывшая из Неаполя, обладает секретом предотвращения заразы, открытым ею благодаря большому опыту лечения чумы; она совершала чудеса во время последней чумы в Италии, когда умирало по 20000 человек за день» [Там же]. Все общественные развлечения и увеселительные мероприятия были отменены, в питейных заведениях было запрещено задерживаться после 21.00. Было принято распоряжение, запрещающее ходить бродячим нищим по улицам под угрозой штрафа, так и называемое «распоряжение относительно бездельников и праздных сборищ» [Там же].

Принятые властями карантинные меры предусматривали обязательную самоизоляцию всех проживающих в доме при обнаружении заболевшего несмотря на то, что «запирание домов считалось поначалу очень жестокой, нехристианской мерой, и бедняги, запертые таким образом, горько жаловались» [Там же]. На дверях домов зараженных рисовали красные кресты. Запрещалось покидать дом до контрольного осмотра, у входа ставился сторож. Дефо описывает разные стратегии поведения горожан в случае заболевания и понимания перспектив закрытия на самоизоляцию: первая – послушно выполнять предписание, вторая – сбежать с семьей из города при первых признаках заболевания, третья – больному остаться дома, а остальным членам семьи покинуть дом. Для реализации второй и третьей стратегии использовался подкуп сторожей дома, угрозы и физические нападения. При этом зачастую бежавшие разносили чуму за пределы города, тем самым чума обостряла социальную напряженность между городскими и сельскими жителями. Сельские жители отказывали в крове бежавшим из города, распространялись слухи о преднамеренных заражениях селян.

Как описывает Дефо, «плач и причитания раздавались почти в каждом доме, особенно в начале мора, потому что позднее сердца ожесточились, так как смерть была постоянно у всех пред глазами, и люди утратили способность сокрушаться потерей близких и друзей, ежечасно ожидая, что их самих постигает та же участь» [Там же]. Состояние безысходности общества усилилось к концу эпидемии. Дефо описывает, что «люди сделались равнодушнее к опасности, менее осмотрительны, стали меньше беречься, чем раньше, – особенно к концу поветрия, когда оно

достигло наивысшего размаха. Тогда, с поистине турецким фатализмом, стали они утверждать, что, если Богу угодно будет их наказать, то все едино – ходить ли по улицам или сидеть дома – им все равно не уберечься; и они храбро ходили по улицам куда угодно, даже в зараженные дома и зараженные спальни, навещали больных <…> А последствия были те же, что в Турции и других странах, где так поступают, а именно: они заражались друг от друга и мерли сотнями и тысячами» [Там же]. К концу эпидемии, как отмечает Д. Дефо «именно с этих пор люди нравственно деградировали; ожесточенные пережитой опасностью, подобно морякам, пережившим шторм, стали более озлобленными и упрямыми, более наглыми и закоснелыми в своих пороках и беспутствах, чем раньше» [Так же]. Тем не менее, с затиханием чумы город постепенно стал восстанавливаться и жизнь вошла в прежнее русло.

В истории также отмечен случай высокой организации местного сообщества. В 1665 году портной английской деревни Иэм получил от лондонского поставщика ткань, зараженную чумными блохами [233]. За неделю портной с семьёй в мучениях скончались, а жители деревни приняли решение ввести карантин, договорившись ограничив всех в возможности покидать деревню. На расстоянии километра от окраин деревни разместили камни-метки карантинной зоны, на которых жители оставляли монеты (обработанные уксусом), а торговцы в обмен приносили продукты. Карантин продолжался 14 месяцев, умерло 80% жителей [Там же]. Местное сообщество не знало причин болезни и средства лечения, полагало, что от чумы могут спасти молитвы и курение табака, но тем не менее карантинные меры остановили волну чумы на территории округа.

Великая чума 1665 года была последней и одной из самых страшных вспышек болезни, длившейся столетия, и унесла жизни 100 тыс. лондонцев за семь месяцев. В 1666 году вспышка бубонной чумы закончилась Великим Лондонским пожаром. Высокая смертность трудоспособного населения вследствие эпидемий породила важные социально-экономические сдвиги в обществе, дала низшим классам социальную и экономическую мобильность, повлияла на расширение гражданских прав, обеспечила низшим сословиям возможность использования

социальных лифтов, таким образом еще раз вызвав трансформацию ценностных ориентаций в культуре здоровья и усиление понимания важности здоровьесберегающего поведения и саморегуляции.

Следующая пандемия чумы началась в Китае 1855 году и быстро распространилась через Гонконг в Индию [180]. Чума в очередной раз стала одним из основных факторов политических восстаний в Китае и Индии, по причине социальных ограничительных мер при высокой смертности населения эпидемия стала предлогом для репрессивной политики британских властей, которая закономерно закончилась восстанием против оккупации. Пандемия считалась активной до 1960 года.

Еще одной эпидемией, имеющей мировой характер распространения, и унесшей миллионы жизней практически во всех странах, является оспа. Ее происхождение не известно, однако вспышки этой болезни периодически возникали на разных континентах с восьмого века [167]. Например, в Лондоне на протяжении 139 лет с 1660 года историками зарегистрировано 37 эпидемий оспы [179, с. 91].

Эксперты ВОЗ, отмечая связь распространения оспы с продвижением религий, характеризуют ее как эндемическую болезнь захватчиков. Так, например, «в Китай оспа была впервые занесена из Японии одновременно с буддизмом, в Северной Африке она продвигалась с исламскими армиями и повторно возвращалась в Европу с возвращением крестоносцев» [Там же. С. 16]. А в 1520 году была разрушена империя ацтеков вследствие эпидемии оспы, которая ослабила, убила и привела к инвалидности большинство трудоспособного населения страны, погибло около 3 млн. человек [49, с. 16].

Если среди европейцев от оспы умирало до 30 процентов инфицированных, то коренное население Нового Света не имели естественного иммунитета к оспе, поэтому среди местного населения смертность достигала 90-95%. Не случайно одним из фактором усиления принятия народами новых религиозных течений являлся страх перед оспой, т.к. ее лечения не существовало.

Европейская культура вакцинации получила развитие от оспенной

инокуляции – прививки человеческой оспы, полученной от инфицированного человека. В Китае первые упоминания о вариоляции (специальном введении оспенного вируса) отмечаются в 11 веке [49, с. 17]. В 18 веке арабские купцы описывали народные методы борьбы с оспой – процедуру инокуляции у африканских народов, имеющую древнюю историю. Африканские женщины практиковали инокуляцию в форме особого обычая, называемого «покупкой оспы» [358].

В 1706 году К. Матер начал изучать феномен инокуляции, заметив на руках у африканских рабов небольшие шрамы, зная об их невосприимчивости к заражению оспой, и уже в 1721 году при вспышке оспы в Бостоне широко практиковал и пропагандировал инокуляцию среди жителей города [Там же].

В Англии в 1707 году одной из первых сделала инокуляцию себе и детям королева, своим примером показав аристократии безопасность процедуры. Метод распространился по Европе, и уже в 1768 году императрица Екатерина II сделала инокуляцию себе и наследнику, а также основала «оспопрививальные дома» в городах Российской империи [179, с. 93].

Только в конце 18 века британский врач Э. Дженнер создал новый инструмент – вакцинацию, прививая членам своей семьи не человеческий оспенный материал, а материал, взятый от коровы [49]. Убедившись в эффективности метода, доктор в 1796 году провел знаменитый эксперимент, привив Д. Фиппсу коровью оспу, взятую с руки больной молочницы. Вакцинация оказалась большим шагом к победе над этой опасной вирусной инфекцией.

Тем не менее, идея вакцинации в обществе продвигалась сложно. Так, в европейских странах, где доминировало католическое христианство, которое настраивало общество против прививок от оспы, Наполеон боролся с сопротивлением населения административными методами: был издан приказ «об улучшении метода вакцинации и его широком использовании» [179, с.103]. После этого обязательная вакцинация стала распространяться по странам Европы, получив поддержку католической церкви. По свидетельству историков, «во Франции и Италии священники проповедовали пользу вакцинаций во время

церковных служб, а также возглавляли шествия верующих, призывая их вакцинировать своих детей непосредственно сразу после крещения» [Там же. С. 106].

В странах с либеральными традициями (например, в Англии) процесс шел еще сложнее; обязательная вакцинация была введена для военных, сирот в приютах, бесплатно были вакцинированы дети из бедных сословий. Начатая в 1808 году программа массовой вакцинации встретилась с критикой и сомнениями населения. Среди аргументов: сомнения в безопасности вакцинации, религиозные аргументы связи оспы и «кары господней», похожесть шрама от процедуры на «дьявольскую отметину». Важным аргументом против вакцинации стал факт принуждения к процедуре (например, в Швеции, Англии), что вынудило власть сделать вакцинацию добровольной.

В Российской империи с 1801 года начали прививать сирот в приютах, но в целом по стране процесс развивался медленно, на добровольной основе. В 1811 году в городах были открыты специальные Комиссии для подготовки персонала (вакцинаторов) и прививания крестьян [179, с. 105].

И хотя вакцинация против оспы стала обязательной еще в 19 веке, тем не менее в 1967 году болезнь была активной в 33 странах, а только за год «было зафиксировано 10-15 миллионов случаев оспы и умерло около 2 миллионов человек» [49]. Это связано в первую очередь с отсутствием у многих социальных групп понимания важности вакцинации. В обществе были сильны антипрививочные настроения, связанные с идеей ограничения личных свобод граждан. Так, например, уклонисты приобретали поддельные сертификаты о вакцинации, что в свою очередь вынудило общественных активистов, контролирующих население, обходить дома и сверять сертификаты с наличием шрамов от прививки. Тем не менее, даже подобные меры антипрививочники научились обходить, подделывая шрамы на руке, выжигая кожу азотной кислотой.

Дополнительные трудности в продвижении вакцинации возникли на основе открывшегося позже факта о необходимости ревакцинации через 10 лет, население оказалось морально не готовым к повторной вакцинации, поскольку сам факт того,

что после вакцинации можно заболеть, не мог не вызывать раздражение и недопонимание. Антипрививочные народные кампании начались в протестантских и католических странах, что вынудило государства усиливать пропаганду, увеличивать возможности массовой вакцинации, а например, в Германии были введены документы, свидетельствующие о наличии прививки от оспы, которую требовали работодатели и учебные заведения [378].

Таким образом, эпидемия оспы, полное искоренение которой было объявлено ВОЗ только в 1980 году, во многом изменила поведение людей, привив новые ценности в сфере культуры здоровья, создав новые практики здоровьесберегающего поведения и новые социальные нормы сдерживания пандемии, что в свою очередь повлияло на демографический и экономический рост европейских стран [49].

Следующей мировой пандемией стала холера, возникшая в 1817 году, первая из семи за последующие 150 лет.

Первая волна холеры, начавшаяся в Индии, была вызвана зараженным рисом. Тем не менее, она быстро распространилась по всем странам. Так, Д. В. Михель отмечал: «болезнь вышла за пределы Индии и вскоре достигла Индонезии, Китая и Филиппин» [179, с. 112]. Британский флот быстро распространил инфекцию в Европу, Индонезию, Китай, Японию и Америку, где от нее погибли еще 150 тысяч человек.

Вторая волна холеры (1826 - 1837 годы) развивалась стремительно, преимущественно на территориях, где и первая волна. В Европу инфекция пришла из России весной 1831 года, распространяясь через зараженную воду. По оценкам историков, в России уровень смертности достигал 50% от числа заболевших. В результате второй волны пандемии умерло около 200 000 человек [Там же. С.113].

Следующие четыре пандемии холеры произошли в мире в интервале с 1852 по 1923 годы. Третья пандемия с 1852 по 1860 год (в некоторых источниках с 1846 по 1859 год) охватила Азию, Европу, Африку, Америку [42, с. 263]. Холера повторно появилась в России в 1846 году. По оценке историков Л. В. Выскочкова, А. А. Шелаевой, «в период 1847-1859 гг. в России умерли 1 032 864 человека» [Там

же].

Следующие, четвертая (1863-1875 гг.) и пятая (1881-1896 гг.) пандемии холеры имели множество вспышек на территории большинства государств.

Для западной цивилизации пандемия холеры принесла культурные и социальные последствия. Стремительное течение болезни и возможная смерть в течение суток, как и внешние проявления болезни, вызывали потрясение – «у больного начиналось сильнейшее обезвоживание, сопровождавшееся непрерывной рвотой и диареей. В считанные часы человек совершенно менял свой облик, покрывался «синюшней кожей» и умирал среди собственных экскрементов. Для современников это была постыдная смерть, эстетика которой повергала в отчаяние» [179, с. 114; 44]. Непонимание причин заболевания и неспособность медицины остановить пандемию приводило к появлению народных культурных стратегий профилактики и лечения холеры. Например, использование снадобья народных целителей, жжение костров и окуривание жилищ, даже практика стрельбы из оружия в воздух, использование магических обрядов и заклинаний [20; 322].

Можно предположить, что волнообразное появление пандемий холеры имеет тесную связь с культурой быта и питания основной части населения – крестьянства. Так, например, в России врач К. П. Пашков в отчете после завершения в 1894 году эпидемии холеры в деревне Гочево Обоянского уезда Курской губернии описывает низкую санитарную культуру местных жителей и сопутствующие эпидемии природные условия – илистую реку, болотистые почвы и др. [211]. Тем не менее, наблюдения доктора подтверждают причинность и поведенческого фактора в распространении холеры. Например, болели жители, бравшие воду из речки, где на берегу сваливали отходы жизнедеятельности животных, а пившие колодезную воду не болели. Болели, имевшие в избах грязь и стиравшие белье больных и здоровых вместе. К. П. Пашков отмечает, что «общее настроение Гочевских обывателей было крайне подавленное, угнетенное; иные – трусили, другие, особенно похоронившие кого-либо из близких, – впадали в какое-то отчаяние. Последние иногда оказывали сопротивление и оскорбляли врача. <…>

Рассуждение их: «сегодня жив, а завтра умрешь; не боюсь я никого и ничего не хочу исполнять!» – ведь это храбрость отчаяния» [Там же. С. 8]. Для остановки холеры в деревне К. П. Пашков предпринял санитарные меры, по сути, корректировал санитарные нормы культуры здоровья: вынес за деревню место утилизации отходов, установил порядок пользования общественным колодцем (общественное ведро без контакта с индивидуальными), ввел правила дезинфекции вещей и белья больных, а также ввел правила захоронения больных и ужесточил их сроки. Всего, по данным Л. В. Выскочкова и А. А. Шелаевой, в России 19-го века было «зафиксировано 4 837 236 случаев заболеваний холерой, скончались 1 984 049 человек» [42].

Сменяющиеся волны пандемии холеры обнажили социальные противоречия европейских обществ первой половины 19 века. Разное восприятие и трактование причинности пандемии элитами и низшими сословиями приводила к формированию подозрительности между социальными группами. Среди народа бытовало мнение о стремлении элит «избавиться от лишних ртов», а высшие сословия презирали народ за суеверия, отказ от соблюдения официально объявленных мер профилактики. Традиционно для пандемии выросло и недоверие к этническим меньшинствам и представителям другой веры. Д. В. Михель пишет об этом следующее: «поползи слухи об отравителях. В России народ подозревал в распространении холеры евреев, татар, немцев. В Австрии подозрения падали на цыган» [179, с. 115]. Безрезультатное лечение и непонимание причин и механизма заражения пробуждали народный гнев и агрессию в отношении медицинского персонала (от подозрений в преднамеренном отравлении до корыстных целей умерщвления).

Наибольшее недовольство народа вызывали принимаемые правительствами меры профилактики, и, прежде всего, системы карантинов. По мнению Е. Х. Акеркнехта, реакция населения зависела от степени авторитарности государственной власти. Например, по оценке Д. В. Михеля и Е. Х. Акернехта, «авторитарные власти России и Пруссии прибегли к проверенной стратегии «карантинизма», широко используя войска и полицию для оцепления зараженных

мест и усмирения народных волнений» [179, с. 115; 318]. При этом в странах (например, в США) где правительства придерживались либеральных взглядов, жесткие административные меры не использовались.

Известное явление как «холерные бунты» имели место во многих странах. Так, протестовали против запрета на передвижение, принудительных захоронений, роста цен, вызванных карантинными мерами. Обострились противоречия государственной и церковной власти. Таким образом, все свидетельства о эпидемиях холеры показывают начавшийся в те времена кризис общественного развития, имевший в своей основе сложные социальные и культурные противоречия.

Вакцина была создана уже в 1885 году, но вспышки болезни продолжались еще значительное время. По оценкам экспертов ВОЗ, седьмая волна пандемии холеры продолжается с 1961 года. В современном мире проблема актуальна для 50 стран, в которых ежегодно холера поражает 1,3-4 миллионов человек, унося жизни 21000-143000 человек [336].

Исследования П. Балдвина относительно истории борьбы государств с холерой, оспой и сифилисом на протяжении 1830-1930 гг. показывают, что эпидемии стимулировали усиление институтов государственной власти и ослабление демократических тенденций, что привело к формированию систем сохранения общественного здоровья, в основе которых лежали карантин, изоляция и строгое регулирование правил общественной и экономической жизни общества [322; 323].

Еще одной серьезной эпидемией, периодически свирепствующей во всем мире, является пандемия гриппа. Так, в 1580 году из Азии грипп распространился на Африку, Европу, Америку. По оценке В. Бэвэриджа, «в течение шести недель он поразил почти все народы Европы, из которых едва ли двадцатый человек был свободен от болезни, а некоторые испанские города почти полностью обезлюдели от болезни» [328]. В 1688 году грипп поразил Англию, Ирландию и США. Как отмечал Дж. Дафи, «люди умирали… как от чумы» [347]. В 1699 году пандемия гриппа началась в Европе и Америке. Д. Петит пишет, что «болезнь охватила почти

все семьи. Спаслись немногие или никто, и многие умерли, особенно в Бостоне, причем некоторые умерли странным или необычным образом, в некоторых семьях все заболели вместе, в некоторых городах почти все были больны, так что это было время болезней» [372]. Следующая волна эпидемии гриппа пришла в 1847-48 годах, по оценке В. Бэвэреджа, например, только в Лондоне «от гриппа умерло больше людей, чем от ужасной эпидемии холеры 1832 года» [395]. Спустя менее полвека, в 1889 года пандемия гриппа пришла из Сибири и Казахстана, распространилась по России до Москвы и Петербурга, затем в Финляндию, Польшу, и дальше по всей Европе. Затем грипп пересек океан, достиг Северной Америки и Африки.

Следующая пандемия гриппа 1918 года получила название «испанский грипп» или «испанка». Происхождение вируса неизвестно, а ассоциация с Испанией возникла благодаря нейтралитету страны в Первой мировой войне, который и позволил испанским СМИ писать о болезни, тогда как цензура воюющих стран избегала любой информации об эпидемии, опасаясь паники, что в свою очередь и привело к стремительному распространению вируса гриппа, ставшего причиной мировой пандемии. По словам очевидцев, «жертвы умирали в течение нескольких часов или дней после появления симптомов, их кожа становилась синей, а легкие наполнялись жидкостью, от которой они задыхались [386].

К осени грипп распространился по всей Европе, Ближнему Востоку, России, Америке и Азии [397]. Эффективные лекарства от этого штамма вируса отсутствовали. Пандемия «испанки» была самая смертоносная в истории человечества, число заражений насчитывалось около 500 миллионов человек по всему миру, что составляло около трети населения планеты. Грипп унес жизни около 50 миллионов человек, а по некоторым оценкам, число жертв составило 100 млн. чел. [315; 361; 363; 372]. Преобладающее большинство погибших от гриппа – молодые люди от 20 до 40 лет [397]. По оценке С. Кноблера и др., в сопоставлении с мировой численностью населения сегодня, потери от «испанки» составили 175-350 миллионов человек [395]. В свидетельствах сотрудников Красного Креста состояние общества того времени отразилось следующим образом: «Страх и

паника перед гриппом сродни ужасу Средневековья по поводу черной чумы, [были] распространены во многих частях страны» [392]. При этом Р. Колиер писал, что «если эпидемия продолжит свой математический темп ускорения, цивилизация может легко… исчезнуть… с лица земли в течение еще нескольких недель» [338].

Правительствами стран принимались различные меры по недопущению распространения инфекции: организовывались специализированные морги и захоронения, массово использовались средства индивидуальной защиты – марлевые маски, закрывались на карантин места общественного пользования, школы, театры, предприятия. Например, в Нью-Йорке действовал приказ, предписывающий посменную работу предприятий с началом в разное время суток во избежание скученности в общественном транспорте. Было рекомендовано в деловом этикете отказаться от рукопожатий и были приняты правила, запрещающие плеваться. Как писали в The New York Times, «во время пандемии бойскауты в Нью-Йорке подходили к людям, которых они видели плюющимися на улице, и раздавали им карточки с надписью «Вы нарушаете санитарный кодекс» [386]. За время пандемии от гриппа смертность среди солдат составила больше, чем армия потеряла убитыми за Первую мировую войну [315]. Угроза испанского гриппа исчезла так же быстро, как и появилась, окончательно пандемия закончилась в 1920 году.

Самым поучительным уроком в регуляции здоровьесберегающего поведения населения и государственной пропаганды является нарушение доверия населения и превращение страха в панику через жесткое регулирование поведения (карантины, санкции и т.д.), которое формируется через многократные, не соответствующие действительности, противоречащие заявления чиновников. Идея «Страх убивает больше, чем болезнь», по мнению В. Хартсвельда, «стала мантрой на национальном уровне» [397]. Руководствуясь этой идеей, национальные СМИ, в условиях закрытия на карантин и самоизоляцию населенных пунктов, повторяли, что «нет повода для паники или тревоги» [395]. Однако население видело соседей и родственников, умирающих стремительно и массово, возникало противоречие между словами пропагандистов и увиденными фактами, что усиливало панику,

снижало доверие к любой информации от официальных СМИ. Так, например, С. Л. Кнобер отмечал, что «правительство США приняло закон, предусматривающий наказание в виде 20 лет тюремного заключения за произнесение, печать, написание или публикацию любых нелояльных, богохульных, непристойных или оскорбительных высказываний о правительстве Соединенных Штатов» [395].

Таким образом, пандемия гриппа в комбинации с первой мировой войной породила в американском обществе страх, вошедший в менталитет, заставляя бояться процессов, происходящих в остальном мире. Возникли идеи недоверия и борьбы со всем чуждым – большевизмом, коммунизмом, социализмом: например, движение «Ку-клукс-клан» обрело сторонников из-за нативного страха перед «чужим», перед «не таким, как мы».

В 1957 году начавшийся в Гонконге штамм азиатского гриппа распространился по странам мира, унеся с собой от одного до двух миллионов человек [374]. Вторая волна гонконгского гриппа прокатилась по миру в 1968 году, высокая заразность штамма стала причиной его стремительного распространения. Например, в Гонконге за 2 недели число заболевших составило 500 000 чел. [316], однако разработанная вакцина и широкий доступ к антибиотикам смогли быстро остановить болезнь.

В современном мире существует несколько мировых пандемий, которые также влияют на поиски факторов и условий саморегуляции здоровьесберегающего поведения индивида и формирования культуры здоровья. Так, в 1970-х годах в США ученые выявили вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Однако внимание широкой общественности заболевание привлекло только в 1981 году благодаря Центру по контролю и профилактике заболеваний (CDC), когда уже были выявлены сотни больных и погибших от болезней, связанных с вирусом иммунодефицитом. В сентябре 1982 года был впервые официально использован термин СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита. По оценкам ВОЗ, в мире к 2021 году «было зарегистрировано 37,7 миллиона человек, живущих с ВИЧ-инфекцией», из них 2/3 проживают в Африке [359]. При этом, только «в 2020 г. от причин, связанных с ВИЧ-инфекцией, умерло 680 000 [480 000–

1,0 миллиона] человек и еще 1,5 миллиона [1,0–2,0 миллиона] человек заразились ВИЧ» [Там же].

В 2003 году в Азии было зарегистрировано появление атипичной пневмонии, которую обозначили как «тяжелый острый респираторный синдром» (ТОРС), по-английски «SARS», вызываемой коронавирусом SARS-CoV [312]. ТОРС является острым заболеванием дыхательных путей, симптомы болезни похожи на грипп, корь, свинку. Атипичная пневмония быстро достигла около двадцати стран Европы, Америки и Азии, но была локализована, и с 2004 года больше в мире не регистрировалась [382; 379]. Инструментом быстрой локализации явилась система карантинов. Китай подвергся критике за попытку скрыть информацию о вирусе в начале вспышки. Специалисты в области здравоохранения во всем мире восприняли SARS как тревожный сигнал для улучшения реагирования на вспышки, а уроки пандемии были использованы для сдерживания таких заболеваний, как H1N1, Эбола и Зика [280].

Следующая пандемия коронавируса «COVID-19» (первое название «2019-nCoV») началась 31 декабря 2019 г., когда впервые были зарегистрированы случаи пневмонии неизвестного происхождения в г. Ухань (КНР) [40; 205]. Заболевание стремительно распространялось по странам и континентам. К 01.04.2023 года численность подтвержденных случаев заболевания в мире составляла 761 млн. чел, умерших 6,9 млн. чел. [101]. Пандемия «COVID-19» явилась вызовом современному обществу, которое оказалось не готово терпеть ограничения введенных государствами санитарных мер по сдерживанию пандемии, впрочем, как и их предшественники. Рассмотрим социокультурные особенности и последствия современной пандемии коронавируса в следующих главах.

В таблице 3.1. представлено число погибших от различных вирусных пандемий на протяжении истории человечества.

Проведенный анализ пандемий и эпидемий в мировом масштабе позволил утверждать, что и в современной реальности ключевым в сохранении здоровья по-прежнему является поведение человека, включающее весь спектр мер, от использования средств индивидуальной защиты до карантинной самоизоляции.

Помимо инфекционных пандемий, современное общество переживает пандемию неинфекционных заболеваний. Так, известный российский врач Л. Рошаль особо отмечает пандемию «малоподвижного образа жизни» как причину роста сердечно-сосудистый заболеваний и лидерство заболеваний этого типа в структуре смертности населения [309].

Таблица 3.1. Мировые пандемии и количество умерших на протяжении истории

Название (рус.)	**Название (англ.)**	**Период, год**	**Число умерших, чел.**
Чума Антонина	Antonine Plague	165-180	5 млн.
Чума Юстиниана	Plague of Justinian	541-542	30-50 млн.
Эпидемия оспы в Японии	Japanese smallpox epidemic	735-737	1 млн.
Черная смерть	Black Death	1347-1351	200 млн.
Вспышка оспы в Новом Свете	New World Smallpox Outbreak	1520	Более 56 млн.
Итальянская чума	Italian Plague	1629-1631	1 млн.
Великая чума Лондона	Great Plague of London	1665	100 тыс.
Третья пандемия	Third Plague	1885	12 млн. (Индия и Китай)
Жёлтая лихорадка	Yellow Fever	Конец XIX в.	100-150 тыс. (США)
Русский грипп	Russian Flu	1889-1890	1 млн.
Испанка	Spanish Flu	1918-1919	40-50 млн.
Азиатский грипп	Asian Flu	1957-1958	1,1 млн.
Гонконгский грипп	Hong Kong Flu	1968-1970	1 млн.
ВИЧ/СПИД	HIV/AIDS	1981 – наст. время	25-35 млн.
ТОРС, «пурпурная смерть»	SARS	2002-2003	770
Свиной грипп	Swine Flu	2009-2010	200 тыс.
Эбола	Ebola	2014-2016	11 тыс.
БВРС	MERS	2015 – наст. время	850
Коронавирусная инфекция 2019	COVID-19	12.2019 – 05.05.2023	6 935 тыс. чел.

[Составлено по: 202; 101]

И хотя угроза современных пандемий становится все острее, тем не менее современные исследования взаимосвязей между культурными и социальными факторами распространения пандемий, а также заболеваний различной этимологии весьма незначительны. Только некоторые ученые уделяют внимание данной проблематике. Так, можно выделить исследования М. Варнум и И. Гроссмана, в

которых анализируется связь распространенности патогенов с культурными изменениями гендерного равенства. Нельзя переоценить и важность работ М. Шаллера, который, изучая угрозы инфекционного заболевания и предрассудки, разработал термин «поведенческая иммунная система» («BIS») для обозначения набора развитых психологических механизмов, выступающих первичным инструментом защиты от инфекционных заболеваний, позволяющим обнаруживать присутствие патогенных микроорганизмов в окружающих объектах, а также механизм стимул-ответ, который вызывает отвращение (аффективные, когнитивные и поведенческие реакции) на эти объекты, т.е. стимулирует профилактическое поведение для предотвращения заражения [398; 380; 388]. Он впервые продемонстрировал связь поведенческой иммунной системы с предрассудками, с социальным познанием и поведением, т.е. с происхождением межкультурных различий [349; 370].

По оценке А. Терриззи, Н. Дж. Шука и др., отвращение является предиктором социального консерватизма и предвзятого отношения к гомосексуалистам, а религиозный консерватизм эволюционно сформирован в качестве стратегии предотвращения болезней [388]. Авторы утверждают, что «BIS» может способствовать избеганию членов чужой социальной группы, источника заражения (исторически обусловленного), вызывать социальный консерватизм, в отдельных ситуациях способствовать ксенофобии и этноцентризму. На основе метаанализа 24 исследований они подтвердили гипотезу о том, что «поведенческая иммунная система» влияет на формирование консервативных убеждений, продвигающих социальную исключительность, религиозный и этноцентризм, усиливая негативное отношение к отдельным социальным группам [Там же]. Концепция «поведенческой иммунной системы» актуальна в контексте исследования культуры здоровья и использована в диссертации при формировании гипотезы исследования и предполагает, что «поведенческая иммунная система» влияет на регуляцию социальных отношений, поощряя нормы и ценностные ориентации, защищающие индивида от влияния внешних групп и индивидов, представляющих угрозу заражения.

Таким образом, ретроспективный анализ влияния пандемий на социум показал, что пандемии, вызванные вирусными и другими возбудителями, постоянно возникали на протяжении истории и сохраняют актуальность в современных обществах, являясь неотъемлемым, сложно управляемым природно-биологическим фактором в механизме сохранения здоровья человека. Исторически пандемии были причинами социально-политических, экономических и культурных трансформаций, кризисов. Первичным последствием природно-биологических факторов вирусных пандемий, прежде всего, являлось стремительное сокращение численности населения стран (включая сокращение продолжительности жизни), при этом система здравоохранения наработала исторический опыт борьбы с пандемиями, от карантинных мер и средств индивидуальной защиты до разработки высокотехнологичных вакцин. Тем не менее, биологическое окружение человечества продолжает бросать вызовы современному обществу и сталкивать с новыми угрозами, напрямую влияющими на развитие общественных отношений и социокультурное развитие общества. В этих условиях формирование культуры здоровья современного индивида приобретает ключевое значение для общества как с позиции сохранения здоровья нации в период эпидемий, так и недопущения социальных потрясений, основой которых может являться низкая культура здоровья, проявляемая в неготовности и способности индивидов следовать создаваемым социальным нормам сохранения здоровья.

3.2 Особенности здоровьесбережения в российском обществе до и во время пандемии COVID-19

При решении вопросов формирования культуры здоровья с социологической позиции важно оценивать российское общество в контексте мировых тенденций развития общественного здоровья и глобальных рисков пандемий, не имеющих границ государств. Для этого важно рассмотреть современное состояние общественного здоровья России и оценить его в динамике, используя методы

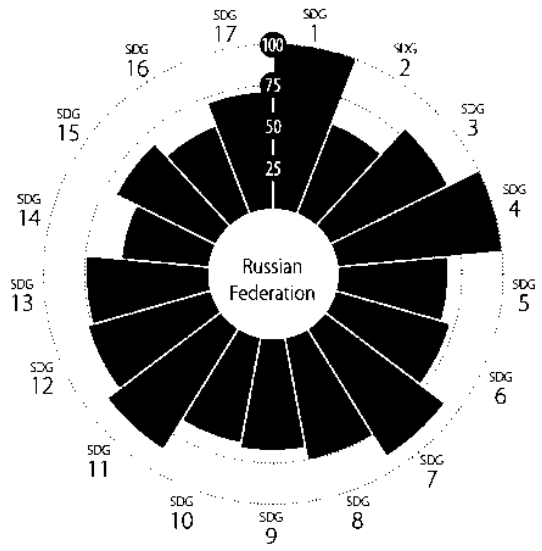
компаративного анализа.

Устойчивое развитие общества, объявленное Организацией Объединенных Наций (ООН) мировой международной глобальной задачей, тесно связано с состоянием общественного здоровья [400]. Российская Федерация как член ООН, объединяющей 193 государств, в 2000 году участвовала в разработке Декларации тысячелетия, в которой были определены восемь международных Целей развития тысячелетия. Основная задача состояла в улучшении социально-экономических условий и охраны здоровья населения беднейших стран (здоровья детей и матерей, борьбы с ВИЧ/СПИДом, малярией, туберкулезом и другими заболеваниями). Цели имели горизонт планирования в 15 лет, и многие из них были достигнуты к 2015 году.

В 2015 году странами ООН были приняты глобальные цели, названные «Цели в области устойчивого развития» (ЦУР), являющиеся ориентиром развития для многих стран мира, в которых был декларирован идеалистичный призыв «к действиям по искоренению нищеты, защите планеты и обеспечению того, чтобы все люди наслаждались миром и процветанием к 2030 году» [400]. ЦУР были взаимосвязаны, т.к. изменение в одной сфере влияет на результаты в других, таким образом, достигая баланса социальной, экономической и экологической устойчивости. Согласно предложенной ООН методике, ЦУР включает 17 целей, сформулированных в 169 задачах, содержащих следующие компоненты: люди (здоровье, образование, ликвидация голода и продовольственная безопасность), приемлемые условия среды обитания (санитария, комфорт, безопасность), партнерство, развитие общественных отношений и равенства, обеспечение экономического роста и занятости, а также сохранение экологии на глабальном и локальном уровнях. Практически все цели ориентированы на сохранение здоровья напрямую или опосредованно (Приложение А, Таблица А. 2). При этом в концепции ЦУР было заложено амбициозное видение: «Мы предвидим мир, свободный от нищеты, голода, болезней и нужды, в котором может процветать все живое. Мы предвидим мир, свободный от страха и насилия. Мир с всеобщей грамотностью. Мир с равноправным и всеобщим доступом к качественному

образованию на всех уровнях, к здравоохранению и социальной защите, где обеспечено физическое, психическое и социальное благополучие. Мир, в котором мы подтверждаем свои обязательства в отношении права человека на безопасную питьевую воду и санитарию и гигиену; где еда достаточна, безопасна, доступна и питательна. Мир, в котором среда обитания человека безопасна и устойчива, и где есть всеобщий доступ к недорогой, надежной и постоянной энергии» [396]. Идеализированная миссия организации, транслирует ценности обществу, в том числе ценности здоровья и связанного с ним социального благополучия, на уровне витальных ценностей, понятных человеку любой культуры.

По глобальному рейтингу достижения ЦУР ООН, Россия на начало 2022 года занимала 46 место (из 165 стран), имея индекс SDG 73,75 (максимальный Финляндия – 85,9). Оценка достижения Российской Федерации ЦУР ООН в динамике за 2021 год представлена на Рисунке 3.1. Отметим также, что, по данным экспертов ООН, в 2021 году РФ относилась «к 66 странам с очень высоким уровнем человеческого развития (52 место в рейтинге)» [201].



1. Ликвидация нищеты.
2. Ликвидация голода.
3. Хорошее здоровье и благополучие.
4. Качественное образование.
5. Гендерное равенство.
6. Чистая вода и санитария.
7. Недорогостоящая и чистая энергия.
8. Достойная работа и экономический рост.
9. Индустриализация, инновации и инфраструктура.
10. Уменьшение неравенства.
11. Устойчивые города и населенные пункты.
12. Ответственное потребление и производство.
13. Борьба с изменением климата.
14. Сохранение морских экосистем.
15. Сохранение экосистем суши.
16. Мир, правосудие и эффективные институты.
17. Партнерства в интересах устойчивого развития.

Рисунок 3.1 – Оценка достижения Российской Федерации «Целей устойчивого развития» за 2021 год [387]

Связь устойчивости общества с развитием общественного здоровья подчеркнуто в ЦУР №3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие

благополучию для всех в любом возрасте» (Приложение А. Таблица А.3) [289]. Несмотря на то, что цели устойчивого развития ООН 2015-2030 гг. являются общемировыми, большая часть задач и индикаторов, особо актуальных для развивающихся стран, в России была достигнута еще во времена СССР. Тем не менее, оценивая динамику достижения ЦУР Российской Федерацией в разрезе показателей за 2000-2018 гг. необходимо отметить, что по показателям, связанным с обеспечением здорового образа жизни, а, следовательно, и с формированием культуры здоровья наблюдаются следующие негативные тенденции: новые ВИЧ-инфекции (на 1000 человек) – рост с 0,46 в 2008 году до 0,7 к 2017 году; распространение ожирения, индекс массы тела (ИМТ) ≥ 30 (% взрослого населения) с 20,9 в 2008 году до 23,1 в 2016 году [387].

Согласно Указа Президента РФ от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (далее, Указ) стратегической целью в сфере сохранения здоровья и социального развития является устойчивый естественный рост численности населения Российской Федерации, а также повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет (к 2030 году – до 80 лет) [4]. В 2024 году национальные цели развития были скорректированы, и было обозначено достижение к 2030 году ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет и 81 года к 2036 году [10]. Остальные цели в Указе № 204, например, рост доходов и пенсионного обеспечения граждан, улучшение жилищных условий были обозначены как важнейшие обеспечивающие условия естественного роста численности и продолжительности жизни населения. Целевые показатели (Приложение А. Таблица А.4) определяли следующие компоненты роста ожидаемой продолжительности здоровой жизни: увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни и систематически занимающихся физической культурой и спортом, а также снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста [4].

Описанные программы и проекты, безусловно, не предусматривали сценарии возникновения пандемии. Тем не менее, 31 декабря 2019 г. ВОЗ зафиксировала

случаи заболевания пневмонии неизвестного происхождения в г. Ухань Китайской Народной Республики. Исследования показали, что причиной заболевания являлся коронавирус «2019-nCoV», который позже назвали «COVID-19» [40; 205]. Общество столкнулось с пандемией COVID-19, как ее охарактеризовал директор ВОЗ. Уже в марте 2020 года заболевание распространилось на 114 стран мира.

По данным мирового сообщества пандемия COVID-19 перечеркнула более 4 лет прогресса в борьбе с нищетой, поставила под угрозу десятилетия прогресса в обеспечении здоровья людей в мире, снизила продолжительность жизни и охват иммунизацией (22 млн. детей не были привиты основными вакцинами), увеличила число людей испытывающих тревогу и депрессию [66, с. 8, 10].

Анализ состояния общественного здоровья РФ и основные социально-демографические показатели, рассчитанные согласно методологии Федеральной службы государственной статистики РФ, до и во время пандемии COVID-19, позволили оценить ее влияние на современное общество.

Численность постоянного населения Российской Федерации на 01.01.2020 г. составляла 146 748 590 чел. [294]. За первый год пандемии население РФ сократилось и составило 146 171 015 человек (на 01.01.2021 г.), а за второй год пандемии сократилось еще на 613 439 чел. (145 557 576 чел. на 01.01.2022 г. [Там же].

Во время пандемии значительных изменений в половой структуре населения и местности их проживания не произошло [58]. При этом, отметим, что тенденция, традиционная для эпидемий – выезд части населения из городов в сельскую местность или пригородные районы не была отражена в государственной статистике по причине отсутствия регистрации граждан, проживающих в дачных поселках, но отражена в публикациях прессы и наблюдениях исследователей [215].

За время пандемии изменилась структура населения. Так, к началу пандемии 56,3% численности населения составляли лица трудоспособного возраста, 18,7% – моложе трудоспособного, 25,0% – старше трудоспособного возраста (Приложение А, Таблица А.5) [57]. За первый год пандемии (2020 г.) число трудоспособного

населения сократилось на 797 тыс. чел., на 55 тыс. чел. молодое население, но на 274 тыс. чел. выросло население старше трудоспособного возраста.

В первый год пандемии COVID-19 незначительно вырос суммарный коэффициент рождаемости среди городского населения с 1,427 до 1,434 и сократился с 1,754 до 1,739 среди сельского населения (продолжив ранее начавшую тенденцию снижения) (Приложение А, Рисунок А.5) [270].

Во время первого года пандемии COVID-19 продолжилось сокращение числа родившихся (с 10,1 до 9,8 чел. на 1000 чел.) и возросло число умерших (с 12,3 до 14,6 чел. на 1000 чел.), а естественная убыль населения за 2020 год составила 702 072 чел. [58]. Одним из факторов сохранения естественной убыли населения явилась пандемия COVID-19, вследствие которой в РФ (как и во всем мире) в 2020-2022 гг. отмечался волнообразный рост численности заболевших и умерших по причине мутаций COVID-19 и изменением его вирулентности (Рисунок 3.2, 3.3) [101]. За период пандемии COVID-19 (с 3.01.2020 г. по 01.04.2023 г.) в мире по данным ВОЗ было зарегистрировано 761 402 282 подтвержденных случаев заболевания и 6 887 000 летальных исходов.

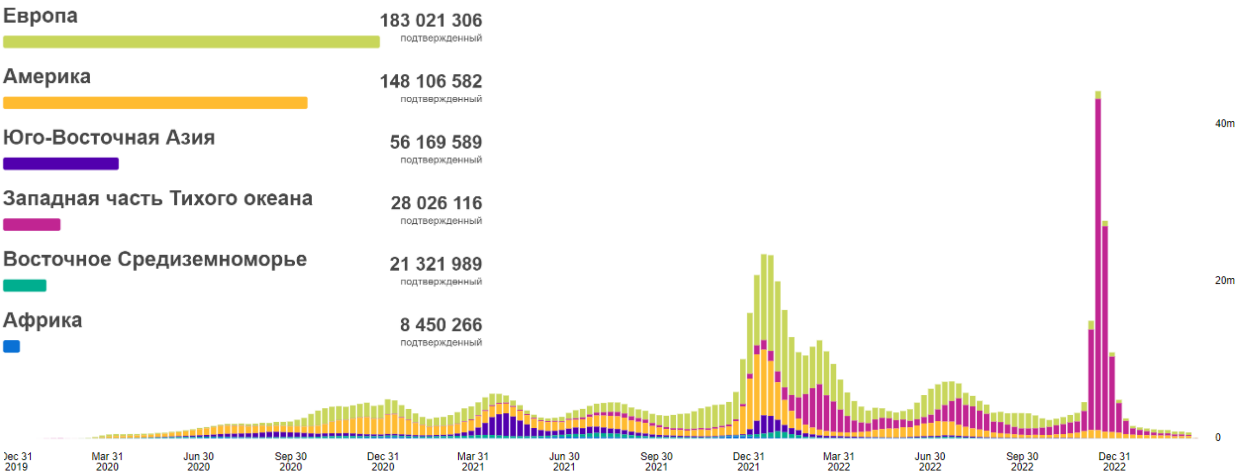


Рисунок 3.2 – Еженедельная динамика подтвержденных случаев COVID-19 в мире в разрезе регионов, чел (данные на 01.04.2023) (построено: [101])

В первые месяцы эпицентром пандемии являлся европейский регион, где было зарегистрировано более 40% мировых случаев заражения и 63% общего числа

смертей, вызванных COVID-19. С мая 2020 года до начала января 2022 года лидерство в заболеваемости принадлежало Америке (Южная и Северная), затем снова возросла доля заболевших среди проживающих в Европе. При этом в численности умерших с начала пандемии преобладали жители американского континента.

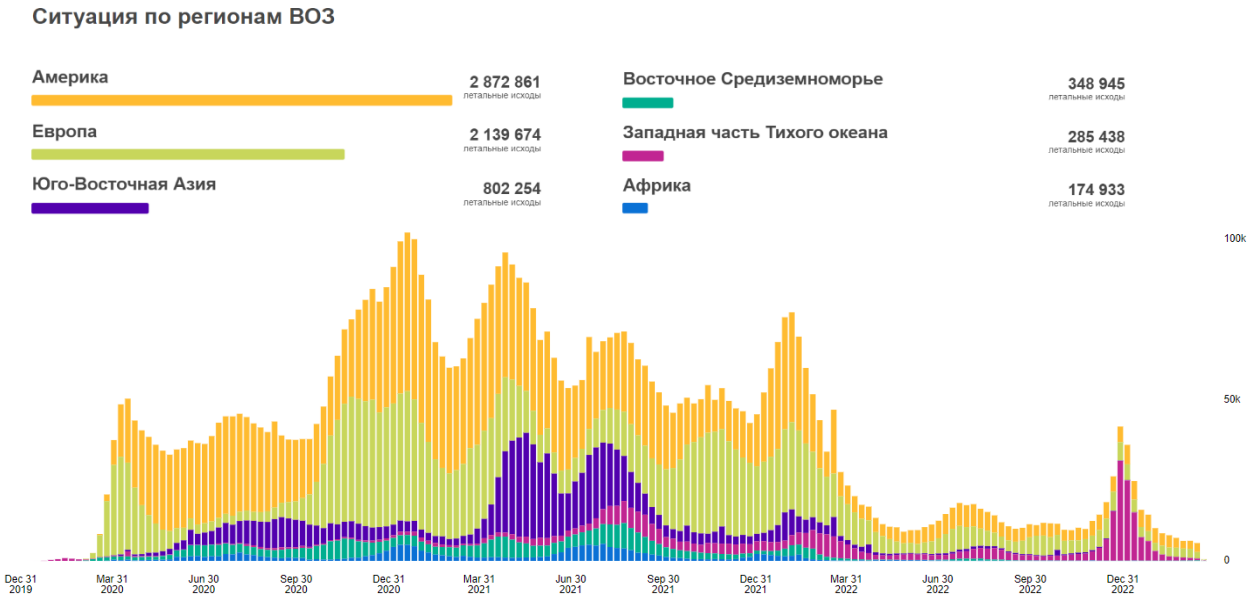


Рисунок 3.3 – Еженедельная динамика числа летальных исходов вследствие COVID-19 в мире в разрезе регионов, чел (данные на 01.04.2023) (построено: [101])

Динамика и темпы распространения болезни в мире и РФ отличались (Рисунок 3.4). Так, в РФ значительные волны роста числа подтвержденных случаев COVID-19 приходились на конец 2020 года, июль и ноябрь 2021 года, начало и середину 2022 г. Пиковое число зарегистрированных заболевших COVID-19 (штаммом «Омикрон») отмечено в начале 2022 г. [234]. За период пандемии в Российской Федерации (с 3.01.2020 г. по 01.04.2023 г.), по данным ВОЗ, было зарегистрировано 22 603 646 подтвержденных случаев COVID-19 и 397 146 летальных исходов, их наибольшее число отмечалось в конце 2020 года, второй половине 2021 года и в начале 2022 года (Рисунок 3.4).

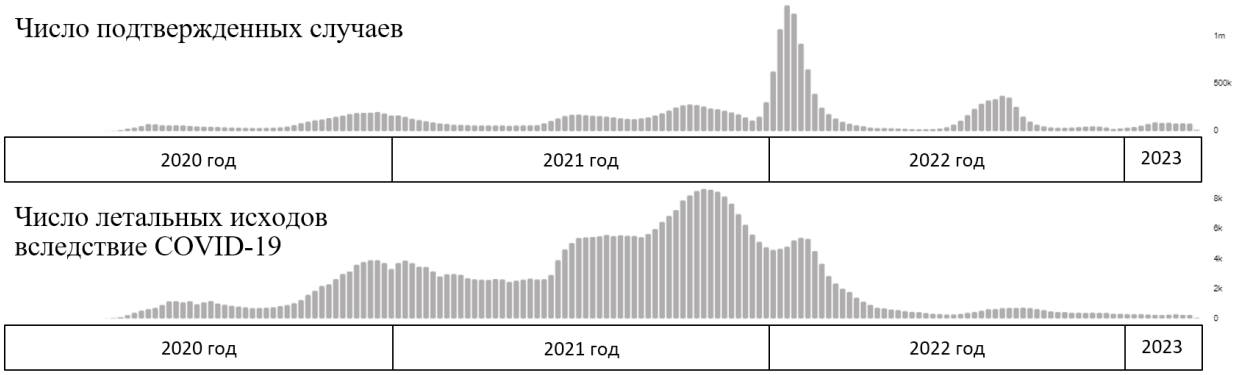
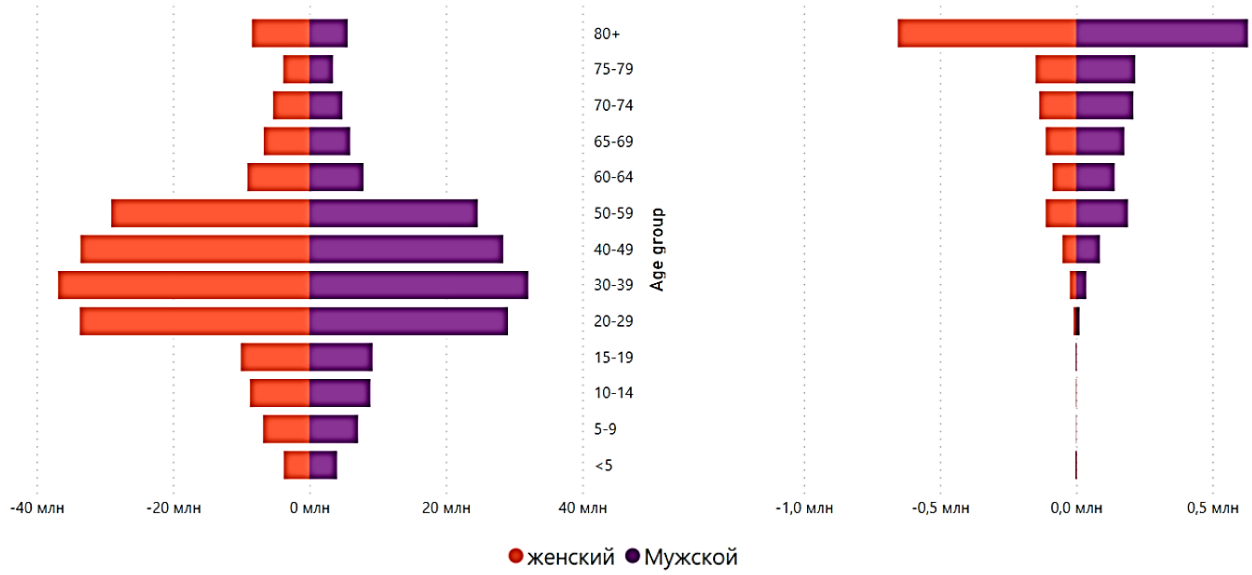


Рисунок 3.4 – Еженедельная динамика числа подтвержденных случаев и летальных исходов вследствие COVID-19 в Российской Федерации с 30 декабря 2019 г. по 1 апреля 2023 г., чел. (построено: [234])

При этом в РФ за пять месяцев с мая по сентябрь 2021 прирост составил 59,96% от числа заболевших за предыдущие 16 месяцев пандемии, из которых, по данным ВОЗ, зарегистрировано 218 345 смертей (прирост 91,57% за пять месяцев с мая по сентябрь 2021 от числа умерших вследствие COVID-19 за предыдущие 16 месяцев пандемии) [101]. Изменение штамма вируса привело к его стремительному распространению, так за следующие 5 месяцев (с октября 2021 г. по февраль 2022 г.) темп прироста заболевших составил 117% (от числа всех заболевших за предыдущий 21 месяц), а темп прироста умерших – 63% [101]. Если в начале мая 2021 создавалось впечатление, что пик заболеваемости пройден, то к началу 2022 года стала отчетливо видна волнообразная динамика заболеваемости и смертности.

Важной социальной особенностью пандемии COVID-19 был низкий риск заражения и смертности от коронавируса для детей и молодежи, причем различий по полу не отмечалось (Рисунок 3.5).

При этом лидерство в смертности преобладало среди населения старшей возрастной группы (особенно 80 лет и старше). Предельно низкая смертность от COVID-19 среди молодых людей имела влияние на их здоровьесберегающее поведение и культуру здоровья молодежи в отношении несоблюдения социальных норм дистанцирования и использования средств индивидуальной защиты.



А. Половозрастное распределение числа заболевших вследствие COVID-19

Б. Половозрастное распределение числа летальных исходов вследствие COVID-19

Рисунок 3.5 – Распределение по полу и возрастным группам числа заболеваний и летальных исходов вследствие COVID-19 в мире с 31.12.2019 г. по 01.03.2023 г., чел. (построено: [235])

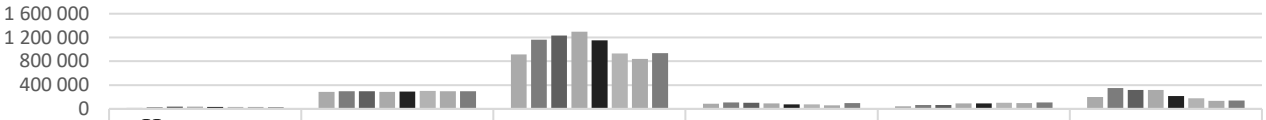
Российская Федерация в 2020-2022 гг. была на 4 месте в мире (после США, Бразилии и Индии) по числу смертельных исходов вследствие COVID-19, тем не менее в расчете на 100 000 чел. населения показатель составил 272,48 чел. На европейском континенте средняя смертность на 100 000 населения составила 237,09 чел., в Америке 287,96 чел. (по данным на 01.04.2023 г.) [101].

Таким образом, пандемия COVID-19 явилась серьезным испытанием для всех стран мира, включая Россию. Современное общество впервые столкнулось с пандемией, а последствия COVID-19 для национального здоровья стран мира еще предстоит оценить. Отмена статуса COVID-19 как «мировой чрезвычайной угрозой в области здравоохранения» была объявлена главой ВОЗ только 05.05.2023 г., что обозначило завершение «чрезвычайной фазы» [366].

В ходе исследования влияния пандемии на состояние общественного здоровья, важно оценивать существовавшие до нее тенденции и причины смертности населения. Согласно данным Росстата, лидирующей причиной смерти населения Российской Федерации с 1965 по 2020 год являлись болезни системы

кровообращения (с постепенной тенденцией сокращения с 2003 года), затем новообразования и внешние причины (Рисунок 3.6) [60].

С 2003 года наблюдалось постепенное снижение числа смертей от болезней органов дыхания и системы кровообращения, а с 1995 года – от внешних причин (убийств, самоубийств и т.д.). В 2020 (первый год пандемии COVID-19) в структуре причин смертности увеличилась доля умерших от болезней органов дыхания (рост с 40% до 60%), одной из причин являлось осложнение в виде пневмонии вследствие заражения вирусом.



	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	Новообразования	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины
1990	17 942	287 682	915 496	87 970	42 504	198 309
1995	30 499	298 710	1 163 511	108 780	67 825	348 507
2000	36 214	297 943	1 231 373	102 141	64 676	318 716
2005	38 996	287 915	1 299 452	94 736	93 808	315 915
2010	33 609	293 171	1 151 917	74 808	91 995	216 867
2015	34 372	300 232	930 102	75 813	101 956	177 590
2019	32 918	298 699	841 207	59 188	98 271	137 633
2020	30 173	295 910	938 536	96 539	107 399	139 583

Рисунок 3.6 – Число умерших по основным классам причин смерти, чел. [60]

Схожие данные представлены Институтом показателей и оценки здоровья независимого исследовательского центра состояния здравоохранения в различных странах мира Университета штата Вашингтон (США), данные которого использует ВОЗ для анализа эффективности программ профилактики и сохранения здоровья. По их данным, перед пандемией COVID-19 в 2019 большая доля смертей населения РФ была вызвана неинфекционными заболеваниями (зачастую обусловленными поведенческими рисками), затем следуют различного вида травмы (самоповреждения, дорожные травмы, насилие и т.д.) и значительно меньшую долю занимают инфекционные болезни, болезни беременных и новорожденных

(Приложение А, Рисунок А.6) [353]. За 19 лет (с 2000 по 2019 год) лидерство среди болезней сохранили ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни (одинаково актуальные среди мужчин и женщин), выросло число других неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, новообразований и др.), при этом значительно снизилась смертность вследствие самоповреждений и насилия (тем не менее ее актуальность сохранилась среди мужчин в 2019 году). Отметим также сходство заболеваний, приводящих к смерти у населения Российской Федерации с проживающими в странах Восточной и Центральной Европы (Приложение А, Рисунок А.7).

Для оценки суммарного «бремени болезней» используют показатель «DALY», который отражает разрыв между текущим состоянием здоровья и идеальной ситуацией со здоровьем, когда все население живет до преклонного возраста, без болезней и инвалидности [345]. Статистика причин, утраченных лет здоровой жизни населения РФ, позволяет говорить о сохранении ведущей роли неинфекционных болезней и травм на протяжении 1990-2019 годов. При этом в 2019 году потерянные годы здоровой трудоспособной жизни были обусловлены в подавляющем большинстве поведенческими (39,38%), метаболическими (29,66%), экологическими и профессиональными (7,35%) факторами риска [353]. Укрупненная оценка групп риска и структура утраченных лет здоровой жизни (DALY) в РФ в 2019 году представлена в Приложении А, Рисунок А.8. В каждой укрупненной группе риска (поведенческие, метаболические, экологические, профессиональные) преобладающую долю занимают сердечно-сосудистые заболевания, особенностью которых в первую очередь является высокая зависимость их развития от поведения человека, его образа жизни, характера питания, физической активности и соблюдения рекомендованных правил, что в свою очередь связано с культурой здоровья индивида, его мотивированности и готовности следовать нормам сохранения здоровья и наличием высокой ценностной ориентации на его сохранение.

Анализ значимости причин, детерминирующих заболевания, приводящие к смертности (в т.ч. преждевременной) и инвалидности населения РФ до начала

пандемии в 2019 г., свидетельствовал о том, что у мужчин на первом месте – курение, высокое систолическое артериальное давление и употребление алкоголя, причем необходимо отметить, что эти факторы являются общемировой тенденцией, у женщин – высокое систолическое артериальное давление, сахарный диабет 2-го типа и избыточный вес (Приложение А, Рисунок А.9).

Статистические данные причин смертности, публикуемые Росстатом, не позволяют выделить отдельно количество смертей в 2020-21 гг. вследствие начала пандемии COVID-19, т.к. вызываемые ею осложнения хронических болезней и смерти от них отнесены к другим группам причин, что значительно осложняет оценку влияния COVID-19 на сокращение населения и продолжительность жизни.

Кроме того, нельзя не отметить и значительные вариации причин смертности по регионам страны, что подчеркивает дифференциацию населения в зависимости от регионального фактора (локального места проживания) (Приложение А, Таблица А.6) [295]. Причины дифференциации показателя по регионам многофакторны, системны и представляют собой проблемное поле для анализа, актуализируют необходимость регионального подхода в исследовании социальных факторов общественного здоровья и особо культуры здоровья как инструмента его формирования.

Понимание важности формирования культуры здоровья необходимо и для уменьшения рисков при «социально значимых заболеваниях», к которым относятся как инфекционные заболевания («туберкулез; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; гепатит В, С; болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)» [5]), так и неинфекционные заболевания («злокачественные новообразования; сахарный диабет; психические расстройства и расстройства поведения; болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением» [5]).

Согласно статистике ВОЗ, «каждый год от неинфекционных заболеваний (НИЗ) умирает 41 миллион человек <…> более 85% этих «преждевременных» случаев смерти приходится на долю стран с низким и средним уровнем доходов» [186]. Так, например, ВОЗ отмечает тесную связь между бедностью и НИЗ, полагая,

что «представители уязвимых и незащищенных категорий населения болеют чаще и умирают в более молодом возрасте по сравнению с представителями более благополучных социальных групп, главным образом в силу своей подверженности более высокому риску воздействия со стороны вредной для здоровья продукции, такой как табак, или склонности к нездоровому питанию, а также ввиду ограниченного доступа к услугам здравоохранения» [186]. Следовательно, изменение норм поведения (отказ от употребления табака и злоупотребления алкоголем, развитие физической активности, здоровое питание) может предотвратить или облегчить течение неинфекционных заболеваний.

Таким образом, исследование показало, что до и во время пандемии COVID-19 в Российской Федерации в структуре причин смертности населения преобладали неинфекционные заболевания, где ключевым является поведение человека и его образа жизни, и, следовательно, приводит к пониманию важности регулирования социокультурных факторов сохранения здоровья. Полученные в диссертационном исследовании результаты согласуются с концепцией эпидемиологического перехода А. Омрана, описывающей глобальный процесс изменения структуры смертности, связанный с экзо- и эндогенными причинами и соответствующие эпидемиологическому переходу рост дегенеративных и профессиональных заболеваний, при которых ключевая роль отводится (помимо достижений медицины) культуре здоровья – формированию социальных норм и ценностных ориентаций сохранения здоровья детерминирующих здоровьесберегающее поведение индивидов и групп [194].

Пандемия COVID-19 также продемонстрировала достигнутый ранее уровень культуры здоровья и профилактики болезней, вскрыв проблемы общества и культурные особенности как различных стран, так и социальных групп. Так, по мнению М. Гельфанд, разница между странами в их способности ограничивать случаи заражений и, следовательно, влиять на смертность связана с культурными различиями в силе социальных норм [393]. Действительно, результаты пандемии показали, что приверженность к выполнению социальных норм во многих странах значительно различается. Например, если Швеция не использует такую

социальную норму, как социальное дистанцирование, распространённую во многих странах в условиях COVID-19, то в США был введен строжайший запрет на его отсутствие. Тем не менее, обе эти страны доказывают свои позиции научными исследованиями (которые также могут быть культурно обусловленными).

Кроме того, можно согласиться с М. Гельфанд, утверждающей, что более жесткие культуры, такие как, например, Китай, Сингапур и Южная Корея имеют более строгие правила и наказания за отклонения от социальных норм, следовательно, имеют меньшее число преступлений и больше самоконтроля, тогда как в странах с более свободной культурой, например, в Бразилии, Испании и в США, в силу менее строгого выполнения социальных норм наблюдается меньше порядка и координации, но больше открытости, терпимости и творчества.

Описанные различия связаны с историей культурной, социальной и экологической угроз. Жесткие культуры, как правило, исторически имеют более высокий уровень стихийных бедствий, распространенности болезней, нехватки ресурсов, вторжений, а строгие правила и порядок помогали группам координировать свою деятельность для выживания в условиях высокой угрозы.

М. Дж. Гельфанд, Д. К. Джексон, С. Пан, Д. Нау, оценив связь между силой социальных норм и уровнем заболеваемости, смертности от COVID-19 (по данным на 16.10.2020 г.), используя регрессию наименьших квадратов, показали, что в странах с высоким уровнем культурной нестабильности было в 4,99 раза больше случаев заболевания и в 8,71 раз количества смертей. Исследователи делают вывод, что ужесточение социальных норм может дать эволюционное преимущество во времена коллективной угрозы, привести к большей выживаемости группы, в том числе за счет сокращения времени на согласование и координирование деятельности в рамках социальных групп [Там же]. Отметим, что, по мнению исследователей, Российская Федерация относится к странам с высокой «культурной раскованностью» (предлагаемый показатель отражает силу норм в стране и терпимость к людям, которые их нарушают).

Резюмируя вышесказанное, необходимо отметить острую потребность

общества в естественном приросте численности населения, увеличении продолжительности здоровой жизни и обеспечении возможностей ее сохранения. Особенностью здоровьесбережения в российском обществе является доминирование «поведенческих» причин смертности населения (хронических заболеваний и т.д.) как до пандемии, так и во время ее, а также сохраняющаяся динамика доминирования неинфекционных заболеваний и поведенческих причин в числе потерянных лет здоровой жизни населения РФ перед пандемией COVID-19. Выявленные особенности актуализируют исследование социокультурных факторов, детерминирующих здоровьесберегающее поведение различных социальных групп, не только в благополучные времена, но и в условиях стремительного изменения социального пространства современного общества, вызванного внезапным вызовом внешней среды – пандемией COVID-19, что указывает на важность изучения не только поведенческих особенностей культуры здоровья и моделей поведения в отношении сохранения здоровья и профилактики, но и формирующих их социальных норм и системы санкций.

3.3 Изменение социальных норм здоровьесбережения в условиях пандемии COVID-19

Пандемия коронавируса «COVID-19», начавшаяся 31.12.2019 г. (с момента первых пневмоний неизвестного происхождения, зарегистрированных в городе Ухане), быстро охватила практически все страны и континенты по причине развитого международного воздушного и морского сообщения.

В России первые заражения фиксировались уже в конце января 2020 года в г. Тюмени, г. Чите, и, несмотря на проводимые эпидемиологические мероприятия, вирус распространялся по стране. С самого начала пандемии COVID-19 государственные институты начали контролировать распространение коронавируса, прежде всего, через разработку и внедрение норм профилактики заражения, реализуя свою институциональную функцию регуляции пандемии и культуры здоровья в целом. Уже 14 марта 2020 года Министерство просвещения

России перевело все учебные заведения, находящиеся в его ведении, на вынужденную меру социальной изоляции – дистанционное обучение, а 16 марта Минобрнауки также рекомендовал высшим учебным заведениям дистанционную форму обучения, что нарушило привычный уклад жизни многих российских семей.

Первым регулирующим нормативным актом стало Постановление Главного государственного врача Российской Федерации от 18.03.2020 №7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения COVID-19». А уже 30 марта 2020 года Президентом РФ был объявлен длительный режим нерабочих дней, который продлился до 11 мая, тем самым 30 марта можно считать началом режима самоизоляции и дистанционной работы многих компаний (сохраняющийся, например, в Москве до 9 июня; его длительность варьировалась по регионам).

В результате анализа принятых в Российской Федерации мер, необходимо отметить оперативную разработку и размещение в публичном доступе инструкций и рекомендаций для работодателей и населения по профилактике COVID-19, сделанных Всемирной организацией здравоохранения, Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Министерством здравоохранения РФ и др. [38; 219; 228]. Разработанные правила профилактики для сдерживания распространения COVID-19 и защиты от массового заболевания представляли собой измененные и расширенные действующие ранее нормы сохранения здоровья и профилактики вирусных заболеваний. Подавляющая часть требуемых и рекомендованных населению профилактических мероприятий была связана с поведенческими актами: гигиена рук (мытье и использование дезинфицирующего средства), соблюдение социальной дистанции, использование средств индивидуальной защиты (СИЗ), респираторная гигиена и ограничение физических контактов.

С появлением в 2021 году вакцины от COVID-19 социальные нормы профилактики стали ослабевать. Масштабная кампания вакцинации началась с 18 января 2021 года, многие школы вернулись на очное обучение. К середине 2021 года в отдельных регионах появились требования обязательной вакцинации от COVID-19 для работников образования, здравоохранения, сферы торговли,

общественного питания, транспорта, МФЦ, салонов красоты, фитнес-клубов и других. На протяжении 2020-2021 гг. сохранялись требования самоизоляции для невакцинированных пожилых граждан. Введение QR-кодов, требуемых для посещения массовых мероприятий, учреждений культуры, кафе, фитнес-центров, салонов красоты стало новой социальной практикой, хотя и с неоднозначным отношением к ней населения.

За время пандемии произошло изменение действующих ранее и формирование новых социальных норм. Нормы имели правовое регулирование и были задекларированы в официальных документах различных государственных органов и структур, среди основных:

– требование социального дистанцирования (соблюдение дистанции в 1,5 метра между людьми о общественных местах). Для этого на полах в учреждениях клеили разделительные полосы, обозначающие расстояние или заклеивали надписью «не садиться» чередующиеся места для ожидания или лавочки на улицах;

– соблюдение карантинных мер (самоизоляция по месту проживания, принудительная изоляция); требование при появлении симптомов заболевании оставаться дома и обращаться за медицинской помощью;

– использование средств индивидуальной защиты (санитарно-гигиенических лицевых масок, респираторов) в общественных местах или местах скопления людей (в том числе при авиаперелетах, в общественном транспорте и т.д.);

– требование соблюдения гигиены рук: правил мытья рук и/или их обработки санитарными дезинфицирующими растворами в общественных местах (включая учебные, спортивные, культурные заведения и др.);

– требование термометрии сотрудников (и обучающихся в учебных заведениях), а также контроль за их состоянием здоровья;

– ограничение / прекращение массовых мероприятий (в случае высокой заболеваемости) и регуляция графика работы учреждений и организаций;

– вакцинация (обязательная для социальных групп, которые по роду занятий находились в зоне высокого риска заражения или течения болезни);

– тестирование на COVID-19 отдельных категорий граждан.

Таким образом, сформированные до пандемии социальные нормы культуры здоровья, сохраняющие популяционное здоровье от вирусных заболеваний, претерпели значительное изменение с началом пандемии COVID-19. Среди формальных норм основную роль играли законодательные нормы (Рисунок 3.7). Всего за время пандемии было принято более 2300 нормативных актов, связанных с коронавирусом [189]. Правила, регламенты и инструкции различного уровня, касающиеся как предприятий, организаций различных сфер деятельности, так и населения различных регионов страны сформировали нормативное социальное пространство культуры здоровья.

Характер вводимых норм, продолжительность социальных ограничений, санкционный режим за их неисполнение определялись исходя из региональных показателей заболеваемости COVID-19. Так, например, такая формальная норма как инструкция по лечению (правила обращения за медицинской помощью при появлении симптомов COVID-19 и соблюдения врачебных назначений) обновлялась более 15 раз по мере изучения коронавируса и появления новых препаратов и рекомендаций по его лечению. Формируемая в обществе во время пандемии культура здоровья внесла изменения во все ее элементы: самозащиту, профилактику, вакцинацию, лечение, коммуникации и информационную культуру.

Важной особенностью изменяющихся «пандемийных» норм стало установление режима санкций и нормативная регуляция, а также институционализированный контроль за их исполнением. Например, за нарушение режима самоизоляции в Москве применялись санкционные меры, что было невозможно в полной степени реализовать в регионах, так как только в столице существовала более развитая программно-техническая система общественного мониторинга на улицах города, позволяющая ввести системы получения QR-кодов для отслеживания перемещения заболевших и контактировавших граждан и штрафования за ее нарушение.

Культура здоровья	Элементы ценностно-нормативной регуляции			
	НОРМЫ			ЦЕННОСТИ
	ФОРМАЛЬНЫЕ НОРМЫ		НЕФОРМАЛЬНЫЕ НОРМЫ	
	ПРАВОВЫЕ НОРМЫ (законодательные)	ПРАВИЛА, ИНСТРУКЦИИ РЕГЛАМЕНТЫ		
Культура самозащиты	Требование использовать СИЗ. Требование не покидать место проживания. Длительный режим нерабочих дней с сохранением заработной платы: Указ Президента РФ от 02.04.2020 N 239 "О мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории РФ в связи с распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19)" установил длительный режим нерабочих дней с 4 по 30 апреля 2020 г. Указ Президента РФ от 28.04.2020 N 294 продлил период до 11 мая 2020 года. Указ Президента РФ от 20.10.2021 N 595 установил режим с 30 октября по 7 ноября 2021 г. Федеральный закон от 08.12.2020 N 407-ФЗ "О внесении изменений в Трудовой кодекс РФ в части регулирования дистанционной (удаленной) работы и временного перевода работника на дистанционную (удаленную) работу...". Постановление Правительства РФ от 02.04.2020 N 417 "Об утверждении Правил поведения, обязательных для исполнения гражданами и организациями, при введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации".	Гигиена рук, использование СИЗ, респираторная гигиена	Самоизоляция на даче, за городом и др.	• Ценность своего физического здоровья • Ценность своего психического здоровья • Ценность своего здоровья как инструмента достижения (инструментальная) • Ценность здоровья близких людей • Ценность здоровья общества • Ценность жизни без боли • Витальная ценность здоровья и др.
Культура профилактики заболевания		Письмо Минздрава России от 21.08.2023 N 15-2/И/2-15134 <О направлении памятки по профилактике острой респираторной вирусной инфекции, в том числе новой коронавирусной инфекции (Covid-19). Ограничение физических контактов. Дезинфекция общественных мест.	Использование народных средств, алкоголя. Протирать кнопки лифта, ручки, товары и т.д	
Культура лечения	Правила транспортировки заболевших, организации «красных зон», лечения		Самолечение, использование народных средств, алкоголя	
Культура вакцинации	Обязательная вакцинация отдельных категорий (мед. персонал, соц. сфера и др.). Приказ Минздрава России от 12.12.2023 N 677н "О внесении изменений в Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2021 г. N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка. Скорректирован перечень категорий граждан, подлежащих обязательной вакцинации против коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2.	Рекомендации вакцинации всем группам населения	Вакцинация как возможность (посещения мероприятий, работы, перемещений)	
Культура защиты других	Длительный режим нерабочих дней. Дистанционный режим работы и учебы. Самоизоляция и карантин.	Соблюдение социальной дистанции. Правила погребения и др. ритуалов и церемоний.	Чихать в рукав, избегать кашля в окружении людей	
Культура коммуникации	Дистанционный режим работы и учебы. Самоизоляция и карантин.	Цифровизация работы, учебы, развлечений и досуга	Не здороваться за руку, не обниматься при приветствии	
ВНЕШНИЙ	Контроль гос. органов, прекращение деятельности, штраф, выговор, увольнение, лишение свободы	Административный контроль, штраф, выговор, увольнение	Общественное осуждение, замечания, критика, изоляция, игнорирование	
ВНУТРЕННИЙ	Нравственные переживания, экономические расходы, тревога и др.		Чувство вины, осуждение совести, переживания	
СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ				

Рисунок 3.7 – Социальный контроль и элементы ценностно-нормативной регуляции культуры здоровья в пандемию COVID-19

Тем не менее, по расчетам индекса самоизоляции на основе данных,

характеризующих уровень уличной активности (где 0 – очень много людей, 5 – нет людей на улицах), в 42 мегаполисах России, например, в середине сентября 2021 года индекс был равен 2,3, что является низким уровнем самоизоляции. Такая ситуация сохранялась с лета 2020 года до конца 2021 г. [конец наблюдения], что свидетельствует о недостаточной поддержке обществом требуемых мер изоляции, а, следовательно, и активное их нарушение (Рисунок 3.8) [99]. При этом, в Москве, несмотря на более активное внедрение системы социального контроля индекс самоизоляции населения был ниже, чем в других городах России.

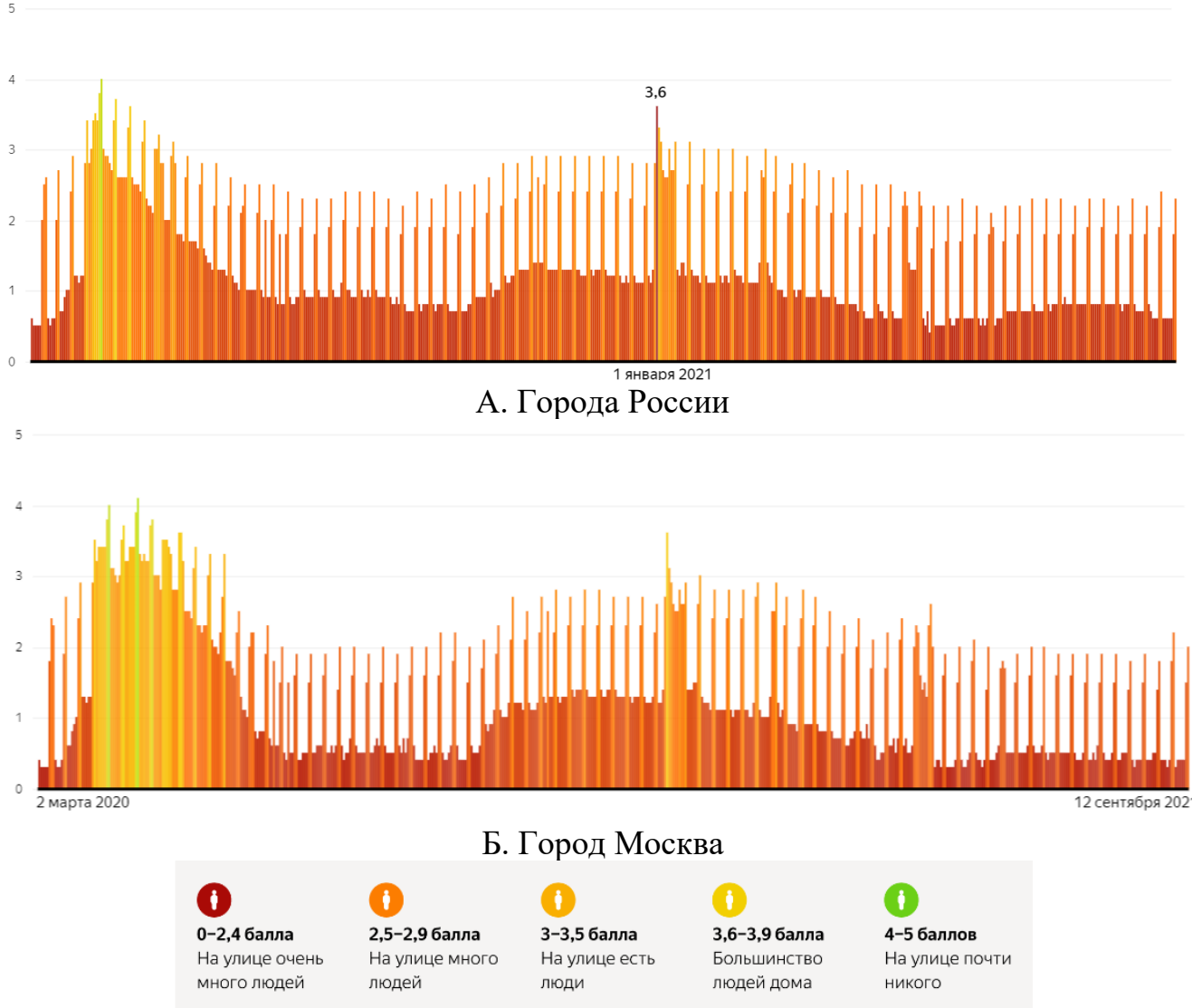


Рисунок 3.8 – Индекс самоизоляции населения городов России и г. Москвы с 02.03.2020 по 12.09.2021 г. [99]

Следующим важным изменением социальных норм культуры здоровья, произошедших в пандемию COVID-19, было изменение неформальных норм, в

которых преобладает, по мнению Е. И. Кравченко, традиционно-шаблонная регуляция поведения [144]. Неформальные социальные нормы, основанные на нравственных, эстетических и др. ценностях, создавали паттерны формально определенного нормативного поведения, формируя в совокупности особую «пандемийную» культуру:

1. *Обычаи, традиции.* Представляющие собой выработанные поколениями устойчивые шаблоны поведения, социально одобряемые и повторяемые по инерции, в силу действия формальных норм ковидных ограничений социальных контактов, дистанции и самоизоляции привели к изменению, например, традиций бракосочетания. В периоды сильного роста заболеваемости были отменены коллективные празднования свадеб, дней рождений и других традиционных массовых праздников.

Оценивая изменившиеся традиции, участники событий отмечают следующее (фрагменты интервью, 2020-21 гг.):

– Анастасия, 47 лет: «У моей племянницы заранее была спланирована шикарная свадьба, она очень мечтала о шикарном празднике, собрать всю родню, друзей, но прошло все очень скромно. Так теперь принято. Обидно, что нарушили семейную традицию. Пришли, руки протерли и расписались в масках. Кругом дистанция и пустота. Праздник очень скромный, ну хоть так…».

– Ирина, 28 лет: «Мы всегда делали детям интересные праздники, арендовали батуты, лазертаг, шарики, аниматоры, собирали всю семью, друзей, ведь день рождения в детстве очень запоминается. Так всегда делают в нашей семье. А в этом году тортик и хоровод вчетвером, поиграли и все. Вот такой скромный праздник».

2. *Обряды, ритуалы, церемонии* также подверглись изменениям, вследствие ограничения социальных контактов, например, ритуалы и церемонии погребений, религиозные обряды (крещения, венчания) и др. Так выдача тела усопшего (вследствие COVID-19) родственникам в закрытом гробу повлияла на изменение ритуала прощания и религиозных обрядов, а также ритуал погребения и

поминания, когда сильный страх заражения препятствовал физическому посещению обряда или прощания с усопшим. А новости в начале пандемии о случаях массового заражения на свадьбах или похоронах/поминках становились «вирусными» в социальных медиа и поддерживали страх, становясь инструментом социального контроля.

Оценивая изменившиеся ритуалы прощания в церемонии погребения, участники событий отмечают следующее (фрагменты интервью, 2020-21 гг.):

– Александр, 49 лет: «Недавно хоронил отца, он умер от ковида, ну как от ковида... болел конечно, но если бы не ковид, то жил бы. Он был крепкий, дачник, бывший военный. Мне его даже не показали, не было прощания как принято, выдали закрытый гроб, и все. Прощание и отпевание было на кладбище, все в масках, пришли только очень близкие родственники».

– Ильдар, 39 лет: «У меня умер дядя, его выдали из больницы в закрытом гробу, открывать запретили. Так и похоронили без савана и омовения, а для мусульман это важно, у нас так принято. Только молитву прочитали».

– Елена, 52 года: «Мы хотели внука крестить, дак, сказали нельзя. Не проводят они крещения, закрыто. Сказали ждите, а сколько не сказали. Я переживаю, что внук не крещеный, а кругом пандемия».

3. Практики повседневной жизнедеятельности получили наибольшее ограничение и регуляцию**.** В некоторых странах (в периоды сильного роста заболеваемости) вводилось правило, ограничивающее число человек собирающихся вместе. Например, в Англии (июнь 2020 г.) закон запрещал собираться на улицах одновременно более 6 человек (в Сеуле – 4 чел. в июле 2021 г.), а в помещениях двум и более, а также было запрещено ночевать вне своего дома (без уважительной причины). В России, например, в Москве в марте 2020 года вводился запрет на проведение досуговых мероприятий с численностью более 50 человек, вводился домашний карантин для всех прибывших из других стран и членов их семей; в июне 2021 г. была запрещена работа фудкортов, детских игровых комнат, ограничена работа предприятий общественного питания с 23:00

до 6:00. Самым жестким был запрет на пользование детскими и спортивными площадками, беседками и парковыми объектами. С 18 июня 2022 г. в Москве вводили запрет на концерты, спортивные, развлекательные и зрелищные мероприятия с более тысячи посетителей (даже при соблюдении социальной дистанции). Спортивные и другие мероприятия проходили без зрителей, но с трансляцией по телевидению и интернет-каналам. В кинотеатрах и залах (концертных, театральных) было введено ограничение по числу посетителей и запрещено употребление еды.

Новой практикой явилась и необходимость массового использования дистанционной работы и учебы для обеспечения физической изоляции заболевших или контактировавших, а также для снижения возможностей контакта с инфекцией. Новая норма законодательно вводилась в разные периоды пандемии и в разных регионах (странах) и была различной по длительности применения. Норма использовалась в отношении школьного и профессионального обучения, организации были вынуждены массово переводить специалистов на удаленный режим и выстраивать новые системы корпоративной коммуникации, контроля и бизнес-процессов в целом. В связи с этим появились практики «зумов» и «дистанта» – организации процесса работы или учебы с помощью электронных средств видео конференций и вебинарных комнат. Соответственно, появились новые слова «зум-конференция», «зум-лекция», «зум-экскурсия», а также «зум-бомбардировка» – вмешательство в мероприятие посторонних людей с целью хулиганских действий, таких как показ фото или звуков непристойного содержания или мешающих посторонних звуков. Явление дистанционной работы и учебы породило новые слова «дистант-лагерь», «дистант-задание», «дистант-игра», «дистант-образование», «дистант-поддержка», «дистант-сессия», «дистант-творчество», «дистант-услуги» и т.д. Среди особенностей новых практик пандемического периода, по мнению Н.А. Селиверстовой, стало возникновение практики имитации образовательного процесса, когда дистанционный формат учебы позволял использовать интернет-ресурсы или технологии видеозаписи для имитации присутствия студентов на онлайн занятии или замены своих ответов

быстрым подбором в интернете [249, С. 206].

В системе среднего, среднего профессионального, высшего образования и корпоративного обучения вынужденное обучение на дистанционном режиме создало новые возможности и новую культурную реальность, которую еще предстоит исследовать.

Карантинные меры привели к новым практикам, нашедшим свое отражение в новых словах, отражающих возникшие новые повседневные практики, например:

– «балконные концерты» (когда жители городов выходили на балконы и пели песни, к ним присоединялись соседи; использовалось как средство побороть скуку, депрессию от вынужденной социальной изоляции и др.), балконные коммуникации между соседями стали популярны в периоды жестких ограничений строгого карантина на выход из квартиры;

– «дачаизоляция» – практика проведения карантина или самоизоляции на дачном участке. Тенденция получила развитие и в виде роста числа покупок загородных домов, дач и сельских участков с целью выезда из городов на постоянное проживание в период пандемии;

– «догшеринг» – практика взятия-сдачи в аренду домашней собаки для получения возможности выйти на улицу на прогулку. Практика использовалась в периоды карантина в местах со строгими карантинными мерами, запрещающими выход из дома;

– «думскроллинг» – систематическое, постоянное пролистывание новостной ленты в смартфоне, браузере компьютера с целью поиска негативных новостей о пандемии и ее последствиях;

– карантикулы» – практика вынужденной самоизоляции, введённая правительством через официальное объявление нерабочих дней в России в марте-апреле 2020 года;

– «ковидарность» – практики взаимопомощи по ситуациям связанным с ковидом, от помощи пожилым людям в доставке продуктов до открытия общего доступа к ранее платным образовательным или культурным ресурсам;

– «коронапати», «ковид-тусовка», «корона-вечеринка» – практики

нелегальных мероприятий, вечеринок, проводимых в период карантин, иногда, даже с целью намеренного заражения себя вирусом;

– «коронатестирование», «ковид-тестирование» – практики вынужденного прохождения теста на ковид для получения возможности допуска на рабочее место или поездки;

– «подносик», «подбородочник» – характеристика тех, кто носит лицевую маску под носом, на подбородке, в нарушение нормы закрывать маской нос и рот;

– «прокарантинить» – провести время в изоляции;

– «прокрастибейкинг» – практики строгого карантина, выражающиеся в откладывании важных дел, и замена их приготовлением кондитерских изделий или выпечки;

– «самоизоляция», «самоарест», «самоудаленка» – практики добровольной изоляции в домашних условиях с целью избегания возможных контактов с носителями вируса;

– «шашлыковирус», «шашлычники» – практики нарушения строгой изоляции, заключающиеся в выезде на природу, на пикник или выходы группой в парки и зеленые зоны;

– «ковид-терроризм» – практики намеренного посещения общественных мест человеком зараженным вирусом.

4. Привычки. Длительный период жизнедеятельности в условиях пандемийной реальности привел к появлению опривыченных шаблонов поведения, например, проверка наличия лицевой маски в кармане или сумочке, избегание прикасания к ручкам дверей в общественных местах, и открывание их ногой, плечом; отворачивания от кашляющих людей или обход из стороной и др.

5. Этикет. Пандемийный этикет предусматривал отказ от рукопожатий или обнимания при приветствии. В корпоративной среде, ранее считавшийся корпоративной лояльностью паттерн «перенесение болезни на ногах», не уходя на больничный, под влиянием пандемии сформировал запрос на заботу о коллегах и самоизоляции до выздоровления. Считавшееся ранее «геройство» болеть на работе, не прекращая трудовую деятельность, получило отрицательный смысл и

противоположную оценку – «не геройство, а вредительство и безответственность» по отношению к коллективу. В корпоративной среде произошло изменение этики отношения к больничным.

6. Мода. В моде появились лицевые маски с любимыми героями, логотипами брендов и т.д.

Инструментом социального контроля неформальных норм ковидной культуры стали упреки, отказ в обслуживании, злобные взгляды, недопонимания, обиды и др., а внутреннего контроля – стыд, психологический дискомфорт, осуждение, огорчение, чувство вины, переживания и др.

Возникающая «пандемийная» культура получила свои материальные атрибуты и материальные символы, например, иммунопаспорт – документ о наличии антител к коронавирусу (вследствие болезни или вакцинации); лицевая маска (или респиратор); QR-код – цифровой код, свидетельствующий об отсутствии заболевания коронавирусом (использовался для возможности перемещения или допуска на работу).

Изменения социальны норм сдерживания пандемии повлекли возникновение не только новых практик, но и новых реакций представителей социальных групп, а с ними новые слова, отражающие характеристики носителя действия, например, «ковигистом» или «ковид-диссидентом» называли человека, отрицающего коронавирус и игнорировавшего внедряющиеся меры защиты, а «коронафобом» называли человека, очень боявшегося заражения. «Застрянцем» называли туриста, путешественника, оказавшегося в зоне карантина и не имеющего возможности ее покинуть.

Также получили распространение социокультурные явления «коронафобия» (страх перед заражением коронавирусом), «коронабесие» (паника, вал информационных сообщений о вирусе и его последствиях), «коронойя» (панический, иррациональный страх перед пандемией), «маскопаника», «масочное мракобесие» (паника, истерия в отношении обязательного ношения СИЗ), «гречкомания», «феномен туалетной бумаги» (панический, высокий спрос на предметы гигиены и отдельные продукты питания после объявления пандемии).

Важным социокультурным элементом стала героизация медицинского персонала и посыл социуму соблюдать новые ковидные социальные нормы. В социальных сетях и различных СМИ стали появляться фото медицинских коллективов с листами в руках, на которых были надписи «мы ради вас остались на работе, вы ради нас останьтесь дома» или фото врачей из «красной зоны» с синяками на лице от масок и респираторов, апеллировали к чувствам сознательности, стыда, ответственности населения, становясь инструментом стимулирования профилактического поведения и социального контроля.

Таким образом, созданные и используемые социальные нормы (и санкции) сдерживания пандемии COVID-19 стимулировали новые практики и поведенческие реакции, что сформировало новую «пандемийную» культуру здоровья.

3.4 Феномен инфодемии как фактор формирования культуры здоровья

Одним из культурных феноменов пандемии COVID-19 можно считать появление «инфодемии», под которой понимается обширное распространение во время эпидемии в публичном информационном пространстве сообщений, содержащих не доказанные аргументы (ложные утверждения, называемые «фэйками»), а также частично верные. Эти сообщения прямо или косвенно касаются причин возникновения пандемии, способах заражения и лечения, мер профилактики. Стремительное распространение инфодемии создавало «информационный шум», который усложнял поиск достоверной информации и стимулировал повышение тревожности среди населения. Термин «инфодемия» в контексте пандемии COVID-19 был использован на брифинге ВОЗ в феврале 2020 года, когда Т. А. Гебрейесус предупредил о такой угрозе, подчеркнув, что «дезинформация становится заразнее самого коронавируса» [344]. Возникшая инфодемия стала социальной проблемой, порождающей сложности выбора индивидом профилактических мер и стратегий при большом потоке смешанной действительной и ложной информации, осложняя ее сортировку и входя в

непреднамеренное заблуждение относительно средств защиты от вируса. Эксперты ВОЗ отмечают, что «ложные слухи приводят к поляризации общественного мнения по вопросам, касающимся COVID-19; провоцируют риторику ненависти; повышают риск конфликтов, насилия и нарушений прав человека и ставят под угрозу долгосрочные перспективы укрепления демократии, прав человека и социальной сплоченности» [24]. При этом, инфодемия оказывала значимое влияние на сохранение здоровья, через формирование безразличия и/или враждебности к представителям системы общественного здравоохранения и соответственно, их рекомендациям. Например, в Италии слух о закрытии региона Ломбардии привел к массовому выезду из региона и транспортному коллапсу, и планируемая правительственная мера по ограничению распространения вируса была нарушена населением до ее утверждения [362].

В исследовании лаборатории социальных сетей Университета Райерсона выделены наиболее распространенные типы дезинформации, связанные с COVID-19 [354]. На рисунке 3.9 и 3.10 представлена динамика появления и совокупное число опровергнутых ложных сообщений о COVID-19 с 01.01.2020 по 01.03.2022 года с группировкой по типам, а на рисунке 3.11 представлены типы ложных сообщений о COVID-19 с описанием их особенностей.

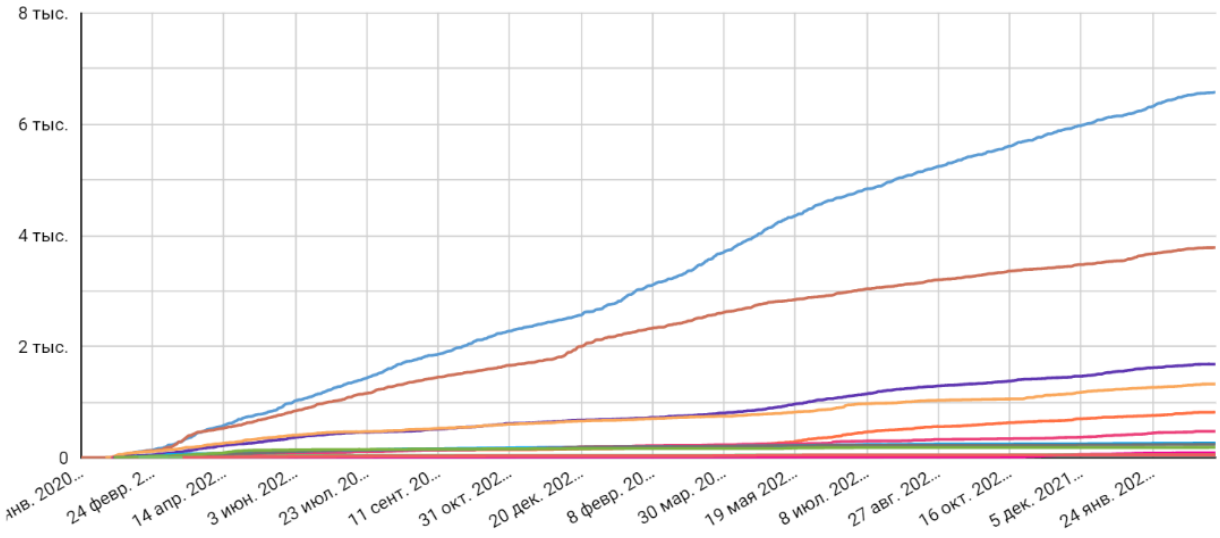


Рисунок 3.9 – Динамика появления ложных сообщений о COVID-19 с 01.01.2020 по 01.03.2022 года [354]

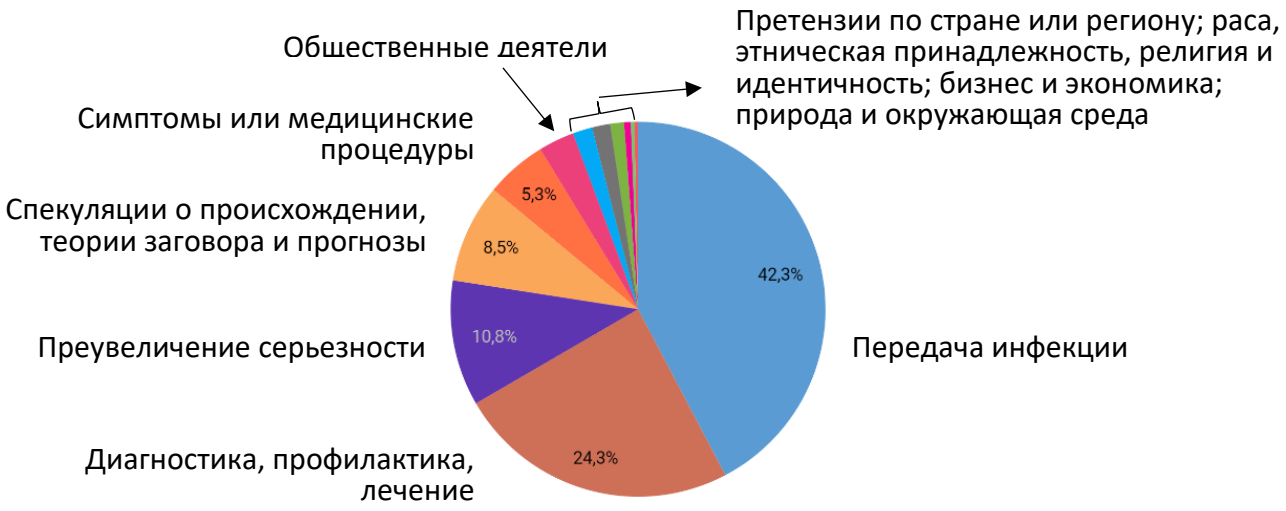


Рисунок 3.10 – Совокупное число опровергнутых ложных сообщений о COVID-19 с 01.01.2020 по 01.03.2022 года с группировкой по типам [Там же]

Наиболее часто встречающиеся ложные сообщения о COVID-19 связаны со статистикой заболевших и умерших в различных регионах и странах (42%), а также с мерами, принимаемыми государственными органами. Четверть «фэйков» (24%) относится к вопросам лечения, вакцинации, защиты от инфекции или определения заражения в домашних условиях.

В 11% случаев информация касается преувеличения или уменьшения значения заражения COVID-19, к примеру, фото с местами массовых захоронений. Около 8% информационных сообщений обсуждают гипотезы происхождения вируса или предсказания о его появлении. Остальные «фейки» (15%) касаются оценки связи или обвинения в распространении вируса отдельных социальных групп по религиозному, этническому или расовому признаку; гипотезы о способах распространения вируса, информация об известных личностях, заразившихся или умирающих от COVID-19, а также мошеннические схемы, использующие информацию в вирусе для увеличения трафика своих интернет-ресурсов.

Претензии по стране или региону

- Заявки, связанные с COVID-19, относятся к стране, региону или городу. Примеры включают предполагаемые действия выборных должностных лиц и других органов государственной власти или отчетность о количестве случаев в определенной области.

Диагностика, профилактика, лечение

- Заявления о нелицензированных тестах на COVID-19, домашних средствах и натуральных лекарствах представлены как «лекарство» от заражения вирусом или как «превентивная» мера. Примеры включают все: от питья большого количества воды до употребления отбеливателя и приема кокаина. В эту категорию также входят заявления о существовании, разработке, тестировании или распространении вакцины против COVID-19. Наконец, в эту категорию входят заявления об эффективности средств индивидуальной защиты (СИЗ) или о том, как их изготовить

Спекуляции о происхождении, теории заговора и прогнозы

- Заявления и обсуждения различных теорий о происхождении вируса и других теорий заговора, связанных с пандемией. Примеры включают «вирус был создан в лаборатории», «технология 5G вызвала или способствовала пандемии». В эту категорию также входят отчеты о предсказаниях известных (обычно умерших) людей, которые якобы предсказали пандемию

Преувеличение серьезности вируса

- Утверждения, преувеличивающие серьезность вируса: либо преуменьшающие ее серьезность (например, «это совсем как грипп»), либо преувеличивающие ее серьезность (например, фотографии массовых захоронений или тел, лежащих на улице)

Раса, этническая принадлежность, религия и идентичность

- Заявления со ссылкой на чью-либо личность, включая расу, пол, сексуальную ориентацию, идеологию, религию, национальность и т. д. Примеры включают в себя привязку или обвинение людей определенной религии или этнической принадлежности к преднамеренному или непреднамеренному распространению вируса

Передача инфекции

- Общие утверждения о том, как вирус распространяется (например, через продукты питания, путешествия, одежду), как долго он выживает на различных поверхностях или передается ли он воздушно-капельным путем. В эту категорию также входят сообщения о передаче вируса между видами и случаи, когда люди преднамеренно или непреднамеренно распространяли вирус в общественных местах

Общественные деятели

- Слухи о том, что общественные деятели (например, политики, знаменитости, бизнес-лидеры, влиятельные лица в социальных сетях) заразились вирусом или умерли из-за него (например, ложное заявление о смерти премьер- министра Великобритании Бориса Джонсона).

Бизнес и экономика

- Заявления о том, как вирус повлиял на фондовые рынки, состояние экономики или финансовые перспективы страны или мира. В эту категорию также входят претензии, связанные с конкретными предприятиями и тем, как на них повлияла пандемия (например, «Продажи пива Corona резко упали из-за страха перед коронавирусом» или якобы «Netflix раздает бесплатную подписку»).

Симптомы или медицинские процедуры

- Претензии, связанные или демонстрирующие симптомы или влияние вируса на организм человека, или контент (например, видео, фотографии), показывающий предполагаемые медицинские процедуры или лечение, проводимое медицинскими работниками или в клинических условиях у предполагаемого пациента с COVID-19.

Природа и окружающая среда

- Отчеты и наблюдения, связывающие пандемию с изменениями, наблюдаемыми в погоде, климате или природе. Примеры включают заявления о наблюдениях за дикой природой в городских районах из-за изоляции, снижения или увеличения загрязнения из-за пандемии.

Мошенничество

- Использование фактов и историй о COVID-19, чтобы кого-либо обмануть или ввести в заблуждение с целью мошенничества

Рисунок 3.11 – Типы опровергнутых ложных сообщений о COVID-19

(с 01.01.2020 по 01.03.2022 гг.) [354]

А. С. Архипова, Д. А. Радченко, И. В. Козлова, Б. С. Пейгин, М. В. Гаврилова, Н. В. Петров, исследуя тематику инфодемии в связи с распространением COVID-19 в РФ, отмечают, что лавинообразный рост слухов возникает в периоды неопределенности, когда представители государственной власти в должной мере не освещают реальную ситуацию. При этом, наибольшее число слухов отмечено в тематике «псевдомедицинские советы» и «реальной опасности нет, власти используют/придумывают коронавирус в своих интересах» (Рисунок 3.12) [227, с. 251].

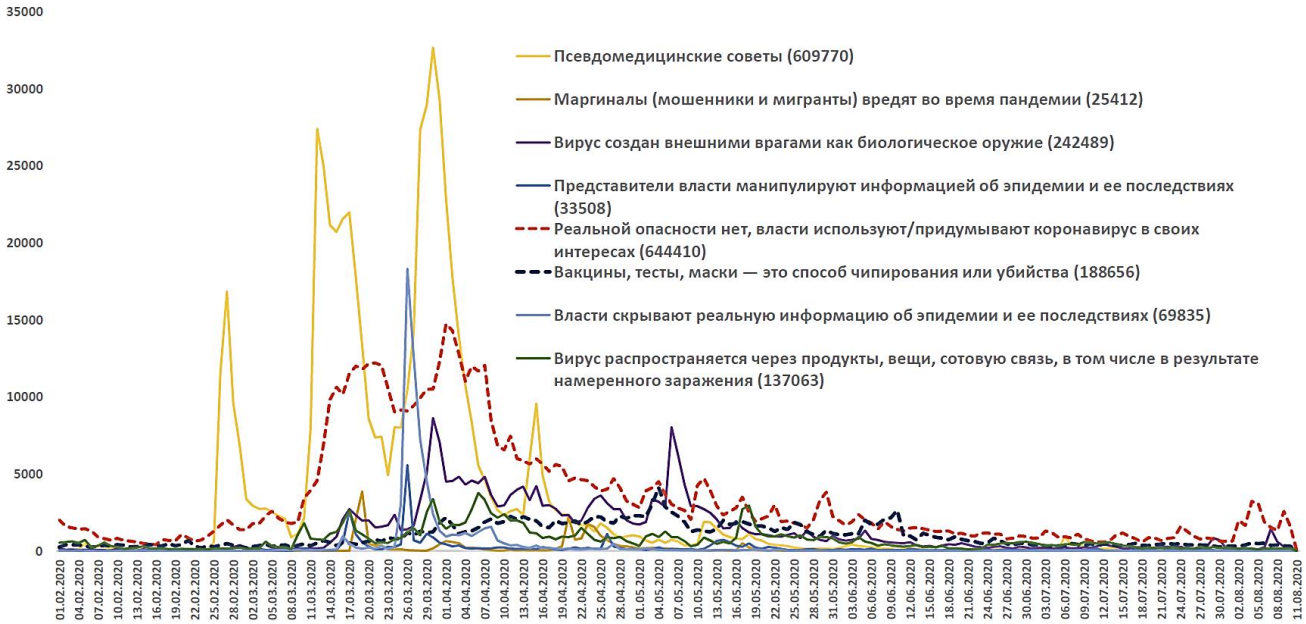


Рисунок 3.12 – Тематическая динамика российской инфодемии COVID-19 с 01.02.2020 по 11.08.2020 г., ед. [227, с. 251]

Следующей причиной возникновения инфодемии является стремительный рост потребления медиаконтента, рост числа мобильных устройств и культура генерации и потребления контента, сформированная в обществе. Инфодемия оказала влияние на изменение образа жизни и практиках сохранения здоровья, т.к. смешение достоверной и ложной информации способствовало росту психического напряжения и панических настроений. Недоверие к официальным институциям и их источникам информации стимулировало иррациональные социальные

практики, например, самолечение нетрадиционными методами или покупка «чудо-средства» защиты от вируса, которые усиливали неприятие простых рекомендаций в виде социальной дистанции, средств самозащиты и гигиене рук.

Участники фокус-групп (жители г. Тюмени) в 2020 г. демонстрировали широкую осведомленность как о информационных фактах, так и о «фейках», среди которых доминировали «псевдомедицинские советы» и идеи о «придуманном» коронавирусе или его происхождении. «Псевдомедицинские советы» профилактики и лечения были широко представлены во всех возрастных группах. Наиболее часто упоминались следующие мнения:

– Ирина, 28 лет: «Я пользуюсь народным средством – чесноком, на шею детям вешаю яйцо от киндера с чесноком, дырочки делаю и никакой вирус не прицепится. Да, всегда зимой так делаю, и сейчас поможет».

– Михаил, 46 лет: «Знаю, что от ковида хорошо помогает чеснок и имбирь, водочка хорошо дезинфицирует».

– Людмила, 70 лет: «С ковидом, как с гриппом, чеснок, морсики, клюковка чтобы не заболеть, а лечиться так: обтирание и отлеживаться».

Идеи о «придуманном коронавирусе» высказывали как молодые люди, так и представители старшего возраста:

– Максим, 21 год: «Ковид специально придумали как оружие, смотрите он действует только на стариков...».

– Ольга, 45 лет: «Я читала, что это Билл Гейтс и мировое правительство сделали COVID-19 в китайской лаборатории».

С начала 2021 года уже доминировали фейки о вакцинации. Преобладали идеи о тайном чипировании населения, бесплодии как побочном эффекте от вакцины:

– Наталья, 48 лет: «Я читала, что при вакцинации могут ввести чип. Не особо верю, но обсуждают бурно. А что? Прочипируют нас и все, никого не спросят».

– Светлана, 32 года: «Обсуждали с девочками, что после вакцины можно не забеременеть. Да, боюсь. Говорят, что это правда».

Социокультурные особенности инфодемии и распространения цифровых

технологий среди различных социальных групп также исследовались российскими социологами. Так, например, исследования М. А. Юдиной показали проблемы техностресса и разнообразных социально-психологических проблем, обусловленных применением цифровых технологий в период пандемии, а Н. Г. Хайруллина, А. Л. Егоров, В. Ф. Ковров отметили позитивные тенденции и новые стратегии коммуникации, закрепления новых практик дистанционных отношений [285; 311].

В числе других социальных проблем, актуализированных пандемией COVID-19, социологи подчеркивали проблему доверия социальным институтам. Так, М. О. Макушева и Т. А. Нестик отмечают «противоречивость официальной информации и рассогласованность действий чиновников, подозрения в сокрытии информации, дефицит проявления эмпатии и двусторонних коммуникаций, чувство несправедливости и разочарование, вызванное нарушенными обещаниями» [168]. При этом исследователи доказывают, что «уровень социального доверия влияет на готовность следовать рекомендациям экспертов и проходить вакцинацию, оптимизм в отношении будущего, уровень тревожности и стратегии совладания, веру в конспирологические теории» [Там же]. Проблемы социальной стигматизации вследствие COVID-19 актуализированы С. Е. Туркулец, А. В. Туркулец, Е. В. Листопадовой, М. В. Сокольской, которые отмечают возникновение особых форм стигматизации, например, индивидов с легкой формой простуды или хроническим кашлем, сопровождаемой «агрессией, страхом, тревогой, зачастую порождаемыми предубеждениями, стереотипами и слухами» [262]. Российские социологи также подчёркивали важность культуры здоровья в распространении пандемии COVID-19 и по регионам страны, отмечая значимость социокультурных факторов в возникновении различных социальных последствий на протяжении пандемии COVID-19 [204].

Социокультурной особенностью инфодемии стало и появление новых слов, мемов, «переделанных» пословиц и поговорок, что явилось инструментом осмысления происходящего изменения социальной реальности. Чувство юмора, не просто отражает настроение, но в процессе осмысления событий позволяет

зафиксировать отношение, образ реальности в текущем моменте. Народная мудрость пандемийного времени останется в таких «антипоговорках» и пословицах, как: «Любишь кататься – люби и масочки носить. Мал санитайзер, да дорог. На Бога надейся, а руки помой! На маску надейся, а сам не плошай. Ковид бояться – в подъезд не ходить. Переболела – гуляй смело! Сделал дело – гуляй на балконе смело. Не в зум ногой. Коней на карантине не меняют. По маске встречают, по температуре провожают. Один пашет, семеро на карантине пляшут. Своя маска – ближе к телу. Ковид гриппа не слаще» [257].

Таким образом, можно заключить, что новые явления и тенденции периода пандемий, например, инфодемия или изменения ритуалов (погребения или приветствия) становятся социокультурным феноменом в силу их социальной сущности, основанной на сформированной ранее культуре и вынужденной стремительной адаптации социума к условиями возникшей пандемии и высокой угрозы здоровью и жизни. Современная пандемия COVID-19 привела не только к росту смертности населения и локальным кризисам, обострила проблемы общественно-экономической жизни, повлекла изменения привычного уклада жизни, изменила обыденные коммуникации внутри и между социальными группами и индивидами, но и стимулировала в обществе возникновение и развитие новой культуры здоровья в процессе создания новых и усиления существующих ранее норм сохранения здоровья, в том числе и за счет включения системы социального контроля за их исполнением.

При этом формирование новой «пандемийной» культуры происходило в результате трансформации достигнутой к моменту пандемии культуры здоровья посредством механизмов социальной регуляции, изучение особенностей которой и влияния целенаправленных и саморегуляционных процессов на здоровьесберегающую деятельность и поведение социальных групп, а также на культуру здоровья населения в период пандемии COVID-19, будет рассмотрено в следующей главе диссертации.

ГЛАВА 4 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И РЕГУЛЯЦИИ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

4.1 Нормы «пандемийной» культуры здоровья: институциональная регуляция и социальные практики

Как уже отмечалось в предыдущих разделах диссертационного исследования, формирование культуры здоровья является важнейшей задачей для сохранения здоровья населения, учитывая высокую значимость поведения каждого индивида и социальных групп для общественного здоровья. Непрерывный процесс развития культуры здоровья обеспечивается социальной регуляцией через институциональную регуляцию и социокультурную саморегуляцию здоровьесберегающего поведения каждого члена общества.

Проведенный в диссертации ретроспективный анализ пандемий показал, что пандемии всегда приводили к качественным изменениям культуры здоровья в связи с вынужденной реакцией социальных институтов на вызовы инфекционного риска внезапного и стремительного ухудшения общественного здоровья, и последняя пандемия, возникшая в современном мире, не стала исключением. Заболевание, вследствие заражения коронавирусом «2019-nCoV», возникшее в КНР в конце 2019 года, стремительно распространилась по всему миру, и уже в марте 2020 г. ему был присвоен статус «пандемии» коронавируса COVID-19 [101; 205].

В городе Тюмени одни из первых в Российской Федерации случаев заражений COVID-19 фиксировались среди студентов университета, вернувшихся с каникул из КНР, в феврале 2020 года. Таким образом, в РФ вирус был привезен еще в феврале 2020, и, несмотря на социальную регуляцию данной эпидемии (вовремя начатые санитарно-эпидемиологические мероприятия сдерживания заражений), вирус получил массовое распространение в течение месяца, в первую очередь по причине поддержания населением «допандемийных» социальных

практик сохранения здоровья и медленным принятием новых социальных норм сдерживания заражения коронавирусом, которые начали формироваться, создавая новую «пандемийную» культуру здоровья.

Проблема выявления особенностей социальной регуляции и социальных практик сохранения здоровья в условиях пандемии COVID-19 обусловили проведение в 2020-2022 годах следующего этапа авторских социологических исследований:

1. Формализованный опрос населения Тюменской области старше 18 лет (далее, жители) (n=386 чел.). Полевой этап – апрель 2021 г. Выборка квотная, сформирована на основе половозрастного распределения населения региона и местности проживания. Используемое при расчете выборочной совокупности трехмерное распределение позволяет отражать генеральную совокупность по указанным характеристикам, сохраняя удельный вес необходимых признаков (инструментарий – Приложение Б.8).

2. Формализованный опрос населения Тюменской области старше 18 лет (далее, жители) (n=384 чел.). Полевой этап – апрель 2022 г. Выборка квотная, сформирована на основе половозрастного распределения и местности проживания (инструментарий – Приложение Б.8).

3. Формализованный опрос медицинского персонала УРФО (Тюменская, Свердловская, Курганская области, ХМАО-Югра). Первая волна: n=402 чел., полевой этап – апрель 2021 г., выборка квотная (по уровням медицинского персонала), метод отбора – снежный ком. Группа медицинских работников была выбрана в качестве контрольной группы по информированности о различных аспектах пандемии, учитывая возможность доступа к актуальной и достоверной информации через профессиональное сообщество и участие в мероприятиях по ликвидации пандемии (инструментарий – Приложение Б.8).

4. Формализованный опрос медицинского персонала УРФО. Вторая волна: полевой этап – апрель 2022 г., метод отбора – снежный ком, n=382 чел. (инструментарий – Приложение Б.8).

5. Экспертный опрос методом формализованного интервью специалистов

системы образования и здравоохранения, профессорско-преподавательского состава учреждений профессионального образования, руководителей структур Роспотребнадзора, связанных с различными аспектами здоровьесбережения, n=18 (Тюменская, Свердловская, Курганская области, ХМАО-Югра), метод отбора – снежный ком, полевой этап: март, сентябрь 2020 г., март, сентябрь 2021 г., март 2022 г. (инструментарий – Приложение Б.6).

6. Интервью с жителями, покидавшими регион постоянного проживания в летний период с целью отдыха (метод отбора – снежный ком, n=36 (Курганская область, Свердловская область, Тюменская область, Челябинская область, ХМАО-Югра, ЯНАО), март-декабрь 2020 г., июль-август, ноябрь 2021 г. (инструментарий – Приложение Б.5).

7. Фокус-групповое исследование: восемь фокус-групп обучающихся бакалавриата и магистратуры очной формы обучения (г. Тюмень) в феврале-октябре 2020 г., три фокус-группы в январе-апреле 2021 г., две фокус-группы в марте 2022 года. Три фокус-группы с жителями региона старше 18 лет (ноябрь 2021 г., апрель и ноябрь 2022 г.) (инструментарий – Приложение Б.7).

8. Серии наблюдений в торговых организациях Тюменской области в 2020-2022 гг. за соблюдением покупателями и персоналом требований санитарного режима в условиях пандемии COVID-19, а также за использованием средств индивидуальной защиты обучающимися и персоналом в учебных заведениях.

Социально-демографические характеристики выборок представлены в Приложении В, Таблица В. 4.

Все исследования, проведенные автором в течение 2020-2022 гг. с целью выявления особенностей социальной регуляции культуры здоровья в условиях пандемии COVID-19 можно разбить на три основных блока:

1. Институциональная регуляция: социальные нормы профилактического поведения, разработанные для сдерживания массового заражения COVID-19, и их влияние на здоровьесберегающее поведение.

2. Социокультурная саморегуляция: здоровьесберегающее поведение как саморегуляционная стратегия сохранения здоровья и жизни в пандемию COVID-

19; оценка влияния формируемых социальных норм на здоровьесберегающее поведение.

3. Связь социальных норм профилактического поведения (институциональной регуляции) и здоровьесберегающего поведения (социокультурной саморегуляции) в пандемию COVID-19.

В самом начале пандемии COVID-19 государственные и общественные институты начали осуществлять контроль за распространением инфекции, прежде всего, через определение социальных норм профилактики заражения и донесения их до населения, тем самым выполняя свою институциональную функцию регуляции пандемии. Первым регулирующим нормативным актом стало Постановление Главного государственного врача Российской Федерации от 18.03.2020 №7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения COVID-19». На уровне регионов разрабатывались локальные социальные нормы противодействия COVID-19. Так, например, в Тюменской области институциональная регуляция здоровьесберегающего поведения населения осуществлялась на основании Постановления правительства Тюменской области от 17.03.2020 г. № 120-п «О введении режима повышенной готовности» (с изменениями и дополнениями по мере развития пандемии), в том числе вводились особые обязательные правила для организаций и предприятий в зависимости от вида деятельности [8].

Инструкции и рекомендации по профилактике COVID-19 размещались на сайтах Роспотребнадзора, Министерства здравоохранения РФ и других публичных ресурсах, а также широко освещались в СМИ [38; 219; 228]. Для медицинского персонала на протяжении пандемии разрабатывались и уточнялись правила лечения COVID-19.

На первом этапе для сдерживания заражения коронавирусом были разработаны такие нормы здоровьесберегающего поведения (далее, НЗП) населения как нормы самозащиты (в общественных местах использование средств индивидуальной защиты (санитарно-гигиенических масок) (далее, СИЗ), не касаться глаз, носа и рта немытыми руками, регулярное мытье рук с мылом и

использование дезинфицирующих средств; следование правилам социального дистанцирования в общественных местах, т.е. соблюдение расстояния людей друг от друга не менее 1,5 метра и норм защиты окружающих (в общественных местах следовать правилам респираторной гигиены (прикрывать нос и рот при кашле, чихании и т.д.); при заболевании оставаться дома и обращаться за медицинской помощью; следование принципам социального дистанцирования в общественных местах).

Такая социальная норма как инструкция по лечению (правила обращения за медицинской помощью при появлении симптомов COVID-19 и соблюдения врачебных назначений) постоянно обновлялась по мере изучения коронавируса и появления новых препаратов и рекомендаций по его лечению.

После разработки и создания вакцины появились и социальные нормы вакцинации, которые хотя и рекомендовали добровольную прививку от коронавируса, однако данная норма была обязательной для тех социальных групп, которые по роду занятий находились в зоне высокого риска заражения или течения болезни.

Проведенное социологическое исследование дало возможность сравнить отношение респондентов к данным социальным нормам новой «пандемийной» культуры (и исполнение норм) в зависимости от их восприятия, мотивации, профессиональной принадлежности и социально-демографических характеристик, и, следовательно, оценить механизм институциональной регуляции.

Так, если в начале пандемии наблюдалось практически повсеместное использование средств индивидуальной защиты в общественных местах, то перед снятием ограничительных мер эта мера практически не соблюдалась. Более того, если в начале COVID-19 большинство респондентов (более 80%) старались избегать мест скопления людей, то через год их число сократилось практически в два раза, а к весне 2022 года составило всего 35% (Рисунок 4.1). Такие же тенденции прослеживаются и по другим нормам самозащиты согласно оценкам респондентов.

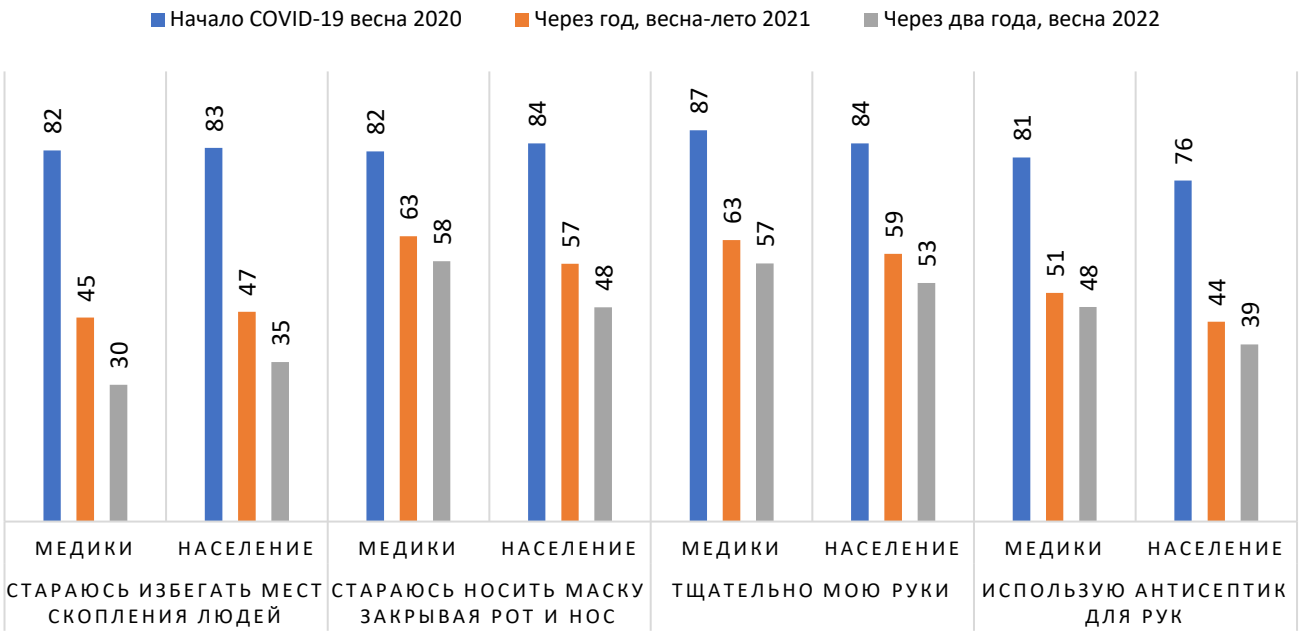


Рисунок 4.1 – Самооценка следования нормам самозащиты в общественных местах медицинских работников и жителей Тюменской области в 2020-22 гг., в %

Полученные результаты свидетельствуют о том, что и выделенные в отдельную группу медицинские работники, несмотря на большую информированность об опасности данного заболевания и необходимости соблюдения профессиональной дисциплины, практически так же отнеслись к соблюдению социальных норм самозащиты в общественных местах, что и население Тюменской области.

Сравнительный анализ исходя из возрастной принадлежности респондентов показал значительную разницу в их самооценках. Так, молодежь быстрее, чем старшее поколение, ослабила соблюдение социальных норм, связанных с самосохранительным поведением, чем старшее поколение (Рисунок 4.2).

Только одна социальная норма – тщательное мытье рук, сохранилась на высоком уровне, что не вызывает удивления, так как эта норма соблюдается и вне пандемии и является одной из гигиенических норм, прививаемой с детского возраста как в семье, так и в образовательных учреждениях.

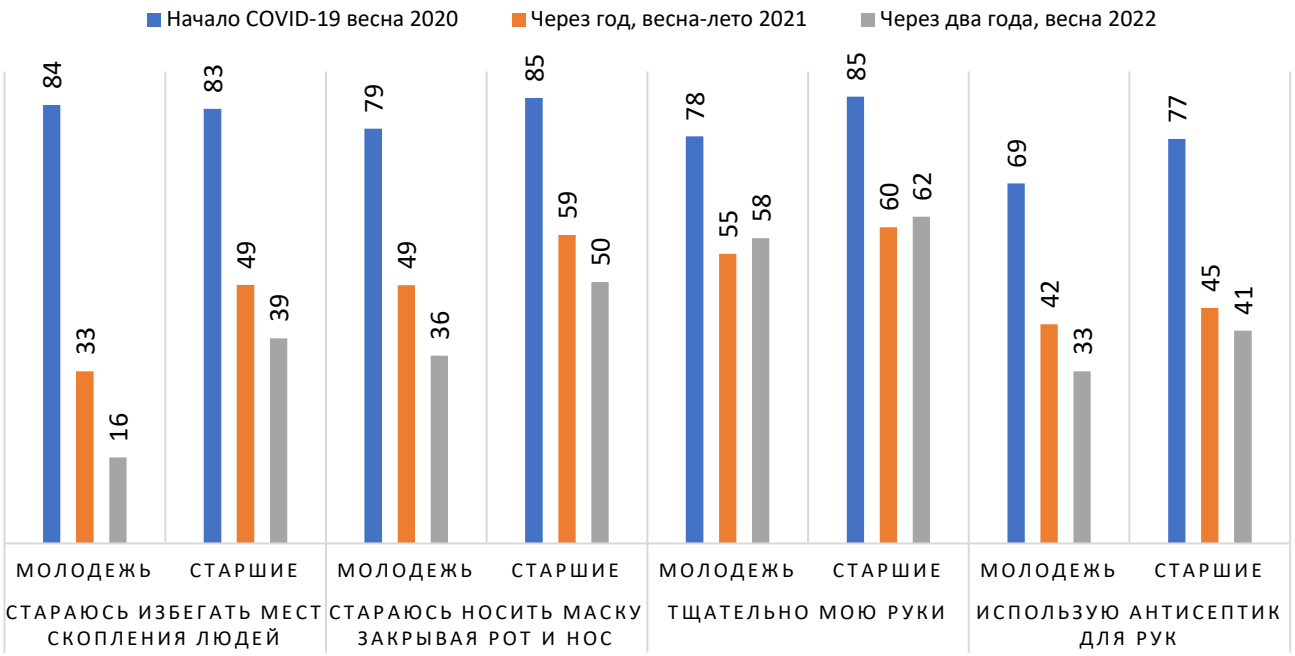


Рисунок 4.2 – Самооценка следования нормам самозащиты в общественных местах молодежи и респондентов старше 30 лет в 2020-22 гг., в %

Однако эксперты, в число которых вошли специалисты системы образования и здравоохранения, профессорско-педагогический персонал образовательных учреждений, руководители структур Роспотребнадзора, менее позитивны относительно исполнения населением норм здоровьесберегающего поведения:

– Юлия, 40 лет, сотрудник Роспотребнадзора, март 2020 г.: «Вывозим в карантинную зону лечебно-реабилитационного центра «Градостроитель» контактировавших с больными коронавирусом. Сами контактировавшие не осознают опасность, маски одевают только при просьбе это сделать».

– Наталья, 37 года, преподаватель ВУЗа, сентябрь 2020 г.: «Беременные девочки в моей группе носят маску, мальчишки без напоминания ее не одевают. Благо научились, когда начинают заболевать не приходить на занятия».

– Ольга, 52 года, преподаватель ВУЗа, сентябрь 2021 г.: «У студентов началось очное обучение, в корпусе висят предупреждения о масочном режиме. Но хоть бы один одел маску на занятие! В лифте, если сделать замечание, достают ее из карманов, рюкзаков. В основном не сопротивляются, не пререкаются и одевают маску».

– Ольга, 39 лет, участковый врач, август 2021 г.: «Болеют многие на участке, на прием очень много народа... Маски в поликлинике одевают далеко не все, в основном пожилые, очень плохо у нас народ выполняет требования… Да и сам персонал редко требует маску, хотя должны принимать поситителей только в масках».

– Ирина, 45 лет, преподаватель ВУЗа, сентябрь 2022 г.: «При входе в корпус требуют маску, а дельше студенты снимают эти маски. Преподаватели, особенно старшего возраста, часто ходят в масках. Да, я стараюсь носить маску, но очень тяжело вести пару, дыхание сбивается, маска мокнет. Студентов бесполезно заставлять, особенно сейчас, все преподаватели привиты или переболели, да и не по одному разу…».

Кроме того, необходимо подчеркнуть и тот факт, что предписываемые социальными институтами нормы здоровьесбережения в отношении защиты от вирусной инфекции воспринимаются индивидами и с учетом сложного механизма социокультурной саморегуляции, поэтому, казалось бы, одинаковое поведение индивидов может быть обусловлено различной мотивацией.

Среди респондентов только 8,0% категорически отказывались носить лицевую маску, еще 22,1% респондентов использовали маску формально «для вида». При этом, подавляющее большинство - 69,9% респондентов отметили, что (на момент опроса) в общественных местах для защиты от COVID-19 стараются носить маску, закрывая нос и рот, из них: 51,7% делают это по причине защиты себя и окружающих (21,0% с целью защиты только себя, а 8,1% только для защиты окружающих), 11,0% выполняют требования законодательных и исполнительных органов власти, 5,1% мотивированы исполнением общественных правил в обществе, а еще 3,1% следуют просьбе близких людей, что позволяет утверждать о высоком уровне значимости предписанных норм-правил и связанных с ними действующих санкций за нарушения.

Следовательно, можно сделать вывод, что отношение индивидов к социальной норме использования средств индивидуальной защиты, безусловно,

зависит от ценностного основания мотивации, смысла, вкладываемого индивидом в обоснование совершаемых поведенческих актов или социальных практик. В данном случае, в первую очередь оно связано с пониманием целесообразности и действенности этой нормы, что позволяет фиксировать связь ценности нормы с ее полезностью и важностью для защиты и личной ответственностью. Так, из тех респондентов, кто носит маску, закрывая нос и рот (на момент опроса) для защиты себя и окружающих, 68,7% делают это из осознания данной нормы как «обязанности каждого ответственного человека» и только 9,7% по причине требования закона, а среди тех, кто в первую очередь думает об окружающих, 72,4% делают это из чувства ответственности за них, а 20,7% считают ношение маски просто привычкой (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 – Использование средств индивидуальной защиты в общественных местах в зависимости от мотивации и понимания смысла следования норме, %

Отношение к ношению маски в общественных местах	Мотивация ношения маски в общественном месте					
	Потому что это закон	Защищаю себя	Защищаю окружающих	Защищаю себя и окружающих	Так говорят делать близкие люди	Такие правила
Вариант ответа: Я стараюсь носить маску закрывая нос и рот в общественных местах для защиты от COVID-19						
Это обязанность каждого ответственного человека	**27,4**	**51,7**	**72,4**	**68,7**	15,8	14,3
Это требование закона	**32,3**	13,5	3,4	9,7	**42,1**	19,0
Смирился	**21,0**	9,0	3,4	6,0	**26,3**	9,5
Привык	3,2	15,7	**20,7**	8,8	15,8	**33,3**
Это ограничивает мою свободу	1,6	0,0	0,0	0,5	0,0	4,8
Это нарушение моих прав и свобод	1,6	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0
Это меня раздражает	6,5	5,6	0,0	2,8	0,0	4,8
Это бесполезно	6,5	4,5	0,0	2,8	0,0	14,3
Затрудняюсь с ответом	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Вариант ответа: Я ношу маску формально, «для вида»						
Это обязанность каждого ответственного человека	8,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Это требование закона	**29,6**	**26,7**	0,0	**31,3**	0,0	0,0
Смирился	**18,5**	**26,7**	0,0	**18,8**	0,0	0,0
Привык	9,9	6,7	0,0	0,0	0,0	**40,0**
Это ограничивает мою свободу	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Это нарушение моих прав и свобод	0,0	0,0	0,0	12,5	0,0	3,3
Это меня раздражает	2,5	20,0	0,0	18,8	0,0	**26,7**
Это бесполезно	**24,7**	**20,0**	0,0	18,8	0,0	**30,0**
Затрудняюсь с ответом	6,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Итого	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0

Интересно понимание смысла нормы среди использующих лицевую маску (как предписывают правила) и руководствующихся мотивом «законопослушания». Среди них третья часть (27,4%) аргументируют исполнение нормы своей ответственностью и 32,3%, ожидаемо, следованием требованию закона, а пятая часть смирением перед нормой (21%). Среди респондентов, использующих СИЗ, только по причине того, что это правило, принятое в обществе, третья часть (33,3%) объясняют свое поведение привычкой, а 9,5% смирением с этой нормой.

Мотивация же респондентов, формально использующих маску, отличается от той, которая присутствует у «осознанных». Только около четверти из них объясняют свое поведение необходимостью исполнения закона (от 26,7% до 31,3%) или подчинением ему (от 18,5 до 26,7%), однако одна треть респондентов выражают мнение о бесполезности нормы (от 18,8% до 30%).

Таким образом, большинство исполняет социальную норму использования СИЗ и, несмотря на разные ценностные основания и мотивы придерживается данной нормы.

В свою очередь императивность нормы использования СИЗ сказывается и на оценках и суждениях индивида относительно исполнения этой нормы окружающими его людьми. Так, среди исполняющих социальную норму самозащиты (закрывая маской нос и рот) доминируют обвинения окружающих в безответственности (70,8%), тех, кто не использует СИЗ в общественных местах (Рисунок 4.3). Именно среди этой группы встречались призывы к наказанию нарушителей масочного режима (8%).

Респонденты, формально выполняющие норму самозащиты, в своих оценках демонстрируют безразличие и пассивность (33,3%), а также оправдывают нарушителей, соглашаясь с их нежеланием следовать норме (34,5%) и в значительно меньшей мере, чем среди исполнителей нормы, упоминают о безответственности нарушителей (32,2%).

Таким образом, социальные реакции на нарушителей использования СИЗ отражают не только ценностные основания и мотивацию самих респондентов, проявляющуюся в профилактическом поведении, но и связь с императивностью

социальной нормы и ответственностью ее исполнения.

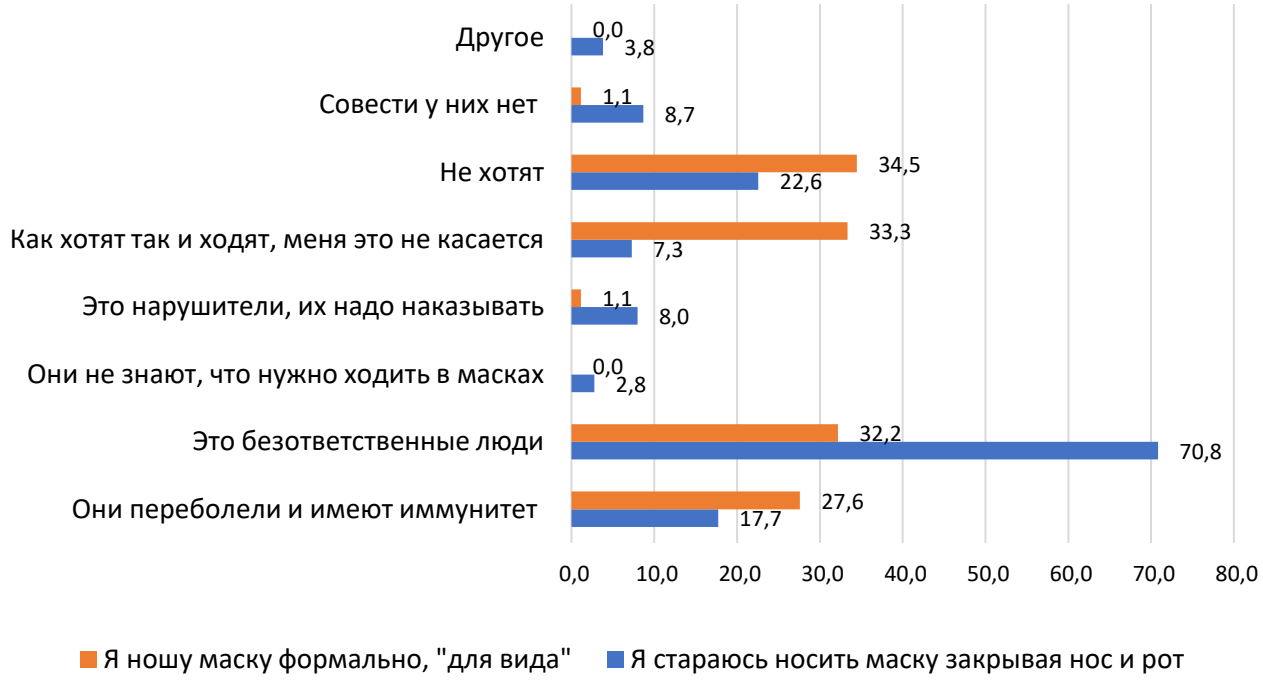


Рисунок 4.3 – Восприятие жителями нарушителей использования СИЗ в зависимости от своего исполнения социальной нормы самозащиты, в % от числа респондентов

Важной социальной нормой поведения при появлении симптомов COVID-19 стали правила обращения за медицинской помощью и соблюдения врачебных назначений по лечению. Результаты исследования показали, что большая часть респондентов (69,8%) с начала пандемии до апреля 2022 года перенесли заболевание COVID-19. Отметим, что в апреле 2021 года еще половина жителей (50,6%) отрицали свое заболевание. Объективно, что медицинский персонал как группа повышенного риска, которая в период пандемии ежедневно была подвержена рискам заражения из-за большей интенсивности труда и возросшей нагрузки заболевших пациентов, в том числе с отягощенными вследствие коронавируса хроническими неинфекционными заболеваниями, в большей мере заражались COVID-19. С начала пандемии до апреля 2022 года большая часть медицинского персонала (82,4%) переболели COVID-19, из них несколько раз – 21,1% (Рисунок 4.4).

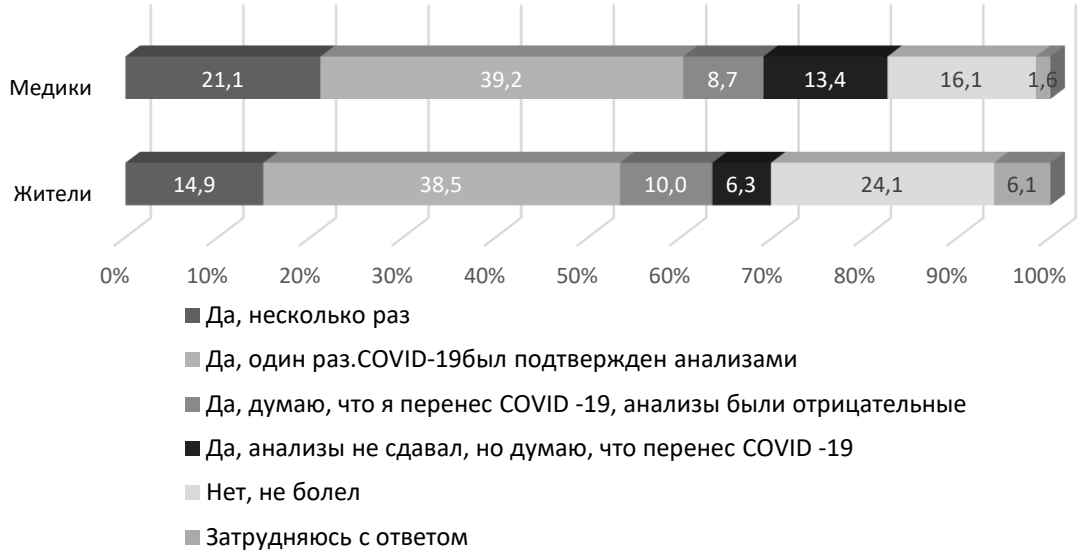


Рисунок 4.4 – Самооценка жителями и медицинским персоналом перенесенного коронавируса на протяжении пандемии, в % от числа респондентов

Таким образом, эффективность данной социальной нормы явилась заслугой, прежде всего, социальных институтов здравоохранения и СМИ, которые проводили в обществе активную противоэпидемическую и разъяснительную работу в условиях инфодемии и тем самым формировали новую «пандемийную» культуру здоровья. И если неопределенность в начале пандемии вызывала стихийные саморегулирующие реакции и поведенческие практики, то по мере развития пандемии, адаптации медицинского персонала и активной пропаганды норм поведения в условиях пандемии (COVID-19) население приняло правила обращения за медицинской помощью. Так, уже в 2021 году большинство жителей (69,4%), характеризуя свое поведение при первых симптомах заболевания, отмечали, что вызовут участкового врача на дом, еще 14,3% опрошенных также обратятся за медицинской помощью в поликлинику. Только 6,1% респондентов считают, что справятся с болезнью самостоятельно, а 4,1% проконсультируются по поводу лечения с переболевшими родственниками и знакомыми. В 2022 году данное распределение ответов сохранилось без значительных изменений ($\pm$5%). Кроме того, это можно подтвердить и достаточно низким процентом смертности в Тюменской области (0,28% от численности населения, что ниже, чем в целом по Российской Федерации) [38; 234].

Создание вакцины от COVID-19 и возможность ее массового использования позволило реализовать и социальную норму вакцинации, что было особо актуально для групп высокого риска: пенсионеров, болеющих отдельными неинфекционными (хроническими) заболеваниями, и др. Для общества, вынужденного следовать нормам социального дистанцирования, регулируемых службами Роспотребнадзора и вводимых региональными органами власти, создание вакцины стало возможностью законно выйти из норм самозащиты и защиты других. В России в декабре 2020 года была начата вакцинация населения. При этом в середине 2021 года в отдельных регионах появились требования обязательной вакцинации от COVID-19 для работников социальной сферы, транспорта и др., а требования самоизоляции для невакцинированных пожилых граждан сохранялись в некоторых регионах до 2023 года.

Анализ оценок респондентов относительно необходимости вакцинации как обязательного требования для отдельных социальных групп, показал, что из 63,6% вакцинированных респондентов только 38,8% отметили, что вакцина важна и защищает их от коронавируса, а еще 24,8% оценили вакцинацию как вынужденную меру, необходимую для продолжения работы или из-за других обстоятельств (Рисунок 4.5).

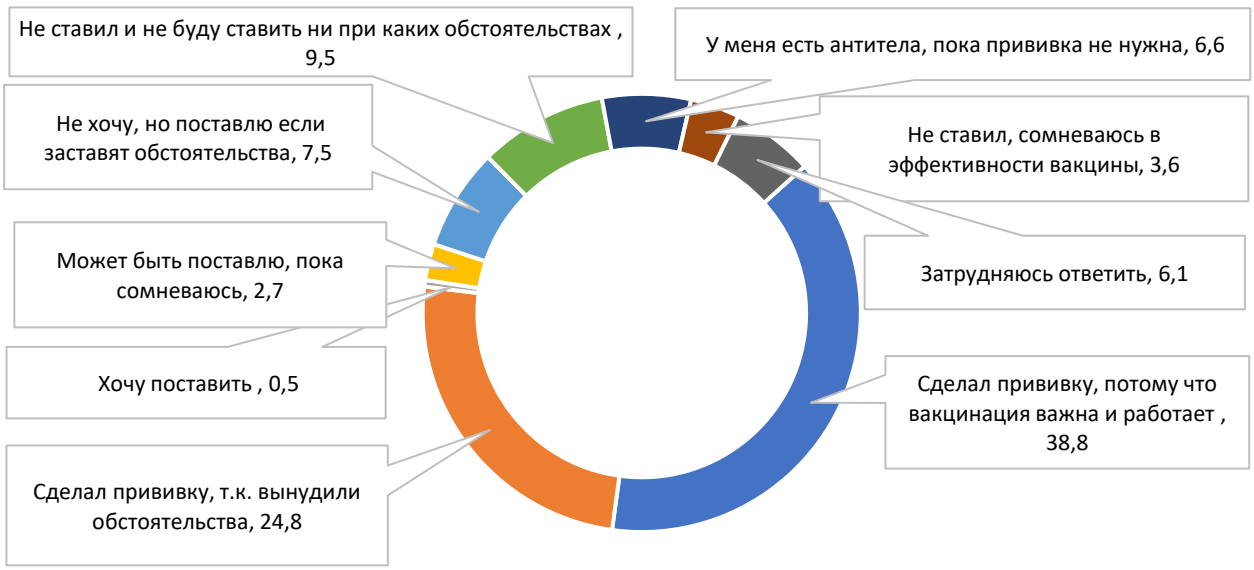


Рисунок 4.5 – Самооценка соблюдения нормы вакцинирования жителями старше 18 лет в апреле 2022 г., в %

Полученные результаты восприятия, принятия и выполнения респондентами социальных норм самозащиты и защиты окружающих, вакцинации и лечения от COVID-19 позволили здоровьесберегающее поведение жителей разделить на несколько групп по исполнению социальных норм профилактического поведения (далее, «ИСНПП» или «нормы защиты»), которые по своей сути являются индикаторами уровня «пандемийной» культуры здоровья населения. Авторская методика расчета ИСНПП заключается в распределении респондентов исходя из соблюдения ими следующих практик (поведенческих актов) «пандемийной» культуры:

1. сделал прививку от COVID-19;
2. в случае заболевания следует рекомендации врача;
3. старается держать социальную дистанцию и избегать мест скопления людей;
4. в общественных местах для защиты от COVID-19 старается носить маску, закрывая нос и рот;
5. тщательно моет руки;
6. использует антисептик для рук.

Практики п. 3-6 оценивались в динамике за три временных периода: начало COVID-19 – весна-лето 2020, весна-лето 2021, весна 2022.

Для расчета уровней ИСНПП практикам п. 1 и п. 2 присваивался 1 оценочный балл, практикам п. 3-6 за выполнение в каждом временном периоде присваивалось 1/3 балла. Максимальный расчетный результат ИСНПП – 6 баллов. В соответствии с полученными баллами совокупность респондентов разбилась на следующие подгруппы по исполнению социальных норм: высокий уровень – 5-6 баллов, средний – 3-4 балла, низкий – 0-2 балла.

Таким образом, жители Тюменской области, принявшие участие в анкетировании, распределились следующим образом:

- в апреле 2021 года (оценка за периоды: весна-лето 2020 г., весна 2021 г.): 8,3% имели высокий уровень исполнения социальных норм профилактического

поведения в пандемию COVID-19, 33,2% – средний и 58,5% – низкий;

- в апреле 2022 года: 11,7% – высокий уровень исполнения социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19, 44,4% – средний и 43,9% – низкий.

За год, с весны 2021 по 2022 г. произошел незначительный рост (3,4%) высокого ИСНПП, и значительный – среднего (11,2%) за счет активной кампании по массовой вакцинации, понимания населением важности обращения за медицинской помощью вместо самолечения и актуализации привычки мытья и обработки рук (что, кстати, повлияло и на снижение острых кишечных инфекций в 2,5 раза в 2020 году) [64].

Полученные результаты оценки уровня исполнения социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19 позволяют далее произвести оценку связи институциональной нормативной регуляции и социокультурных характеристик респондентов, также оценить саморегуляцию здоровьесберегающего поведения в условиях новой «пандемийной» культуры COVID-19.

4.2 Проявление социокультурной саморегуляции в исполнении норм «пандемийной» культуры здоровья

Как уже отмечалось в предыдущих главах диссертационного исследования, культура здоровья проявляется в здоровьесберегающем и профилактическом поведении, которое регулируется посредством внешней социальной регуляции, в условиях пандемии реализующейся, прежде всего, в социальных нормах сдерживания массового заражения. Учитывая, что степень их исполнения зависит от внутреннего механизма социокультурной саморегуляции здоровьесбережения, важно понимать, как влияют на уровень исполнения социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19 социокультурные и социально-демографические особенности индивидов, а также сформированные до

пандемии модели их здоровьесберегающего поведения (Таблицы 4.2, 4.3).

Таблица 4.2 – Уровни исполнения социальных норм профилактического поведения «пандемийной» культуры в зависимости от социокультурным характеристик респондентов, в % от числа респондентов каждой группы

Нормы / Социокультурные показатели	Исполнение социальных норм защиты от COVID-19 (ИСНПП)				
	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	В среднем по выборке	Статистическая связь
Типы культуры					
Жесткая	66,0	43,6	37,6	43,6	V Крамера = 0,165, p = 0,001
Более жесткая, чем свободная	25,5	29,8	44,9	36,0	
Смешанная	6,4	19,9	11,8	14,8	
Более свободная, чем жесткая	2,1	6,6	5,6	5,7	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Модели здоровьесберегающего поведения (до пандемии)					
А. (ЗОЖ + цен.здоровья)	17,0	12,9	16,3	14,8	V Крамера = 0,225, p = 0,001
Б. (Скорее ЗОЖ + цен.здоровья + социальные ценности)	27,7	16,3	16,9	17,9	
В. (Скорее ЗОЖ + цен.здоровья + духовные ценности)	17,0	5,6	7,8	7,9	
Г. (Скорее ЗОЖ + цен.здоровья + материальные ценности)	2,1	10,1	6,0	7,4	
Д. (Скорее ЗОЖ + цен.здоровья + смешанные ценности)	8,5	19,7	15,1	16,4	
Е. (Скорее без ЗОЖ + цен.здоровья+ + социальные ценности)	4,3	11,8	11,4	10,7	
Ж. (Скорее без ЗОЖ + смешан. цен.)	10,6	12,9	4,2	9,0	
З. (Не ведет ЗОЖ + цен.здоровья + смешанные ценности)	0,0	6,2	7,2	5,9	
И. (Вне ЗОЖ + без цен.здоровья + смешанные ценности)	12,8	4,5	15,1	10,0	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Ценностные ориентации					
Ориентированность на самореализацию и свое благополучие или приоритет помощи близким людям:					V Крамера = 0,157, p = 0,005
- Направленность на себя	46,5	25,4	27,0	29,1	
- Баланс внутреннее-внешнее	0,0	12,7	18,9	13,4	
- Ориентация на близких людей	53,5	61,9	54,1	57,5	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Ориентированность на сохранение физического и/или психического здоровья:					V Крамера = 0,168, p = 0,001
– Не отмечен приоритет ценности	2,1	1,6	6,1	3,6	

Нормы / Социокульт-турные показатели	Исполнение социальных норм защиты от COVID-19 (ИСНПП)				
	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень	В среднем по выборке	Статистическая связь
здоровья					
– Приоритет физического здоровья	25,0	23,0	33,3	27,7	
– Приоритет психического здоровья	0,0	5,5	10,6	7,1	
– Приоритет физического и психического здоровья одновременно	72,9	69,9	50,0	61,6	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Ориентированность на социальное, духовное и материальное:					
– Доминирование социальных ценностей	46,8	38,6	35,6	38,4	
– Доминирование духовных ценностей	31,9	11,4	12,5	14,4	
– Доминирование материальных	12,8	12,5	11,9	12,3	V Крамера = 0,224, p = 0,000
– Баланс социальных, духовных и материальных	4,3	10,8	13,1	11,0	
– Лидируют социальные и материальные	0,0	12,5	8,1	9,1	
– Лидируют социальные и духовные	2,1	12,5	8,8	9,7	
– Лидируют материальные и духовные	2,1	1,7	10,0	5,2	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Габитус отношения мира (возможности-потери)					
Мир опасный	82,1	82,7	83,3	82,9	нет
Мир дружелюбный	10,7	14,4	16,7	14,8	
Мир неустойчивый (то опасный, то дружелюбный)	7,1	2,9	0,0	2,4	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Габитус адаптивности					
Адаптивность	17,1	28,6	28,5	27,0	нет
Человек творец своей судьбы	40,0	44,8	41,5	42,6	
Адаптивность и человек-творец	42,9	26,7	30,1	30,4	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Габитус жизненной позиции					
Активная	92,0	59,5	24,4	48,2	V Крамера = 0,334, p = 0,000
Пассивная	8,0	39,3	70,9	49,2	
Ситуативная	0,0	1,2	4,7	2,6	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Габитус жизненной позиции «противостояния-подчинение нормам- свободы выбора»					
Противостояние нормам	0,0	14,2	10,8	10,8	
Свобода в выборе норм	2,9	1,8	2,3	2,2	
Противостояние и свобода	0,0	0,0	6,9	3,2	V Крамера = 0,241, p = 0,000
Подчинение нормам	70,6	71,7	58,5	65,3	
Противостояние и подчинение	0,0	5,3	11,5	7,6	
Свобода и подчинение	26,5	7,1	10,0	10,8	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	

Статистически значимая связь ($p < 0,05$) выявлена между исполнением социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19 (ИСНПП) и следующими социокультурными характеристиками (элементами механизма социокультурной саморегуляции), а также моделями здоровьесберегающего поведения, присущими населению Тюменской области до пандемии (Таблица 4.2):

– типы культуры. Наибольшая доля среди последователей соблюдения социальных норм в условиях коронавируса принадлежит респондентам, представляющими жесткую культуру (66,0%). Причина этой закономерности в особенности жесткой культуры, связанной с высоким уровнем законопослушания и дисциплиной следования социальным нормам, что особо актуально для «пандемийной» культуры, когда строгое следование социальным нормам защиты является одним из основных механизмов сохранения здоровья. Среди представителей низкого уровня ИСНПП доминируют респонденты с более свободной, чем жесткой культурой (44,9%), что, безусловно, отражает их принятие/непринятие следования социальным нормам в зависимости от ситуации, а также их внутреннюю потребность иметь право выбора в данном процессе;

– модели здоровьесберегающего поведения. Ожидаемо, что следование здоровому образу жизни до пандемии повлияет на здоровьесберегающее поведение в условиях COVID-19 и на решение относительно принятия новых социальных норм. Среди респондентов, на высоком уровне соблюдающих социальные нормы в условиях коронавируса, наибольшая доля представителей, следующих здоровому образу жизни и имеющих ценностную ориентацию на здоровье (модель «А», 17%), а также старающихся вести здоровый образ жизни и имеющих ценностную ориентацию на здоровье и социальные ценности (модель «Б», 27,7%) и с ориентацией на духовные ценности (модель «В», 17,0%). Все жители, не следующие ЗОЖ (модель З), по исполнению социальных норм профилактического поведения в пандемию относятся к среднему и низкому уровню ИСНПП. Таким образом, можно резюмировать, что сформированная до пандемии культура здоровья значимо влияет на здоровьесбережение в пандемию, через комплекс

сложившихся ценностных ориентаций, в том числе и на сохранение здоровья и следование предписываемым социальным нормам здоровьесберегающего поведения;

– ценностная ориентация на самореализацию и свое благополучие или приоритет помощи близким людям. В группе высокого ИСНПП значительно преобладают респонденты с ценностями, ориентированными на свое благополучие 46,5%, в сравнении с группой низкого ИСНПП – 27%, что подчеркивает важность приоритета личного здоровья для следования нормам самозащиты;

– ценностная ориентация на сохранение физического и/или психического здоровья. В группе высокого ИСНПП значительно преобладают респонденты с приоритетом физического и психического здоровья одновременно (72,9%) в сравнении с группой низкого ИСНПП – 50%, что демонстрирует связь между значимостью физического и психического здоровья и выполнением социальных норм профилактического поведения для защиты себя от возникших вирусных рисков здоровью;

– ценностная ориентация на социальное, духовное и материальное. Среди представителей высокого уровня ИСНПП преобладают респонденты с доминирующими социальными ценностными ориентациями (46,8%), что, отражает связь их высокого исполнения социальных норм профилактического поведения в пандемию и ценности социального окружения, а также их внутреннюю потребность защиты не только себя, но и окружающих людей. Это подтверждается и описанным ранее образом здоровья с приоритетами социальных ценностей и ценности здоровья как ресурса благополучия и полноценной жизни. Среди респондентов с высоким уровнем ИСНПП также преобладают имеющие духовные ценностные ориентации (31,9%), что, демонстрирует влияние духовных устремлений (самореализации, любви, стремления к истине, правде), дисциплинирующих личность на следование новым установленным нормам профилактического поведения в пандемию;

– габитус жизненной позиции активности-пассивности. Габитус активной

жизненной позиции лидирует в группе высокого ИСНПП – 92%, а среди низкого ИСНПП всего 24,4%, в свою очередь, представители пассивной жизненной позиции представлены в группе высокого ИСНПП незначительно (всего 8%), а низкого – 70,9%. Между переменными высокая статистически достоверная связь (V Крамера = 0,334, p = 0,000), что доказывает ключевую значимость активной жизненной позиции самого индивида, порождающей социальные практики, в т.ч. в исполнении социальных норм защиты в высоко рисковой ситуации пандемии;

– габитус жизненной позиции «противостояние – подчинение нормам – свобода выбора». Ожидаемо, габитус «подчинения социальным нормам» является ведущим в группе высокого исполнении социальных норм защиты – 70,6%, в низкой – 58,5%. В свою очередь, габитус «противостояния нормам» отсутствующий среди группы высокого ИСНПП, у низкого составляет 10,8%, что подтверждает ожидаемое высокое исполнение новых профилактических норм среди представителей сформированного габитуса подчинения нормам и игнорирование норм среди имеющих габитус «противостояния».

Проведенный анализ показал, что соблюдение социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19, как и следование здоровому образу жизни, тесно связано с социокультурной саморегуляцией поведения индивида. При этом ценностно-нормативные установки на сохранение здоровье и следование социальным нормам профилактического поведения, сформированные до пандемии, являются высоко значимыми в здоровьесберегающем поведении в пандемию, ситуации высокого риска здоровья, требующей обязательного следования возникающим новым социальным нормам сдерживания массового заражения.

Следующим важным аспектом социальной регуляции является связь уровня исполнения социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19 с социально-демографическими особенностями индивидов (Таблица 4.3).

Таблица 4.3 – Уровни исполнения социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19 в зависимости от социально-демографических показателей, в % от числа респондентов каждой группы

Нормы / Социально-демографические показатели	Исполнение социальных норм защиты от COVID-19 (ИСНПП)				
	Высокое	Среднее	Низкое	В среднем по выборке	Статистическая связь
Пол					
Мужской	58,3	47,0	44,8	47,4	Отсутствует
Женский	41,7	53,0	55,2	52,6	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Возраст					
18-24 года	10,4	7,1	9,9	8,7	V Крамера = 0,154, p = 0,012
25-30 лет	4,2	4,9	11,0	7,5	
31-44 лет	25,0	30,6	40,3	34,2	
45-60 лет	29,2	24,6	20,4	23,3	
Старше 60 лет	31,3	32,8	18,2	26,2	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Местность проживания					
Городские жители	52,1	72,7	68,0	68,2	V Крамера = 0,134, p = 0,024
Сельские жители	47,9	27,3	32,0	31,8	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Уровень образования					
Общее образование	18,8	21,9	20,4	20,9	Отсутствует
Среднее профессиональное	45,8	45,4	39,2	42,7	
Неполное высшее	0,0	1,6	1,1	1,2	
Высшее	35,4	29,0	37,0	33,3	
Кадры высшей квалификации	0,0	2,2	2,2	1,9	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Направление образования					
Медицина	29,2	5,5	3,3	7,3	V Крамера = 0,227, p = 0,001
Технические науки	10,4	15,3	19,9	16,7	
IT, информатика	0,0	1,6	3,9	2,4	
Общественные науки	10,4	24,0	12,2	17,2	
Гуманитарные науки	14,6	7,1	9,9	9,2	
Педагогика, образование	6,3	10,4	11,0	10,2	
Естественные науки	6,3	4,9	12,2	8,3	
Военное дело	6,3	2,2	2,2	2,7	
Другое	6,3	19,1	15,5	16,0	
Несколько направлений	10,4	9,8	9,9	10,0	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Социально-профессиональная группа					
Руководитель высшего и среднего звена	2,1	3,3	1,7	2,4	V Крамера = 0,258, p = 0,000
Руководитель подразделения	0,0	9,3	9,4	8,3	
Предприниматель, самозанятый	6,3	8,7	6,1	7,3	
Специалист	31,3	19,1	20,0	20,9	
Персонал средней квалификации	20,8	12,6	12,2	13,4	
Служащий	4,2	1,1	2,2	1,9	

Нормы / Социально-демографические показатели	Исполнение социальных норм защиты от COVID-19 (ИСНПП)				
	Высокое	Среднее	Низкое	В среднем по выборке	Статистическая связь
Рабочий	2,1	5,5	18,9	10,9	
Студент, обучающийся	0,0	5,5	8,3	6,1	
Безработный	0,0	1,1	3,9	2,2	
Пенсионер	33,3	30,1	14,4	23,6	
Другое	0,0	3,8	2,8	2,9	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	

Наиболее значимая связь ($p<0,05$) выявлена между исполнением социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19 и такими социально-демографическими показателями, как возраст, местность проживания, профиль полученного образования.

Так, в зависимости от возрастных характеристик наиболее ответственно придерживались рекомендуемых социальными институтами норм профилактического поведения респонденты старшей возрастной группы (от 45 лет и выше), что обусловлено в первую очередь высокими показателями смертности от последствий COVID-19 в этом возрасте. Невысокая смертность среди молодежи и вследствие этого отсутствие страха перед заболеванием являются одной из основных причин недопонимания важности соблюдения социальных норм, рекомендованных для сохранения здоровья, среди групп молодых людей в возрасте 25-30 лет (11,0%) и 31-44 лет (40,3%). Можно также считать объективным и тот факт, что респонденты, проживающие в сельской местности, больше, чем городские жители демонстрируют приверженность социальным нормам профилактического поведения, так как они практически не являются поклонниками социальных сетей и Интернета, где, как правило, формулируются альтернативные мнения, а потому доверяют официальным источникам информации, которые доказывают необходимость соблюдения данных норм для избегания заболевания коронавирусом.

Направление полученного образования также влияет на степень исполнения социальных норм профилактики и защиты от заражения коронавирусом. Так, высокое соблюдение норм профилактики отмечается в большей мере среди

респондентов с медицинским образованием, что объясняется ориентацией образования на процессы здоровьесбережения.

Таким образом, исполнение норм «пандемийной» культуры связано с элементами социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения, такими как тип культуры индивида, сформированные до пандемии модели здоровьесберегающего поведения, ценностные ориентации, а также габитус жизненной позиции. Социально-демографические особенности индивидов, такие как возраст, направление образования, место проживания в городе или сельской местности, принадлежность к социальной группе, также являются значимыми переменными социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения в исполнении норм «пандемийной» культуры здоровья.

4.3 Восприятие и эмоциональные основания саморегуляции поведения в условиях пандемии

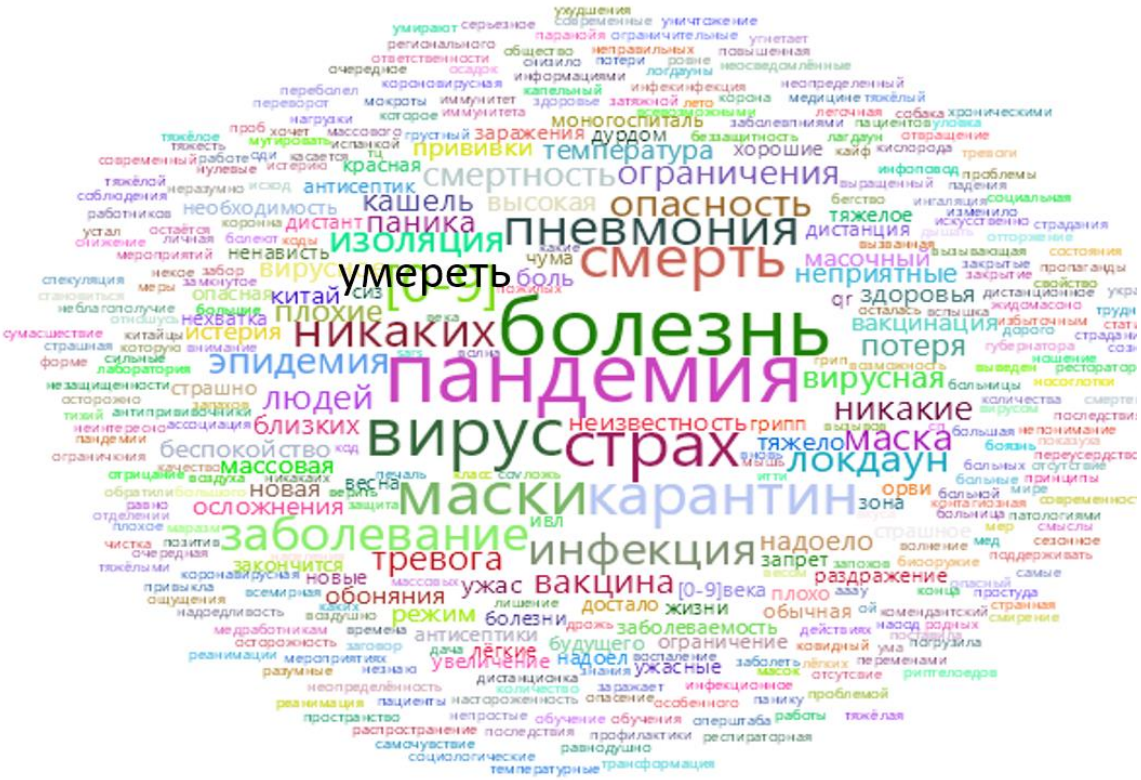
Кроме того, на оценку респондентов относительно осознанной необходимости исполнения социальных норм профилактического поведения в условиях COVID-19 влияет и появление по мере распространения коронавируса в мире и в России, в частности, страха за свою жизнь и здоровье, а также за жизнь и здоровье своих близких (Приложение В, Таблица В.5). Практически половина опрошенных независимо от того, придерживаются ли они рекомендованных норм или нет, осознают возможность заболеть коронавирусом, хотя у тех, кто не поддерживает социальные нормы профилактического поведения, в меньшей мере присутствует страх перед этим заболеванием. Те же, кто следуют во всем социальным нормам, больше боятся за своих близких, чем за себя.

Результаты проведенного исследования показали, что факт перенесенного заболевания COVID-19 также значимо повышает понимание важности следования нормам самозащиты и защиты окружающих (Приложение В, Таблица В.5). Так, 41,7% респондентов, перенесших коронавирус с подтвержденным анализами, заявляют о полной поддержке социальных норм профилактического поведения, в

то время как тех, кто не болел коронавирусом, в группе сторонников исполнения социальных норм только 18,8%.

Безусловно, одна из причин неиспользования средств самозащиты – это распространяемые инфодемией ложные утверждения (фейки об «отсутствии вируса», о его «незаразности» для отдельных групп населения и т.д.), и, как следствие, неверие в возможность заболевания или последующие риски ухудшения здоровья. Однако при перенесении COVID-19 мнение меняется и риск повторного заболевания приводит к поддержке социальных норм самозащиты. Таким образом, факт перенесенного заболевания COVID-19 тесно связан со страхом заразиться повторно, что подтверждает и статистически достоверная связь между этими переменными (V Крамера = 0,182, p = 0,013).

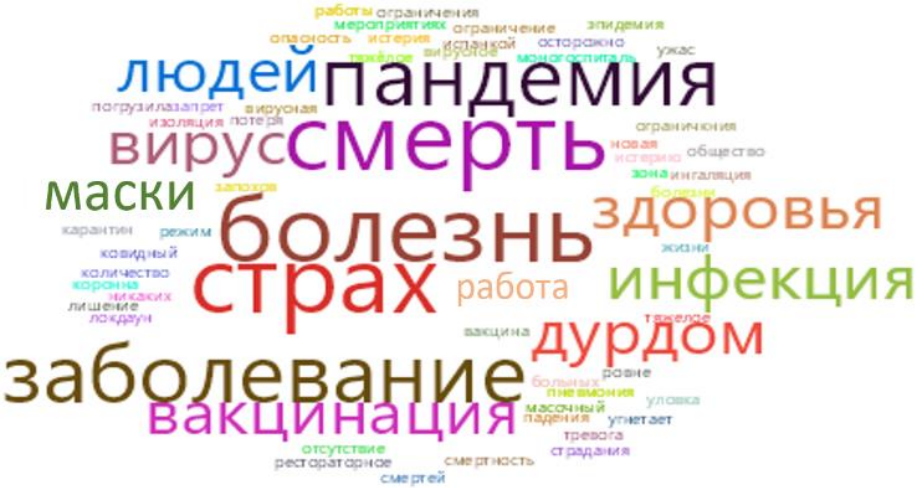
Транслируемый в самооценках жителей страх перед заражением COVID-19 проявляется в описании образа коронавируса, сложившегося в их сознании. В спектре ассоциаций о COVID-19 преобладают слова «болезнь», «пандемия», «вирус», «смерть», «страх», «пневмония», «карантин», «умереть», «опасность» (Рисунок 4.6. А). Доминирование слова «смерть», наравне со словом «страх», отмечены в образах коронавируса у медицинского персонала, работавшего в «красной зоне» в период пандемии и у жителей, перенесших COVID-19 (Рисунок 4.6. Б, Г). Среди не болевших COVID-19 слова «вирус» и «страх» часто употребляются в контексте фраз со словом «пневмония». Приведенные ассоциации позволяют утверждать о связанности сложившегося образа восприятия пандемии с ценностью здоровья, жизни и избавления от боли и болезни в механизме социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения.



А. Население, старше 18 лет (n=384)

Б. Перенесшие COVID-19 (n=286)

В. Не болевшие COVID-19 (n=99)



Г. Медицинский персонал, работавший в «красной зоне» (n=74)

Рисунок 4.6 – Спектр ассоциаций о «COVID-19»

Образ пандемии и восприятие требований новых социальных норм в сознании индивидов формируется, прежде всего, под воздействием информации, транслируемой социальными институтами и акторами. В пандемию COVID-19 новый социальный феномен «инфодемия» (лавинообразный рост информационных поводов о COVID-19, часть из которых была истинна, а часть ложна) создавал для индивидов значительную сложность в разграничении истинных и ложных фактов о пандемии, что также приводило к росту страхов, искажению восприятия

социальных норм самозащиты, вакцинации, лечения и, как следствие, деформации восприятия социальных норм профилактического и здоровьесберегающего поведения.

Наверное, поэтому активность, инициативность самого индивида в получении, усвоении и трактовании информации со временем очень снизилась. Так, весной 2022 года, спустя два года с начала пандемии, только 33,2% респондентов отмечали сохранение интереса к теме COVID-19, а среди них только третья часть помимо информационного интереса продолжали проявлять активность в передаче этой информации своему окружению (Рисунок 4.7).

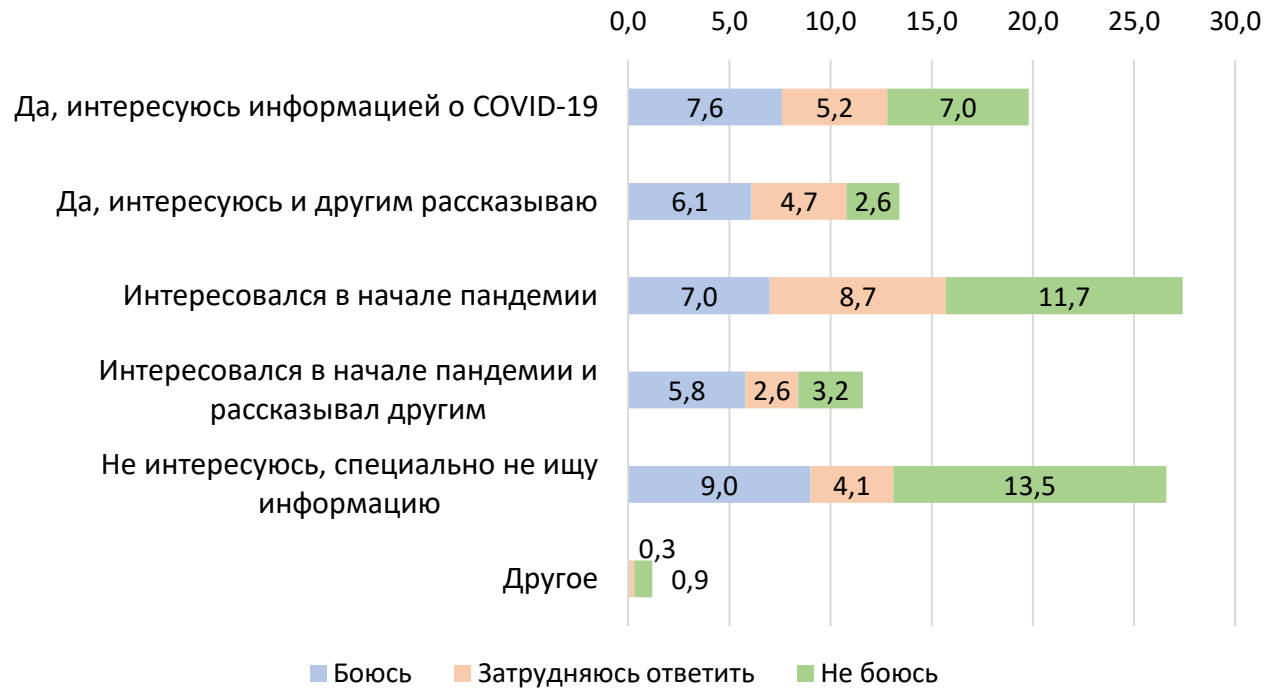


Рисунок 4.7 – Самооценка интереса к теме пандемии и страха заразиться COVID-19, в % от числа респондентов

Тем не менее, несмотря на различный интерес к теме COVID-19 (и активность к ее распространению), у респондентов и в 2022 г. сохранялся страх перед заражением коронавирусом. Таким образом, страх заразится COVID-19 присутствует среди как информационно активных (сохранивших интерес к данной теме), так и среди пассивных, утративших интерес к ней по мере развития пандемии или не интересующихся COVID-19.

Следующей задачей в исследовании социальных практик и социальной регуляции культуры здоровья в пандемию COVID-19 является выделение моделей и стратегий здоровьесберегающего поведения в пандемию, что позволит оценить особенности «пандемийной» социокультурной саморегуляции и выявить социальные технологии для формирования и регуляции культуры здоровья.

Оценивая здоровьесберегающее поведение в условиях инфодемии, важно учитывать внешние «ковидные» обстоятельства, влияющие на жизнь индивидов и социальных групп, в том числе физические и социальные ограничения, поток информационных сообщений, усиленный значительным числом ложных сообщений, и обстоятельства заболевания / смерти вследствие COVID-19 в ближнем окружении (Рисунок 4.8).

Для измерения социальных мер сдерживания пандемии COVID-19 со стороны правительства в диссертации использовался «Индекс строгости» (методология расчета разработана Oxford COVID-19 Government Response Tracker) [317]. Индекс включает следующие показатели: закрытие учебных заведений и перевод на дистанционное обучение, ограничение работы в отдельных сферах деятельности; запрет массовых и публичных мероприятий; ограничение в режиме работы общественного транспорта и правилах его использования; требование не покидать место проживания; кампании по информированию; ограничения перемещений между регионами и международных поездок, и варьируется от нуля до 100 баллов (максимальная величина).

Наивысший индекс в РФ (87 баллов) начался в период с 29 марта по 5 апреля 2020 года, при появлении первых случаев заражения и смертей вследствие коронавируса, и сохранялся до 10 мая 2020 года. В этот же период фиксируется начало информационных сообщений, подавляющая часть из который оказалась в последствии ложной (Рисунок 4.8. А, Б, В, Г). Лаборатория Oxford COVID-19 Government Response Tracker, проводившая замеры весь период продолжительности пандемии, также выявила связь цикличности «волн» заражений, смертности со строгостью принятых социальных мер и интенсивностью информационного фона, а также с высоким числом ложных

сообщений («фейков»), сопровождавших периоды «строгости».

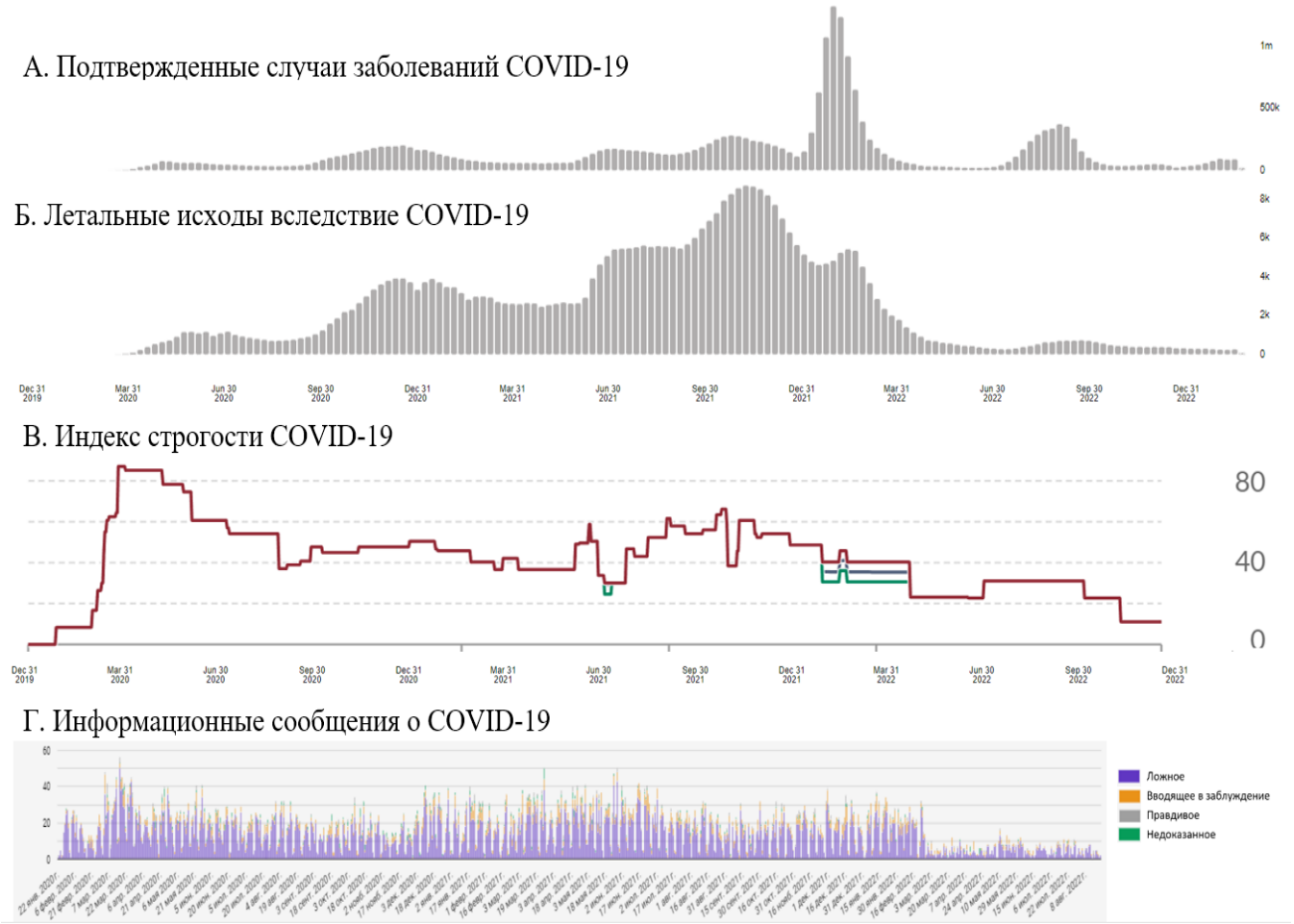


Рисунок 4.8 – Еженедельная динамика числа подтвержденных случаев и летальных исходов вследствие COVID-19, индекс строгости государственных мер сдерживания пандемии в Российской Федерации и число информационных сообщений о пандемии (01.01.2020 г. - 01.03.2023 г.) [101; 317; 341]

В диссертационном исследовании для выявления еще одной важной связи между формированием культуры здоровья и здоровьесберегающего поведения в пандемию COVID-19 был разработан показатель «восприятие угрозы», который представляет собой произведение оценочных суждений и мнений, поддерживающих высокий уровень страха, тревожности и ощущения опасности индивида относительно угрозы коронавируса для жизни и здоровья.

Согласно данной методике, оценка показателя «восприятие угрозы» определялась с помощью фиксации согласия респондента со следующими утверждениями и событиями:

– утверждения: «Я имею высокий риск заразиться COVID-19» (1 балл); «Я имею высокий риск заразиться и заболеть COVID-19» (1 балл); «Мои близкие люди имеют высокую вероятность заболеть COVID-19» (1 балл); «Я сильно боюсь COVID-19» (1 балл);

– события/последствия пандемии: знакомые, друзья, родственники тяжело перенесли болезнь (1 балл); были случаи летального исхода среди родных, друзей и знакомых (1 балл).

Таким образом, максимальный результат составляет 6 баллов. В соответствии с полученными баллами выделены следующие уровни «восприятия угрозы»: высокий – 5-6 баллов, средний – 3-4 балла, низкий – 1-2 балла, отсутствует – 0 баллов.

В апреле-июне 2021 года, в период выхода на «плато» смертности после зимнего максимума, резкого сокращения числа заболевающих (действия штаммов коронавируса Дельта и Гамма невысокой вирулентности, но наиболее часто приводивших к госпитализации заболевшего [161]) и ослабления строгих социальных ограничений, уровни показателя «восприятие угрозы» были такими: высокий – 7,3%, средний – 11,9%, низкий – 61,3%, угроза отсутствует – 19,5%.

Однако данный показатель, так как зависит от усиления/ослабления социальных норм профилактики COVID-19, показателей заболеваемости и смертности, а также от накопленной обществом усталости от напряжения и ограничений одновременно, носит переменчивый характер.

Например, в начале лета 2021 года, когда создалось впечатление снижения заболеваемости коронавирусом, несмотря на действующие ограничения международного перемещения, некоторые жители УРФО покидали регион постоянного проживания с целью отдыха. Так, результаты исследования показали, что среди возвращающихся отпускников наблюдалась средняя тревожность при большей уверенности в личной безопасности от угрозы заражения (независимо от использования средств индивидуальной защиты). Фрагменты интервью с жителями Курганской, Свердловской, Тюменской, Челябинской областей, ХМАО-

Югры, ЯНАО), покидавших регион постоянного проживания в летний период с целью отдыха:

– Анатолий, 29 лет «мы с женой путешествуем каждый год. Я не собираюсь прятаться, кто боится, тот дома сидит, на даче…. Нет, я не боюсь, а чего бояться? Болеют старики».

– Светлана, 52 года «я каждый год стараюсь с семьей ездить на море. Чего бояться? Все умрем когда-то, а эти ограничения понапридумывали, народ-то их особо не исполняет… Боюсь, как все. Маски, конечно, на море не использовали, а кто их там использует? В самолете нас заставили одеть, я, конечно, одела».

– Андрей, 23 года «я маску вообще не носил, только когда привязывались, вроде болел… Я об этом не думаю... Мог ли заразить кого-то? Наверно».

– Константин, 47 лет «а я привился, поэтому спокойно поехал, тест отрицательный. Жена там заболела, но кто его поймет – ковид это или нет».

Ожидаемо, перед началом учебного года 2021 года начался резкий подъем заболеваемости и смертности, в том числе и несмотря на ковидные ограничения. Уже в ноябре 2021 года участники фокус-групп транслировали высокую тревожность, что объективно отражало и рост смертности вследствие коронавируса, и значительный подъем заболеваемости, сопровождаемый усилением социальных ограничений:

– Сергей, 36 лет «у меня умер отец из-за этого ковида, он был в общем-то здоров, спортивный, жить-да жить… Ношу маску, мать берегу, лишний раз ее не пускаю в поликлинику, там одна зараза…».

– Елена, 28 лет «…я особо маску не ношу, когда говорят, конечно, одеваю в магазине там… а маму, да, очень берегу, она слабая по сердцу и диабету. Боюсь очень за нее, как брат ее умер, она хуже стала. Боюсь, конечно, ну как все, не знаешь, что будет и как этот вирус по тебе ударит. На работе у соседки панические атаки, это страшно… Ну и, конечно – устала очень от этого напряжения, скорей бы это закончилось».

В апреле 2022 года в период массовой вакцинации и снижения

заболеваемости/смертности, показатель «восприятие угрозы» оставался на среднем уровне: высокий уровень «восприятия угрозы» – 10,4%, средний – 44,9%, низкий – 38,3%, отсутствует – 6,4%.

Осенью 2022 года «Индекс строгости» стал значительно ослабевать вместе со снижением смертности и заболеваемости, а COVID-19 постепенно стал переходить в сознании обывателей в разряд сезонных вирусных инфекций:

– Анастасия, 25 лет: «маску давно не ношу. На работе перестали требовать, да и в магазинах, на улицах уже никто ее не носит… Я вначале переболела ковидом, сейчас не боюсь... В начале жуть как боялась, все мыла руки по три раза. Мне кажется, пандемия уже закончилась, об этом даже перестали все говорить».

– Станислав, 57 лет: «я давно привился, в самом начале, уж не помню, когда это было…. Заразиться не боюсь, да мне кажется уже и вируса-то нет».

Таким образом, рост заболеваемости и смертности COVID-19, стимулируемые появлением новых штаммов, сопровождались усилением социальных норм самозащиты и системы социального контроля за их исполнением. В периоды снижения заболеваемости «индекс строгости» ослабевал, поддерживая вместе с инфодемией тревожность жителей в отношении риска заражения, которая периодически раскачивалась как маятник от состояния «страха» до «безразличия». Эмоциональное основание саморегуляции поведения в виде страха и тревоги, поддерживалось потоком инфодемии и влияло на восприятие и трактование происходящих событий текущей жизнедеятельности, что формировало особую «пандемийную» культуру здоровья и, соответственно, регулировало здоровьесберегающее поведение.

4.4 Модели здоровьесберегающего поведения в COVID-19

На основе вычисленного показателя «восприятие угрозы» и оценки соблюдения социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19 были построены модели здоровьесберегающего поведения в пандемию, а затем

особенности поведения и культура здоровья представителей этих моделей изучались в фокус-группах и личных интервью. На Рисунке 4.9 представлены характеристики моделей здоровьесберегающего поведения в пандемию и особенности типов респондентов по восприятию пандемии, страху, здоровьесберегающему поведению и степени исполнения социальных норм профилактики:

Рисунок 4.9 – Модели здоровьесберегающего поведения

в пандемию COVID-19 и типы респондентов

1. Профилактикоориентированная модель характеризует поведение, направленное на сохранение здоровья и жизни через профилактику заболевания COVID-19. Этой модели поведения придерживаются жители, которые стремятся соблюдать практики ЗОЖ и следуют социальным нормам защиты от COVID-19, объективно оценивают риски, в том числе и за счет официальных источников информации. Особенность этой модели поведения заключается, прежде всего, в осознании ценности сохранения здоровья, не только своего и ближнего окружения, но и общественного. Среди представителей этой группы выделяются «Ценностно-ориентированные. Активные» (1А), владеющие объективной информацией (не просто ищущие и проверяющие ее, но и активно транслирующие эту информацию в социальных сетях и личных коммуникациях), а также принимающие участие в волонтерских мероприятиях и социальных проектах. Уровень восприятия угрозы заражения COVID-19 они оценивают в зависимости от внешней ситуации. Вторая подгруппа «Ценностно-ориентированные. Тревожные» (1Б) – это люди, у которых как свое здоровье, так и здоровье своих родных и близких является ценностным приоритетом, при этом они черпают информацию из всех без исключения СМИ, в том числе и ложную, хотя наибольший уровень доверия все-таки принадлежит официальным средствам массовой информации. Видимо поэтому их уровень восприятия угрозы заражения находится на достаточно высоком уровне.

Наиболее типичные высказывания представителей этой группы:

– Анастасия, 22 года [живет с родителями, младшей сестрой и бабушкой]: «Да, я боюсь нового вируса, особенно из-за бабушки, у нее диабет и сердце больное. Я стараюсь соблюдать все меры, чтобы не заразиться коронавирусом; обязательно мою руки с мылом, у меня в сумочке антисептик, маска. Маску я меняю не так часто, как хотелось бы. С друзьями встречаюсь онлайн, очень много учебы... За питанием я слежу, я же спортсменка».

– Сергей, 36 лет: «Я привился, конечно, это важно, не хочу заболеть. Привитые гораздо легче переносят ковид.... Да, я стараюсь заботиться о здоровье... слежу за питанием, спортом занимаюсь... Маски я, конечно, ношу, работа такая, да и важно не переносить заразу. Я несу ответственность за семью и родителей».

2. Конформистская модель здоровьесберегающего поведения. Результаты проведенного исследования определили, что это самая представительная модель поведения респондентов в условиях коронавируса. Особенность данной модели заключается, прежде всего, в том, что ее последователи зачастую копируют поведение большинства или лидеров мнений при пассивном (непротивление) принятии существующих социальных норм профилактики. Поведение представителей этой модели можно разделить на две группы: «Законопослушные» (2А) и «Безразличные» (2Б). Представители первой группы чаще всего используют средства индивидуальной защиты по причине важности соблюдения правил или из-за страха нарушить социальную норму, при этом ориентируются на предписываемые правила и реальность их исполнения референтной группой. Ценность здоровья находится в приоритетном ряду, однако понимается и принимается с учетом принятых в обществе норм сохранения здоровья, а главное, в соответствии с поведением, принятым в референтной группе. «Законопослушные», как правило, транслируют информацию официальных СМИ, а вакцинацию проходят по правилам, зачастую уверены в ее важности и эффективности. Наиболее типичные высказывания представителей этой группы:

– Александр, 52 года: «Маску я ношу, у нас на работе правила, не соблюдаешь, свободен... Вакцину я поставил сразу, как отправили, нужно так нужно, чтобы не болеть и других не заражать».

Конформисты «Безразличные» (2Б) следуют предписываемым правилам, но безразличны к возможности заразить других, используют средства индивидуальной защиты и проходят вакцинацию при социальном принуждении, выражая различную степень согласия с этими нормами. Информацию о COVID-19

специально не ищут, не проверяют, а транслируют мнение референтной группы без критической оценки. Наиболее типичное высказывание представителей этой группы:

– Светлана, 25 лет: «Я вообще не думаю об этой пандемии, живу как жила… маску приходится одевать, куда от них деться, заставляют… таскаю в кармане, накину и вперед. Если будут заставлять ставить вакцину, то поставлю, пока не хочу... Боюсь ли? Скорее да, ну как все. Могу ли кого-то заразить? Вообще не думала об этом».

3. Модель здоровьесберегающего поведения в пандемию «Осторожно-тревожная». Ее представители ощущают тревогу и понимают опасность в отношении возможного заражения и заболевания коронавирусом, в курсе актуальной информации, в том числе и «фейковой», однако прежде чем доверять ей, стараются проверить информацию. Средства индивидуальной защиты используют в том случае, если верят в их эффективность, как и с вакцинацией, которую проходят, если верят в ее безопасность. Среди представителей этой модели можно выделить группу «Послушные» (3.А), резиденты которой доверяют официальным СМИ, стараются использовать средства индивидуальной защиты для предотвращения заражения, понимают важность исполнения правил. Наиболее типичные высказывания представителей этой подгруппы:

– Мила, 68 лет: «Очень боюсь ковида, переболела дважды, лежала в больнице, еле выкарабкалась. Прививку уже поставила... Страшно еще раз заболеть, уже могу и не потянуть... Говорят, что этот вирус специально сделали, нас изживают, а про прививку говорят много, я уже и запуталась, но надо ставить...».

– Ольга, 38 лет: «Я сильно переживаю за себя и маму... у меня среди знакомых некоторые умерли в больнице от ковида... Да, я читаю новости про ковид... в чатах пишут много и разное... Страшно... Но я верю, что наша вакцина хорошая, она защищает».

Вторая группа «Осторожно-тревожных» – это «Сомневающиеся» (3.Б). Ее

представители высказывают большое число опасений об эффективности вакцинации или лечения, возможных осложнениях, доверяют «фейкам», «теориям заговора», склонны верить непроверенной информации, которую потом транслируют в соцсетях. Наиболее типичные высказывания представителей этой подгруппы:

– Анатолий, 62 года: «Чушь эта ваша вакцина, травят нас... Не ставил и не собираюсь, хоть что со мной делайте... Боюсь ли? Конечно, я же нормальный человек. Вон пишут, кто ставил вакцину, от странных болячек померли. Мой сосед в подъезде молодой поставил вакцину и где он? В больнице откачивают. А в Европе все еще хуже, это китайцы с американцами нас ковидом убивают».

– Людмила, 55 лет [начало пандемии]: «Страшно… Плохо все, пишут, что до зимы этот ковид не пройдет, китайцев показывают, прямо на улице падают замертво, так и лежат на улице. У нас тоже начинается, сижу дома, много смотрю, читаю как лечиться и защищаться, говорят чеснок помогает от вируса».

4. Следующая модель здоровьесберегающего поведения «Нарушительная». Ее представители, несмотря на запреты и вводимые социальные нормы сдерживания вируса, продолжали вести активную социальную жизнь, посещать массовые мероприятия (в том числе нелегальные), не используя средства защиты, о вирусе не думают, не ищут и не читают информацию о коронавирусе и пандемии, не соотносят с собой вероятность заражения по причине неверия в реальность вирусной опасности. В их представлении пандемия является событием, существующим вне их реальности, изредка пересекающее и доставляющее неудобства текущей жизнедеятельности. Среди них можно выделить «Демонстративных нарушителей» (4.А), активно выступающих против социального принуждения к использованию средств защиты или вакцинации, демонстрирующих обществу свою позицию, исходящую из неверия в общественную опасность коронавируса или введения ограничительных мер ради безопасности и блага граждан (а не стремления ограничить гражданские свободы).

Их представители активны в социальных сетях и могут достаточно агрессивно отстаивать свою позицию. В свою очередь «Ковид-диссиденты» (4.Б) придерживаются более пассивной позиции «тихого протеста», игнорирования социальных ограничительных норм, не привлекая к себе внимание. Наиболее типичные высказывания представителей:

– Сергей, 21 год: «Я не ношу маску, это глупость, она все равно не помогает... Да, я не сижу дома, живу как привык, как обычно... Мои друзья также. Конечно, продолжаем собираться. Если будут заставлять одеть маску, я не одену, пусть попробуют что-то мне сделать, еще посмотрим кто кого».

– Андрей, 29 лет: «Маску не ношу, зачем? Да и пандемия эта шуму много, а вот среди моих знакомых никто не болеет. Придумали вирус, чтобы всех посадить по домам, все и сидят. Я нет».

– Михаил, 20 лет [проживает в студенческом общежитии]: «Вируса не боюсь, это для пенсионеров. Да и вируса, похоже, нет. У вас из знакомых кто-нибудь болеет? У меня нет, значит и заморачиваться нечего. Маску я не ношу, руки мою, с друзьями мы также гуляем; жалко, что кафешки закрыты».

Определенные в ходе социологического исследования модели здоровьесберегающего поведения в условиях пандемии COVID-19 отражают социальные практики сохранения здоровья и реакцию жителей на внешнюю социальную регуляцию через введение новых для общества социальных норм сдерживания массового заражения коронавирусом в 2020-22 гг. При этом социальные практики сохранения здоровья в пандемию COVID-19 также демонстрируют особенности сложного процесса социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения населения. В периоде вне пандемии здоровьесберегающее поведение основывается на образе здоровья как ресурсе для благополучия и жизни, инструментализируя ценность здоровья, а в пандемию ценность здоровья переосмысливается в контексте возможности его внезапной потери, а страх прекращения жизни придает ценности здоровья витальный смысл, стимулируя поведение в сторону соблюдения социальных норм

здоровьесбережения в большей степени, чем было в до пандемийный период. Тем не менее, при снятии тревоги за свою жизнь, особенно после вакцинации, уровень исполнения социальных норм защиты снижается, не влияя на приверженность здоровому образу жизни и повышение уровня культуры здоровья в целом.

Выявленные модели здоровьесберегающего поведения в пандемию и до пандемии (параграф 3.3) позволяют выделить стратегии здоровьесберегающего поведения, которые индивиды реализуют как в условиях повседневной жизни, так и в условиях пандемии. Эти стратегии характеризуют ценностную ориентацию на сохранение здоровья и жизни, активность в профилактике заболеваний и избегании высокорисковых (для здоровья и жизни) ситуаций, а также следование социальным нормам сохранения здоровья (Таблица 4.4).

Таблица 4.4 – Стратегии здоровьесберегающего поведения

	Типы стратегии		
	Стратегия профилактики	Ситуативная стратегия	Пассивная стратегия
Характеристика поведения	Осознанный выбор индивидом профилактической деятельности как в условиях пандемии, так и отношении общественно значимых хронических заболеваний. Приоритет ценности здоровья и активной жизни. Активная информационная включенность в проблемы здоровьесбережения Следование социальным нормам сохранения здоровья.	Ситуативное профилактическое поведении, проявляющееся и усиливающееся в ситуации риска для жизни и здоровья (пандемии, обострении болезни, возникновении смертельного заболевания и др.). Актуализация профилактической деятельности при приоритезации ценности здоровья.	Стратегия характерна для индивидов с низкой культурой здоровья, низкой профилактической деятельностью в силу смещения ценности здоровья на второстепенный план.
Результат применяемой стратегии здоровьесберегающего поведения	Высокой уровень культуры здоровья. Следование здоровому образу жизни. Как следствие, большие шансы на активное долголетие	Средний уровень культуры здоровья. Здорового образа жизни придерживаются в зависимости от жизненных обстоятельств. Избирательно следуют социальным нормам сохранения здоровья.	Низкий уровень культуры здоровья. Пренебрегают социальными нормами сохранения здоровья или следуют им в случае социального принуждения.

Изменение стратегий здоровьесберегающего поведения, например, переход с пассивной в ситуативную или в стратегию профилактики наиболее вероятен при ценностной ориентации на сохранение здоровья и активное долголетие, а также при формировании и развитии культуры здоровья. Признание и следование индивидами профилактической стратегии здоровьесберегающего поведения имеет высокую важность для общественного здоровья, так как эта саморегуляционная стратегия имеет большой потенциал для сохранения здоровья на уровне популяции как в отношении общественно значимых хронических заболеваний, так и при пандемии.

Проведенный в диссертационном исследовании анализ социальных практик сохранения здоровья в пандемию и вне ее, а также социальной регуляции культуры здоровья позволил выявить социальные технологии для ее формирования и стимулирования:

– нормативно-правовые – разработка и совершенствование нормативно-правовой базы для создания, трансляции, регуляции, сохранения и контроля социальных норм здоровьесбережения;

– социально-дифференцированные технологии информирования, мотивации и стимулирования здоровьесберегающего поведения;

– организационно-управленческие, включающие технологии создания условий для сохранения здоровья и профилактики;

– социально-психологические технологии формирования профилактического сознания, целеполагания и ценностного фокусирования на здоровьесберегающей деятельности.

Таким образом, для формирования и развития культуры здоровья посредством социальной регуляции используется широкий спектр технологий от нормативно-правовых до технологий, регулирующих социокультурную саморегуляцию здоровьесберегающего поведения.

Для реализации авторской концепции была разработана модель процесса социальной регуляции формирования культуры здоровья, в укрупненном виде

позволяющая решать задачу формирования культуры здоровья у индивидов и социальных групп в соответствии с реализуемой стратегией сохранения здоровья населения.

На Рисунке 4.10 показана декомпозиция модели процесса социальной регуляции и процесса формирования культуры здоровья (при построении модели использован стандарт IDEF0 методологии функционального моделирования SADT) [103]. Функциональный блок (A1) «Сформировать ценность здоровья» заключает в себя создание интереса к теме сохранения здоровья, осознания потребности в здоровье и мотивации здоровьесбережения, приоритетизации ценности здоровья среди смысложизненных ценностей.

Рисунок 4.10 – Декомпозиция модели процесса социальной регуляции формирования культуры здоровья

Функциональный блок (A2) «Научить следовать социальным нормам сохранения здоровья» включает когнитивно-поведенческую сущность процесса – формирование личного социокультурного «эталона здоровья», создание системы

знаний, умений и навыков заботы о теле (физическом и психическом здоровье), избегания рисков утраты здоровья и жизни в соответствии с социальными нормами здоровьесбережения. Функциональный блок (А3) «Стимулировать/сохранять следование социальным нормам сохранения здоровья» отражает важность поддержания «фокуса здоровья» и здоровьесберегающей деятельности на протяжении жизни индивида. Механизмом (М1) в системе, т.е. ресурсом, с помощью которого реализуется процесс, являются социальные институты/акторы и социокультурная саморегуляция здоровьесберегающего поведения. Таким образом, представленная модель демонстрирует ключевую связь процессов социальной регуляции и формирования культуры здоровья.

Представленные в главе результаты исследования формирования и регуляции культуры здоровья в условиях пандемии COVID-19 показали особенности как институционального регулирования формирования «пандемийной» культуры здоровья, и в первую очередь создания и внедрения норм самозащиты от заражения и усиления норм, действовавших ранее, так и особенности социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения и восприятия норм «пандемийной» культуры здоровья.

С начала пандемии COVID-19 достигнутый ранее уровень культуры здоровья, сформированные в обществе нормы здорового образа жизни и сохранения здоровья претерпели принципиальные изменения. Мир изменился за считанные месяцы, вынужденный экстренно создавать новые социальные нормы профилактики заражения коронавирусом и системы санкции за их нарушение, что повлекло за собой трансформацию ценностных ориентаций в отношении сохранения здоровья и жизни, и не в последнюю очередь за счет страха, паники, тревожности вызываемых инфодемией, а также и осознаваемого высокого риска. Все это сформировало новую «пандемийную» культуру здоровья, а вместе с ней и новые социальные практики и модели здоровьесберегающего поведения.

Результаты проведенного социологического исследования подтверждают основные положения разработанной социологической концепции социальной регуляции культуры здоровья и раскрывают значимость и тесную взаимосвязь

институциональной регуляции и социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения индивида в сложном процессе социальной регуляции культуры здоровья, и в целом сохранения общественного здоровья. Результаты подчеркивают важность целенаправленного институционального регулирования здоровьесберегающего поведения индивидов и групп в периоды вне пандемий, через формирование и регуляцию культуры здоровья, что является необходимым и ключевым условием сохранения здоровья нации в последующих пандемиях. Описанные технологии, принципы и процесс социальной регуляции культуры здоровья отражают сложность и многогранность этого социального явления и демонстрируют важную роль культуры здоровья в глобальной задаче сохранения здоровья нации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе диссертационного исследования выполнен анализ научной литературы по изучаемой теме, проведены социологические исследования, на основе которых разработана концепция социальной регуляции культуры здоровья. В процессе достижения поставленной цели исследования была раскрыта сущность и многогранность социологического понимания сложного междисциплинарного явления – формирования и регуляции культуры здоровья в условиях пандемии.

Проведенный анализ позволил обосновать авторскую интерпретацию социологического понимания категориально-понятийного аппарата для социологического изучения культуры здоровья, а именно таких терминов, как «культура здоровья», «здоровье», «здоровьесберегающее поведение» и «профилактическое поведение».

В сохранении здоровья населения доказана высокая значимость социальных поведенческих факторов (здоровый образ жизни, здоровьесберегающее и профилактическое поведение), основанных на культуре здоровья и являющихся источником социальных изменений в сохранении здоровья индивидов и социальных групп, а также объектом стимулирования здоровьесбережения посредством развития культуры здоровья.

Формирование культуры здоровья осуществляется посредством социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения индивида и социальных групп и институциональной регуляции. Доказано, что институциональная регуляция, осуществляемая социальными институтами и различными акторами посредством создания социальных норм, генерирует социальную реальность, которая формирует представления о здоровье и практиках его сохранения и воспринимается/трактуется индивидами в соответствии с их социокультурным уровнем, воздействуя на конструируемые индивидом смысловые основания здоровьесберегающей деятельности (образ здоровья, образ средств и методов достижения состояния здоровья), на ценностные ориентации и

мотиваторы его поведения, которые находятся в тесной связи со всеми компонентами сложного процесса формирования культуры здоровья.

Выявленные в процессе исследования модели здоровьесберегающего поведения, характеризующиеся как разным типом поведения, так и разными установками в отношении здоровьесберегающих активностей, показали, что ценностная ориентация индивида на здоровье стимулирует его здоровьесберегающее поведение, становясь саморегуляционной стратегией как в период пандемии COVID-19, так и вне ее. При этом габитусы, тесно связанные с ценностными ориентациями, включены в процесс формирования социальных практик, направленных на здоровьесбережение и здоровьесберегающее поведение в целом.

В процессе исследования социальной регуляции и формирования культуры здоровья населения были выделены стратегии здоровьесберегающего поведения, которые индивиды реализуют как в условиях повседневной жизни, так и в условиях пандемии. Эти стратегии характеризуют ценностную ориентацию на сохранение здоровья и жизни, активность в профилактике заболеваний и избегании рисков ухудшения здоровья, а также следование социальным нормам его сохранения.

Результаты изучения различных аспектов социальной регуляции здоровьесберегающего поведения показали важность институционального регулирования формирования культуры здоровья населения для сохранения общественного здоровья как в условиях пандемии, так и вне ее.

Разработанная социологическая концепция социальной регуляции культуры здоровья раскрывает значимость и тесную связь институциональной регуляции и социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения индивида в сложном процессе социальной регуляции сохранения общественного здоровья. Описанные технологии, принципы и процесс социальной регуляции и формирования культуры здоровья отражают сложность и многогранность этого социального явления и демонстрируют важную роль культуры здоровья в глобальной задаче сохранения здоровья нации.

Анализ теоретико-методологической базы, социологической диагностики

реализуемой стратегии, подходов и программ формирования культуры здоровья и здорового образа жизни позволяет предложить ряд **практических рекомендации:**

1. При формировании и реализации стратегии сохранения здоровья населения страны использование концепции социальной регуляции культуры здоровья может способствовать росту культуры здоровья и формированию здоровьесберегающего поведения населения, поскольку использование предложенных принципов согласует институциональную стратегию сохранения здоровья и социально-дифференцированные особенности взаимодействия социальных групп.

2. При совершенствовании программ формирования культуры здоровья и здорового образа жизни необходимо учитывать социальные нормы сохранения здоровья с учетом специфики социальных групп и их поведенческих особенностей.

3. При проектировании и реализации организационно-информационных мероприятий рекомендовано:

– в условиях реализуемой региональной стратегии профилактики необходимо формировать ценностные установки личности на профилактику, стимулируя профилактическое поведение при комплексном повышении информированности о профилактике (донесение «ключевого знания»), с учетом социально-экономических, психофизиологических и социокультурных особенностей различных групп;

– включить в конструкт пропаганды здорового образа жизни инструменты формирования знаний, навыков, ценностей и внутренней необходимости здорового образа жизни при активном взаимодействии социальных институтов семьи, образования, здравоохранения и СМИ, проектируя информационные материалы с учетом социальных особенностей целевых групп и адресности информации;

– информационно-профилактическая работа с группами населения, имеющими средний и высокий уровни знаний и профилактического поведения, должна ориентироваться на формирование мотивации и доминанты к ежедневному профилактическому поведению; при работе с группой, в большей степени

владеющей информацией, но не демонстрирующей профилактического поведения, рекомендовано прежде всего производить оценку причин отсутствия профилактического действия, а затем − приступать к формированию мотивации; профилактическая работа с группой, имеющей чрезвычайно низкий уровень информированности, рекомендована через повышение уровня информированности и формирование мотивации, стимулирования осознанного профилактического поведения;

– неравенство в профилактике, связанное с социальными факторами, прежде всего, преодолевается через ликвидацию информационного неравенства, предоставляя равный доступ к достоверной информации, адаптированной к восприятию различными социальными группами.

Перспективой дальнейшей разработки темы является методологический поиск инструментов и совершенствование технологий создания, интеграции, трансляции, регуляции и сохранения социальных культурных норм и вовлечения социальных групп высокого риска развития заболеваний в здоровьесберегающую деятельность. Перспективным является изучение явлений сегрегации социальных групп в процессе формирования и регуляции культуры здоровья (по этническим, религиозным, расовым и другим признакам) и возможностей преодоления социального неравенства в сохранении здоровья. Актуален поиск методов использования образовательной компоненты в пропаганде и стимулировании здоровьесберегающего и профилактического поведения среди различных социальных групп с целью расширения доступности и индивидуализации способов донесения информации о средствах, методах и возможностях сохранения здоровья.

Таким образом, результаты исследования, практические рекомендации и разработанная концепция социальной регуляции культуры здоровья будут способствовать решению противоречия между институциональными задачами сохранения здоровья населения и фактическим поведением населения в отношении здоровьесбережения, а также будут способствовать созданию равнодоступных условий сохранения общественного здоровья.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВЙС – всеобщее йодирование соли

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВПО – высшее профессиональное образование

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ЙДЗ – йододефицитные заболевания

ЙД – йодный дефицит

ЙС – йодированная соль

ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение

МЗ и СР – Министерство здравоохранения и социального развития

НИЗ – неинфекционные заболевания

НПО – начальное профессиональное образование

ООН – Организация Объединенных Наций

ОП – отношение правдоподобия

РАМН – Российская академия медицинских наук

СГМ – социально-гигиенический мониторинг

СМИ – средства массовой информации

СПО – среднее профессиональное образование

ФБУЗ – Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения

ФЗ – Федеральный закон

ЮНИСЭФ (UNICEF) – Детский фонд Организации Объединенных Наций

χ^2 – критерий «хи-квадрат»

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации [принята 12.12.1993 ; с изменениями от 01.07.2020]. – Текст : электронный. – URL : https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 01.06.2023).

2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. – Текст : электронный. – URL: https://minzdrav.gov.ru/documents/7025 (дата обращения: 01.06.2020).

3. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения : Федеральный закон № 52-ФЗ от 30 марта 1999 г. – Текст : электронный. – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/ (дата обращения: 01.06.2020).

4. О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года : указ Президента РФ № 204 от 07.05.2018 г. – Текст : электронный. – URL : http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027 (дата обращения: 01.09.2023).

5. Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих : постановление Правительства РФ № 715 от 1 декабря 2004 г. [с изменениями и дополнениями]. – Текст : электронный. – URL : https://base.garant.ru/12137881/ (дата обращения: 01.09.2023).

6. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : постановление Правительства РФ № 1640 от 26 декабря 2017 г. [с изменениями и дополнениями]. – Текст : электронный. – URL : https://base.garant.ru/71848440/ (дата обращения: 01.08.2020).

7. О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года : распоряжение Правительства РФ № 1662-р от 17.11.2008 [ред. от 28.09.2018]. – Текст : электронный. – URL : https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/ (дата обращения:

01.09.2023).

8. О введении режима повышенной готовности : постановление Правительства Тюменской области № 120-п от 17.03.2020 г. – Текст : электронный. – URL : http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/ 7200202003170003 (дата обращения: 01.09.2023).

9. О мерах по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом микронутриентов, развитию производства пищевых продуктов функционального и специализированного назначения (вместе с «Концепцией обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения путем развития функционального и специализированного хлебопечения в РФ до 2020 года (Хлеб – это здоровье) : постановление Главного государственного санитарного врача РФ № 31 от 14.06.2013. – Текст : электронный. – URL : https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_152028/ (дата обращения: 01.09.2023).

10. О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года: указ Президента РФ № 309 от 07.05.2024 г. – URL : https://base.garant.ru/408992634.

11. Агаджанян, Н. А. Адаптационная и этническая физиология. Продолжительность жизни и здоровье человека : монография / Н. А. Агаджанян. – Москва : Российский университет дружбы народов, 2009. – 48 с.

12. Абушенко, В. Л. «Культур-социология»: возможность иного взгляда на социальную теорию // Вопросы социальной теории. – 2008. – Том II. –Вып. 1(2). – С. 329–344.

13. Антонова, Н. Л. Культура здоровьесбережения студенческой молодежи: противоречия становления и развития / Н. Л. Антонова, А. В. Меренков // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2016. – №2. – С. 88-100.

14. Антонова, Н. Л. Культура здоровьесбережения: социологическая концептуализация / Н. Л. Антонова // Перспективы науки. – 2014. – № 12(63). – С. 49–51.

15. Аристотель. Метафизика : переводы, комментарии, толкования / Аристотель ; сост. и подгот. текста С. И. Еремеев. – Санкт-Петербург : Алетейя ;

Киев : Эльга, 2002. – 826 с.

16. Аристотель. Этика Аристотеля / пер. с греч. ; с прил. Э. Радлова. – Санкт-Петербург : Филос. о-во при Имп. С.-Петерб. ун-те, 1908. – 207 с. – (Труды Санкт-Петербургского философского общества; Вып. 5).

17. Баженова, Е. В. Тело человека как территория столкновения природы и культуры / Е. В. Баженова // Человек в мире культуры. – 2012. – № 3. – С. 3–8.

18. Белоножко, М. Л. Социология культуры / М. Л. Белоножко, Л. В. Ребышева, С. С. Ситева. – Тюмень : ТИУ, 2022. – 164 с.

19. Бергер, П. Социальное конструирование реальности: трактат по социологии знания / П. Бергер, Т. Лукман ; пер. с англ. – Москва : Медиум, 1995. – 323 с.

20. Богданов, К. А. Врачи, пациенты, читатели: патографические тексты русской культуры XVIII-XIX веков / К. А. Богданов. – Москва : ОГИ, 2005. – 502 с.

21. Бокаччо, Д. Декамерон / Д. Бокаччо ; пер. Н. Любимова. – Москва : Фирма АРТ, 1992. – 464 с.

22. Борисов, В. А. Демография / В. А. Борисов. – Москва : Издательский дом NOTABENE, 2001. – 272 с.

23. Борисоник, Е. В. Клинико-психологические последствия суицида для семьи жертвы / Е. В. Борисоник, Е. Б. Любов // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24. – № 3(92). – С. 25–41.

24. Борьба с инфодемией на фоне пандемии COVID-19: поощрение ответственного поведения и уменьшение пагубного воздействия ложных сведений и дезинформации : совместное заявление ВОЗ, ООН, ЮНИСЕФ, ПРООН, ЮНЕСКО, ЮНЭЙДС, МСЭ, инициативы ООН «Глобальный пульс» и МФКК. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : веб-сайт. – URL : https://www.who.int/ru/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation (дата обращения: 01.09.2023).

25. Браун, Д. Гендерные различия в здоровье / Д. Браун, Л. В. Панова, Н. Л. Русинова // Социологические исследования. – 2007. – № 6(278). – С. 114–122.

26. Браун, Д. Социальные неравенства и здоровье / Д. Браун, Н. Л. Русинова // Журнал социологии и социальной антропологии. – 1999. – Т. 2. – № 1. – С. 103–114.

27. Бульст, Н. Почитание святых во время чумы. Социальные и религиозные последствия эпидемии чумы в позднее средневековье / Н. Бульст // Одиссей. Человек в истории. 2000 : История в сослагательном наклонении? : сб. статей. – Москва, 2000. – С. 152–185.

28. Бургасов, П. Н. Эпидемия / П. Н. Бургасов, А. А. Сумароков // Большая медицинская энциклопедия : в 30 т. / гл. ред. Б.В. Петровский. – 3 изд. – Москва : Советская энциклопедия, 1986. – Т. 28. – 544 с.

29. Бурдьё, П. Начала / П. Бурдьё ; пер. Н. А. Шматко. – Москва : Socio-Logos, 1994. – 288 с.

30. Буянова, А. В. Реформа системы здравоохранения в РФ: реальность и перспективы / А. В. Буянова // Социально-политические науки. – 2016. – № 4. – С. 114–116.

31. Быховская, И. М. Физическая культура как культура тела: антропологический контрапункт природного и социального / И. М. Быховская // Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Естественные науки. – 2020. – № 4(40). – С. 92–109.

32. Вебер, М. Основные понятия стратификации / М. Вебер. – Текст : непосредственный // Социология М. Вебера / А. И. Кравченко. – Москва, 1997. – 170 с.

33. Вебер, М. Основные социологические понятия. Избранные произведения. – Перевод с немецкого и общая редакция: Ю. Н. Давыдов. – М., «Прогресс», 1990. С. 602–633. – Текст : электронный. – URL: https://gtmarket.ru/library/basis/3646/3648 (дата обращения: 01.09.2023).

34. Верещагина, А. В. Здоровье и отношение к нему российской молодежи в цифровую эпоху / А. В. Верещагина, А. Г. Лукьяшко // ПОИСК: Политика. Обществоведение. Искусство. Социология. Культура. – 2021. – № 3(86). – С. 67–78.

35. Верхорубова, О. В. Проблема формирования культуры здоровья у

студентов / О. В. Верхорубова, О. С. Подлесская // Вестник Томского государственного педагогического университета. – 2013. – № 4(132). – С. 148–150.

36. ВОЗ публикует статистику о ведущих причинах смертности и инвалидности во всем мире за период 2000–2019 гг. : пресс-релиз. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL : https://www.who.int/ru/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019 (accessed: 06.10.2023)

37. Вольтер, Ф. М. А. Философские сочинения / Ф. М. А. Вольтер ; пер. с фр. – Москва : Наука, 1996. – 559 с.

38. Все о коронавирусе. – Текст : электронный // Стопкоронавирус.рф – официальный интернет-ресурс для информирования населения по вопросам коронавируса (COVID-19). – URL : https://стопкоронавирус.рф/about-covid/#prevention (дата обращения: 01.09.2023).

39. Всероссийская перепись населения 2020 года. – Текст : электронный // Федеральная служба государственной статистики : [сайт]. – URL : https://rosstat.gov.ru/vpn/2020 (дата обращения: 01.09.2023).

40. Вспышка коронавирусной инфекции COVID-19. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL : https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019 (дата обращения: 04.10.2023).

41. Вторые декабрьские социально-политические чтения «Как живешь, Россия?». Российское социальное государство и гражданское общество в 2020 году : реализация национальных проектов в условиях постпандемической реальности : материалы научно-практической конференции, 10 декабря 2020 г. – Москва : ФНИСЦ РАН, 2020. – 328 с.

42. Выскочков, Л. В. Холерная пандемия 1830–1831 гг. в Российской империи по воспоминаниям и письмам, газетным заметкам, текстам административных указов и другим личным и официальным источникам / Л. В. Выскочков, А. А. Шелаева. – Текст : электронный. – URL : https://www.ejournals.eu/pliki/art/20871/pl (дата обращения: 01.09.2023).

43. Гельфанд, М. Почему им можно, а нам нельзя? Откуда берутся социальные нормы / М. Гельфанд. – Москва : Альпина Паблишер, 2019. – 165 с.

44. Генрици, А. А. Клинические описания холеры у медиков. Воспоминания о пережитых мною холерных эпидемиях. Холерные эпидемии в Финляндии / А. А. Генрици. – Москва : Вузовская книга, 2002. – 93 с.

45. Герасимов Г. А. Лечить добрым словом / Г. А. Герасимов // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2015. – Т.11. – № 3. – С. 6–10.

46. Гайфуллин, А. Ю. Здоровье в системе ценностей молодежи: социологический анализ / А. Ю. Гайфуллин // Уфимский гуманитарный научный форум. – 2024. – № 1(17). – С. 291-303.

47. Гиппократ. Избранные книги / Гиппократ ; пер. с греч. – [Москва] : Гос. изд-во биол. и мед. лит., 1936. – 736 с. – (Классики биологии и медицины).

48. Глобальная система показателей йодного питания. – Текст : электронный // Iodine Global Network : [веб-сайт]. – URL : https://www.ign.org/scorecard.htm (дата обращения: 20.02.2023).

49. Глобальная ликвидация оспы. Заключительный доклад Глобальной комиссии по удостоверению ликвидации оспы. Женева, декабрь 1979 . – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL: https://iris.who.int/handle/10665/90863 (дата обращения: 01.09.2023).

50. Гомер. Илиада / Гомер ; пер. Н. И. Гнедича. – Москва : Academia, 1935. – 603 с. – (Античная литература).

51. Горбушина, С. Н. Мировоззренческие детерминанты формирования культуры здоровья будущего учителя : специальность 13.00.01 "Общая педагогика, история педагогики и образования" : автореферат на соискание ученой степени доктора педагогических наук / С. Н. Горбушина. – Уфа, 2005. – 44 с.

52. Гофман, А. Б. Социальное, социокультурное, культурное. Историко-социологические заметки о соотношении понятий общество и культура / А. Б. Гофман. – Текст : электронный // Социологический ежегодник. – Москва : ИНИОН РАН, 2010. – URL : https://www.isras.ru/publ.html?id=2315&printmode (дота обращения: 04.10.2023).

53. Гулов, А. А. К вопросу о соотношении медицины и религии в развитии общественной жизни / А. А. Гулов, М. М. Азимова // Вестник Бохтарского государственного университета им. Носира Хусрава. Серия гуманитарных и экономических наук. – 2017. – № 1-1(43). – С. 39–42.

54. Давыдов, С. А. Социология. Конспект лекций / С. А. Давыдов. – Москва : Эксмо, 2008. – 160 с.

55. Демографические показатели. – Текст : электронный // Управление Федеральной службы государственной статистики по Тюменской области, Ханты-Мансийскому автономному округу-Югре и Ямало-Ненецкому автономному округу : [сайт]. – URL: https://72.rosstat.gov.ru/ofs_demp_ug (дата обращения: 04.10.2023).

56. Демография. – Текст : электронный // Федеральная служба государственной статистики : [сайт]. – URL : https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 01.06.2023).

57. Демография. Распределение населения по возрастным группам. – Текст : электронный // Федеральная служба государственной статистики : [сайт]. – URL : https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/lmQYcmwP/demo14.xls (дата обращения: 01.09.2023).

58. Демография. Рождаемость, смертность и естественный прирост // Федеральная служба государственной статистики : [Электронная база данных]. – URL : https://rosstat.gov.ru/folder/12781 (дата обращения: 01.09.2023).

59. Деркач, В. В. Роль традиций в условиях глобализации / В. В. Деркач // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-1. – С. 732-738.

60. Демография. Число умерших по основным классам причин смерти. – Текст : электронный // Федеральная служба государственной статистики : [сайт]. – URL : https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Jpd3Tniu/demo24.xls (дата обращения: 01.09.2023).

61. Дефицит йода – угроза здоровью и развитию детей России. Пути решения проблемы : национальный доклад / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, Е. А. Трошина [и др.]. – Москва, 2006. – 124 с.

62. Дефо, Д. Дневник Чумного Года / Д. Дефо – Москва : Ладомир : Наука,

1996. – 474 с. – (Литературные памятники (ЛП)).

63. Добреньков, В. И. Социология: учебник / В. И. Добреньков, А. И. Кравченко. – Москва : ИНФРА-М, 2001. – 624 с.

64. Догузова, В. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в России увеличилась в 2021 году в 2,5 раза / В. Догузова. – Текст : электронный // Медвестник. – 2022. – URL: https://medvestnik.ru/content/news/Zabolevaemost-ostrymi-kishechnymi-infekciyami-v-Rossii-uvelichilas-v-2021-godu-v-2-5-raza.html (дата обращения: 01.09.2023).

65. Доклад о человеческом развитии 2019 г. – Текст : электронный. – URL : http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2019.pdf (дата обращения: 01.09.2023).

66. Доклад о целях в области устойчивого развития, 2022 год. – Текст : электронный. – URL: https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_Russian.pdf (дата обращения: 01.09.2023).

67. Доступность и качество российского здравоохранения: оценки пациентов. – Текст : электронный // ВЦИОМ. Новости : [сайт]. – 2015. – URL : https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/dostupnost-i-kachestvo-rossijskogo-zdravookhraneniya-oczenki-paczientov (дата обращения: 01.06.2020).

68. Дробижева, Л. М. Ценность здоровья и культура нездоровья в России / Л. М. Дробижева. – Текст : электронный // Демоскоп. Weekly : [сайт]. – 2018. – URL : http://spkurdyumov.ru/forecasting/cennost-zdorovya-i-kultura-nezdorovya-v-rossii/ (дата обращения: 01.09.2023).

69. Дубограй, Е. В. О некоторых аспектах взаимосвязи религиозности и здоровья военнослужащих вооруженных сил России / Е. В. Дубограй // Социология медицины. – 2013. – № 1(22). – С. 47–49.

70. Дубограй, Е. В. Сравнительный анализ содержания источников основных мировых религий и православного христианства по вопросам здоровья человека (социологический обзор) / Е. В. Дубограй // Социология медицины. – 2012. – № 1(20). – С. 18–21.

71. Дюркгейм, Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение / Э. Дюркгейм ; пер. с фр. – Москва : Канон, 1995. – 352 с.

72. Европейский региональный комитет, Шестьдесят первая сессия: Баку, 12–15 сентября 2011 г.: предварительный второй доклад о социальных детерминантах здоровья и различиях в состоянии здоровья населения Европейского региона ВОЗ. – Текст : электронный. – URL : https://apps.who.int/iris/handle/10665/336041 (дата обращения: 01.09.2023).

73. Ермолаева, П. О. Основные тенденции здорового образа жизни россиян / П. О. Ермолаева, Е. П. Носкова // Социологические исследования. – 2015. – № 4(372). – С. 120–129.

74. Есаков, С. А. Возрастная анатомия и физиология : курс лекций / С. А. Есаков. – Ижевск : УдГУ, 2010. – 196 с.

75. Жуков, А. О. Психические расстройства, возникающие в условиях дефицита йода : специальность 14.00.18 «Психиатрия» : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Жуков Александр Олегович ; Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова. – Москва, 2007. – 46 с.

76. Журавлева, И. В. Здоровье в контексте желаний и страхов подростков / И. В. Журавлева, Н. В. Лакомова // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2021. – № 3. – С. 36–46.

77. Журавлева, И. В. Здоровье детей и подростков: социологический взгляд / И. В. Журавлева, Н. В. Лакомова // Дети и общество: социальная реальность и новации : сборник докладов Всероссийской конференции с международным участием. – Москва : РОС, 2014. – С. 798–808.

78. Журавлева, И. В. Специфика подросткового возраста и особенности ее изучения / И. В. Журавлева // Здоровье подростков и окружающая среда: изменения за 20 лет: [монография] / И. В. Журавлева, Л. Ю. Иванова, Г. А. Ивахненко [и др.]. – Москва : ФНИСЦ РАН, 2021. – С. 10–23.

79. Журавлева, И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / И. В. Журавлева. – Москва : Наука, 2006. – 238 с.

80. Журавлева, И. В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора социологических

наук / Журавлева Ирина Владимировна. – Москва, 2005. – 46 с.

81. Журавлева, И. В. Семья как субъект формирования самосохранительного поведения / И. В. Журавлева, Н. В. Лакомова // Вестник Фонда Андрея Первозванного и Центра национальной славы. – 2016. – №1. – С. 60–61.

82. Журавлева, И. В. Социальная обусловленность здоровья подростков во временном аспекте / И. В. Журавлева, Н. В. Лакомова // Социологическая наука и социальная практика. – 2019. – Т. 7. – № 2(26). – С. 132–152.

83. Журавлева, И. В. Социальная политика по формированию у молодежи отношения к здоровью / И. В. Журавлева, Н. В. Лакомова. – Ульяновск : Зебра, 2016. – 65 с.

84. Журавлева, И. В. Социально-культурная обусловленность поведения подростков в сфере здоровья / И. В. Журавлева, Н. В. Лакомова // Особенности модернизации социальной структуры российского общества : [монография]. – Москва : ФНИСЦ РАН, 2018. – С. 136–146.

85. Заславская, Т. И. Социология экономической жизни : очерки теории / Т. И. Заславская, Р. В. Рывкина. – Новосибирск : Наука, 1991. – 448 с.

86. Зарубина, Н. Н. Смыслы и симулякры «нормальной» еды: их отношение к здоровому питанию / Н. Н. Зарубина, Д. Н. Карпова, С. А. Кравченко // Социология питания: традиции и трансформации. – Москва, 2017. – С. 152–185.

87. Здоровый образ жизни : мониторинг. – Текст : электронный // ВЦИОМ. Новости : [сайт]. – 2018. – URL : https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/zdorovyj-obraz-zhizni-monitoring-1 (дата обращения: 01.06.2020).

88. Здоровье студентов: социологический анализ / Отв. ред. И. В. Журавлева; Институт социологии РАН. – Москва, 2012. – 252 с.

89. Здоровьесбережение участников освоения арктического нефтегазового региона / А. М. Акимов, О. М. Барбаков, М. Л. Белоножко [и др.]. – Тюмень : ТИУ, 2019. – 171 с.

90. Здравомыслов, А. Г. Теории социальной реальности в российской социологии / А. Г. Здравомыслов // Мир России. – 1999. – №1-2. – С. 3–20.

91. Зорин, К. В. Хочешь ли быть здоров? Православие и врачевание / К. В.

Зорин. – Москва : Русскій Хронографъ, 2000. – 192 с.

92. Зубок, Ю. А. Жизненные стратегии молодежи: реализация ожиданий и социальные настроения / Ю. А. Зубок, В. И. Чупров // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2020. – № 3. – С. 13–41.

93. Зубок, Ю. А. Самоорганизация в механизме саморегуляции жизнедеятельности молодежи / Ю. А. Зубок, В. И. Чупров, А. С. Любутов // Молодежь и молодежная политика: новые смыслы и практики / под ред. С. В. Рязанцева, Т. К. Ростовской. – Москва : Экон-Информ, 2019. – С. 15–35.

94. Зубок, Ю. А. Саморегуляция жизнедеятельности молодежи : доклад / Ю. А. Зубок // Учёные записки ФНИСЦ РАН.– 2020. – Вып. 7. – С. 6–25.

95. Иванова, Л. Ю. Самосохранительное поведение и его гендерные особенности / Л. Ю. Иванова // Россия реформирующаяся : Ежегодник – 2005. – Москва : Институт социологии РАН, 2006. – С. 110–133.

96. Иванова, Л. Ю. Социальные риски для здоровья трудовых мигрантов / Л. Ю. Иванова // Вестник Института социологии. – 2013. – № 6. – С. 130–145.

97. Изуткин, А. М. Социология медицины / А. М. Изуткин, В. П. Петленко, Г. И. Царегородцев. – Киев: Здоровья, 1981. – 184 с.

98. Ильиных, С. А. Социальные практики в период пандемии: атомизация, солидарность, пассивность / С. А. Ильиных // ПОИСК: Политика. Обществоведение. Искусство. Социология. Культура. – 2022. – № 1(90). – С. 73–84.

99. Индекс самоизоляции. – Текст : электронный. – 2021. – URL : https://yandex.ru/company/researches/2020/ podomam (дата обращения: 01.09.2023).

100. Индикаторы цифровой экономики: 2022 : статистический сборник / Г. И. Абдрахманова, С. А. Васильковский, К. О. Вишневский [и др.] – Москва : НИУ ВШЭ, 2023. – 332 с.

101. Информационная панель ВОЗ по коронавирусу (COVID-19). – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [Электронная база данных]. – URL : https://covid19.who.int/ (дата обращения 21.09.2023).

102. Информационное общество в Российской Федерации. 2020 : статистический сборник / П. В. Малков, И. Н. Шаповал, П. А. Смелов [и др.] ;

Федеральная служба государственной статистики ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – Москва : НИУ ВШЭ, 2020. – 269 с.

103. Информационные технологии поддержки жизненного цикла продукции. Методология функционального моделирования : рекомендации по стандартизации Р 50.1.028-2001. – Текст : электронный. – URL : https://docs.cntd.ru/document/ 1200028629 (дата обращения: 01.09.2023).

104. Информация о совершенствовании государственного надзора, направленного на обеспечение населения Тюменской области безопасными пищевыми продуктами (информация областной Думе от руководителя Управления Роспотребнадзора по Тюменской области 17.02.2014). – Тюмень : [Б. и.], 2014.

105. Ионин, Л. Г. Социология культуры : учебное пособие / Л. Г. Ионин. – Москва : Логос, 1998. – 280 с.

106. Йододефицитные заболевания в Российской Федерации : время принятия решений / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, Е. А. Трошина [и др.]. – Москва : Конти принт, 2012. – 232 с.

107. Каждые две секунды от неинфекционных заболеваний умирает один человек в возрасте до 70 лет. – Текст : электронный // Организация объединенных наций : [сайт]. – 2022. – URL : https://news.un.org/ru/story/2022/09/1432081 (accessed: 01.06.2023).

108. Казначеев, В. П. Очерки теории и практики экологии человека / В. П. Казначеев. – Москва : Наука, 1983. – 260 с.

109. Калью, П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация / П. И. Калью. – Москва : ВНИИМИ, 1988. – 69 с.

110. Каменева, Т. Н. Социокультурные составляющие отношения к здоровью в условиях пандемии / Т. Н. Каменева, Е. В. Чанкова // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. – 2021. – Т. 14. – № 2. – С. 83–91.

111. Каменева, Т. Н. Здоровьсберегающее поведение молодежи: проблема социальной регуляции / Т. Н. Каменева // III Римашевские чтения. Сбережение

населения России: здоровье, занятость, уровень и качество жизни : Сборник материалов международной научно-практической конференции, Москва, 27 марта 2020 года / Отв. редактор В.В. Локосов. – Москва: ОАО Фабрика офсетной печати, 2020. – С. 131-135.

112. Капица, В. С. Первоначальный этап расследования преступлений против жизни и здоровья, совершенных по мотиву национальной, расовой, религиозной ненависти или вражды / В. С. Капица // Евразийский юридический журнал. – 2016. – № 8(99). – С. 269–270.

113. Качество медицинских услуг: запрос на жесткий контроль. – Текст : электронный // ВЦИОМ. Новости : [сайт]. – 2019. – URL : https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/kachestvo-mediczinskikh-uslug-zapros-na-zhestkij-kontrol (дата обращения: 01.07.2023).

114. Кашапов, Ф.А. Здоровье как ценность: культура и биоэтика / Ф. А. Кашапов, О. В. Терентьев, В. Э. Цейсслер // Вестник ЮУрГУ. – 2007. – № 24 (96). – С. 107–111.

115. Келли, Д. Черная смерть. История самой разрушительной чумы Средневековья / Д. Келли ; пер. Л. В. Калинина. – Москва : Эксмо, 2021. – 470 с.

116. Кибенко, Е. И. Формирование культуры здоровья посредством привлечения студентов к систематическим занятиям физической культурой и спортом / Е. И. Кибенко // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2017. – Т. 9. – № 5-2. – С. 196–200.

117. Киселева, Ж. И. Роль теоретических занятий в формировании культуры здоровья личности / Ж. И. Киселева, М. Р. Валетов, В. В. Шляпникова // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2020. – Т. 9. – № 2 (31). – С. 115–117.

118. Киценко, Н. А. Миграция и здоровье населения России / Н. А. Киценко // Известия Волгоградского государственного технического университета. Серия: Проблемы социально-гуманитарного знания. – 2015. – Т. 20. – № 2. – С. 62–65.

119. Ковальжина, Л. С. Здоровое питание школьников и учащейся молодежи Тюменской области: медико-социальный взгляд / Л. С. Ковальжина, Г. В. Шарухо,

О. Б. Макарова // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. – № 4. – С. 93–96.

120. Ковальжина, Л. С. Здоровьесберегающее поведение населения: опыт социологического исследования : монография / Л. С. Ковальжина, А. Н. Силин. – Тюмень : Издательство ТюмГНГУ, 2014. – 156 с.

121. Ковальжина, Л. С. Изменение отношения российского общества к культуре здоровья в условиях пандемии COVID-19 / Л. С. Ковальжина // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2022. – № 3. – С. 50–66.

122. Ковальжина, Л. С. Использование йодированных продуктов питания как средство профилактики йододефицита населения региона зобной эндемии / Л. С. Ковальжина // Научное обозрение. – 2015. – № 13. – С. 434–437.

123. Ковальжина, Л. С. Массовая профилактика йодного дефицита: особенности законодательства и информированность разных групп населения региона зобной эндемии. – Текст : электронный / Л. С. Ковальжина, О. Б. Макарова // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – № 3. – URL : https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26027299 (дата обращения: 04.10.2023).

124. Ковальжина, Л. С. Модели поведения населения в сфере профилактики йодного дефицита / Л. С. Ковальжина // Современные исследования социальных проблем. – 2015. – № 7. – С. 74–85.

125. Ковальжина, Л. С. Особенности законодательного регулирования массовой профилактики йодного дефицита / Л. С. Ковальжина // Научное обозрение. – 2015. – № 13. – С. 425–429.

126. Ковальжина, Л. С. Особенности потребительского выбора йодированной соли как универсального средства профилактики йодного дефицита / Л. С. Ковальжина // В мире научных открытий. – 2015. – № 5.5 (65). – С. 1741–1755.

127. Ковальжина, Л. С. Профилактика йодного дефицита: понимание и отношение учащейся молодежи / Л. С. Ковальжина // В мире научных открытий. – 2015. – № 3.1(63). – С. 964–978.

128. Ковальжина, Л. С. Региональные профилактические программы как инструмент социального управления здоровьем населения / Л. С. Ковальжина // Общество: социология, психология, педагогика. – 2016. – № 12. – С. 22–24.

129. Ковальжина, Л. С., Смирнов М. В. Саморегуляция жизнедеятельности: архетипы и их влияние на здоровьесберегающее поведение / Л. С. Ковальжина, М. В. Смирнов // Общество: социология, психология, педагогика. – 2021. – № 4. – С. 45-48.

130. Ковальжина, Л. С. Социальные практики здоровьесбережения и модели поведения студентов в условиях инфодемии COVID-19 / Л. С. Ковальжина // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2021. – № 1. – С. 66–79.

131. Ковальжина, Л. С. Социальные технологии управления микронутриентной недостаточностью населения : монография / Л. С. Ковальжина. – Тюмень : Издательство ТюмГНГУ, 2014. – 182 с.

132. Коган, Л. Н. Социология культуры : учебное пособие / Л. Н. Коган. – Екатеринбург : УрГУ, 1992. – 120 с.

133. Козленко, А. В. Чума, изменение климата и падение Римской империи / А. В. Козленко // Сахаровские чтения 2018 года: экологические проблемы XXI века : материалы 18-й международной научной конференции : в 3 частях, 17–18 мая 2018 г. – Минск, 2018. – С. 52–53.

134. Колбасина, К. Ю. Средства массовой информации как артефакт, опосредующий поведение в сфере здоровья / К. Ю. Колбасина // Сибирский психологический журнал. – 2013. – № 50. – С. 87–93.

135. Комаров, Ю. М. Пора бы подумать и о простых людях / Ю. М. Комаров // Стандарты и качество. – 2016. – № 2. – С. 64–66.

136. Конспирологические теории и пандемия коронавируса / П. С. Самыгин, Л. В. Самыгина, С. И. Самыгин, И. А. Левандина // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. – 2020. – Т. 13. – № 3. – С. 125–132.

137. Конт, О. Дух позитивной философии. (Слово о положительном

мышлении) / О. Конт. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2003. – 256 с.

138. Конт, О. Курс положительной философии. В 6 томах. Том I / О. Конт ; пер. с франц. – Санкт-Петербург : Посредник, 1900. – 304 с.

139. Конопкин, О. А. Осознанная саморегуляция как критерий субъектности / О. А. Конопкин // Вопросы психологии. – 2008. – № 3. – С. 22-34.

140. Контроль программы профилактики йодцефицитных заболеваний путем всеобщего йодирования соли : методические указания МУ 2.3.7.1064-01. – Москва : Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2001. – 56 с.

141. Конькина, Е. В. Обращение к этнокультурным традициям в воспитании культуры здоровья / Е. В. Конькина // Воспитание культуры здоровья средствами фольклорных технологий : материалы круглого стола, 27 мая 2021 года. – Оренбург, 2021. – С. 4–10.

142. Короленко, А. В. Факторы общественного здоровья: опыт социологического исследования (на материалах Вологодской области) / А. В. Короленко // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2018. – № 1(49). – С. 89–102.

143. Костина, Е. Ю. Социальное благополучие и социальная безопасность в условиях глобализации современного общества / Е. Ю. Костина // Universum: общественные науки. – 2015. – № 6(16). – С. 11–20.

144. Кравченко, Е. И. Основы социологии / Е. И. Кравченко, Г. В. Пушкарева, В. В. Щербина, В. В. Исакович. – Москва : НИЦ ИНФРА-М, 2023. – 654 с.

145. Кравченко, С. А. Социологический энциклопедический русско-английский словарь / С. А. Кравченко. – Москва : Астрель, 2004. – 511 с.

146. Кравченко, С. А. Социология питания: традиции и трансформации / С. А. Кравченко, Н. Н. Зарубина, А. В. Носкова. – Москва : МГИМО, 2017. – 302 с.

147. Крёбер, А. Л. Избранное: Природа культуры / А. Л. Крёбер. – Москва : РОССПЭН, 2004. – 1008 с. – URL : https://ihtika.ru/book/download/kreber-al-izbrannoe-priroda-kultury-kulturlogiya-xx-vek-2004 (дата обращения: 01.03.2023).

148. Кузьменко, О. Кровавый навет во время чумы / О. Кузьменко. – Текст :

электронный // Русская планета. – 2014. – URL : https://rusplt.ru/society/education/world/krovavyiy-navet-vo-vremya-chumyi-13020.html (дата обращения: 01.09.2023).

149. Культура. Культурология : словарь / сост. и ред. А. И. Кравченко. Москва : Академ. проект ; Екатеринбург : Деловая книга, 2003. – 450 с. – URL : https://litgid.com/read/kulturologiya_uchebnik/page-3.php (дата обращения: 01.03.2023).

150. Курмачева, Н. А. Профилактика йододефицитных заболеваний у детей разных возрастных групп : роль педиатра / Н. А. Курмачева // Медицинский совет. – 2014. – № 6. – С. 14–21.

151. Курмачева, Н. А. Роль и задачи педиатров в профилактике йододефицитных заболеваний у детей / Н. А. Курмачева // Consilium Medicum. – 2012. – Педиатрия. – № 2. – С. 5–10.

152. Ланге, Н. Н. Первая аналитика Аристотеля / Н. Н. Ланге. – Санкт-Петербург : Типография В. С. Балашева и Ко, 1894. – 194 с.

153. Ларева, А. В. Клинико-функциональные особенности здоровья детей различного социального статуса в условиях легкого йодного дефицита: специальность 14.00.09 «Педиатрия» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Ларева Алена Викторовна ; Тверская государственная медицинская академия Росздрава. – Тверь, 2009. – 26 с.

154. Лару, Д. Коронавброс: Россия борется с ложной информацией об эпидемии COVID-19 / Д. Лару. – Текст : электронный // Известия : [сайт]. – 2020. – URL : https://iz.ru/983363/dmitrii-laru/koronavbros-rossiia-boretsia-s-lozhnoi-informatciei-ob-epidemii-covid-19 (дата обращения: 06.10.2023).

155. Латыговская, О. В. Содержание и синтез понятий «культура» и «здоровье» / О. В. Латыговская // Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук. – 2019. – Т. 13. – № 3. – С. 65–70.

156. Лебедева, Н. М. Ценности культуры и развитие общества / Н. М. Лебедева, А. Н. Татарко. – Москва : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2007. – 527 с.

157. Лебедева-Несевря, Н. А. Риск-коммуникации как инструмент управления здоровьем населения / Н. А. Лебедева-Несевря // Анализ риска

здоровью. – 2014. – № 2. – С. 83–89.

158. Лебедева-Несевря, Н. А. Социология здоровья: учебное пособие / Н. А. Лебедева-Несевря, С. С. Гордеева. – Пермь, 2011. – 238 с.

159. Линденбратен, А. Л. Нет абсолютно здоровых школьников, но есть практически здоровые / А. Л. Линденбратен. – Текст : электронный // Медвестник : [сайт]. – 2017. – URL: https://medvestnik.ru/content/news/Aleksandr-Lindenbraten-net-absolutno-zdorovyh-shkolnikov-no-est-prakticheski-zdorovye.html (дата обращения: 01.09.2023).

160. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. П. Лисицын. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.

161. Лишова, Е.А. Штаммы новой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 / Е. А. Лишова. – Текст : электронный // INVITRO : [сайт]. – URL : https://www.invitro.ru/moscow/library/bolezni/koronavirus/32323/ (дата обращения: 01.09.2023).

162. Ломов, Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б. Ф. Ломов. – Москва : Наука, 1999. – 349 с. – (Памятники психологической мысли).

163. Лядова, А. В. Медицинский туризм как социальная практика: современное состояние и перспективы развития / А. В. Лядова // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2017. – № 3. – С. 79–82.

164. Мавропуло, О. С. Культура здоровья и нездоровья в российском обществе: структурно-воспроизводственный и рискологический анализ : специальность 09.00.11 «Социальная философия» : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора философских наук / Мавропуло Ольга Савельевна. – Ростов-на-Дону, 2017. – 60 с.

165. Мавропуло, О. С. Факторы кризиса культуры здоровья в современной России / О. С. Мавропуло // Социально-гуманитарные знания. – 2017. – № 7. – С. 131–137.

166. Макаренко, В. К. Культура здоровья как приоритетная задача общественного развития молодежи / В. К. Макаренко, О. Д. Григорьева, Ж. В. Тома

// Спортивный психолог. – 2009. – № 2. – С. 63–67.

167. Макнейл, У. Х. Исторические модели миграции [и комментарии и ответы] / У. Х. Макнейл, Ф. П. Араужо, Б. Г Бартель [и др.] // Текущая антропология, 1979. – № 20 (1). – С. 95–102.

168. Макушева, М. О. Социально-психологические предпосылки и эффекты доверия социальным институтам в условиях пандемии / М. О. Макушева, Т. А. Нестик // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2020. – № 6(160). – С. 427–447.

169. Манхейм, К. Диагноз нашего времени / К. Манхейм. – Москва : РАО Говорящая книга, 2010. – 744 с.

170. Маркс, К. Сочинения Т. 46. Ч. 1. / К. Маркс, Ф. Энгельс. – Москва : Госполитиздат, 1968. – 317 с.

171. Материалы для подготовки государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации» по Тюменской области в 2012 году. – Тюмень: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тюменской области, 2013. – 185 с.

172. Медведева, Л. М. Человек как пациент: современные тенденции / Л. М. Медведева, И. К. Черемушникова, И. В. Чернышева // Форум. Серия: Гуманитарные и экономические науки. – 2014. – № 1(2). – С. 22–25.

173. Медик, В. А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. Ч. 1. Общественное здоровье / В. А. Медик, В. К. Юрьев. – Москва : Медицина, 2003. – 368 с.

174. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 496 с.

175. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение: медико-социологический анализ / В. А. Медик, А. М. Осипов. – Москва : РИОР; ИНФРА-М, 2012. – 358 с.

176. Меренков, А. В. Конструирование тела как трансформация биосоциальной природы человека: социологическая концептуализация и

интерпретация / А. В. Меренков, Н. Л. Антонова // Известия Уральского федерального университета. Серия 3: Общественные науки. – 2018. – Т. 13. – № 1(173). – С. 51–58.

177. Механик А. Пирамида Семашко / А. Механик // Эксперт. – 2011. – № 30-31 (764). – С. 68–72.

178. Мехришвили, Л. Л. Политика формирования здорового города / Л. Л. Мехришвили, Н. А. Ткачева, Ю. М. Конев. – Тюмень : ТИУ, 2021. – 163 с.

179. Михель, Д. В. Болезнь и всемирная история: учебное пособие для студентов и аспирантов / Д. В. Михель. – Саратов : Научная книга, 2009. – 196 с.

180. Михель, Д. В. Дуновения чумы / Д. В. Михель // Нева. – 2010. – № 7. – С. 230–245.

181. МКБ-11. Информационный бюллетень. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL : https://www.who.int/ru/publications/m/item/icd-11-fact-sheet (дата обращения: 01.06.2020).

182. Моросанова, В. И. Осознанная саморегуляция как метаресурс достижения целей и разрешения проблем жизнедеятельности / В. И. Моросанова // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2021. – № 1. – С. 3–37.

183. Мониторинг состояния рынка печатных СМИ и полиграфии. – Текст : электронный. – URL : https://www.mos.ru/upload/documents/files/8016/PrezentaciyamonitoringpechatnihSMIipoligrafii_202203122022(1).pdf (дата обращения: 04.10.2023).

184. Нархова, Е. Н. Социология культуры : учеб. пособие / Е. Н. Нархова, Д. Ю. Нархов. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2019. – 302 с.

185. Национальные проекты: ключевые цели и ожидаемые результаты. – Текст : электронный // Правительство России : [сайт]. – URL : http://government.ru/news/35675/ (дата обращения: 01.06.2020).

186. Неинфекционные заболевания. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL : https://www.who.int/ru/news-

room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases (дата обращения: 01.06.2020).

187. Новоселова, Е. Н. Роль семьи в формировании здорового образа жизни и смягчении факторов риска, угрожающих здоровью детей и подростков / Е. Н. Новоселова // Анализ риска здоровью. – 2019. – № 4. – С. 175–185.

188. Новости ООН. 2 миллиарда человек имеют проблемы со здоровьем из-за нехватки витаминов и минералов – Текст : электронный // Организация объединенных наций : [сайт]. – URL : https://news.un.org/ru/story/2004/01/1048601 (дата обращения: 01.06.2023).

189. Обзоры законодательства. КонсультантПлюс. База данных : [сайт]. – URL : https://www.consultant.ru/law/review/fed/ (дата обращения: 01.02.2024).

190. О внесении изменений в статьи 15 и 20 Федерального закона «О качестве и безопасности пищевых продуктов» : проект Федерального закона : [подготовлен Минздравом России ; не внесен в ГД ФС РФ ; текст по состоянию на 06.03.2018]. – URL : http://www.consultant.ru/law/review/107171690.html/ (дата обращения: 01.06.2023).

191. О профилактике заболеваний, вызванных дефицитом йода : проект Федерального закона : [подготовлен Минздравом России 04.02.2020]. – Текст : электронный. – URL : https://base.garant.ru/56822163/ (дата обращения: 04.10.2023).

192. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2018 году: Государственный доклад. – Текст : электронный // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека : [сайт]. – 2019. – URL : https://www.rospotrebnadzor.ru/documents/details.php?ELEMENT_ID=12053 (дата обращения: 01.06.2023).

193. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Тюменской области в 2019 году. – Тюмень: Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Тюменской области, 2020. – 216 с. – URL: http://72.rospotrebnadzor.ru/upload/iblock/9c2/9c24efb003f 4932233c340f158258bf8.pdf (дата обращения: 01.06.2023).

194. Омран, А. Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения / А. Омран // О демографических проблемах странах Запада : сборник

статей. – Москва, Прогресс, 1977. – С. 57–91.

195. Осадчая, Г. И. Социокультурные характеристики повседневных практик россиян / Г. И. Осадчая. – Москва : Лига-В, 2013. – 512 с.

196. Осипов, Г. В. Рабочая книга социолога / Г. В. Осипов. – 5-е изд. – Москва : ЛИБРОКОМ, 2009. – 480 с.

197. Осипова, Н. Г. Европейская социология : учебное пособие / Н. Г. Осипова, В. В. Афанасьев. – Москва : Канон+, 2010. – 368 с.

198. Осипова, Н. Г. Социальное конструирование общественного здоровья / Н. Г. Осипова // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. – 2016. – Т. 22. – № 4. – С. 119–141.

199. Основы культуры здоровья студентов / Д. Н. Давиденко, В. Г. Соколов, В. С. Степанов, В. А. Чистяков. – Йошкар-Ола, 2009. – 145 с.

200. Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни / И. В. Журавлева, Л. С. Шилова, А. И. Антонов, Е. Б. Бабин. – Москва : Институт социологии АН СССР, 1989. – 64 с.

201. Отчёт о человеческом развитии / Программа развития организации объединенных наций. – Текст : электронный. – URL : https://hdr.undp.org/en/countries/profiles/RUS (дата обращения: 01.09.2023).

202. Пандемии в истории человечества. – Текст : электронный // Федеральная антимонопольная служба: [сайт]. – URL : https://fas.gov.ru/pages/pandemii_v_istorii (дата обращения: 01.09.2023).

203. Пандемия (H1N1) 2009. – Текст : электронный. – URL: https://www.euro.who.int/ru/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza/past-pandemics/pandemic-h1n1-2009 (дата обращения: 01.09.2023).

204. Пандемия COVID-19: Вызовы, последствия, противодействия / А. В. Торкунов, С. В. Рязанцев, В. К. Левашов [и др.]. – Москва : Аспект Пресс, 2021. – 248 с.

205. Пандемия коронавирусного заболевания (COVID-19). – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL : https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019 (дата обращения:

04.10.2023).

206. Панова, Л. В. Модель социальных детерминант как основа многоуровневой методологии изучения здоровья / Л. В. Панова // Петербургская социология сегодня, 2013. – Т.1. – С. 221–252.

207. Парсонс, Т. О социальных системах / Т. Парсонс ; под ред. В. Ф. Чесноковой и С. А. Белановского. – Москва : Академический П-т, 2002. – 832 с.

208. Парсонс, Т. Социальная система / Т. Парсонс ; пер. с англ. – Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. – Москва : Академический Проект, 2018. – 530 с. – URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785829122553.html (дата обращения: 05.10.2023).

209. Парсонс Т. Социальные системы / Т. Парсонс // Вопросы социальной теории : научный альманах. – 2008. – Т. 1. – Вып. 1(2). – С. 38–71.

210. Парсонс, Т. Функциональная теория изменения / Т. Парсонс // Американская социологическая мысль. – Москва : Изд-во МГУ, 1994. – С. 464–480.

211. Пашков, К. П. Эпидемия холеры в деревне / К. П. Пашков. – Полтава : тип. Л. Фришберга, 1894. – 12 с.

212. Питание и здоровье населения : мониторинг, анализ, тенденции / С. В. Евстигнеев, В. В. Васильев, В. А. Авроров [и др.]. – Старый Оскол : Тонкие наукоемкие технологии, 2018. – 272 с.

213. Платон. Федон, или О душе, диалог, касающийся нравов : пособие для учащихся / Платон ; сост. В. Кельтуяли. – Киев : Ф. А. Иогансон, 1887. – 200 с.

214. Платонова, Н. М. Йодный дефицит : современное состояние проблемы / Н. М. Платонова // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2015. – Т. 11. – № 1. – С. 12–21.

215. Покровский, Н. Деревня или мегаполис: как пандемия повлияла на предпочтения россиян. – Текст : электронный. – URL: https://www.hse.ru/news/expertise/465125834.html (дата обращения: 01.09.2023).

216. Попов, Е. А. Социальное благополучие человека в научном дискурсе / Е. А. Попов // Социология в современном мире: наука, образование, творчество. – 2010. – № 2. – С. 16–23.

217. Попова, М. В. Миграция населения из города в село: мотивы здоровья и скорости жизни / М. В. Попова // Философия здоровья: интегральный подход : межвуз. сборник научных трудов. – Иркутск : Иркутский государственный медицинский университет, 2021. – С. 83–87.

218. Потемкина, Н. С. Влияние СМИ на здоровье: фактор дестабилизации или устойчивого развития? / Н. С. Потемкина // Труды Института системного анализа Российской академии наук. – 2010. – Т. 54. – С. 119–131.

219. Правила профилактики коронавирусной инфекции. – Текст : электронный // Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека : [сайт]. – URL : https://www.rospotrebnadzor.ru /region/korono_virus/koron_pnk.php?sphrase_id=2408455 (дата обращения: 01.09.2023).

220. Презентации. – Текст : электронный // Mediascope : [сайт]. – URL : https://mediascope.net/library/presentations/ (дата обращения: 01.10.2022).

221. Проблемы развития мотивации молодежи к здоровому образу жизни / С. И. Железнякова, Л. И. Батюк, И. М. Корнилова, А. В. Скатерщикова // Теория и практика физической культуры. – 2019. – № 9. – С. 15–17.

222. Проказина, Н. В. Социальные представления и практики здоровьесберегающего поведения молодежи в условиях пандемии COVID-19 / Н. В. Проказина, Н. Ю. Бобылева // Среднерусский вестник общественных наук. – 2022. – Т. 17, № 1. – С. 37–53.

223. Прохоров, А. О. Саморегуляция психических состояний в повседневной, обыденной жизнедеятельности человека / А. О. Прохоров // Психологические исследования. – 2017. – Т. 10, № 56. – URL : http://psystudy.ru (дата обращения: 01.10.2023).

224. Прохоров, А. О. Этнокультуральная идентичность и саморегуляция психических состояний (на примере русских и татар) / А. О. Прохоров, И. Г. Ларионова // Психолог. – 2007. – Т. 28, № 6. – С.59-68.

225. Психологический лексикон : энциклопедический словарь / ред.-сост. Л. А. Карпенко ; под общ. ред. А. В. Петровского. – Москва : ПЕР СЭ, 2005. – С. 48–

49.

226. Пузанова, Ж. В. Особенности образа жизни и отношения к здоровью российских студентов (на примере МГУ и РУДН) / Ж. В. Пузанова, А. Г. Тертышникова // Социологические исследования. – 2017. – № 8(401). – С. 88–94.

227. Пути Российской инфодемии: от whatsapp до следственного комитета / А. С. Архипова, Д. А. Радченко, И. В. Козлова [и др.] // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2020. – № 6(160). – С. 231–265.

228. Рекомендации для населения в отношении инфекции, вызванной новым коронавирусом (COVID-19). – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL : https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public (дата обращения: 01.09.2023).

229. Решетников, А. В. Социология медицины : руководство / А. В. Решетников. – Москва : Медицина, 2002. – 976 с.

230. Римашевская, Н. М. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения России / Н. М. Римашевская, Л. А. Мигранова, Е. В. Молчанова // Народонаселение. – 2011. – № 1(51). – С. 38–49.

231. Рокич, М. Природа человеческих ценностей / М. Рокич // Свободная пресса. – 1973. – № 5. – С. 20–28.

232. Роль семьи в формировании отношения к здоровью и окружающей среде / И. В. Журавлева, Л. Ю. Иванова, Г. А. Ивахненко [и др.] // Здоровье подростков и окружающая среда: изменения за 20 лет : [монография] / отв. ред. И. В. Журавлева. – Москва : ФНИСЦ РАН, 2021. – С. 151–171.

233. Росс, Э. Деревня, которая пожертвовала собой и остановила чуму / Э. Росс. – Текст : электронный. – URL : https://www.bbc.com/ russian/uk/2015/11/151110vert_tra_village_thet_stopped_black_death (дата обращения: 01.02.2023).

234. Российская Федерация. Информационная панель ВОЗ по чрезвычайным ситуациям в области здравоохранения. – Текст : электронный // World Health Organization :[сайт]. – URL : https://covid19.who.int/region/euro/country/ru (дата обращения: 01.09.2023).

235. Распределение по полу и возрасту случаев заболевания. База данных COVID-19. [Электронная база данных]. – URL : https://app.powerbi.com /view?r=eyJrIjoiYWRiZWVkNWUtNmM0Ni00MDAwLTljYWMtN2EwNTM3YjQzYmRmIiwidCI6ImY2MTBjMGI3LWJkMjQtNGIzOS04MTBiLTNkYzI4MGFmYjU5MCIsImMiOjh9(дата обращения: 01.09.2023).

236. Радаев, В. В. Социальная стратификация / В. В. Радаев, О. И. Шкаратан. – Москва, 1995. – 237 с.

237. Раппопорт, А. В. Развитие медицины в Средневековье и эпидемии / А. В. Раппопорт // Евразийское Научное Объединение. – 2020. – № 9-6(67). – С. 396-400.

238. Русинова, Н. Л. Возрастные различия статусных неравенств в здоровье: значение социального государства / Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов // Социологический журнал. – 2021. – Т. 27. – № 1. – С. 97–121.

239. Русинова, Н. Л. Здоровье в странах Европы: статусные неравенства и влияние социального капитала / Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов // Социологический журнал. – 2015. – Т. 21. – № 4. – С. 34–60.

240. Русинова, Н. Л. Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте / Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов // Вестник Института социологии. – 2019. – Т. 10. – № 1. – С. 139–161.

241. Русинова, Н. Л. Психологические ресурсы, материальные лишения и здоровье в Европе: прямое влияние и медиация неравенств по образованию / Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. – 2019. – № 5. – С. 23–38.

242. Русинова, Н. Л. Социальное государство и неравенства в здоровье в странах Европы / Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2016. – Т. 19. – № 4. – С. 49–70.

243. Русинова, Н. Л. Социальные особенности здоровья в Европе и России: влияние индивидуальных и контекстуальных факторов / Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. – 2013. – № 3. – С. 16–32.

244. Русинова, Н. Л. Социальные риски депрессии в Европе и России: значение демографии, образованияи социального капитала / Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов // Социологический журнал. – 2016. – Т. 22. – № 3. – С. 82–106.

245. Савельева, Ж. В. Кому принадлежит здоровье? Социологические дискуссии и массмедийные интерпретации / Ж. В. Савельева // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2013. – Т. 16. – № 2. – С. 131–141.

246. Савельева, Ж. В. Конструирование социальной проблемы здоровья и болезни средствами массовой коммуникации в дискурсивных контекстах / Ж. В. Савельева // Казанский социально-гуманитарный вестник. – 2014. – № 3(12). – С. 40–47.

247. Саймон, Г. А. Рациональность как процесс и продукт мышления / Г. А. Саймон ; пер. К. Б. Козлова, М. А. Бланко. – Текст : электронный // THESIS. – 1993. – Вып. 3. – С. 16–38. – URL : https://igiti.hse.ru/data/003/314/1234/3_1_2Simon.pdf (дата обращения: 01.06.2023).

248. Самарин, А. В. Теоретическая модель формирования здорового образа жизни студенческой молодежи в дискурсе культуры здоровья / А. В. Самарин, Л. Л. Мехришвили // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18. – № 2. – С. 816–820.

249. Саморегуляция жизнедеятельности молодежи: методология и социальные практики : монография / Ю. А. Зубок, О. Н. Безрукова, Ю. Р. Вишневский [и др.] ; науч. ред. Ю.А. Зубок. – Белгород : Эпи-центр, 2021. – 500 с.

250. Саморегуляция жизнедеятельности молодежи: структурно-таксономическое моделирование / В. И. Чупров, Ю. Зубок, А. С. Любутов, О. В. Сорокин // Социологические исследования. – 2021. – № 10. – С. 23–36.

251. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности : Диспозиционная концепция : монография / В. А. Ядов, А. А. Семенов, В. В. Водзинская [и др.]. – Москва : ЦСПиМ, 2013. – 376 с.

252. Самосохранительное поведение россиян: диспозиции и риски / И. С. Шаповалова, С. А. Вангородская, О. Н. Полухин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 1. – С. 44–51.

253. Семенова, Н. Д. Культура страны происхождения и её влияние на установки в отношении здоровья (на примере поздних переселенцев из России в Германию) / Н. Д. Семенова // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2019. – № 2. – С. 4–11.

254. Система глобальных показателей достижения целей в области устойчивого развития и выполнения задач Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. – Текст : электронный // SDGIndicators. – URL : https://sdg.tw/ru/ (дата обращения: 01.06.2023).

255. Система обеспечения законодательной деятельности Государственной автоматизированной системы «Законотворчество» (СОЗД ГАС «Законотворчество») : [сайт] / Государственная Дума Федерального Собрания Российской Федерации. – Москва, 2023. – URL : https://sozd.duma.gov.ru/ (дата обращения: 01.06.2023). – Текст : электронный.

256. Скумин, В. А. Культура Здоровья : избранные лекции / В. А. Скумин. – Чебоксары, 2002. – 264 с.

257. Словарь русского языка коронавирусной эпохи /сост. Х. Вальтер, Е.С. Громенко, А. Ю. Кожевников [и др.]. – Санкт-Петербург : Институт лингвистических исследований РАН, 2021. – 550 с.

258. Соболева, А. Н. Риски интернет-пространства для здоровья подростков: возрастной и гендерный анализ / А. Н. Соболева // Образование личности. – 2016. – № 1. – С. 60–67.

259. Сорокин, П. А. Современное состояние России / П. А. Сорокин – Текст : электронный // Питирім : [сайт]. – URL : https://pitirim.org/index.php/publications-pitirim-sorokin/from-pitirm-sorokin/161-current-state-of-russia (дата обращения: 01.09.2023).

260. Сорокин, П. А. Социальная и культурная динамика : исслед. изм. в больших системах искусства, истины, этики, права и обществ. отношений / П. А. Сорокин; пер. с англ. В. В. Сапова. – Санкт-Петербург : РХГИ, 2000. – 1054 с.

261. Социальная коммуникация. – Текст : электронный. – URL : https://www.grandars.ru/college/sociologiya/socialnaya-kommunikaciya.html (дата

обращения: 01.06.2023).

262. Социальная стигматизация в период пандемии / С. Е. Туркулец, А. В. Туркулец, Е. В. Листопадова, М. В. Сокольская // Социодинамика. – 2020. – № 5. – С. 11–25.

263. Социально-гигиенический мониторинг в реализации региональной стратегии профилактики йодного дефицита / Л. А. Суплотова, Г. В. Шарухо, Л. С. Ковальжина, О. Б. Макарова // Гигиена и санитария. – 2019. – № 98 (2). – С. 225–230.

264. Социальные детерминанты здоровья. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL : http://www.who.int/topics/social_ determinants/ru/ (дата обращения: 01.06.2023).

265. Социологический энциклопедический словарь / общ. ред. Г. В. Осипова. – Москва : Норма, 2000. – 488 с.

266. Социология : энциклопедия / Сост. А. А. Грицанов [и др.]. – Минск : Книжный дом, 2003. – 1312 с. – Текст : электронный. – URL : https://voluntary.ru/termin/sociologija-kultury-kultursociologija.html (дата обращения: 01.06.2023).

267. Спенсер, Г. Социальная статика : Изложение социальных законов, обусловливающих счастье человечества / Г. Спенсер ; пер. с англ. – Санкт-Петербург : Н. П. Поляков, 1872. – 471 с.

268. Спенсер, Г. Сочинения Герберта Спенсера. В 7 томах. Том 2. Основы биологии / Г. Спенсер ; пер. с англ. ; общ. ред. Н. А. Рубакина. – Санкт-Петербург : Издатель, 1899. – 456 с.

269. Спенсер, Г. Сочинения Герберта Спенсера. В 7 томах. Том 7. Часть 2. Воспитание умственное, нравственное и физическое / Г. Спенсер ; пер. с англ. ; общ. ред. Н. А. Рубакина. – Санкт-Петербург : Издатель, 1898. – 114 с.

270. Суммарный коэффициент рождаемости. – Текст : электронный // ЕМИСС : государственная статистика. – URL : https://www.fedstat.ru/indicator/31517 (дата обращения: 01.09.2023).

271. Суплотова, Л. А. Неонатальная гипертиреотропинемия – индикатор оценки тяжести йодного дефицита в популяции? / Л. А. Суплотова, О. Б. Макарова,

Л. С. Ковальжина // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2015. – № 3. – С. 47–53.

272. Суплотова, Л. А. Профилактика и мониторинг зобной эндемии / Л. А. Суплотова, Е. Ф. Туровинина, Г. В. Шарухо. – Тюмень, 2007. – 152 с.

273. Суплотова, Л. А. Профилактика йодного дефицита в Тюменской области: успех или неудача? / Л. А. Суплотова, О. Б. Макарова, Л. С. Ковальжина, Г. В. Шарухо // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2015. – № 3. – С. 39–46.

274. Суплотова, Л. А. Эпидемиология йоддефицитных заболеваний в различных климатогеографических районах Западной Сибири : специальность 14.00.03 «Эндокринология» : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Суплотова Людмила Александровна ; Российская академия медицинских наук, Эндокринологический Научный Центр. – Москва, 1997. – 38 с.

275. Супотницкий, М. В. «Черная смерть» – второе пришествие чумы в Европу (1346-1351) / М. В. Супотницкий, Н. С. Супотницкая. – Текст : электронный // Очерки истории чумы. – URL : http://supotnitskiy.ru/book/book3-5.htm (дата обращения: 01.09.2023).

276. Товарные категории и рекламодатели. Итоги 2020 года. – Текст : электронный // Mediascope : [сайт]. – URL : https://mediascope.net/news/1289184/ (дата обращения: 01.10.2021).

277. Толмачева, С. В. Динамика приоритетных ценностей россиян / С. В. Толмачева, Э. В. Давлетшина // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2022. – Т. 15. – № 4. – С. 132–141.

278. Толстых, О. Н. Значение рекреации и санаторно-курортного комплекса в улучшении здоровья населения / О. Н. Толстых // Индустрия туризма: возможности, приоритеты, проблемы и перспективы. – 2019. – Т. 15. – № 1. – С. 352–361.

279. Трещева, О. Л. К вопросу системного обоснования индивидуального здоровья и его компонентов / О. Л. Трещева // Здоровье и образование : материалы

международного конгресса валеологов. – СПб, 1999. – С. 176–177.

280. Тяжелый острый респираторный синдром (SARS). – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL : https://apps.who.int/iris/handle/10665/80216 (дата обращения: 01.09.2023).

281. Уайт, Л. А. Понятие культуры // Вопросы социальной теории/ – 2009. – Т. 3. – Вып. 1(3). – С. 95–124.

282. Устав ВОЗ. – Текст : электронный // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – URL : https://www.who.int/ru/about/who-we-are/constitution (дата обращения: 01.07.2023).

283. Факторы риска для здоровья и возникновения заболеваний. – Текст : электронный // Европейская академия пациентов : [сайт]. – URL : https://www.eupati.eu/ru/фармакоэпидемиология/факторы-риска-для-здоровья (дата обращения: 01.06.2023).

284. Фромм, Э. Здоровое общество / Э. Фромм. – Москва : АСТ, Транзиткнига, 2005. – 576 с.

285. Хайруллина, Н. Г. Влияние пандемии коронавируса на социальное пространство студентов / Н. Г. Хайруллина, А. Л. Егоров, В. Ф. Ковров // Евразийский юридический журнал. – 2020. – № 8(147). – С. 382–383.

286. Хайруллина, Н. Г. Социальное самочувствие тюменцев в условиях распространения коронавирусной инфекции / Н. Г. Хайруллина // Нефть и газ: технологии и инновации : материалы Национальной науч.-практ. конф., 19–20 ноября 2020 г. Том III. – Тюмень : ТИУ, 2020. – С. 221–224.

287. Характеристика культуры здоровья личности с позиций системного подхода / О. Л. Трещева, А. Г. Карпеев, О. В. Криживецкая, А. А. Терещенко // Омский научный вестник. – 2014. – № 1(125). – С. 154–157.

288. Хилажева, Г. Ф. Проблемы в сфере охраны труда и здоровья вахтовых мигрантов в условиях коронавирусной пандемии / Г. Ф. Хилажева // Демографические чтения. Вызовы и тенденции демографического развития России и ее регионов. – Уфа : Государственное автономное учреждение науки Республики Башкортостан «Башкирская энциклопедия», 2020. – С. 178-181.

289. Цели устойчивого развития ООН и Россия. – Текст : электронный // Росконгресс : [сайт]. – URL : https://roscongress.org/materials/tseli-ustoychivogo-razvitiya-oon-i-rossiya/ (дата обращения: 01.03.2023).

290. Цикуниб, С. М. Современные тенденции развития рынка конфессиональных продуктов / С. М. Цикуниб, М. А. Дубинина // Сфера услуг: инновации и качество. – 2017. – № 29. – С. 11.

291. Цыбиков, Д. В. Формирование ценностного отношения студентов к здоровому образу жизни в образовательном процессе педагогического вуза : специальность 13.00.01 "Общая педагогика, история педагогики и образования" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / Цыбиков Дашинима Владимирович. – Улан-Удэ, 2013. – 23 с.

292. Черныш, М. Ф. Социальное благополучие и здоровье / М. Ф. Черныш // Информационно-аналитический бюллетень Института социологии ФНИСЦ РАН. – 2020. – № 1. – С. 54–74.

293. Чернышкова, Е. В. Барьеры здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями / Е. В. Чернышкова, И. Ю. Юрова // Социология медицины. – 2016. – Т. 15. – № 1. – С. 38–41.

294. Численность постоянного населения на 1 января 2023. – Текст : электронный // Витрина статистических данных : [сайт]. – URL : https://showdata.gks.ru/report/278928/(дата обращения: 02.06.2023).

295. Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти за год. – Текст : электронный // ЕМИСС : государственная статистика : [сайт]. – URL : https://www.fedstat.ru/indicator/31620 (дата обращения: 02.06.2023).

296. Шабунова, А. А. Факторы, ограничивающие здоровье населения региона (на примере Вологодской области) / А. А. Шабунова, Н. А. Рыбакова, Г. В. Тихомирова // Социологические исследования. – 2009. – № 8(304). – С. 85–91.

297. Шаповалова, И. С. Роль социальных институтов в формировании самосохранительного поведения населения Центрального округа / И. С. Шаповалова // Вестник Института социологии. – 2020. – Т. 11, № 1. – С. 86-112.

298. Шарухо, Г. В. Научное обоснование гигиенических и медико-

организационных мероприятий по совершенствованию профилактики и коррекции микронутриентной недостаточности йода и железа на эндемичных территориях : специальность 14.02.01 «Гигиена», 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение» : диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Шарухо Галина Васильевна ; Тюменская государственная медицинская академия. – Тюмень, 2011. – 249 с.

299. Шарухо, Г. В. Опыт Тюменской области в организации профилактики микронутриентной недостаточности / Г. В. Шарухо, Л. А. Суплотова // Медицинская наука и образование Урала. – Тюмень, 2010. – № 2. – С. 126–128.

300. Шендрик, А. И. Социология культуры / А. И. Шендрик. – Москва : Юнити-Дана, 2012. – 495 с.

301. Шилин, Д. Е. Акушерские аспекты йодного дефицита и его коррекция : что нового? / Д. Е. Шилин. – Текст : электронный // OmniDoctor : [сайт]. – URL : https://omnidoctor.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/ginekologiya/gn2005/gn2005_7_56/akusherskie-aspekty-yodnogo-defitsita-i-ego-korrektsii-chto-novogo/ (дата обращения: 01.06.2023).

302. Шклярук, В. Я. Формирование самосохранительного поведения в условиях перехода России к расширенному воспроизводству населения : специальность 22.00.03 «Экономическая социология и демография» : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора социологических наук / Шклярук В. Я. – Саратов, 2013. – 37 с.

303. Шклярук, В. Я. Формирование самосохранительного поведения личности: теоретические и научно-прикладные аспекты / В. Я. Шклярук // Региональные агросистемы: экономика и социология. – 2018. – № 5. – С. 16.

304. Шляпентох, В. Э. Проблемы качества социологической информации: достоверность, репрезентативность, прогностический потенциал / В. Э. Шляпентох. – Москва : ЦСП, 2006. – 664 с.

305. Шрага, М. Х. Медико-экологические аспекты жизнеобеспечения в основных промышленных городах Архангельской области : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Шрага М.

Х. ; Архангельская государственная медицинская академия. – Архангельск, 1996. – 34 с.

306. Шютц А. Смысловая структура повседневного мира: очерки по феноменологической социологии / А. Шютц. – Москва : Институт Фонда «Общественное мнение», 2003, – 336 с.

307. Шюц А. Избранное: Мир, светящийся смыслом / А. Шюц. – Москва : РОССПЭН, 2004. – 1056 с.

308. Щеплягина, Л. А. Йод и интеллектуальное развитие ребенка / Л. А. Щеплягина, Н. Д. Макулова // Русский медицинский журнал. – 2002. – № 7. – С. 358–363.

309. Эпидемия ожирения: почему толстеют московские дети. – Текст : электронный // РИАМО : [сайт]. – URL : https://riamo.ru/article/189446/epidemiya-ozhireniya-pochemu-tolsteyut-moskovskie-deti-xl (дата обращения: 01.09.2023).

310. Экономико-социологический словарь / науч. ред. Г. Н. Соколова ; [сост.: Г. Н. Соколова, О. В. Кобяк]. – Минск : Беларуская навука, 2013. – 615 с.

311. Юдина, М. А. Роль информационно-коммуникационных технологий в охране здоровья и трансформации качества занятости в период пандемии COVID-2019 / М. А. Юдина // Уровень жизни населения регионов России. – 2020. – Т. 16. – № 3. – С. 98–107.

312. Юрьев, А. Н. Эволюция инфекционных заболеваний Юго-Восточной Азии и перспектива заноса их в Сибирский регион России (актуальные вопросы инфектологии) / А. Н. Юрьев, Ю. П. Дерягин // Сибирское медицинское обозрение. – 2005. – № 2-3(35-36). – С. 65–73.

313. Ядов, В. А. Размышления о предмете социологии. – Текст : электронный / В. А. Ядов // Социологические исследования. – 1990. – № 2. – С. 3–16. – URL : https://www.elibrary.ru/item.asp?id=28931294 (дата обращения: 01.06.2023).

314. Ядов, В. А. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности / В. А. Ядов, В. С. Магун, П. В. Борзикова. – Ленинград : Наука, 1979. – 264 с.

315. 1918 Pandemic Influenza: Three Waves. – Text : electronic // Centers for

Disease Control and Prevention : [website] – URL : https://stacks.cdc.gov/view/cdc/54008 (accessed: 14.06.2023).

316. 1968 flu pandemic: global outbreak. – Text : electronic // Britannica : [website]. – URL : https://www.britannica.com/event/1968-flu-pandemic (accessed: 06.10.2023).

317. A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker) / T. Hale, N. Angrist, R. Goldszmidt [et al.] // Nat Hum Behav. – 2021. – Vol. 5. – P. 529–538.

318. Ackerknecht, E. H. Anticontagionism between 1821 and 1867 / E. H. Ackerknecht // Bulletin of the History of Medicine. – 1948. – Vol.22 (4). – P. 562–593.

319. An abstract of the sens Durkheim lectures / E. Durkheim ; eds. R. A. Jones, N. Gross. – Text : electronic. – Cambridge university press, 1883. – URL : http://durkheim.uchicago.edu/texts/1884a/tr.abst.html (accessed: 14.06.2023).

320. Andersson, M. Global iodine status in 2011 and trends over the past decade / M. Andersson, V. Karubunathan, M. Zimmermann // The Journal of Nutrition. – 2012. – Vol. 142(4). – P. 744–750.

321. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. – Text : electronic // World Health Organization : [website]. – 2001. – URL : https://www.who.int/publications/m/item/salt-iodization--assessment-of-iodine-deficiency-disorders-and-monitoring-their-elimination (accessed: 06.10.2023).

322. Baldwin, P. Contagion and the State in Europe: 1830-1930 / P. Baldwin. – Cambridge : Cambridge University Press, 1999. – 581 p.

323. Baldwin, P. Disease and Democracy. The Industrialized World Faces AIDS / P. Baldwin. – Berkeley : University of California Press, 2005. – 478 p.

324. Barber, M. Lepers, Jews, and Moslems: The Plot to Overthrow Christendom in 1321 / M. Barber // History. – 1981. – Vol. 66. – P. 1–17.

325. Basil, S. The story of iodine deficiency: an international challenge in nutrition. Front Cover / Basil S. – Oxford : University Press, Incorporated, 1989. – P. 236.

326. Behforouz, H. Rethinking the social history / H. Behforouz, P. Drain, J. Rhatigan // N Engl J Med. – 2014. – Vol. 371(14). – P. 1277–1279.

327. Benedict, R. Pattern of Culture / R. Benedict. – Text : electronic // INTERNET ARCHIVE : [website]. – 1935. – URL : https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.184602 (accessed: 06.10.2023).

328. Beveridge, W. Influenza: The Last Great Plague, an Unfinished Story of Discovery. – New York : Prodist, 1977. – 124 p.

329. Bleichrodt, N. Effects of iodine deficiency on mental and psychomotor abilities / N. Bleichrodt, P. J. Drenth, A. Querido // Am. J. Phys. Anthrop. – 1980. – Vol. 53. – P. 55–67.

330. Bowsky, W. M. The Impact of the Black Death upon Sienese Government and Society / W. M. Bowsky // Speculum. – 1964. – Vol. 39. – P. 14.

331. Bruni, R. Le pays d'Apt malade de la peste / R. Bruni. – Aix-en-Provence, 1980. – 20 p.

332. Bulst, N. Der Schwarze Tod. Demographische, Wirtschafts- und kulturgeschichtliche Aspekte der Pestkalastrophe von 1347–1352. Bilanz der neueren Forschung / N. Bulst // Saeculum. – 1979. – № 30(1). – S. 45–67.

333. Bulst, N. Main d'oeuvre et coercition: Les mesures economiques et demographiques adoptees par les gouvemements a la suite de la peste noire en Europe / N. Bulst // Compte rendu des seances de la Society d'Etude du Feodalisme, 1981-1982. – 1985. – № 5. – P. 14–26.

334. Cassel, J. The contribution of the Social environment to host resistance / J. Cassel // American Journal of Epidemiology. – 1976. – Vol. 104 (2). – P. 107–123.

335. Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action / T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen [et al.]. – Text : electronic. – New York : Oxford University Press, 2001. – 348 p. – URL : https://books.google.ru/ books?id=XYYRDAAAQBAJ&redir_esc=y (accessed: 14.06.2023).

336. Cholera / J. B. Harris, R. C. LaRocque, F. Qadri [et al.] // Lancet. – 2012. – Vol. 379(9835). – P. 2466–2476.

337. Cipolla, C. M. Cristofano and the Plague: A Study in the History of Public Health in the Age of Galileo / C. M. Cipolla. – London : Collins, 1973. – 188 p.

338. Collier, R. The Plague of the Spanish Lady / R. Collier. – London,

England: Macmillan, 1974. – 266 p.

339. Comte, A. Systeme de politique positive : Tome 1 : Ou traite de sociologie, instituant la religion de l'humanite : contenant le Discours preliminaire et l'Introduction fundamentale / A. Comte. – Paris, 1851. – 748 c. – (Republique occidentale : Ordre en progres. – Vivre pour autrui).

340. COVID-19 : информационные ресурсы Министерства здравоохранения РФ для мониторинга эпидемиологической обстановки по COVID-19 : [сайт]. – Москва. – URL : covid19.egisz.rosminzdrav.ru (дата обращения: 01.09.2023). – Текст : электронный.

341. COVID Global Misinfo Claim Type Dashboard. – Text : electronic. – URL : https://lookerstudio.google.com/reporting/48c92c57-5c2f-4a78-a370-a0d46142b216/page/p_c48hxusbwc (accessed: 14.06.2023).

342. Delange F. Iodine deficiency as a cause of brain damage / F. Delange // Postgrad Med J. – 2001. – Vol. 77. – P. 217–220.

343. Deprez, E. Clément VI (1342-1352): Lettres closes, patentes et curiales se rapportant à la France publiées ou analysées d'après les registres du Vatican / E. Déprez. – Texte: électronique / Berkeley Law : [website]. – URL : https://lawcat.berkeley.edu/record/345861 (accessed: 14.06.2023).

344. Director-general’s remarks at the media briefing on 2019 novel Coronavirus on 8 February 2020. – Text : electronic // World Health Organization : [website]. – URL : https://www.who.int/dg/speeches/detail/director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-novel-coronavirus---8-february-2020 (accessed: 06.10.2023).

345. Disability-adjusted life years (DALYs). – Text : electronic // World Health Organization : [website]. – URL : https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease /metrics_daly (accessed: 06.10.2023).

346. DNA examination of ancient dental pulp incriminates typhoid fever as a probable cause of the Plague of Athens / M. J. Papagrigorakis, C. Yapijakis, P. N. Synodinos [et al.] // International Journal of Infectious Diseases. – 2006. – Vol. 10 (3). – P. 206–214.

347. Duffy, J. Epidemics in Colonial America / J. Duffi. – Baton Rouge, LA : LSU

Press; 1953. – P. 187–188.

348. Engels, F. Condition of the Working Class in England / F. Engels. – Text : electronic. – 1845. – URL : https://www.marxists.org/archive/marx/works/1845 /condition-working-class/ch07.htm (accessed: 06.10.2023).

349. Evolved disease-avoidance mechanisms and contemporary xenophobic attitudes / J. Faulkner, M. Schaller, J. H. Park, L. A. Duncan // Group Processes and Intergroup Behavior. – 2004. – Vol. 7. – P. 333–353.

350. Freire, P. Pedagogy of the Oppressed / P. Freire. – Text : electronic. – 2000. – URL : https://envs.ucsc.edu/internships/internship-readings/freire-pedagogy-of-the-oppres sed.pdf (accessed: 14.06.2023).

351. Gelfand, M. Rule Makers, Rule Breakers: How Tight and Loose Cultures Wire Our World / M. Gelfand. – New York: Scribner, 2018. – 384 p.

352. Glinoer D. Maternal and fetal impact of chronic iodine deficiency / D. Glinoer // Clin Obstet Gynecol. – 1997. – Vol. 40. – P. 102–116.

353. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019). Data Resources. – Text : electronic // IHME/GHDx : [website]. – URL : http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019 (accessed: 06.10.2023).

354. Gruzd, A. COVID-19 Misinformation Types Coding Schema, Version 2.0. / A. Gruzd, P. Mai. – Text : electronic // Ryerson University Social Media Lab. – 2020. – URL : https://datastudio.google.com/u/0/reporting/1Pkf0o_bwqARkNsMInOQXZyT 7SCjYef EB/page/fdhOB (accessed: 06.10.2023).

355. Haverkamp, A. Der Schwarze Tod und die Judenverfolgungen von 1348/49 im Sozial- und Herrschaftsgefüge deutscher Städte / A. Haverkamp // Trierer Beiträge. Aus Forschung und Lehre an der Universität Trier. – 1977. – Sonderheft 2. – S. 78–86.

356. Health behavior : Emerging research perspectives / Ed. D. S. Gochman. – New York ; London : Plenum press, 1988. – 440 p.

357. Health Promotion: Effectiveness, Efficiency and Equity / ed. K. Tones, S. Tilford. – Text : electronic // InternetArchive : [website]. – 2001. – URL : https://archive.org/details/healthpromotione0000tone/page/n3/mode/2up (accessed: 06.10.2023).

358. Herbert, E. W. Smallpox Inoculation in Africa / E. W. Herbert // The Journal of African History. –1975. – Vol.16 (4). – P. 539–559.

359. HIV and AIDS. – Text : electronic // World Health Organization : [website]. – URL : https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids (accessed: 06.10.2023).

360. Hunecke, V. Uberlegungen zur Geschichte der Annul im vorindustriellen Europa / V. Hunecke // Geschichte und Gesellschaft. – 1983. – № 9. – S. 491.

361. Influenza pandemic of 1918–19. – Text : electronic // Britannica : [website]. – 2021. – URL : https://www.britannica.com/event/influenza-pandemic-of-1918-1919/ (accessed: 14.06.2023).

362. John, T. Italy prohibits travel and cancels all public events in its northern region to contain coronavirus / T. John, B. Wedeman. – Text : electronic // CNN. World : [website]. – 2023. – URL : https://edition.cnn.com/2020/03/08/europe/italy-coronavirus-lockdown-europe-intl/index.html (accessed: 06.10.2023).

363. Johnson, N. P. Updating the accounts: Global mortality of the 1918–1920 “Spanish” influenza pandemic / N. P. Johnson, J. Mueller // Bull Hist Med. – 2002. – Vol. 76. – P. 105–115.

364. Kasl, S. Health Behavior, Illness Behavior and Sick-Role Behavior / S. Kasl, S. Cobb // Archives of Environmental Health. – 1966. – Vol. 12. – № 2. – P. 246–266.

365. Kroeber, A. L. Culture: a Critical Review of Concepts and Difinitions / A. L. Kroeber, C. Kluckhohn // Papers peabody Mus. – 1952. – 47, N 1.

366. Lenharo, M. WHO declares end to COVID-19’s emergency phase. – Text : electronic // Nature. – 2023. – URL : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37147368/ (accessed: 06.10.2023).

367. Marx, K. The Poverty of Philosophy / K. Marx. – Text : electronic. – 1955. – URL : https://www.marxists.org/archive/marx/works/download/index.htm (accessed: 06.10.2023).

368. Marmot, M. Social determinants of health / M. Marmot, R. Wilkinson. – Oxford : University Press, 1999. – 376 p.

369. Media Advocacy and Public Health: Power for Prevention / L. Wallack, L.

Dorfman, D. Jernigan, M. Themba. – Sage : Newbury Park, 1993. – 244 p.

370. Navarrete, C. D. Elevated ethnocentrism in the first trimester of pregnancy / C. D. Navarrete, D. M. T. Fessler, S. J. Eng // Evolution and Human Behavior. – 2007. – Vol. 28. – P. 60–65.

371. Pandemic preparedness. – Text : electronic // World Health Organization : [website]. – http://web.archive.org/web/20030202145905 (accessed: 06.01.2023).

372. Pettit, D. A. A Cruel Wind: America Experiences the Pandemic Influenza, 1918–1920 / D. A. Pettit. – University of New Hampshire, 1976. – 342 p.

373. RC56-The future of the WHO Regional Office for Europe. – Text : electronic // World Health Organization : [website]. – URL : http://www.euro.who. int/data/assets/pdf_file/0007538/RC56_edoc11.pdf (accessed: 06.10.2023).

374. Rogers, K. 1957 flu pandemic : global outbreak / K. Rogers. – Text : electronic // Britannica : [website]. – URL : https://www.britannica.com/event/1957-flu-pandemic (accessed: 06.10.2023).

375. Rokeach value survey. – Text : electronic // PDF4PRO : [website]. – URL : https://pdf4pro.com/view/rokeach-value-survey-6461d9.html (accessed: 06.10.2023).

376. Rokeach, M. Beliefs, attitudes, and values / M. Rokeach. – San Francisco, 1968. – 240 p.

377. Roos, D. How 5 of History's Worst Pandemics Finally Ended / D. Roos. – Text : electronic // Histopy: [website]. – 2021. – URL : https://www.history.com/ news/pandemics-end-plague-cholera-black-death-smallpox (accessed: 14.06.2023).

378. Roos, D. The First ‘Vaccine Passports’ Were Scars from Smallpox Vaccinations / D. Roos. – Text : electronic // History : [website]. – URL : https://www.history.com/news/vaccine-passports-smallpox-scar (accessed: 06.10.2023).

379. Shaping healthy lifestyle among students / L.M. Gaisina, R.B. Shaikhislamov, R. R. Shayakhmetova [et al.] // Espacios. – 2019. – Vol. 40, No. 17. – P. 18.

380. Schaller, M. The behavioral immune system: Its evolution and social psychological implications / M. Schaller, L. A. Duncan // Evolution and the social mind: Evolutionary psychology and social cognition / J. P. Forgas, M. G.Haselton ; ed. W. von Hippel. – New York : Psychology Press, 2007. – P. 293–307.

381. Schwalh, A. Das Pariser Pestgutachten von 1348. Eine Textedition und Interpretation der ersten Summe : med. diss. / A. Schwalh. – Tübingen, 1990, – 39 s.

382. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). – Text : electronic // Centers for Disease Control and Prevention : [website]. – 2019. – URL : https://www.cdc.gov/sars/index.html (accessed: 14.06.2023).

383. Silverstein, M. Screening for social determinants of health in pediatric primary care / M. Silverstein, K. Conroy, M. Sandel // Pediatr Ann. – 2008. – Vol. 37(11). – P. 740–746.

384. Smith K. Social Networks and Health / K. Smith, P. Kirsten, A. Nicholas // Annual Review of Sociology. – 2008. – Vol. 34. – P. 405–429.

385. Social determinants of health: the solid facts / ed. R. Wilkinson, M. Marmot. – Text : electronic. – 2004. – URL : https://books.google.ru/books?id=QDFzqNZZHLMC &printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false (accessed: 06.10.2023).

386. Spanish Flu. – Text : electronic // History : [website]. – 2023. – URL : https://www.history.com/topics/world-war-i/1918-flu-pandemic (accessed: 06.10.2023).

387. Sustainable Development Report 2019 : Transformations to Achieve the Sustainable Development Goals. – Text : electronic // Sustainable Development Report : [website]. – 2019. – URL : https://www.sdgindex.org/reports/sustainable-development-report-2019/ (accessed: 06.10.2023).

388. Terrizzi, J. A. The behavioral immune system and social conservatism: a meta-analysis / J. A. Terrizzi, N. J. Shook, M. A. McDaniel // Evolution and Human Behavior. – 2013. – Vol. 34(2). – P. 99–108.

389. The Black Death / ed. R. Horrox. – Text : electronic. – Manchester : University Press, 1994. – 388 p. – URL : https://openlibrary.org/books/ OL1437582M /The_Black_death (accessed: 06.10.2023).

390. The Cambridge World History of Human Disease / ed. K. F. Kiple. – Cambridge : Cambridge University Press, 1993. – 1176 p.

391. The Dahlgren-Whitehead rainbow. – Text : electronic // Economic and Social Research Council : [website]. – URL : https://esrc.ukri.org/about-us/50-years-of-esrc/50-

achievements/the-dahlgren-whitehead-rainbow/ (accessed: 06.10.2023).

392. The Mobilization of the American National Red Cross During the Influenza Pandemic 1918-1919 : Records of the American Red Cross. – Text : electronic // Influenza Encyclopedia : [website]. – URL : https://quod.lib.umich.edu/f/flu/7090flu.0014.907/2/ (accessed: 06.10.2023).

393. The relationship between cultural tightness–looseness and COVID-19 cases and deaths: a global analysis / M. J. Gelfand, J. C. Jackson, X. Pan [et al]. // The Lancet Planetary Health. – 2021. – Vol. 5(3). – P. 135–144.

394. The essence and structural elements of a healthy lifestyle of students / L. M. Gaisina, R. B. Shaikhislamov, R. R. Shayakhmetova [et al.] // Espacios. – 2019. – Vol. 40, No. 21. – P. 10.

395. The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready? / ed. S. L. Knobler [et al.]. – Text : electronic. – Washington (DC): National Academies Press (US), 2005. – URL : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20669448/ (accessed: 06.10.2023).

396. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. – Text : electronic // United Nations : [website]. – URL: https://sdgs.un.org/2030agenda (accessed: 06.10.2023).

397. Van Hartesveldt, F. R. The 1918–1919 Pandemic of Influenza: The Urban Impact in the Western World / F. R. Van Hartesveldt. – Text : electronic // InternetArchive : [website]. – URL : https://openlibrary.org/books/OL8078542M/The_1918-1919_ Pandemic_of_Influenza (accessed: 06.10.2023).

398. Varnum, M. Pathogen prevalence is associated with cultural changes in gender equality / M. Varnum, I. Grossmann. // Nat Hum Behav. – 2017. – URL : https://www.nature.com/articles/s41562-016-0003 (accessed: 06.10.2023).

399. Weber, M. Sociological Writings Edited by Wolf Heydebrand, published in 1994 by Continuum / M. Weber. – Text : electronic. – URL : https://www.marxists.org/reference/subject/philosophy/works/ge/weber.htm (accessed: 06.03.2023).

400. What are the Sustainable Development Goals? – Text : electronic // United Nations Development Programme : [website]. – URL : https://www.undp.org/

content/undp/en/home/sustainable-development-goals.html (accessed: 06.10.2023).

401. Whitehead, M. Concepts and principles of equity and health / M. Whitehead // Int J Health Serv. – 1992. – Vol. 22(3). – P. 429–45.

402. World Health Organization: Salt Reduction and Iodine Fortification Strategies in Public Health. – Text : electronic // World Health Organization : [website]. – 2014. – URL : https://www.who.int/publications/i/item/978924150669 (accessed: 06.10.2023).

Приложение А

СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

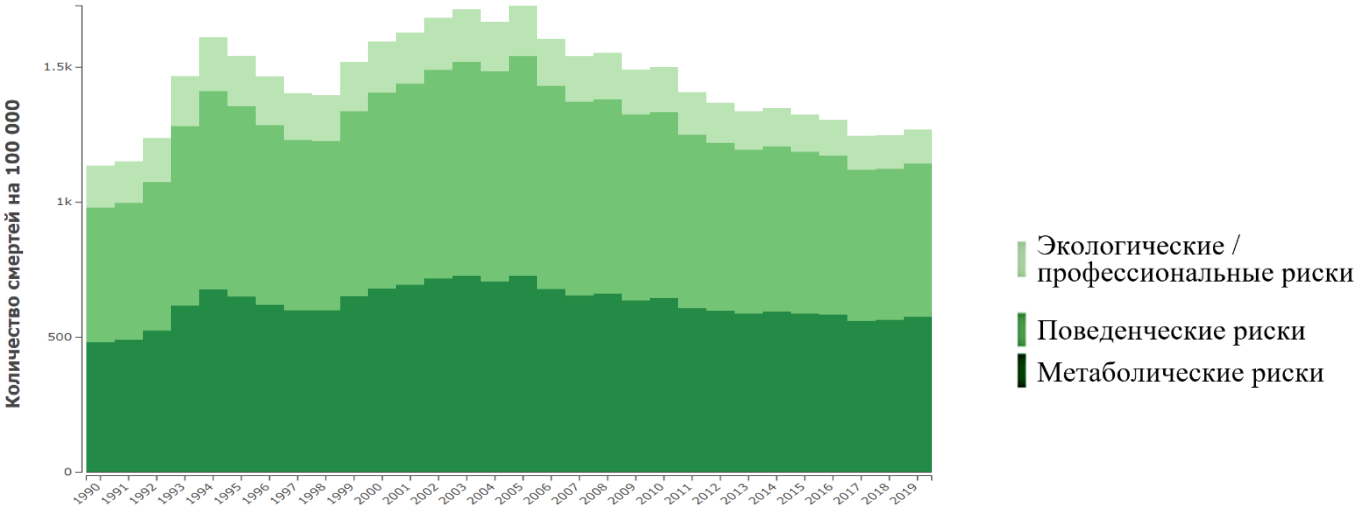


Рисунок А.1 – Динамика распределения количества смертей (на 100 000 чел. населения РФ) по группам рисков в 1990-2019 г. [Составлено по: 353]

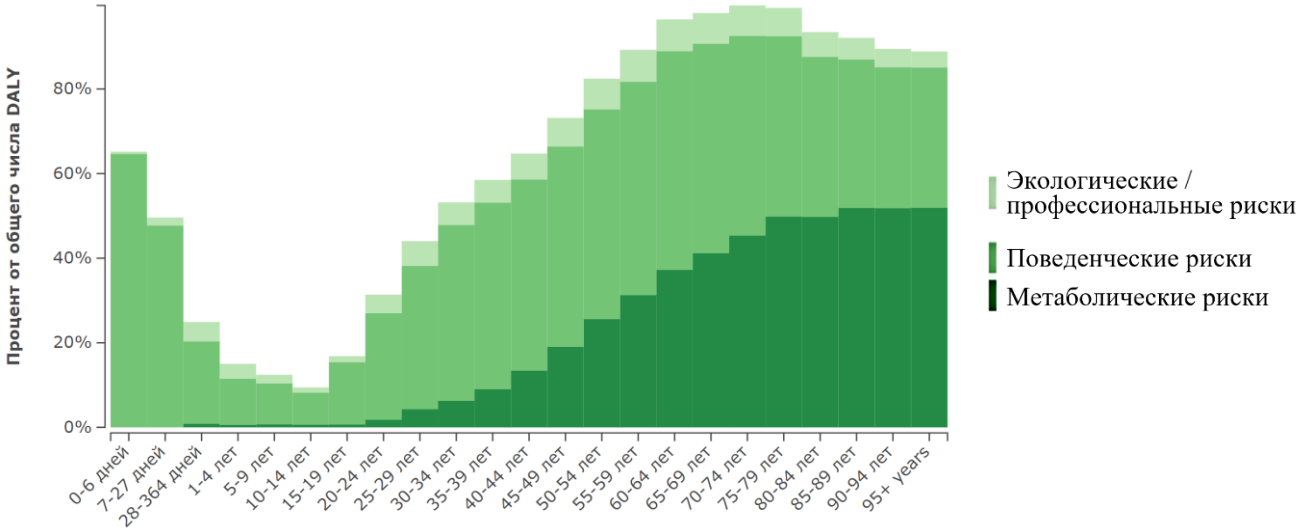


Рисунок А.2 – Распределение по возрастным группам структуры рисков, вызвавших утраченные годы потенциальной жизни (потерянные из-за преждевременной смертности, инвалидности и болезни) в Российской Федерации в 2019 году, % [Составлено по: 353]

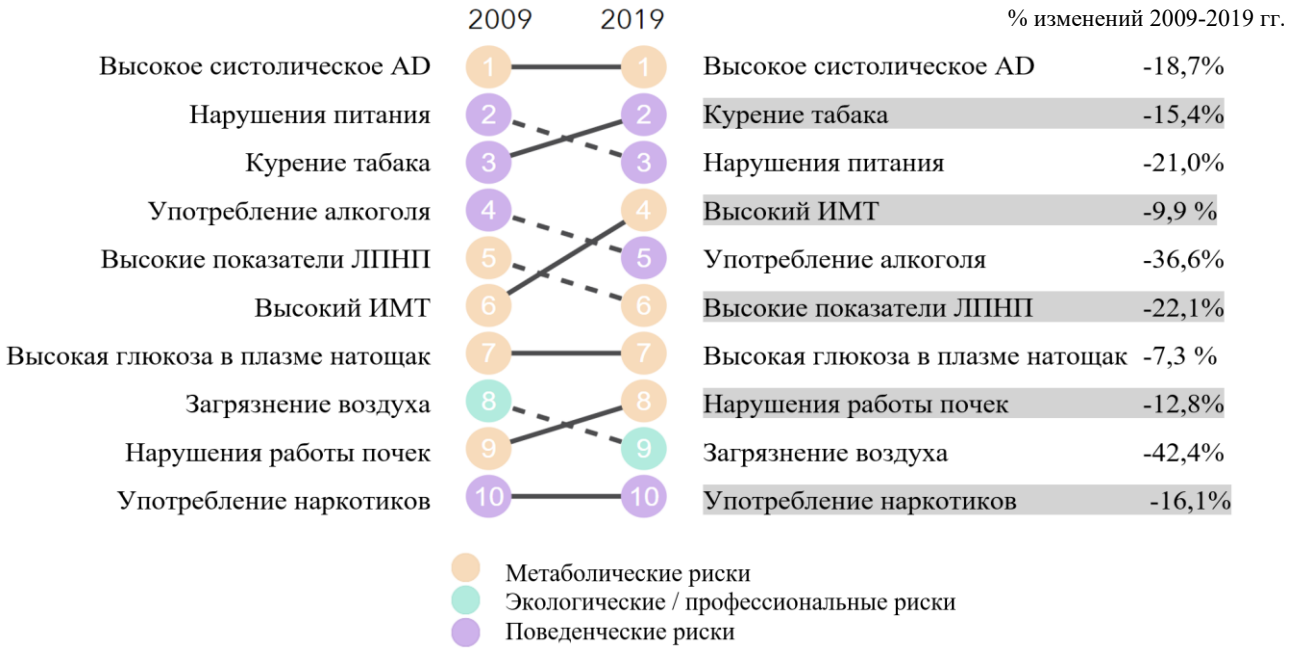


Рисунок А.3 – Ранжирование по убыванию значимости болезней и групп рисков, детерминирующих утраченные годы потенциальной жизни (потерянные из-за преждевременной смертности, инвалидности и болезни) в Российской Федерации в 2009-2019 годах, % [Составлено по: 353]

Таблица А.1 – Социальные факторы риска здоровья и меры по их снижению

Факторы риска	Признаки	Особенность риска для здоровья	Меры по снижению влияния фактора риска для здоровья
Раннее детство	Неполноценное питание. Замедленное развитие и дефицит эмоциональной поддержки в период раннего детства (внутриутробного развития).	Условия жизни детей в младенчестве оказывают существенное влияние на состояние здоровья на последующих этапах его жизни. Полезные для здоровья привычки (рациональное питание, отказ от курения, физическая активность) формируются под влиянием хорошего примера со стороны родителей и сверстников, а также под влиянием образования и воспитания.	Повышение общего уровня и обеспечение доступности образования. Обеспечение полноценного питания, санитарного просвещения, профилактической помощи и финансов во время беременности и в первый год жизни ребенка. Формирование взаимоотношений между родителями и детьми для стимулирования интеллектуального развития и правильного социального поведения ребенка.
Социальное отчуждение	Абсолютная бедность (невозможность приобретения предметов первой необходимости). Относительная	Риск преждевременной смерти. Чем ниже качество жизни, тем короче ее продолжительность. Бедность и социальное отчуждение увеличивает риск разводов, инвалидности, болезней, наркомании и	Гарантия минимального уровня доходов, доступа к социальным услугам и медицинской помощи. Социальная защита уязвимых групп населения от дискримина-ции и социального отчуждения. Стратегии в сфере обеспечения

Факторы риска	Признаки	Особенность риска для здоровья	Меры по снижению влияния фактора риска для здоровья
	бедность, когда доходы члена семьи менее 60% от средне национального дохода на душу населения.	социальной изоляции, при этом образуется «порочный круг», который еще более ухудшает положение этих людей.	трудовой занятости, образования и социальной поддержки семей на уменьшение социального расслоения общества.
Безработица	Потеря работы, неуверенность в трудовой занятости, неудовлетворенность работой.	Влияние безработицы на здоровье связано с психологическими (тревога, депрессия), физическими последствиями (рост факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и др.) так и с порождаемыми ею финансовыми проблемами.	Государственная политика против безработицы и угрозы потерять работу, облегчения положения безработных и обеспечения стабильной занятости. Развитие системы профессионального переобучения, социальных сетей, обеспечивающих моральную поддержку.
Химическая зависимость	Употребление алкоголя, табака, наркотических веществ.	Употребление алкоголя, табака, наркотических веществ тесно коррелирует с факторами социального и экономического неблагополучия, приводящими к росту смертности в связи с несчастными случаями, отравлениями, убийствами, травмами и самоубийствами.	Регулирование доступности вызывающих зависимость веществ, санитарно-просветительская работа по информированию населения о рисках психотропных средств для здоровья; организация лечения.
Продукты питания	Недостаточное разнообразие пищи (дефицит микроэлементов, витаминов); избыточное питание (высококалорийные жиры, избыток сахара), низкое качество продуктов.	Дефицит микроэлементов, витаминов в пище приводит к развитию широкого спектра заболеваний. Избыточное употребление высококалорийных жиров, сахара способствует ожирению, увеличивая риск сердечно-сосудистых и других хронических заболеваний.	Интеграция интересов и ценностей общественного здравоохранения в работу пищевой промышленности и системы общественного питания. Повышение культуры здорового питания, доступность для детей информации о питании, рационе, о здоровье и т.д.
Социальные различия	Бедность, низкий уровень образования, риск потери работы, работа на вредных, опасных производствах, низкий социальный статус.	Совокупность факторов носит кумулятивный эффект. Чем дольше нахождение в неблагоприятных условиях, тем выше износ организма и меньше вероятность здоровой старости и большей продолжительности жизни.	Предоставление возможности получения адекватного образования, защита от потери работы и безработицы, улучшение жилищных условий, развитие культуры и социальной сферы для самовыражения.
Хронический стресс	Постоянное чувство беспокойства, неопределенности, ощущение неспособности управления своей жизнью, социальная изоляция.	Психические факторы риска накапливаются, увеличивая вероятность психических и других заболеваний, преждевременной смерти (в т.ч. диабет, инфаркт миокарда, инсульт, депрессия и другие).	Снижение социальной отчужденности, беспокойства, развитие уверенности, уважения, чувства защищенности. Стимулирование общественно полезной активности, формирование навыков и умений, необходимых для преодоления трудностей.

Источник: [Составлено по: 385]

Рисунок А.4 – Детерминанты здоровья для изучения социальной истории человека, по Х. Л. Бехфороуз [Составлено по: 326]

Таблица А.2 – Цели устойчивого развития ориентированные на сохранение здоровья по направлениям на период до 2030 года

Направления ЦУР	Здоровье и демография	Социальные	Экономические	Экологические
Ликвидация бедности и продовольственная безопасность				
Цель 1. Повсеместная ликвидация нищеты во всех ее формах	+	+	+	
Цель 2. Ликвидация голода, обеспечение продовольственной безопасности и улучшение питания, содействие развитию сельского хозяйства	+	+	+	+
Здоровье. Цель 3. Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте	+	+	+	
Образование. Цель 4. Обеспечение инклюзивного и справедливого качественного образования и расширение возможностей обучения для всех	+	+	+	

Среда обитания				
Цель 6. Обеспечить доступность и устойчивое управление водоснабжением и санитарией для всех	+	+	+	+
Цель 7. Обеспечить доступ к недорогой, надежной, устойчивой и современной энергии для всех			+	+
Цель 11. Сделать населенные пункты инклюзивными, безопасными, устойчивыми	+	+	+	+
Экономика-инновации-занятость				
Цель 8. Содействие устойчивому, инклюзивному и устойчивому экономическому росту, полной и продуктивной занятости и достойной работе для всех	+	+	+	
Цель 9. Создание устойчивой инфраструктуры, содействие инклюзивной и устойчивой индустриализации и стимулирование инноваций		+	+	+
Цель 10. Сократить неравенство внутри стран и между странами		+	+	
Цель 12. Обеспечение устойчивых моделей потребления и производства	+	+	+	
Развитие общества				
Цель 5. Достижение гендерного равенства и расширение прав и возможностей всех женщин и девочек	+	+	+	
Цель 16. Содействовать созданию мирных и инклюзивных обществ для устойчивого развития, обеспечить доступ к правосудию для всех и создавать эффективные, подотчетные и инклюзивные институты на всех уровнях	+	+	+	
Планета (экология)				
Цель 13. Принять срочные меры по борьбе с изменением климата и его последствиями			+	+
Цель 14. Сохранение и устойчивое использование океанов, морей и морских ресурсов для устойчивого развития. Цель 15. Охрана, восстановление и поощрение устойчивого использования наземных экосистем, устойчивое управление лесами, борьба с опустыниванием, а также остановка и обратная деградация земель, и остановка утраты биоразнообразия				+

Источник: [Составлено по: 396]

Таблица А.3 – Цель устойчивого развития №3 «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» до 2030 года

Задачи	Показатели достижения задачи
3.1 К 2030 году снизить глобальный коэффициент материнской смертности до менее 70 случаев на 100 000 живорождений	3.1.1 Коэффициент материнской смертности 3.1.2 Доля родов, принятых квалифицирован-ными медицинскими работниками
3.2 К 2030 году положить конец предотвратимой смертности новорожденных и детей в возрасте до пяти лет	3.2.1 Коэффициент смертности детей в возрасте до пяти лет 3.2.2 Коэффициент неонатальной смертности
3.3 К 2030 году положить конец эпидемиям СПИДа, туберкулеза, малярии и тропических болезней, которым не уделяется должного внимания, и обеспечить борьбу с гепатитом, заболеваниями, передаваемыми через воду, и другими инфекционными заболеваниями	3.3.1 Число новых заражений ВИЧ на 1000 неинфицированных. 3.3.2 Заболеваемость туберкулезом на 100000 чел. 3.3.3 Заболеваемость малярией на 1000 чел. 3.3.4 Заболеваемость гепатитом В на 100000 чел.
3.4 К 2030 году уменьшить на треть преждевремен-ную смертность от неинфекционных заболеваний посредством профилактики и лечения и поддержа-ния психического здоровья и благополучия	3.4.1 Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, диабета, хронических респираторных заболеваний 3.4.2 Смертность от самоубийств

3.5 Улучшать профилактику и лечение зависимости от психоактивных веществ, в том числе злоупотребления наркотическими средствами и алкоголем	3.5.1 Охват лечением расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ 3.5.2 Злоупотребление алкоголем в литрах чистого спирта в календарный год
3.6 К 2020 году вдвое сократить во всем мире число смертей и травм в результате дорожно-транспортных происшествий	3.6.1 Смертность в результате дорожно-транспортных происшествий
3.7 К 2030 году обеспечить всеобщий доступ к услугам по охране сексуального и репродуктивного здоровья, включая услуги по планированию семьи, информирование и просвещение, и учет вопросов охраны репродуктивного здоровья в национальных стратегиях и программах	3.7.1 Доля женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет), чьи потребности по планированию семьи удовлетворяются современными методами 3.7.2 Показатель рождаемости среди девушек-подростков (в возрасте 10-14 лет; в возрасте 15-19 лет) на 1000 чел.
3.8 Обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в том числе защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех	3.8.1 Охват основными медико-санитарными услугами 3.8.2 Доля населения с большим удельным весом семейных расходов на медицинскую помощь в общем объеме расходов или доходов домохозяйств
3.9 К 2030 году существенно сократить количество случаев смерти и заболевания в результате воздействия опасных химических веществ, загрязнения и отравления воздуха, воды и почв	3.9.1 Смертность от загрязнения воздуха в жилых помещениях и атмосферного воздуха 3.9.2 Смертность от отсутствия безопасной воды, безопасной санитарии и гигиены
3.a Активизировать при необходимости осуществление Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака во всех странах	3.a.1 Стандартизированная по возрасту распространенность употребления табака лицами в возрасте от 15 лет
3.b Оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией	3.b.1 Доля целевой группы населения, охваченная иммунизацией всеми вакцинами 3.b.2 Общий чистый объем официальной помощи в целях развития, направленной на медицинские исследования

Источник: [Составлено по: 254]

Таблица А.4 – Целевые показатели и задачи проектов демографического развития и здравоохранения на перспективу до 2024 года

Цели и целевые показатели	Задачи
Национальная программа в сфере демографического развития	
• увеличение ожидаемой продолжительности здоровой жизни до 67 лет	• разработка и реализация программы системной поддержки и повышения качества жизни граждан старшего поколения
• увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,7	• внедрение механизма финансовой поддержки семей при рождении детей; • создание условий для осуществления трудовой деятельности женщин, имеющих детей, включая достижение 100-процентной доступности (к 2021 году) дошкольного образования для детей в возрасте до 3 лет

Цели и целевые показатели	Задачи
• увеличение доли граждан, ведущих здоровый образ жизни, а также увеличение до 55 процентов доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом	• формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек; • создание для всех категорий и групп населения условий для занятий физической культурой и спортом, массовым спортом, в том числе повышение уровня обеспеченности населения объектами спорта, а также подготовка спортивного резерва
Национальный проект в сфере здравоохранения	
• снижение показателей смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения), смертности от новообразований, в том числе от злокачественных (до 185 случаев на 100 тыс. населения), младенческой смертности (до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся детей)	• завершение формирования сети медицинских организаций первичного звена здравоохранения с использованием в сфере здравоохранения геоинформационной системы с учетом необходимости • строительства врачебных амбулаторий, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов в населенных пунктах с численностью населения от 100 человек до 2 тыс. человек, а также с учетом использования мобильных медицинских комплексов в населенных пунктах с численностью населения менее 100 человек; • создание механизмов взаимодействия медицинских организаций на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения; • внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов; • обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами, включая внедрение системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием • дистанционных образовательных технологий; • внедрение клинических рекомендаций и протоколов лечения и их использование в целях формирования тарифов на оплату медицинской помощи; • разработка и реализация программ борьбы с онкологическими заболеваниями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, развития детского здравоохранения, включая создание современной • формирование системы защиты прав пациентов
• ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	
• обеспечение охвата всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год	
• обеспечение оптимальной доступности для населения (в том числе для жителей населенных пунктов, расположенных в отдаленных местностях) медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	
• оптимизация работы медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, сокращение времени ожидания в очереди при обращении граждан в указанные медицинские организации, упрощение процедуры записи на прием к врачу	
• увеличение объема экспорта медицинских услуг не менее чем в четыре раза по сравнению с 2017 г.	• совершенствование механизма экспорта медицинских услуг

Источник: [Составлено по: 185]

Таблица А. 5 - Распределение населения по возрастным группам в 2002-2021 годах, тыс. чел. [Составлено по: 56]

	2 002	2 005	2 008	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2 015	2 016	2 017	2 018	2 019	2 020	2 021
Все население	**145 167**	**143 801**	**142 748**	**142 857**	**142 865**	**143 056**	**143 347**	**143 667**	**146 267**	**146 545**	**146 804**	**146 880**	**146 781**	**146 749**	146 171
Из общей численности - население в возрасте:															
моложе трудоспособного [2]	26 327	24 349	22 842	23 126	23 209	23 568	24 110	24 717	25 689	26 360	26 895	27 254	27 430	27 442	27 387
в % от общей численности	18	17	16	16	16	16	17	17	18	18	18	19	19	19	19
трудоспособном [3]	88 942	90 099	89 745	87 983	87 847	87 055	86 137	85 162	85 415	84 199	83 224	82 264	81 362	82 678	81 881
в % от общей численности	61	63	63	62	61	61	60	59	58	57	57	56	55	56	56
старше трудоспособного [4]	29 778	29 353	30 161	31 714	31 809	32 433	33 100	33 788	35 163	35 986	36 685	37 362	37 989	36 629	36 903
в % от общей численности	21	20	21	22	22	23	23	24	24	25	25	25	26	25	25
Городское население	**106 429**	**105 182**	**104 865**	**105 314**	**105 421**	**105 742**	**106 118**	**106 549**	**108 282**	**108 658**	**109 032**	**109 327**	**109 454**	**109 563**	**109 252**
в % от общей численности	73	73	73	74	74	74	74	74	74	74	74	74	75	75	75
Из общей численности - население в возрасте:															
Моложе трудоспособного [2]	18 019	16 812	15 934	16 108	16 182	16 472	16 916	17 425	18 138	18 758	19 278	19 677	19 926	20 028	20 075
в % от общей численности городского населения	17	16	15	15	15	16	16	16	17	17	18	18	18	18	18
трудоспособном [3]	67 249	67 357	66 891	65 764	65 725	65 275	64 713	64 131	64 223	63 373	62 717	62 115	61 544	62 536	62 006
в % от общей численности городского населения	63	64	64	62	62	62	61	60	59	58	58	57	56	57	57
старше трудоспособного [4]	21 049	21 013	22 040	23 408	23 514	23 995	24 489	24 993	25 921	26 527	27 037	27 535	27 984	26 999	27 171
в % от общей численности городского населения	20	20	21	22	22	23	23	23	24	24	25	25	26	25	25
Сельское население	**38 738**	**38 619**	**37 883**	**37 543**	**37 444**	**37 314**	**37 229**	**37 118**	**37 985**	**37 887**	**37 772**	**37 553**	**37 327**	37 186	**36 919**
в % от общей численности	27	27	27	26	26	26	26	26	26	26	26	26	25	25	25
Из общей численности - население в возрасте:															
моложе трудоспособного [2]	8 308	7 537	6 908	7 018	7 027	7 096	7 194	7 292	7 551	7 602	7 617	7 577	7 504	7 414	7 312
в % от общей численности сельского населения	21	20	18	19	19	19	19	20	20	20	20	20	20	20	20
трудоспособном [3]	21 692	22 742	22 854	22 218	22 122	21 780	21 424	21 031	21 192	20 826	20 507	20 149	19 818	20 142	19 875
в % от общей численности сельского населения	56	59	60	59	59	58	58	57	56	55	54	54	53	54	54
старше трудоспособного [4]	8 729	8 340	8 121	8 306	8 295	8 438	8 611	8 795	9 242	9 459	9 648	9 827	10 005	9 630	9 732
в % от общей численности сельского населения	23	22	21	22	22	23	23	24	24	25	26	26	27	26	26

1) Данные приведены: 1926 г. - по переписи на 17 декабря, 1939 и 1979 гг. - по переписи на 17 января, 1959 и 1970 гг. - по переписи на 15 января, 1989 г. - по переписи на 12 января, 2002 г. - по переписи на 9 октября, 2010 г. - по переписи на 14 октября, за остальные годы - оценка на 1 января соответствующего года. По 1926, 1939, 1970, 1979, 1989, 2002, 2010 гг. сумма строк не равна соответствующему итогу в связи с наличием лиц, не указавших возраст. Данные на 1 января 2004-2009 гг. пересчитаны с учётом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года. Сведения за 2015 г. и последующие годы приведены с учетом численности населения Республики Крым и г. Севастополя. 2) Мужчины и женщины в возрасте 0-15 лет.
3) До 1 января 2019 года включительно - мужчины в возрасте 16-59 лет, женщины - 16-54 года; с 1 января 2020 года - мужчины в возрасте 16-60 лет, женщины - 16-55 года
4) До 1 января 2019 года включительно - мужчины в возрасте 60 и более лет, женщины в возрасте 55 и более лет; с 1 января 2020 года - мужчины в возрасте 61 и более лет, женщины в возрасте 56 и более лет.

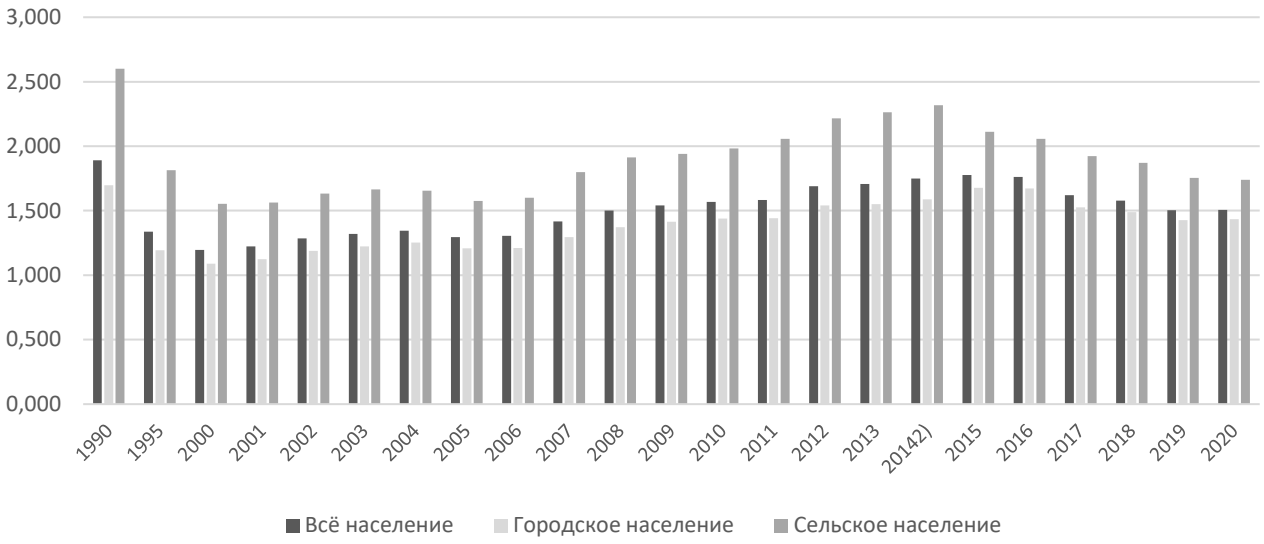


Рисунок А.5 – Суммарный коэффициент рождаемости (число детей в расчете на 1 женщину) в динамике 1990-2020 гг. в разрезе городского и сельского населения, чел. [Составлено по: 270]

Рисунок А.6 – Рейтинг (в порядке убывания) наиболее значимых болезней и причин смерти в 2000 и 2019 годах и в 2019 г. среди мужчин и женщин Российской Федерации (на 100 000 чел. населения)
[Составлено по: 353 на 01.10.2021 г.]

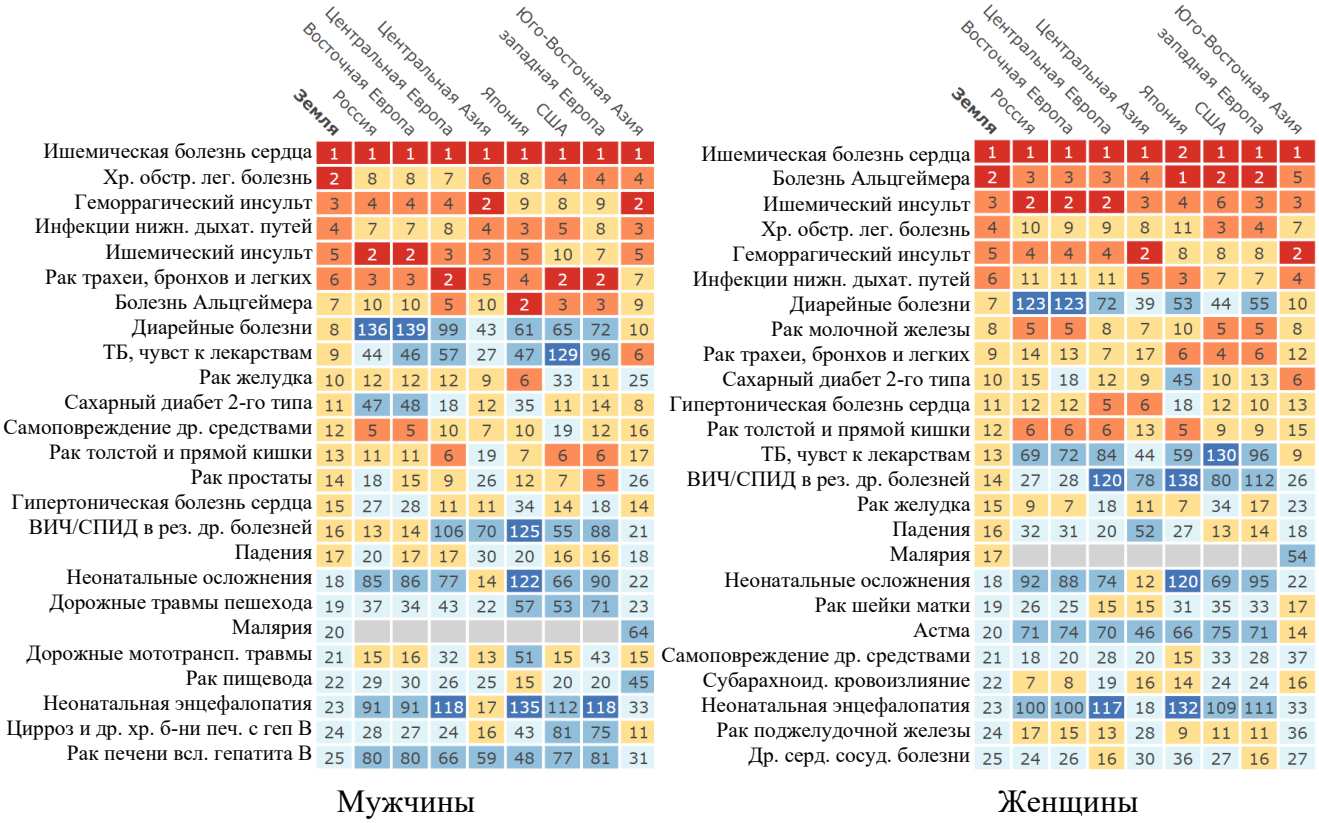


Рисунок А.7– Ранжирование (по убыванию) заболеваний, приводящих к смерти (на 100 000 чел. населения) по странам и территориям в 2019 г. [Составлено по: 353]

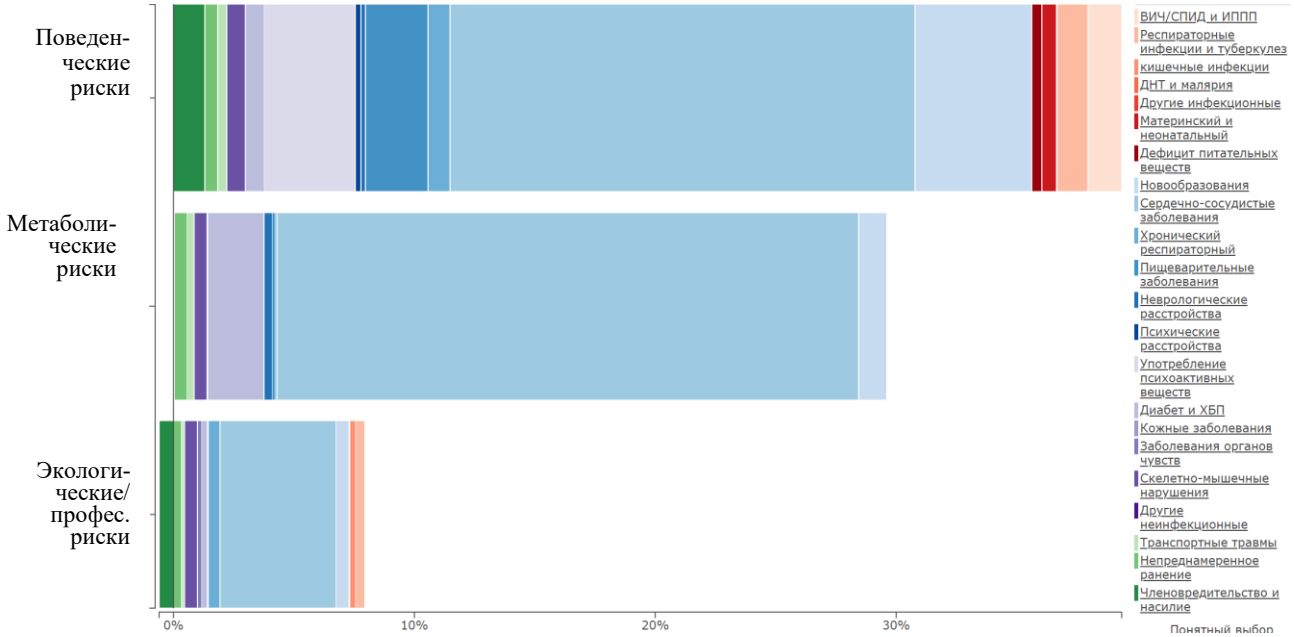


Рисунок А.8 – Доля рисков и структура (по заболеваниям и причинам приведших к смерти) утраченных лет здоровой жизни (DALY) в Российской Федерации в 2019 году [Составлено по: 353]

Рисунок А.9 – Ранжирование по убыванию значимости рисков, детерминирующих заболевания, приводящие к смерти (на 100 000 чел. населения) по странам и территориям в 2019 г. [Составлено по: 353]

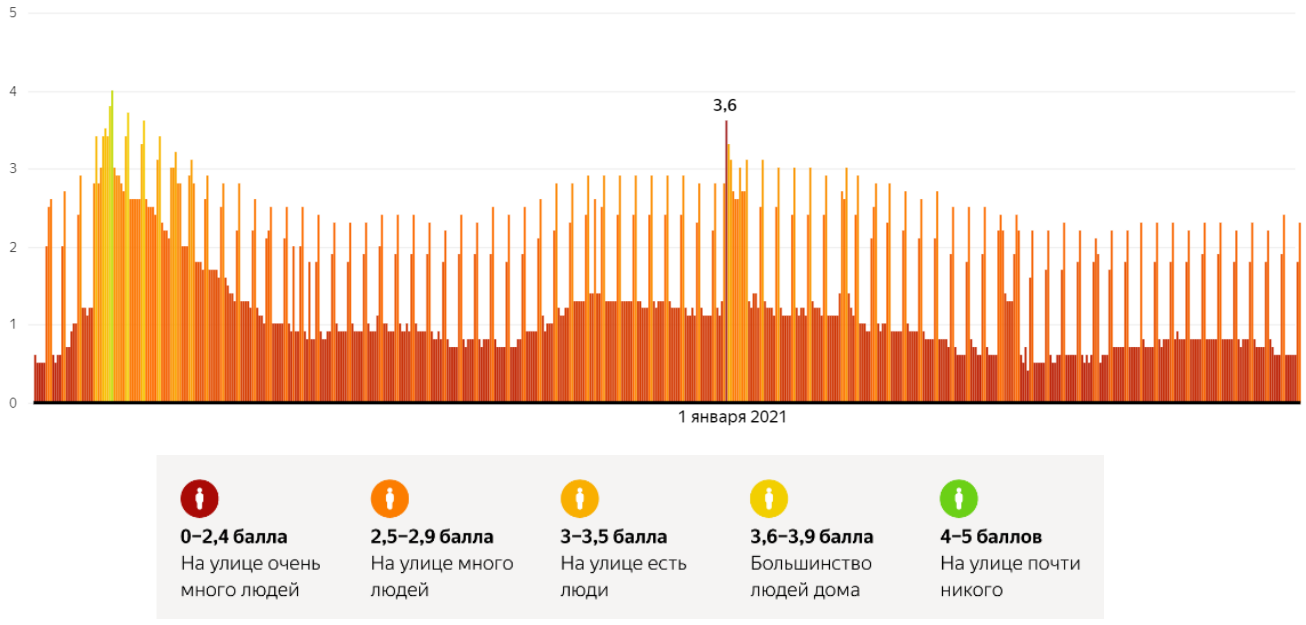


Рисунок А.10 – Индекс самоизоляции населения городов России с 02.03.2020 по 12.09.2021 г. [99]

Таблица А.6 – Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти в расчете на 100 000 населения за 2018 год, чел.

Объекты административно-территориального деления	Болезни органов дыхания	*	Болезни органов пищеварения	*	Болезни системы кровообращения	*	Внешние причины	*	Все виды транспортных несчастных случаев	*	Злокачественные новообразования	*	Инфекционные и паразитарные болезни	*	Ишемическая болезнь сердца	*	Новообразования	*	Самоубийство	*	Случ. отравл. алкоголем	*	Цереброваскулярные болезни	*	Всего умерших	*
Российская Федерация	41,6	0,0	65,0	0,0	583,1	0,0	98,5	0,0	13,0	0,0	200,0	0,0	23,6	0,0	308,7	0,0	203,0	0,0	12,4	0,0	7,5	0,0	179,5	0,0	1 245,6	0,0
Центральный федеральный округ	41,3	-0,3	65,3	0,3	591,8	8,7	86,1	-12,4	12,9	-0,1	209,9	9,9	12,1	-11,5	310,5	1,8	213,1	10,1	9,1	-3,3	7,9	0,4	193,9	14,4	1 292,3	46,7
Северо-Западный федеральный округ	37,8	-3,8	65,6	0,6	664,0	80,9	99,2	0,7	11,9	-1,1	228,9	28,9	18,0	-5,6	384,0	75,3	231,6	28,6	12,9	0,5	10,5	3,0	185,0	5,5	1 261,5	15,9
Южный федеральный округ	33,6	-8,0	64,8	-0,2	612,3	29,2	78,5	-20,0	12,7	-0,3	197,6	-2,4	20,6	-3,0	337,8	29,1	200,3	-2,7	7,3	-5,1	2,2	-5,3	161,0	-18,5	1 278,6	33,0
Северо-Кавказский федеральный округ	27,7	-13,9	36,0	-29,0	369,2	-213,9	45,4	-53,1	13,5	0,5	111,8	-88,2	6,8	-16,8	170,6	-138,1	114,1	-88,9	4,3	-8,1	0,5	-7,0	101,3	-78,2	745,4	-500,2
Приволжский федеральный округ	44,7	3,1	70,9	5,9	626,2	43,1	110,6	12,1	13,1	0,1	192,3	-7,7	23,9	0,3	306,2	-2,5	194,9	-8,1	15,0	2,6	7,7	0,2	231,5	52,0	1 326,6	81,0
Уральский федеральный округ	34,8	-6,8	61,9	-3,1	539,5	-43,6	114,5	16,0	11,1	-1,9	202,5	2,5	43,2	19,6	301,8	-6,9	205,0	2,0	14,5	2,1	11,5	4,0	137,1	-42,4	1 189,5	-56,1
Сибирский федеральный округ	55,4	13,8	68,2	3,2	576,7	-6,4	123,0	24,5	13,6	0,6	219,6	19,6	52,4	28,8	325,7	17,0	223,1	20,1	19,2	6,8	10,4	2,9	156,1	-23,4	1 302,4	56,8
Дальневосточный федеральный округ	53,2	11,6	74,2	9,2	525,4	-57,7	141,5	43,0	16,5	3,5	197,0	-3,0	23,1	-0,5	263,6	-45,1	201,0	-2,0	20,8	8,4	6,8	-0,7	158,4	-21,1	1 203,1	-42,5

*разница в показателях со средней по РФ

Источник: [Составлено по: 60]

Таблица А.7 – Обзор создания и законодательного лоббирования закона в Российской Федерации

Год	Характеристика процесса
2004	В 2004 году в Государственную Думу (ГД) был внесен Проект федерального закона №121612-4 «О профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода» (Вх. №1.1-10736). В законопроекте предлагалось решение проблемы через обязательное йодирование пищевой поваренной соли, но не всей, а наиболее часто употребляемых населением видов и сортов пищевой поваренной соли, реализуемых через розничную торговлю и используемых для производства йодированных продуктов питания. В документе был предусмотрен государственный контроль качества ЙС и йодированных пищевых продуктов, осуществление надзора за эффективностью принимаемых мер, при этом отмечалось отсутствие необходимости финансовых затрат на реализацию законопроекта. Тем не менее законопроект не нашел поддержку в Правительстве РФ.
2005	Доработанный законопроект в 2005 году снова был внесен в Государственную Думу, при этом 48 субъектов РФ полностью поддержали законопроект, тем не менее законопроект снова не нашел поддержку в Правительстве РФ (официальный отзыв Правительства РФ № 1256п-П12 от 28 апреля 2005 года).
2011	В 2011 году доработанный законопроект получил заключение Комитета по охране здоровья ГД (02.11.2011 г. решение № 1) с рекомендацией отклонить проект (Решение от 2 ноября 2011 года № 1 «О проекте ФЗ № 121612-4 «О профилактике заболеваний, связанных с дефицитом йода») и Государственная Дума отклонила проект.
2013	В 2013 году Н. Ф. Герасименко внес на рассмотрение Государственной Думы проект ФЗ «Об йодировании пищевой поваренной соли в Российской Федерации» № 410102-6 [255]. Законопроект был рассмотрен 23.01.2014 г. Советом Государственной Думы (Протокол № 142, п. 40), а 06.10.2014 г. − снят с рассмотрения (Протокол № 194, п. 133). В заключении Правового управления ГД РФ № 0218410102-6.188 по данному проекту отмечено, что «установление императивной нормы об использовании только йодированной соли при производстве хлебобулочных изделий, т.е. в продукции, потребляемой каждым жителем государства за редким исключением, приведет к неконтролируемому потреблению йодированной соли, в том числе на территориях, где в этом нет необходимости, а также жителями, которым потребление указанной соли противопоказано в силу имеющихся у них заболеваний».
2015	В ноябре 2015 года была предпринята следующая попытка законодательно решить проблему йодного дефицита: депутат ГД М. А. Кожевникова внесла в ГД РФ проект федерального закона №935309-6 «О внесении изменений в статью 15 Федерального закона «О качестве и безопасности пищевых продуктов». Практически через полгода 06.06.2016 г. законопроект вновь был снят с рассмотрения ГД в связи с отзывом субъекта права законодательной инициативы.
2017	Следующая попытка законодательного решения была предпринята в 2017 году. Министерством здравоохранения РФ был разработан проект федерального закона «О внесении изменений в статьи 15 и 20 Федерального закона от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов». Проект обязывал «при приготовлении пищевых продуктов и для досаливания в организациях общественного питания, в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, медицинских организациях, организациях культуры и воинских частях должна использоваться пищевая поваренная соль, обогащенная йодатом калия, за исключением случаев использования отдельных видов соли, перечень которых устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Хлебобулочные изделия, используемые в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, медицинских организациях, организациях культуры и воинских частях должны быть произведены с использованием пищевой поваренной соли, обогащенной йодатом калия» [255]. Вступление законопроекта в силу планировалось с 1 января 2019 года. Проект был одобрен Правительством РФ, но к началу 2019 года так и не внесен в ГД ФС РФ.
2020	В 2020 году Министерство здравоохранения РФ разработало и направило на

Год	Характеристика процесса
	согласование проект федерального закона «О профилактике заболеваний, вызванных дефицитом йода» (Письмо Минздрава №28-1/И/1-1395 от 19.03.2020 г.) [255]. В проекте определены полномочия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов РФ в области профилактики заболеваний, вызванных ЙД. К полномочиям органов государственной власти субъектов РФ отнесены: разработка и реализация дополнительных мер, направленных на сокращение распространенности заболеваний, вызванных дефицитом йода; разработка региональных программ по профилактике; информирование органов местного самоуправления и населения о распространенности заболеваний, вызванных дефицитом на территории субъекта, о реализуемых и (или) планируемых мероприятиях по сокращению распространенности таких заболеваний; организация мониторинга эффективности мероприятий по профилактике (статья 5). В статье 6 законопроекта прописаны следующие мероприятия по профилактике ЙДЗ: 1. Обогащение йодом пищевой соли сортов экстра, высшего и первого, помолов № 0 и № 1, за исключением отдельных видов пищевой соли, определяемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. 2. Обязательное использование йодированной пищевой соли при производстве хлебобулочных изделий, в рецептуре которых имеется пищевая поваренная соль. 3. Пищевые продукты изготавливают с использованием йодированной пищевой соли, за исключением случаев, когда технологический процесс изготовления пищевых продуктов не допускает использования йодированной пищевой соли. Статья 9 обязывает организации розничной торговли обеспечить наличие в ассортименте йодированной соли, а также образовательные, медицинские организации, организации культуры, системы исполнения наказаний и воинских частей при оказании услуг общественного питания при приготовлении пищевых продуктов и для досаливания использовать только йодированную пищевую соль. В данном законопроекте учитывается свобода потребителя при выборе соли (т.к. соль помола № 2 и № 3 не подлежит обязательному йодированию).

Источник: [Составлено по: 255]

Рисунок А.11 – Система реализации Программы в Тюменской области» [298]

Рисунок А.12 – Схема межведомственного взаимодействия по профилактике заболеваний, обусловленных дефицитом микронутриентов [298, с. 129]

Таблица А.8 – Направления и целевые программы Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»

Проектная часть	Процессная часть
Направление «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»	
Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи». Федеральный проект «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями». Федеральный проект «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям». Федеральный проект «Укрепление	– ведомственная целевая программа «Совершенствование оказания скорой медицинской помощи и деятельности Всероссийской службы медицины катастроф» – ведомственная целевая программа «Совершенствование системы оказания медицинской помощи наркологическим больным и больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения» – ведомственная целевая программа «Донорство и трансплантация органов в Российской Федерации» – ведомственная целевая программа «Развитие службы крови» – ведомственная целевая программа «Укрепление материально-технической базы учреждений» – ведомственная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми инфекционными заболеваниями» – ведомственная целевая программа «Развитие системы оказания паллиативной медицинской помощи» – ведомственная целевая программа «Высокотехнологичная медицинская помощь и медицинская помощь, оказываемая в рамках клинической апробации методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации» – ведомственная целевая программа «Обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными препаратами в амбулаторных условиях» – ведомственная целевая программа «Организация обязательного

Проектная часть	Процессная часть
общественного здоровья». Отдельные мероприятия федерального проекта «Старшее поколение».	медицинского страхования в Российской Федерации» – ведомственная целевая программа «Медицинское обеспечение авиационного персонала гражданской авиации и студентов (курсантов) образовательных учреждений гражданской авиации» – ведомственная целевая программа «Организация оказания медицинской помощи учреждениями, подведомственными Управлению делами Президента Российской Федерации»
Направление «Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины»	
Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»	ведомственная целевая программа «Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины»
Направление «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в т.ч. детей»	
	– ведомственная целевая программа «Санаторно-курортное лечение» – ведомственная целевая программа «Медицинская реабилитация»
Направление «Развитие кадровых ресурсов в здравоохранении»	
Федеральный проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами»	– ведомственная целевая программа «Управление кадровыми ресурсами здравоохранения». – ведомственная целевая программа «Организация оказания медицинской помощи учреждениями, подведомственными Управлению делами Президента Российской Федерации.
Направление «Развитие международных отношений в сфере охраны здоровья»	
Федеральный проект «Развитие экспорта медицинских услуг»	ведомственная целевая программа «Содействие международному сотрудничеству в сфере охраны здоровья»
Направление «Информационные технологии и управление развитием отрасли»	
Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)»	- ведомственная целевая программа «Информационно-технологическая поддержка реализации государственной программы» - ведомственная целевая программа «Анализ и мониторинг системы здравоохранения» - основное мероприятие «Реализация функций ответственного исполнителя государственной программы»

Источник: [Составлено по: 6]

Приложение Б

ИНСТРУМЕНТАРИЙ ИССЛЕДОВАНИЯ

Социально обусловленные заболевания (этап исследования 1):

Б.1 Модульный инструментарий

Использовался в формализованном опросе в 2013 г., 2016 г., 2017 г. в выборках родителей школьников, школьников, учащихся и студентов, беременных женщин.

Б.2 Гайд-интервью для эксперта

Гайд использовался для интервью со специалистами и руководителей здравоохранения, структур Роспотребнадзора включенных в реализацию региональных программ сохранения здоровья населения (Тюменская область) в 2012 - 2015 гг.

Б.3 Инструментарий экспертного формализованного опроса

Анкета эксперта использовалась для экспертного формализованного опроса участников региональных программ профилактики Тюменской области в 2016 - 2017 гг.

Б.4 Гайд фокус-групп

Гайд использовался для проведения фокус-групп со школьниками, родителями школьников, учащимися, студентами, преподавателями учебных заведений (г. Тюмень, г. Ишим, г. Тобольск) в 2016 г.

Культура здоровья в условиях пандемии (этап исследования 2):

Б.5 Гайд-интервью (туристы)

Гайд использовался для интервью с респондентами, покидавшими регион постоянного проживания в летний период с целью отдыха в 2020 - 2021 гг.

Б.6 Инструментарий экспертного формализованного опроса

Анкета эксперта использовалась для экспертного формализованного опроса со специалистами системы образования и здравоохранения, ППС образовательных учреждений, руководителей структур Роспотребнадзора в 2020 - 2022 гг.

Б.7 Гайд фокус-групп

Гайд использовался для проведения фокус-групп с обучающимися бакалавриата и магистратуры очной формы обучения в 2020-22 гг. и жителями региона, старше 18 лет.

Б.8 Модульный инструментарий

Использовался в формализованном опросе в 2021 г. и 2022 г. в выборках населения старше 18 лет, постоянно проживающего в Тюменской области и медицинского персонала УРФО.

Б.1 Модульный инструментарий

Инструментарий исследования состоит из модульной анкеты универсальной для различных групп респондентов (разработана автором). В соответствии с задачами исследования и особенностями изучаемой группы респондентов из модульной анкеты выбираются блоки вопросов, в вопросах изменяются формы личных обращений и вопросы адаптируются под специфику группы респондентов.

Анкета для родителей школьников содержит 107 вопросов: все вопросы блоков, кроме М-7 (вопросы 6-10), М-11 вопрос 10. Анкета для учащихся, студентов содержит 75 вопросов: включает М-1, М-2 (вопросы 1,3,5,6); М-3 (17), М-4, М-5 (вопросы 1-4,6,10-12), М-6 (вопросы 8,10), М-7, М-9 (5), М-11 (вопросы 2,3,7-11). Анкета для школьников включает М-1, М-2 (вопросы 1,3,5,6); М-3 (17), М-5 (вопросы 1-4,6), М-6 (вопросы 8,10), М-7, М-9 (3), М-11 (вопросы 2,11). Анкета для беременных женщин содержит 87 вопросов: М-1,2,3,4, М-5 (вопросы 1-11), М-6 (вопросы 1-7), М-8, М-10, М-11.

Список вопросов по модулям:

М-1. Информированность по вопросам профилактики йодного дефицита

1. Может ли человек заболеть, если в организме не хватает йода?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

2. Может ли организм человека самостоятельно вырабатывать йод?
1. Да 2. Незначительное количество 3. Нет 4. Затрудняюсь ответить

3. Существует ли в Вашей области проблема йодного дефицита?
1. Да, везде
2. Да, преимущественно в сельской местности
3. Нет
4. Не задумывался
5. Затрудняюсь ответить
6. Другое (укажите_____)

4. Есть ли методы предотвращения (профилактики) дефицита йода?
1. Не существуют
2. Существуют и являются доступными
3. Существуют, но являются труднодоступными
4. Существуют, но являются дорогими
5. Затрудняюсь ответить

5. К чему, по Вашему мнению, приводит недостаток йода в организме? *
1. К заболеваниям щитовидной железы
2. Умственной отсталости
3. Различным заболеваниям
4. Сахарному диабету
5. Нарушению обмена веществ
6. Выкидышам
7. Замедление физического развития
8. Появление зоба
9. Иммунодефициту
10. Снижение памяти
11. Хронической усталости
12. Снижение иммунитета
13. Боли в области сердца
14. Затрудняюсь ответить

6. Какие способы профилактики йодного дефицита Вы знаете?*
1. Употребление морской капусты
2. Использование йодированной соли
3. Применение биологически активных добавок
4. Употребление йодированной питьевой воды
5. Употребление продуктов, с отметкой на этикетке о содержании йода
6. Применение лекарственных, поливитаминных препаратов
7. Употребление морепродуктов
8. Затрудняюсь ответить

7. Как часто необходимо употреблять йодированные продукты, препараты или добавки?
1. Раз в неделю
2. Два раза в неделю
3. Три раза в неделю
4. Ежедневно
5. По рекомендации врача
6. Затрудняюсь отетить

8. Какова суточная потребность организма взрослого человека в йоде?
1. 10 мкг 2. 100-200 мкг 3. 100-200 мг 4. Затрудняюсь ответить

М-2. Йодированная соль

1. Знаете ли Вы про йодированную соль?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

2. Достаточно ли в качестве профилактики йодного дефицита использовать только йодированную соль?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

3. Употребляют ли Вашей семье йодированную соль?
1. Всегда
2. Редко
3. Чаще йодированную, чем обычную
4. Чаще обычную, чем йодированную
5. Нет
6. Затрудняюсь ответить

4. Может ли регулярное потребление йодированной соли предотвратить развитие йододефицитных заболеваний?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

5. Кому рекомендовано употреблять йодированную соль?*
1. Только тем, кто имеет эндемический зоб
2. Беременным и кормящим женщинам
3. Детям и подросткам
4. Всем без исключения
5. Затрудняюсь ответить

6. В каких количествах нужно употреблять йодированную соль?
1. В большем количестве, в дополнение к обычной соли
2. В меньшем количестве, чем обычную соль
3. Вместо обычной соли в прежнем количестве 4. Затрудняюсь ответить

7. Влияет ли йодирование на вкус соли? 1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

М-3. Потребительское поведение

1. Интересуетесь ли Вы информацией на упаковке продуктов питания?
1. Да 2. Нет (переход к вопросу №5)

2. Что привлекает Ваше внимание на упаковке?*
1. Цена 4. Содержание жиров 7. Содержание микроэлементов
2. Срок годности 5. Содержание углеводов 8. Состав продукта
3. Калории 6. Содержание витаминов 9. Другое _____

3. Читаете ли Вы надпись о «йодированности» на упаковке соли?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

4. Покупая соль Вы (в большинстве случаев) выбираете**:**

По качеству:	По цене:	По упаковке:	Производитель:	Помол:
1. Любую	5. Любую	8. Любую	13. Любой	18. Любой
2. Не йодиро-ванную	6. Которая дешевле	9. В пакете	14. Российский производитель	19. Крупный
3. Йодиро-ванную	7. Которая дороже	10. Упаковка стеклянная с мельничкой	15. Только российский производитель	20. Мелкий
4. Морскую		11. Картонная упаковка	16. Зарубежный производитель	
		12. Герметичная, застегивающаяся упаковка	17. Только зарубежный производитель	
21. Покупаю любую, не задумываясь, не выбирая				
22. Соль покупает другой член семьи				

5. Имеет ли йодированная соль срок годности?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

6. Покупая соль Вы обращаете внимание на срок годности соли?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

7. Какой срок годности у йодированной соли?
1. 6 мес. 3. Один год 5. Три года 7. Не обращал внимания
2. 9 мес. 4. Два года 6. Более трех лет 8. Затрудняюсь ответить

8. При покупке соли, что для Вас определяющее?*****
1. Цена, чтобы было дешевле 8. Российский производитель
2. Цена, что дороже, то лучше 9. Соль зарубежного производства
3. Герметичная, застегивающаяся упаковка 10. Беру любую, не задумываясь
4. Упаковка в виде баночки (картонная) 11. Не покупаю соль
5. Упаковка стеклянная с мельничкой и крышкой
6. Наличие большого выбора соли разных производителей
7. Беру любую в центре торговой полки 12. Другое _____

Просим Вас сходить на кухню и посмотреть упаковку соли, которую используете для приготовления еды! Затем ответьте на следующие вопросы:
9. Эта соль йодированная?
1. Да 3. У меня нет соли (прейдите к вопросу 15)
2. Нет 4. Упаковка не сохранилась (прейдите к вопросу 15)

10. Когда произведена соль (посмотрите дату на упаковке):
1. В течение последних 3 месяцев 4. 9-12 месяцев назад
2. В течение последних 3- 6 месяцев 5. Более года назад
3. В течение последних 6- 9 месяцев 6. Более двух лет назад

11. Если соль йодированная посмотрите срок годности соли. Этот срок годности:
1. Закончится более чем через 6 месяцев 5. Уже месяц как закончился
2. Закончится через 3-6 месяцев 6. Закончился более месяца назад
3. Закончится в течение 3 месяцев 7. Закончился более двух месяцев
4. Заканчивается в этом месяце 8. Закончился более трех месяцев

12. Какая фасовка у соли?
1. До 250 грамм 3. Один кг 5. 2,1 - 5 кг
2. 250-900 грамм 4. 1,1 - 2 кг 6. Более 5 кг

13. Название производителя соли: _____
14. Торговое название соли: _____
15. Предпочитаете ли Вы покупать постоянно одну и ту же марку соли?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

16. Как Вы чаще всего дома храните открытую упаковку соли?
1. В купленной пленочной, картонной упаковке (при вскрытии срезается часть упаковки)
2. В купленной упаковке, стеклянной или картонной баночке (герметичной)
3. Пересыпаю в герметичную тару
4. Пересыпаю в не герметичную тару
5. В посуде с крышкой
6. Другое _____

17. Как часто Вы употребляете в пищу (вариант ответа по каждой строке):

	Не употребляю	Как часто употребляете в пищу				
		Ежедневно	Два-три раза в неделю	Раз в неделю	Раз в две недели	Реже
А) Морская капуста	1	2	3	4	5	6
Б) Морепродукты	1	2	3	4	5	6
В) Йодированная соль	1	2	3	4	5	6
Г) Продукты с отметкой на этикетке о содержании йода	1	2	3	4	5	6
Д) Таблетки с йодом	1	2	3	4	5	6
Е) Поливитамины с йодом	1	2	3	4	5	6
Ж) Биологически активные добавки с йодом	1	2	3	4	5	6
З) Йодированная питьевая вода	1	2	3	4	5	6

М-4. Обогащенные микроэлементами продукты питания

1. Часто ли Вы встречаете в магазине дополнительно обогащенные йодом продукты питания (кроме соли)?
1. Да часто
2. Нет не часто. Таких продуктов очень мало
3. Я не обращаю внимания на содержание йода в продуктах
4. Очень редко
5. Не встречал ни разу
6. Затрудняюсь ответить

2. Если бы в магазине было много разных обогащенных йодом продуктов, Вы бы их покупали? 1. Да 2. Скорее да, чем нет 3. Скорее нет, чем да 4. Нет 5. Затрудняюсь ответить

3. Оцените, какие мнения влияют на принятие Вами решения о покупке/не покупке обогащенных йодом продуктов?*
1. Йодированный продукт более полезен, чем нейодированный
2. Цена. Если незначительно дороже нейодированного продукта, то куплю
3. Цена. Если дорого, значит продукт хороший
4. Цена. Если не дорого, то куплю
5. Не вижу необходимости в употреблении йодированных продуктов
6. Не уверен в качестве йода добавляемого в продукты питания
7. Не доверяю технологии йодирования продуктов
8. Не доверяю рекламе о наличии йода в продукте
9. Не доверяю рекламе о полезности йода в продукте
10. Боюсь передозировки йода
11. Затрудняюсь ответить

4. Какой хлеб Вы бы предпочли купить при разнице в цене 1-5 рублей по сравнению с обычным хлебом?
1. Обогащенный добавками железа
2. Обогащенный добавками йода и железа
3. Не обогащенный добавками. Почему? _____
4. Обогащенный добавками йода
5. Затрудняюсь ответит

М-5. Оценка образа жизни, здоровья, поведения

1. Как Вы считаете, что такое «здоровый образ жизни»?*
1. В питании не злоупотреблять жирной, острой пищей
2. В питании соблюдать баланс витаминов, микроэлементов
3. Питаться в меру (не переедать)
4. Регулярно питаться
5. Заниматься спортом
6. Заниматься физкультурной зарядкой
7. Пить комплексные витамины
8. Пить очищенную воду (фильтрованную)
9. Не употреблять спиртные напитки
10. Не злоупотреблять спиртным
11. Больше двигаться, гулять
12. Не курить
13. Высыпаться ночами
14. Меньше смотреть телевизор
15. Избегать стрессов
16. Работа на дачном участке
17. Другое (укажите)_____

2. Ведете ли Вы «здоровый образ жизни»?
1. Да, безусловно
2. Скорее, да.
3. Скорее, нет (переход к вопросу №4)
4. Нет (переход к вопросу №4)

3. Если Вы придерживаетесь здорового образа жизни, то укажите, в чем это выражается?*
1. В питании не злоупотребляю жирной, острой пищей
2. В питании соблюдаю баланс витаминов, микроэлементов
3. Питаюсь в меру (не переедаю)
4. Регулярно питаюсь
5. Занимаюсь спортом
6. Занимаюсь физкультурной зарядкой
7. Пью комплексные витамины
8. Пью очищенную воду (фильтрованную)
9. Не употреблять спиртные напитки
10. Не работать долго за компьютером
11. Не злоупотребляю спиртным
12. Больше двигаюсь, гуляю
13. Не курю
14. Высыпаюсь ночью
15. Мало смотрю телевизор,
16. Избегаю стрессов
17. Работа на дачном участке
18. Другое (укажите)_____

4. Что такое «правильное питание»?*
1. В питании не злоупотреблять жирной, острой пищей
2. В питании соблюдать баланс витаминов, микроэлементов
3. Питаться в меру (не переедать)
4. Регулярно питаться
5. Не злоупотреблять спиртным
6. Пить комплексные витамины
7. Пить очищенную воду (фильтрованную)
8. Дома не готовить полуфабрикаты
9. Есть пищу, приготовленную дома
10. Не кушать на ночь
11. Обязательно есть суп каждый день
12. Не есть пищу типа «фаст-фуд»
13. Есть раз в неделю рыбу
14. Употреблять йодированную соль
15. Есть каждый день фрукты
16. Есть два раза в неделю мясо
17. Есть каждый день салаты
18. Не есть много сладкого
19. Затрудняюсь ответить
20. Другое (укажите _____)

5. Контролируете ли Вы регулярно следующие параметры своего здоровья?
1. Да, измеряю уровень артериального давления
2. Да, измеряю уровень сахара в крови
3. Да, контролирую свой вес
4. Да, другие (укажите какие_____)
5. Нет, не контролирую

6. Вы следите за своим питанием?
1. Всегда
2. Стараюсь, но иногда ем то, что «не очень полезно»
3. Иногда, часто забываюсь и ем не полезные продукты
4. Стараюсь, не думаю о вреде, ем, что продают в магазине
5. Другое (укажите _____)

7. Оцените состояние своего здоровья и качество жизни (в каждом столбце обведите цифру с вариантом ответа, указанным в строках)

	Состояние здоровья	Качество жизни
А) Удовлетворительное	1	1
Б) Скорее удовлетворительное	2	2
В) Скорее неудовлетворительное	3	3
Г) Совершенно неудовлетворительное	4	4

8.Что для Вас является самым Важным в жизни на сегодняшний момент? (не более 5-ти вариантов ответа)
1. Материальное благосостояние
2. Здоровье
3. Душевный комфорт
4. Семья
5. Карьера
6. Любовь
7. Друзья
8. Образование
9. Досуг
10. Профессия
11. Дети
12. Внуки
13. Самореализация
14. Безопасность
15. Другое

9. Кто чаще всего в Вашей семье покупает продукты?
1. Я
2. Мой супруг (супруга)
3. Старшие дети
4. Вместе с супругом (-ой)
5. Вместе с детьми, родственниками
6. Другие (родственники, родители)

10. Кто чаще в Вашей семье готовит дома еду?
1. Я
2. Мой супруг (супруга)
3. Старшие дети
4. Вместе с супругом (-ой)
5. Вместе с детьми, родственниками
6. Другие (родственники, родители)

11. Часто ли Вы говорите своим детям: «Мы следим за питанием, кушать надо полезные продукты!»
1. Каждый день
2. При каждом посещении магазина
3. Я не задумывался от этом
4. Иногда
5. Никогда
6. Затрудняюсь ответить

М-6. Получение информации, ответственность за профилактику

1. Из каких источников информации Вы узнали о проблеме йододефицита и его профилактике? (не более 3-х ответов)
1. Из программ и передач центрального телевидения
2. Из программ и передач регионального, местного телевидения
3. Из программ и передач центрального радио
4. Из программ и передач регионального, местного радио
5. Из публикаций центральной прессы
6. Из публикаций региональной, местной прессы
7. Из разговоров с родственниками, друзьями, коллегами
8. От лечащих врачей
9. От учителей в школе
10. Плакаты в лечебных учреждениях
11. Ниоткуда не получаю этой информации
12. Из Интернета
13. Реклама на баннерах
14. Из других источников
15. Затрудняюсь ответить

2. Как, на Ваш взгляд, изменился характер информирования в СМИ о проблеме йододефицита и его профилактике за последние 2-3 года?
1. Информации стало больше
2. Информации столько же, сколько и было раньше
3. Информации стало меньше
4. Затрудняюсь ответить

3. Каким источникам информации, связанным с Вашим здоровьем, Вы в большей степени доверяете? (не более 3-х ответов)
1. Из программ и передач центрального телевидения
2. Из программ и передач регионального, местного телевидения
3. Из программ и передач центрального радио
4. Из программ и передач регионального, местного радио
5. Из публикаций центральной прессы
6. Из публикаций региональной, местной прессы
7. Из разговоров с родственниками, друзьями, коллегами
8. От лечащих врачей
9. Плакаты в лечебных учреждениях
10. Реклама на баннерах
11. Не получаю такой информации
12. Другие (напишите)_____
13. Из Интернет-источников
14. От учителей в школе
15. Из других источников
16. Затрудняюсь ответить

4. Как Вы думаете, способны ли Ваши родственники, соседи сами позаботиться о профилактике йододефицита в своей семье?
1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

5. Кто должен заботиться о профилактике йододефицита населения?
1. Федеральная власть 5. Врачи, поликлиники
2. Региональная власть 6. Школа, учителя
3. Муниципальное управление 7. Каждая семья самостоятельно
4. Предприятия общественного питания 8. Затрудняюсь ответить

6. Насколько Вы согласны с перечисленными ниже высказываниями? (обведите цифру в каждой строке)

	Высказывание	Полностью согласен	Скорее согласен, чем не согласен	Затрудняюсь ответить	Скорее не согласен, чем	Свершенно не согласен
А	Я хотел бы узнать больше о проблеме йододефицита и его профилактике	5	4	3	2	1
Б	Я хотел бы узнать больше о правильном, здоровом питании	5	4	3	2	1
В	Я заинтересован сделать все, чтобы сохранить здоровье	5	4	3	2	1
Г	Я просто проявляю любопытство	5	4	3	2	1

7. Можете ли Вы сказать, что система здравоохранения области имеет профилактическую направленность?
1. Да, безусловно (укажите, в чем это выражено_____)
2. Скорее, да (укажите, в чем это выражено_____)
3. Скорее, нет 4. Безусловно, нет 5. Затрудняюсь ответить

8. Согласны ли Вы, что в школе должны быть уроки, где изучали бы как сохранить здоровье, как правильно питаться, влияние употребляемых продуктов питания на здоровье человека?
1. Да, согласна
2. Да, если бы их проводили не учителя, а специалисты по здравоохранению или по здоровому питанию
3. Нет, этому в школе учить не нужно 4. Затрудняюсь ответить

9. Проводили ли в школе для родителей лекции по теме «Правильное питание. Полезные продукты»?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

10. Проводили ли в школе для детей уроки по теме «Правильное питание. Полезные продукты»?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь ответить

М-7. Оценка питания детей

1. Завтракает ли Ваш ребенок дома до школы?
1. Да, всегда 3. Нет, не успевает по времени 5. Нет, привычка не завтракать
2. Да, иногда 4. Нет, утром нет аппетита 6. Затрудняюсь ответить

2. Ваш ребенок кушает в школе?
1. Да 2. Нет (переход к следующему блоку вопросов)
3. Затрудняюсь с ответом (переход к следующему блоку вопросов)

3. Как Ваш ребенок питается в школе?
1. Сам покупает в буфете школы 4. Кушает, что принесет из дома
2. Питание школьное организованное 5. Затрудняюсь с ответом
3. Школьное питание и дополнительно покупает в буфете 6. Другое _____

4. Вы довольны как Вашего ребенка кормят в школе?
1. Да 3. Скорее нет, чем да
2. Скорее да, чем нет 4. Нет 5. Затрудняюсь ответить

5. Что Вас не устраивает в школьном питании? (не более 3-х ответов)
1. Все устраивает 6. Вкусовое качество блюд
2. Стоимость питания 7. Недостаток времени для приема пищи
3. Качество пищи 8. Затрудняюсь ответить
4. Количество необходимых витаминов и микроэлементов
5. Маленькие порции 9. Другое _____

6. Продукты какого назначения ты с удовольствием кушал бы ежедневно*
1. Продукты, стимулирующие рост 3. Продукты для похудения
2. Продукты для здоровья 4. Затрудняюсь ответить
5. Продукты, чтобы снять усталость

7. Регулярно ли ты кушаешь в школе?
1. Всегда 2. Иногда 3. Редко 4. Никогда (переход к вопросу 10)

8. Сколько раз в сутки ты кушаешь (не считая перекусов)?
1. Меньше трех раз 2. Три раза 3. Четыре раза 4. Пять раз и более

9. В столовые школы ты кушаешь:
1. Завтрак, обед, полдник 3. Только завтрак 4. Только обед
2. Завтрак и обед. 5. Я не кушаю в школьной столовой

10. Какие темы обсуждают с тобой родители?*
1. Какие продукты полезно кушать 5. Как правильно питаться
2. Какие продукты вредят здоровью 6. О том, что нельзя есть много сладкого
3. Вред фаст-фуда 7. Бережное отношение к хлебу и продукта
4. Вред кока-колы и других сладких напитков

М-8. Информация о детях

1. Есть ли у Вас дети?
1. Да 2. Нет (переход к вопросам следующего блока)
2. Сколько у Вас детей?
3. Отметьте возраст Ваших детей?

	1й	2й	3й	4й	5й
Возраст, полных лет					

М-9. Сведения о ребенке (о школьнике, принесшем анкету)

1. Полное количество лет ребенка ___
2. Укажите, сколько лет ребенок проживает в этом город _____
3. В каком классе учится Ваш ребенок? ___«___» класс, школа №____
4. Принимает ли ребенок регулярно какие-либо лекарства, витамины или препараты, содержащие минеральные вещества?
1. Да 2. Нет

5. Замечаете ли Вы за своим ребенком привычку есть:
1. Землю (да) 2. Снег или лед (да) 3. Штукатурку, краску (да)
4. Грызть ногти или обсасывать карандаши или игрушки (да)

6. Удовлетворены ли Вы общим развитием своего ребенка?
1. В целом развивается нормально 2. Обгоняет в развитии сверстников
3. Немного отстает

7. Сколько времени в день в среднем Вы посвящаете только общению с ребенком?
1. До 30 минут 3. От 30 минут до 1 часа 5. Затрудняюсь ответить
2. До двух часов 4. Более двух часов

8. Относите ли вы своего ребенка к часто болеющим?
1. Да 2. Нет

9. Имеются ли у Вашего ребенка хронические заболевания?
1. Да 2. Нет

10. Пожалуйста, отметьте в каждой строке, с какой регулярностью Ваш ребенок дома потребляет следующие продукты:

	Каждый день	Через день	Раз в неделю	Раз в месяц	Реже	Не ест
а) Молоко и молочные продукты	1	2	3	4	5	6
б) Фрукты и овощи	1	2	3	4	5	6
в) Мясо и мясные продукты	1	2	3	4	5	6
г) Рыба и морепродукты	1	2	3	4	5	6

М-10. Информация о родителях школьника**

		Отец	Мать
1. Возраст (укажите число полных лет)			
2. Укажите, сколько лет Вы проживаете в этом городе			
3. Образование (выберите вариант и обведите цифру, стоящую справа)			
Неполное среднее		1	1
Среднее		2	2
Начальное профессиональное		3	3
Среднее специальное		4	4
Незаконченное высшее		5	5
Высшее		6	6
Ученая степень		7	7
4. Работаете ли вы в настоящее время?	Да	1	1
	Нет	2	2
5. Имеете ли Вы эндокринные заболевания?	Да	1	1
	Нет	2	2
6. Курите ли Вы?	Да	1	1
	Нет	2	2
7. Имеете ли Вы хронические заболевания органов пищеварения?	Да	1	1
	Нет	2	2
8. Имеете ли Вы другие хронические заболевания?	Да	1	1
	Нет	2	2

9. Во время беременности этим ребенком была ли у мамы ребенка** анемия?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь с ответом
10. Принимала ли мама препараты железа во время беременности**?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь с ответом
11. Имелась ли у мамы патология щитовидной железы во время беременности**?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь с ответом
12. Принимала ли мама препараты йода во время беременности**?
1. Да 2. Нет 3. Затрудняюсь с ответом

**школьника, принесшего анкету

М-11. Информация о респонденте

1. Давно ли Вы проживаете в этом городе (поселке, селе)? 1. До года 2. От 1 до 5 лет 3. От 6 до 10 лет4. 11- 15 лет 5. Более 15 лет 6. Более 15 лет, с рождения

2. Ваш пол: 1. Мужской 2. Женский

3. Ваше семейное положение? 1. Женат (замужем) 2. Состою в «гражданском браке 3. Холост (не замужем) 4. Разведен (а) 5. Вдовец (вдова)

4. Социальная группа:
1. Студент (Переход к вопросу 7)
2. Работающий
3. Домохозяйка (Переход к вопросу 7)
4. Безработный (Переход к вопросу 7)
5. Пенсионер (Переход к вопросу 7)

5. Сфера Вашей деятельности:
1. Финансовая сфера
2. Государственное, муниципальное управление
3. Образование, здравоохранение
4. Сфера услуг
5. Промышленность, энергетика
6. Культура и искусство, СМИ, наука
7. Нефтегазодобывающая сфера
8. Военнослужащий, правоохранительные органы
9. Строительство, связь, транспорт
10. Торговля, коммерция
11. Сельское, лесное хозяйство
12. Другое _____

6. Ваша профессиональная группа:
1. Руководитель высшего и среднего звена, предприниматель
2. Руководитель подразделения (отдела, сектора, главбух, зав. кафедрой)
3. Специалист (врач, писатель, инженер, учитель, юрист)
4. Служащий (секретарь, кассир, нижнее звено аппарата управления, армии и милиции)
5. Рабочий (любой квалификации)
6. Другое _____

7. Охарактеризуйте материальное состояние Вашей семьи
1. Не хватает даже на питание
2. «Еле сводим концы с концами»
3. Достаточно только на самое необходимое
4. С трудом, но покупаем все, что нужно
5. Достаточно, чтобы купить все, что нужно
6. Достаточно, чтобы купить все, что пожелаем (для здоровья и жизни)

8. Вы живете:
1. В коммунальной квартире, комната в общежитии
2. В отдельной квартире
3. В частном доме (не благоустроенном)
4. В благоустроенном частном доме, коттедже

9. К какому уровню жизни Вы относите Вашу семью?
1. Низкий
2. Ниже среднего
3. Средний
4. Выше среднего
5. Высокий

10. Вы проживаете:
1. Совместно с родителями
2. Самостоятельно (один)
3. Самостоятельно с супругой (-ом)
4. Самостоятельно с супругой (-ом) и родителями
5. С семьей родственников
6. С друзьями (подругой)
7. Другое

11. Место Вашего постоянного проживания?
1. город Тюмень
2. город Ишим
3. город Заводоуковск
4. город Ялуторовск
5. город Тобольск
6. Тюменская область поселок (деревня, село)

*множественные ответы

Б2. Гайд-интервью для эксперта

Дата интервью: _____ Время интервью: _____

Добрый день (вечер)! Меня зовут …
Наше интервью посвящено изучению состояния и реализации региональных программ сохранения здоровья населения и формирования здорового образа жизни. Ваше экспертное мнение поможет выявить проблемы и разработать направления их решения. Заранее благодарю за сотрудничество!

Прошу вас ответить на следующие вопросы:
1. В реализацию каких региональных программ сохранения здоровья населения и формирования здорового образа жизни вы включены?
2. Как вы оцениваете их эффективность?
3. Достигают ли программы поставленных целей?
4. Происходит ли изменение образа жизни населения в сторону сохранения здоровья?
5. Какие слабые стороны, проблемы в реализуемых программах вы видите?
6. Какие направления решения проблемы вы можете предложить?

Б.3 Инструментарий экспертного формализованного опроса

Дата интервью: _____ Время интервью: _____

Добрый день (вечер)! Меня зовут…
Наше интервью посвящено изучению состояния и реализации региональных программ профилактики, сохранения здоровья населения и формирования здорового образа жизни. Ваше экспертное мнение поможет выявить проблемы и разработать направления их решения. Заранее благодарю за сотрудничество!

Прошу вас ответить на следующие вопросы:
1. В реализацию каких региональных программ профилактики вы включены?
2. Как вы оцениваете их эффективность?
3. Достигают ли программы поставленных целей?
3. Какие слабые стороны, проблемы в реализуемых программах вы видите?
4. Какие направления решения проблемы вы можете предложить?
5. Как вы оцениваете перспективы развития программы?

Б.4 Гайд для фокус-групп

Дата фокус-группы:___ Место проведения:_____ Время начала:
Модератор:

1. Вступление. Представление модератора, темы, объяснение целей исследования, правил ответов и участия в дискуссии.
2. Знакомство. Представление (имя, возраст, профессиональная деятельность).
3. Вопросы для обсуждения (адаптируются под целевую группу):
   1. Нужен ли организму человека йод? Для чего?
   2. Может-ли человек заболеть вследствие йодного дефицита?
   3. Откуда организм человека берет йод.
   4. Есть ли в Тюменской области (месте постоянного проживания) проблема природного

йодного дефицита?
5. Что нужно делать чтобы восполнить дефицит йода?
6. Что является достаточным средством ежедневной профилактики?
7. Используете ли вы йодированную соль в ежедневном питании? (в каком количестве, хранение соли. Если нет, то выявить причины - стереотипы)
8. Кто в вашей семье покупает соль? (выявить особенности потребительского выбора)
9. Какие причины мешают вашим знакомым, друзьям, родственникам при выборе/покупке йодированной соли?
10. Что нужно сделать чтобы решить проблему йодного дефицита и йододефицитных заболеваний?

4. Благодарность респондентам, завершение дискуссии.

Б.5 Гайд-интервью (туристы)

Дата интервью: _____ Время интервью: _____

Добрый день (вечер)!
Меня зовут…
Наше интервью посвящено изучению культуры здоровья и туризма в условиях пандемии. Заранее благодарю за сотрудничество!
Прошу вас ответить на следующие вопросы:
1. Покидали ли вы летом регион постоянного проживания с целью отдыха?
2. Вы путешествовали один или с семьей?
3. Болели-ли вы COVID-19 до поездки, во время поездки, после поездки?
4. Вопрос в 2021 г.: Вы поставили прививку от COVID-19 до поездки? А члены семьи?
5. Боитесь ли вы заражения COVID-19 в поездке, дома?
6. Думаете ли вы, что можете привезти COVID-19 из поездки и заразить других людей?
7. Защищаетесь ли вы и члены вашей семьи от заражения COVID-19? Как конкретно?
8. Как вы оцениваете, насколько эффективна ваша защита?
9. Рекомендовали бы вы себе в подобной ситуации повторить поездку?

Б.6 Инструментарий экспертного формализованного опроса

Дата интервью: _____ Время интервью: _____

Добрый день (вечер)! Меня зовут …
Наше интервью посвящено изучению культуры здоровья и реализации программ сохранения здоровья населения в условиях COVID-19. Ваше экспертное мнение поможет выявить проблемы и разработать направления их решения. Заранее благодарю за сотрудничество!

Прошу вас ответить на следующие вопросы:
1. Как вы оцениваете ситуацию в регионе по сохранению здоровья населения в условиях COVID-19?
2. Какие меры сдерживания пандемии являются действенными по вашему мнению? Как вы оцениваете их эффективность?
3. Насколько население следует нормам сдерживания пандемии?
4. Происходит ли изменение образа жизни населения в сторону сохранения здоровья и защиты от заражения COVID-19?

5. Какие направления решения проблемы вы можете предложить?

Б.7 Гайд фокус-групп

Дата фокус-группы:___ Место проведения:_____ Время начала:
Модератор:

1. Вступление. Представление модератора, темы, объяснение целей исследования, правил ответов и участия в дискуссии.
2. Знакомство. Представление (имя, возраст, профессиональная деятельность).
3. Вопросы для обсуждения (адаптируются под целевую группу):
    1. Болели-ли вы COVID-19? Когда?
    2. Вопрос в 2021-2022 гг.: Вы поставили прививку от COVID-19? А члены семьи?
    3. Боитесь ли вы заражения COVID-19? Были ли в вашем окружении летальные исходы вследствие COVID-19?
    4. Думаете ли вы, что можете заразиться COVID-19 сам и заразить других людей?
    5. Защищаетесь ли вы и члены вашей семьи от заражения COVID-19? Как конкретно?
    6. Как вы оцениваете, насколько эффективна ваша защита?
    7. Что нужно делать чтобы ваши соседи, родственники и друзья не заразились COVID-19 и сохранили здоровье?
    8. Изменился ли ваш образ жизни за время пандемии COVID-19? Что конкретно?
    9. Изменились ли (появились новые) ваши привычки, правила заботы и ухода за вашим телом и сохранению здоровья? Будете ли вы это продолжать?
    10. Происходит ли у вас изменение ценности здоровья, жизни из-за пандемии COVID-19? Как это выражается?
    11. Если пандемия повториться, что вы порекомендуете делать (для себя, для близких людей)?
4. Благодарность респондентам, завершение дискуссии.

Б.8 Модульный инструментарий

Инструментарий исследования состоит из модульной анкеты универсальной для различных групп респондентов (разработана автором). В соответствии с задачами исследования и особенностями изучаемой группы респондентов из модульной анкеты выбираются блоки вопросов, в вопросах изменяются формы личных обращений и вопросы адаптируются под специфику группы респондентов.

Список вопросов по модулям:

М.1 Образ здоровья и болезни

1. Когда вы говорите слово «здоровье» как вы его понимаете? Здоровье это - (закончите фразу)
2. Закончите фразу. Мне важно быть здоровым чтобы …
3. Закончите фразу. Когда я здоров, я хочу...
4. Когда вы думаете о продолжительности жизни ставите ли вы для себя целью определенное число лет?
   1. Да. Напишите какое это число лет? _____ 2. Нет
5. По вашему мнению, какое оно "отличное, идеальное здоровье"?
6. Закончите фразу. Болезнь для меня это ...

М.2 Здоровый образ жизни

1. Можете ли вы сказать, что ведете здоровый образ жизни?
   1. Да 3. Скорее да, чем нет 5. Затрудняюсь
   2. Нет 4. Скорее нет, чем да
2. Что вы делаете чтобы сохранить свое здоровье? _____
3. Почему вы это делаете? (зачем? для чего? ради кого?) _____
4. Закончите фразу: следование здоровому образу жизни для меня это... 1. Привычка 4. Невыносимо сложно 8. Радость
   2. Неважно 5. Необходимость 9. Легкость
   3. Усилие 6. Хорошее самочувствие 10. Труд
   7. Свой вариант ответа _____
5. Есть ли у вас вредные привычки?
   1. Да 3. Нет 3. Не задумывался
6. Что вы относите к вредным привычкам?
7. Что вам можно и нужно изменить в образе жизни, чтобы сохранить здоровье?
8. Оцените состояние вашего здоровья
   1. Я здоров 3. Я чувствую себя здоровым 5. Сейчас плохо себя чувствую
   2. Сейчас болею 4. Думаю, что я здоров 6. Затрудняюсь с ответом

М.3 Источники информации и влияния

1. Из каких источников информации за последний год вы получали информацию о здоровом образе жизни?
   1.Телевизионные передачи 9. Плакаты в лечебных учреждениях
   2. Передачи радио 10. Реклама на улицах, в транспорте и др.
   3. Журналы, газеты 11. От лечащих врачей, медицинских сестер
   4. Из Интернета. ВКонтакте 12. От родственников, друзей, коллег
   5. Из Интернета. Instagram 13. Из Интернета. Другие источники
   6. Из Интернета. Facebook 14. Из Интернета. Ролики на YouTube
   7. Из Интернета. Telegram-каналы 15. От учителей, преподавателей
   8. Из других источников 16. Затрудняюсь ответить
2. Пожалуйста, уточните названия передач, каналов или авторов, ведущих__
3. Можете ли вы сказать, что сегодня пропагандируется здоровый образ жизни?
   1. Да 2. Скорее да, чем нет 3. Скорее нет, чем да 4. Нет
   5. Затрудняюсь ответить
4. Какие социальные институты стараются пропагандировать здоровый образ жизни?
   1. Образование 5. Средства массовой информации
   2. Здравоохранение 6. Государство в целом
   3. Кинематограф 7. Религиозные организации и лидеры
   4. Реклама 8. Другое ____
5. Можете ли вы назвать современный кинофильм, где пропагандируется здоровый образ жизни?
   1. Да. Уточните его название или содержание ___ 2. Нет
6. Можете ли вы назвать кинофильм времен СССР, где пропагандируется здоровый образ жизни?
   1. Да. Уточните его название или содержание _____
   2. Нет

М.4 COVID-19: оценка ожиданий и информированность

1. Как вы оцениваете опасность заражения COVID-19 (шкала: не опасно –- затрудняюсь с оценкой – опасно – очень опасно): 1. Для себя; 2. Молодежи; 3. Для имеющих хронические заболевания; 4. Для всех
2. Что вы будете делать, если заметите у себя симптомы заболевания?
   1. Вызову участкового врача 3. Буду лечить себя сам 5. Другое
   2. Пойду в поликлинику 4. Узнаю у родственников
3. Интересуетесь ли вы информацией о COVID-19 (число заболевших, смертность, методы лечения и т.д.)?
   1. Да, интересуюсь информацией о COVID-19
   2. Да, интересуюсь и другим рассказываю
   3. Интересовался в начале пандемии
   4. Интересовался в начале пандемии и рассказывал другим
   5. Не интересуюсь, специально не ищу информацию
   6. Другое

М.5 Профилактическое поведение и болезнь

1. Болели ли вы COVID-19?
   1. Да, несколько раз
   2. Да, один раз. COVID-19 был подтвержден анализами
   3. Да, думаю, что я перенес COVID -19, анализы были отрицательные
   4. Да, анализы не сдавал, но думаю, что перенес COVID -19
   5. Нет, не болел 6. Затрудняюсь с ответом
2. Были ли подобные случаи COVID-19 в вашем окружении? Если были поставьте отметку

	Знакомые	Друзья	Родственники
Тяжело перенесли болезнь			
Были случаи летального исхода			

3. Какое из высказываний точнее описывает ваше поведение в отношении COVID-19?
   1. Я берегу здоровье других, от меня зависит их здоровье
   2. Соблюдаю рекомендации, надо соблюдать закон
   3. Профилактика-залог здоровья 8. «Не лезть на рожон»
   4. Разумная осмотрительность 9. Спрятаться
   5. Чему бывать, того не миновать 10. Нет проблемы COVID-19
   6. Сильно боюсь 11. Ничего не боюсь
   7. Мне все равно... 12. Другое
4. Как вы относитесь к вакцинации от COVID-19?
   1. Сделал прививку, потому что вакцинация важна и работает
   2. Сделал прививку, т.к. вынудили обстоятельства
   3. Хочу поставить
   4. Хочу поставить, но сомневаюсь, т.к. не уверен в _ (закончите фразу)
   5. Не хочу, но поставлю если заставят обстоятельства
   6. Не ставил и не буду ставить ни при каких обстоятельствах
   7. У меня есть антитела, пока прививка не нужна 8. Другое

5. Оцените использование вами маски в общественных местах для защиты от COVID-19 сегодня:
   1. Я стараюсь носить маску закрывая нос и рот
   2. Я ношу маску формально, "для вида"
   3. Я не ношу маску
   4. Другой вариант

6. Почему вы так делаете (ношение маски в общественном месте)?
   1. Потому что это закон 4. Защищаю себя и окружающих
   2. Защищаю себя 5. Так говорят делать близкие люди
   3. Защищаю окружающих 6. Такие правила 7. Другое

7. Оцените, какие из перечисленных мер профилактики COVID-19 вы использовали в общественных местах (в актуальном периоде поставьте отметку)

	Весна 2020 г.	Весна 2021 г.	Весна 2022 г.
Стараюсь избегать мест скопления людей			
Стараюсь носить маску закрывая рот и нос			
Тщательно мою руки			
Использую антисептик для рук			

8. Как вы вели себя в самый "разгар пандемии". Если в общественном месте рядом с вами были люди без маски, то как вы реагировали?
   1. Старался отойти подальше 3. Не обращал внимание
   2. Часто делал замечание, просил одеть маску 4. Другое

9. Оцените высказывания о вероятности заболеть COVID-19 в настоящее время:

	Согласен	Затрудняюсь	Не согласен
Я имею высокий риск заразиться COVID-19			
Мои близкие люди имеют высокую вероятность заболеть COVID-19			
Я очень боюсь заразиться и заболеть COVID-19			

М.6 Отношение к COVID-19 и социальным нормам

1. Когда вы слышите слово «COVID-19» какие ассоциации у вас возникают?
2. Как вы относитесь к ношению масок в общественных местах в условиях пандемии COVID-19?

1.Это обязанность каждого ответственного человека
2.Это требование закона
3.Это ограничивает мою свободу
4.Это нарушение моих прав и свобод
5.Это меня раздражает
6.Другое
7. Смирился
8. Привык
9. Это бесполезно
10. Затрудняюсь с ответом

3. Как вы думаете, в вашем городе(поселке) пандемия COVID-19 уже закончилась

1.Да
2.Нет
3.Скорее да, чем нет
4.Скорее нет, чем да
5.Затрудняюсь с ответом

4. Как вы думаете, почему люди в общественных местах ходят без маски? (при запрете посещения без средств индивидуальной защиты)

1.Они переболели и имеют иммунитет
2.Это безответственные люди
3.Они не знают, что нужно ходить в масках
4.Это нарушители, их надо наказывать
5.Как хотят так и ходят, меня это не касается
6.Не хотят
7.Совести у них нет
8.Другое

М.7 Социокультурные характеристики

1. Как вы думаете, что важнее всего воспитывать в детях? (выберите три самых важных качества)

1.Порядок, практичность
2.Послушание
3.Независимость
4.Самостоятельность
5.Саморазвитие
6.Лидерские качества
7.Веру
8.Уважение к старшим
9.Любовь к Родине
10.Доброту
11.Честность
12.Порядочность
13.Национальную идентичность
14.Другое

2. Выберите качества, которые вас характеризуют в большей степени

1.Самоконтроль
2.Сознательность
3.Дисциплинированность
4.Соблюдение правил
5.Организованность
6.Опрятность
7.Старательность
8.Надежность
9.Строгость
10.Толерантность, терпимость
11.Почтительность, уважение правил принятых в обществе
12.Терпение
13.Творческие способности
14.Независимость
15.Глубокомыслие
16.Любознательность
17.Стремление к порядку
18.Самостоятельность
19.Снисходительность
20.Адаптивность, гибкость
21.Креативность, генерация идей и инноваций
22. Самобытность

3. С какими из этих высказываний вы согласны? (до 4 ответов)

1. Мир опасный, хрупкий, его надо охранять
2. Мир дружелюбный, риск и новизна - это хорошо
3. Чему бывать, того не миновать
4. Человек создатель своей судьбы
5. У каждого своя судьба
6. В жизни важно быстро приспосабливаться
7. Людям надо доверять
8. "Человек человеку волк"
9. Доброта спасет мир

4. Что для вас сейчас самое важное? (до 5 вариантов)

1. Физическое здоровье
2. Самореализация
3. Карьера и статус в обществе
4. Безопасность
5. Любовь
6. Стремление к истине, правде
7. Психическое здоровье, спокойствие, равновесие
8. Борьба за справедливость
9. Безбедная жизнь
10. Помощь ближним
11. Сохранить рабочее место
12. Продолжение себя в будущих поколениях
13. Красота и привлекательность
14. Получить от жизни как можно больше удовольствий
15. Другое (напишите _____)

М.8 Социально демографические характеристики

1. Пол

Мужской Женский

2. Ваш возраст

12-14 лет
15-17 лет
18-24 года
25-30 лет
31-44 лет
45-60 лет
старше 60 лет

3. Ваш уровень образования

Учусь в школе
Учусь в колледже, техникуме
Учусь на бакалавриате, специалитете
Учусь в магистратуре
Полное среднее (школа)
Среднее профессиональное (колледж, техникум и т.д)
Высшее (бакалавриат)
Высшее (магистратура, специалитет, интернатура)
Высшее, ученая степень

4. Направление вашего образования?

Здравоохранение и медицина
Технические науки, инженерные
Информатика и IT
Науки об обществе (экономика, управление, юриспруденция и др.)
Гуманитарные науки, искусство, культура
Образование и педагогика
Естественные науки
Военное дело
Другое

5. К какой профессиональной группе вы относитесь?

Руководитель высшего и среднего звена
Руководитель подразделения (отдела, сектора, главбух и др.)
Предприниматель, самозанятый
Специалист (врач, инженер, учитель, юрист)
Персонал средней квалификации (медсестра, фельдшер, мастер)
Служащий (армия, полиция, нижнее звено аппарата управления)
Рабочий (любой квалификации)
Студент, школьник
Безработный
Пенсионер
Другое

6. Работали ли вы в COVID-19 в «красной зоне»?

Да
Нет

7. Пожалуйста, отметьте с кем вы сейчас проживаете?

Самостоятельно (один), с друзьями (подругами)
Своей семьей (с супругой (-ом) и детьми)
С супругой (-ом), детьми и родителями
Совместно с родителями
Другое

8. Место вашего постоянного проживания?

Тюмень
Екатеринбург
Курган
Тобольск
Ишим
Другой город, напишите _____
Тюменская область (поселок, деревня, село)
ХМАО-Югра (поселок, деревня, село)
Курганская область (поселок, деревня, село)
Свердловская область (поселок, деревня, село)
Поселок, деревня, село. Напишите область _____

Приложение В

ОТДЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

<table>
<tr><td colspan="2">ШАГ 1: Выбор основных информационных фактов и поведенческих паттернов для построения модели</td></tr>
<tr><td>Интегральный показатель информированности (ИПИ)
Основные информационные факты:
1. Человек может заболеть вследствие йодного дефицита.
2. Организм человека не может вырабатывать йод.
3. В Тюменской области (месте постоянного проживания) существует проблема йодного дефицита.
4. Использование йодированной соли – достаточное средство профилактики.
5. Регулярное употребление йодированной соли предотвращает развитие йододефицитных заболеваний.
6. Йодированная соль употребляется вместо обычной соли в таком же количестве</td><td>Интегральный показатель профилактического поведения (ИППП)
Основные поведенческие паттерны:
1. Всегда употребляют в семье йодированную соль (или йодированную соль употребляют чаще, чем обычную), основываясь на оценке персонального мнения.
2. Читают надпись о йодированности соли на упаковке при ее приобретении.
3. В момент опроса имеют в доме йодированную соль (утверждается на основании осмотра надписи на упаковке).
4. Фактическое содержание йода в образце домашней соли.</td></tr>
<tr><td colspan="2">ШАГ 2:
Для расчета показателей каждому положительному ответу по основным информационным фактам был присвоен один оценочный балл.
По основным поведенческим паттернам и результатам пунктов 1-3 присваивался один балл. По расчету пункта 4 ИППП: при лабораторном результате измерения фактического содержания йода в образце соли домохозяйства респондента, соответствующем нормативу (40 + 15 мкг йода/г соли) – присваивались два балла. Если содержание йода было менее норматива (в интервале от 1 до 24 мкг йода/г соли), присваивался один балл [анализ соли на содержание йода проведен аккредитованной лабораторией ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Тюменской области»]</td></tr>
<tr><td colspan="2">ШАГ 3: Расчет обеих показателей по всей выборке родителей школьников</td></tr>
<tr><td colspan="2">ШАГ 4: Разработка шкалы для построения модели.
К «низкому» уровню информированности отнесены респонденты, набравшие менее 2 оценочных баллов, а к «высокому» уровню – набравшие более 4 оценочных баллов. К «низкому» уровню профилактического поведения отнесены респонденты, набравшие менее 2 оценочных баллов, а к «высокому» уровню – набравшие более 3 оценочных баллов.</td></tr>
<tr><td colspan="2">ШАГ 5: Построение модели.
Высоко достоверная связь между переменными информированности и поведения (p=0,000) подтверждает наличие зависимости между рассматриваемыми переменными.</td></tr>
</table>

Рисунок В.1 – Алгоритм и результаты расчета интегрального показателя информированности и интегрального показателя профилактического поведения

Таблица В.1 – Распределение респондентов по оценкам интегральных показателей информированности и профилактического поведения, в % от числа респондентов

Профилактическое поведение - интегральный показатель	Информированность – интегральный показатель			Всего
	Низкая	Средняя	Высокая	
Высокое	1,9 (сектор 3)	13,9 (сектор 2)	3,0 (сектор 1)	18,8
Среднее	5,5 (сектор 6)	32,5 (сектор 5)	5,7 (сектор 4)	43,7
Низкое	9,6 (сектор 9)	25,8 (сектор 8)	2,1 (сектор 7)	37,5
Итого	17,0	72,2	10,8	100,0

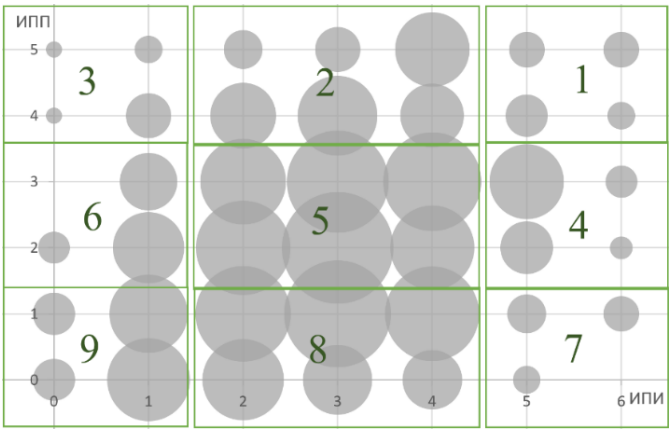


Рисунок В.2 – Визуальное распределение респондентов по интегральным показателям информированности и профилактического поведения (площадь кругов пропорциональна числу респондентов в каждом секторе)

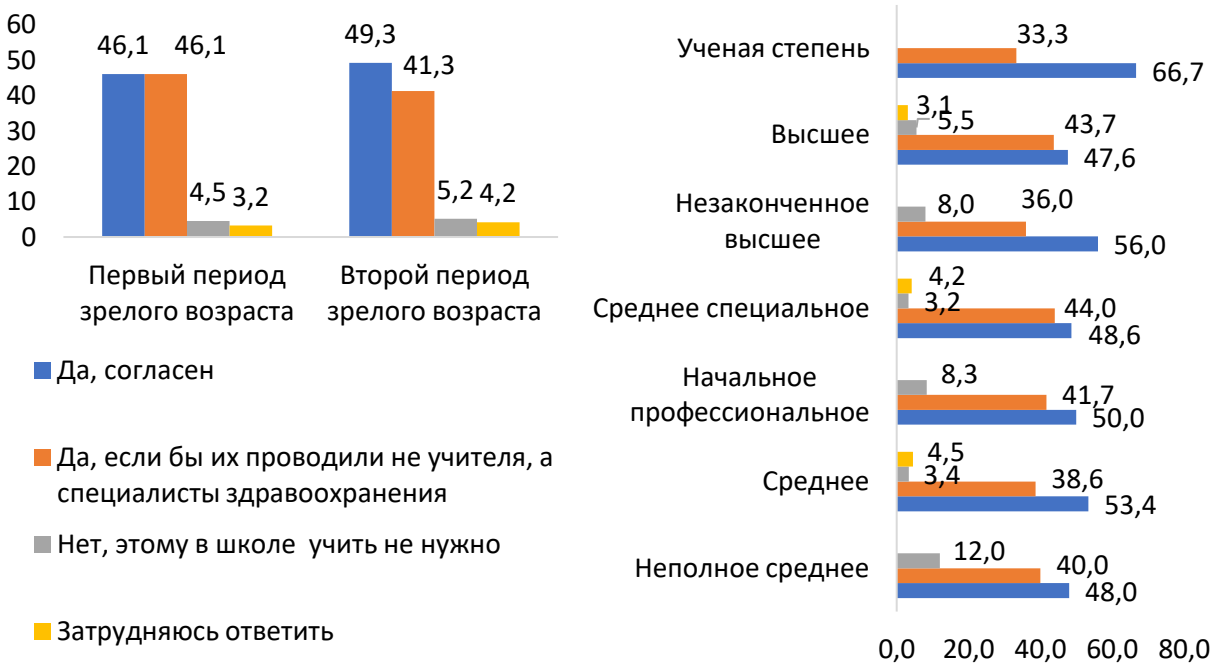


Рисунок В.3 – Распределение мнений родителей по возрастным группам и уровню образования о необходимости проведения в школах уроков здоровья, в % к числу опрошенных каждого сегмента

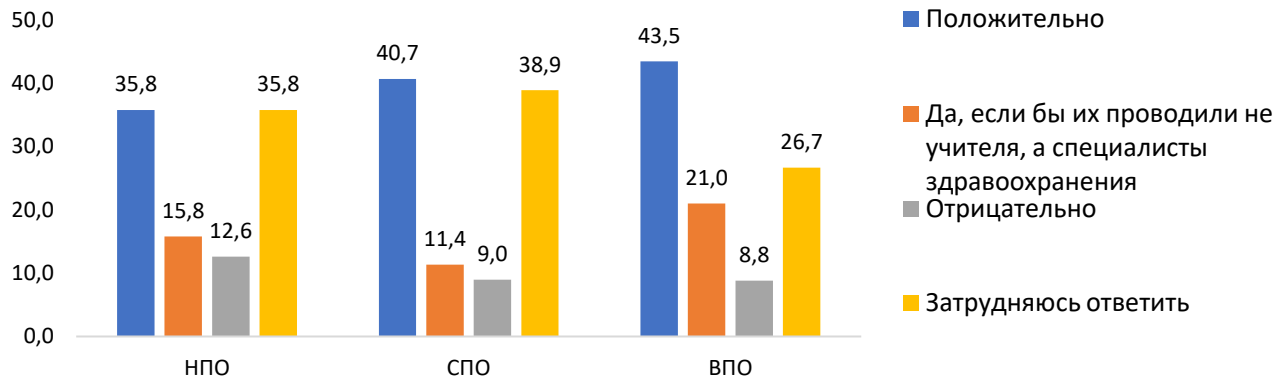


Рисунок В.4 – Оценка студентами согласия посещать уроки здоровья в учебном заведении, в % к числу опрошенных каждой группы

Таблица В. 2 – Распределение оценки респондентами своего здоровья в связи с различными компонентами механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения и социально-демографическими показателями, %

Варианты ответов	Оцените состояние вашего здоровья							
	Я здоров	Я чувствую себя здоровым	Думаю, что я здоров	Сейчас болею	Сейчас плохо себя чувствую	Затрудняюсь с ответом	Всего	Стат. связь
Типы культуры								
Жесткая	13,0	30,5	25,4	2,8	8,5	19,8	100	V Крамера 0,283 p = 0,006
Более жесткая, чем свободная	8,2	35,6	19,9	15,1	4,8	16,4	100	
Смешанная	10,0	26,7	25,0	8,3	1,7	28,3	100	
Более свободная, чем жесткая	8,7	34,8	39,1	0,0	0,0	17,4	100	
Ценностные ориентации (на себя-на близких)								
Направленность на себя	25,3	37,9	20,7	4,6	2,3	9,2	100	V Крамера 0,378 p = 0,000
Баланс внутреннее-внешнее	15,0	37,5	25,0	2,5	5,0	15,0	100	
Ориентация на близких людей	6,4	20,9	25,6	9,9	11,0	26,2	100	
Ценностные ориентации (здоровье)								
Не отмечен приоритет ценности здоровья	20,0	53,3	6,7	0,0	6,7	13,3	100	V Крамера 0,256, p = 0,029
Ценность физического здоровья	14,0	39,5	18,4	6,1	3,5	18,4	100	
Ценность психического здоровья	20,7	41,4	20,7	3,4	3,4	10,3	100	
Ценность физического и психического здоровья	7,9	26,1	28,1	9,5	7,1	21,3	100	
Ценностные ориентации (социальные, духовные и материальные)								
Доминируют социальные	6,8	26,5	27,9	6,8	11,6	20,4	100	V Крамера 0,534 p = 0,000
Доминируют духовные ценности	21,8	43,6	21,8	5,5	1,8	5,5	100	
Доминируют материальные	14,9	38,9	31,9	4,3	0,0	10,6	100	
Баланс социальных, духовных и материальных	4,8	59,5	23,8	0,0	0,0	11,9	100	

Варианты ответов	Оцените состояние вашего здоровья							
	Я здоров	Я чувствую себя здоровым	Думаю, что я здоров	Сейчас болею	Сейчас плохо себя чувствую	Затрудняюсь с ответом	Всего	Стат. связь
Лидируют социальные и матер.	8,6	20,0	17,1	25,7	0,0	28,6	100	
Лидируют социальные и духовные	8,1	24,3	21,6	2,7	5,4	37,8	100	
Лидируют материальные и духов.	30,0	10,0	5,0	30,0	5,0	20,0	100	
Габитус отношения мира (возможности-потери)								
Мир опасный	5,2	36,2	23,0	10,9	8,0	16,7	100	V Крамера 0,321 p = 0,000
Мир дружелюбный	41,9	29,0	3,2	6,5	3,2	16,1	100	
Мир неустойчивый (то опасный, то дружелюбный)	0,0	60,0	20,0	0,0	0,0	20,0	100	
Габитус адаптивности								
Адаптивность	4,2	23,9	29,6	1,4	11,3	29,6	100	V Крамера 0,260 p = 0,000
Человек создатель своей судьбы	11,6	42,0	18,8	10,7	3,6	13,4	100	
Адаптивность и человек-творец	18,8	26,3	32,5	3,8	5,0	13,8	100	
Габитус жизненной позиции								
Активная	7,4	38,3	22,3	13,8	3,2	14,9	100	нет
Пассивная	13,5	31,3	29,2	11,5	3,1	11,5	100	
Ситуативная	0,0	60,0	20,0	20,0	0,0	0,0	100	
Габитус жизненной позиции «противостояния-подчинение нормам- свободы выбора»								
Противостояние нормам	3,3	46,7	20,0	20,0	3,3	6,7	100	V Крамера 0,213 p = 0,000
Свобода в выборе норм	33,3	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	100	
Противостояние и свобода	22,2	33,3	44,4	0,0	0,0	0,0	100	
Подчинение нормам	8,3	23,8	29,8	8,3	6,1	23,8	100	
Противостояние и подчинение	28,6	23,8	23,8	0,0	9,5	14,3	100	
Свобода и подчинение	26,7	40,0	0,0	6,7	16,7	10,0	100	
Уровень образования								
Общее образование	14,0	29,1	16,3	9,3	5,8	25,6	100	нет
Среднее профессиональное	10,8	31,8	26,1	10,2	5,7	15,3	100	
Неполное высшее	20,0	80,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100	
Высшее	9,5	30,7	26,3	3,6	6,6	23,4	100	
Кадры высшей квалификации	0,0	50,0	37,5	12,5	0,0	0,0	100	
Направление образования								
Медицина	20,8	23,8	23,8	7,9	12,9	10,9	100	V Крамера 0,538 p = 0,000
Технические науки	6,3	37,5	29,7	12,5	0,0	14,1	100	
IT, информатика	25,0	37,5	12,5	25,0	0,0	0,0	100	
Общественные науки	5,8	43,5	18,8	0,0	2,9	29,0	100	
Гуманитарные науки	16,1	22,6	19,4	0,0	19,4	22,6	100	
Педагогика, образование	6,8	27,3	38,6	15,9	2,3	9,1	100	
Естественные науки	0,0	40,0	20,0	0,0	20,0	20,0	100	
Военное дело	42,9	57,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100	
Другое	3,9	31,4	17,6	13,7	0,0	33,3	100	
Несколько направлений	3,1	28,1	28,1	0,0	3,1	37,5	100	
Пол								
Мужской	11,8	33,8	26,2	9,7	3,1	15,4	100	V Крамера

Варианты ответов	Оцените состояние вашего здоровья							
	Я здоров	Я чувствую себя здоровым	Думаю, что я здоров	Сейчас болею	Сейчас плохо себя чувствую	Затрудняюсь с ответом	Всего	Стат. связь
Женский	10,1	30,0	22,1	6,0	8,3	23,5	100	0,167 p = 0,042
Возраст								
18-24 года	30,6	36,1	11,1	5,6	2,8	13,9	100	V Крамера 0,431, p = 0,000
25-30 лет	25,8	41,9	22,6	0,0	3,2	6,5	100	
31-44 лет	16,3	28,4	26,2	7,1	5,0	17,0	100	
45-60 лет	3,1	30,2	36,5	6,3	3,1	20,8	100	
Старше 60 лет	0,0	33,3	14,8	13,0	11,1	27,8	100	
Распределение ответов на вопрос «Есть ли у вас вредные привычки?»								
Да	7,6	29,8	30,4	8,8	4,7	18,7	100	V Крамера 0,333 p = 0,000
Нет	16,1	35,2	18,6	7,5	8,0	14,6	100	
Не задумывался	0,0	25,6	17,9	5,1	0,0	51,3	100	
Местность проживания								
Городские жители	10,7	33,8	20,6	7,1	5,0	22,8	100	V Крамера 0,166 p = 0,045
Сельские жители	11,5	27,5	31,3	9,2	7,6	13,0	100	

Таблица В. 3 – Распределение оценки респондентами ведения здорового образа жизни в связи с различными компонентами социокультурного механизма саморегуляции здоровьесберегающего поведения и социально-демографическими показателями, %

Варианты ответов	Можете ли вы сказать, что ведете здоровый образ жизни?					Всего	Стат.связь
	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Затрудняюсь с ответом		
Оценка состояния здоровья							
Я здоров	37,8	48,9	4,4	4,4	4,4	100	V Крамера = 0,263, p = 0,000
Я чувствую себя здоровым	7,6	75,6	7,6	0,8	8,4	100	
Думаю, что я здоров	8,1	54,5	25,3	9,1	3,0	100	
Сейчас болею	34,4	18,8	31,3	15,6	0,0	100	
Сейчас плохо себя чувствую	8,3	33,3	41,7	16,7	0,0	100	
Затрудняюсь с ответом	12,3	39,5	30,9	6,2	11,1	100	
В среднем по группе	14,1	53,6	19,9	6,3	6,1	100	
Типы культуры							
Жесткая	13,0	63,3	13,0	6,8	4,0	100	V Крамера = 0,142, p = 0,007
Более жесткая, чем свободная	13,0	48,6	22,6	6,8	8,9	100	
Смешанная	21,7	38,3	33,3	5,0	1,7	100	
Более свободная, чем жесткая	4,3	52,2	26,1	4,3	13,0	100	
Ценностные ориентации (здоровье)							
Не отмечен приоритет ценности здоровья	0,0	53,3	20,0	20,0	6,7	100	V Крамера = 0,140,
Приоритет физического здоровья	13,2	52,6	24,6	2,6	7,0	100	

Варианты ответов	Можете ли вы сказать, что ведете здоровый образ жизни?					Всего	Стат.связь
	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Затрудняюсь с ответом		
Приоритет психического здоровья	0,0	62,1	10,3	13,8	13,8	100	p = 0,020
Приоритет физического и психического здоровья одновременно	17,0	53,0	19,0	6,3	4,7	100	
Ценностные ориентации (на себя- на близких)							
Направленность на себя	24,1	56,3	16,1	2,3	1,1	100	V Крамера = 0,228, p = 0,000
Баланс внутреннее-внешнее	15,0	80,0	2,5	0,0	2,5	100	
Ориентация на близких людей	12,8	46,5	27,9	7,6	5,2	100	
Ценностные ориентации (социальные, духовные и материальные)							
Доминирование социальных ценностей	10,9	49,0	28,6	4,8	6,8	100	V Крамера = 0,301, p = 0,000
Доминирование духовных ценностей	16,4	60,0	14,5	7,3	1,8	100	
Доминирование материальных ценностей	14,9	63,8	17,0	0,0	4,3	100	
Баланс социальных, духовных и материальных	2,4	73,8	2,4	0,0	21,4	100	
Лидируют социальные и материальные	37,1	31,4	22,9	8,6	0,0	100	
Лидируют социальные и духовные	8,1	59,5	27,0	0,0	5,4	100	
Лидируют материальные и духов.	20,0	15,0	15,0	50,0	0,0	100	
Габитус отношения мира (возможности-потери)							
Мир опасный	13,2	50,0	19,5	9,2	8,0	100	V Крамера = 0,226, p = 0,006
Мир дружелюбный	41,9	48,4	6,5	0,0	3,2	100	
Мир неустойчивый (то опасный, то дружелюбный)	0,0	60,0	20,0	0,0	20,0	100	
Габитус адаптивности							
Адаптивность	12,7	45,1	28,2	5,6	8,5	100	V Крамера = 0,192, p = 0,013
Человек творец своей судьбы	12,5	62,5	8,9	6,3	9,8	100	
Адаптивность и чел. творец	16,3	62,5	17,5	1,3	2,5	100	
Габитус жизненной позиции «противостояния-подчинение нормам- свободы выбора»							
Противостояние нормам	10,0	60,0	23,3	3,3	3,3	100	V Крамера = 0,172, p = 0,036
Свобода в выборе норм	16,7	66,7	0,0	16,7	0,0	100	
Противостояние и свобода	0,0	44,4	33,3	22,2	0,0	100	
Подчинение нормам	20,4	45,9	17,1	9,4	7,2	100	
Противостояние и подчинение	19,0	61,9	19,0	0,0	0,0	100	
Свобода и подчинение	23,3	46,7	6,7	0,0	0,0	100	
Габитус жизненной позиции							
Активная	18,1	47,9	20,2	4,3	9,6	100	нет
Пассивная	14,6	51,0	19,8	10,4	4,2	100	
Ситуативная	40,0	60,0	0,0	0,0	0,0	100	
Уровень образования							
Общее образование	10,5	54,7	10,5	16,3	8,1	100	

Варианты ответов	Можете ли вы сказать, что ведете здоровый образ жизни?					Всего	Стат.связь
	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Затрудняюсь с ответом		
Среднее профессиональное	15,9	47,7	28,4	1,1	6,8	100	V Крамера = 0,169, p = 0,000
Неполное высшее	20,0	60,0	20,0	0,0	0,0	100	
Высшее	13,9	61,3	14,6	7,3	2,9	100	
Кадры высшей квалификации	12,5	37,5	25,0	0,0	25,0	100	
Местность проживания							
Городские жители	12,8	56,9	22,1	5,7	2,5	100	V Крамера = 0,242, p = 0,000
Сельские жители	16,8	46,6	15,3	7,6	13,7	100	
Профиль образования							
Медицина	20,8	50,5	17,8	3,0	7,9	100	V Крамера = 0,223, p = 0,000
Технические науки	12,5	60,9	17,2	9,4	0,0	100	
IT, информатика	25,0	12,5	62,5	0,0	0,0	100	
Общественные	7,2	71,0	18,8	0,0	2,9	100	
Гуманитарные	0,0	61,3	12,9	12,9	12,9	100	
Педагогика	11,4	59,1	20,5	9,1	0,0	100	
Естественные науки	20,0	40,0	40,0	0,0	0,0	100	
Военное дело	28,6	71,4	0,0	0,0	0,0	100	
Другое	17,4	25,5	25,5	11,8	19,6	100	
Несколько направлен.	15,6	50,0	21,9	9,4	3,1	100	
Ваш пол							
Мужской	15,9	46,7	22,6	9,2	5,6	100	V Крамера = 0,161, p = 0,031
Женский	12,4	59,9	17,5	3,7	6,5	100	
Ваш возраст							
18-24 года	22,2	50,0	11,1	5,6	11,1	100	V Крамера = 0,143 p = 0,006
25-30 лет	6,5	80,6	3,2	0,0	9,7	100	
31-44 лет	19,1	51,1	21,3	5,7	2,8	100	
45-60 лет	7,3	54,2	27,1	8,3	3,1	100	
Старше 60 лет	13,0	50,0	19,4	7,4	10,2	100	
Социально-профессиональная группа							
Руководитель высшего и среднего звена	50,0	40,0	0,0	0,0	10,0	100	V Крамера = 0,259, p = 0,000
Руководитель подразделения (отдела, сектора и т.д)	14,7	44,1	41,2	0,0	0,0	100	
Предприниматель, самозанятый	13,3	56,7	10,0	20,0	0,0	100	
Специалист (врач, учитель, инженер, юрист и т.д)	11,6	59,3	14,0	9,3	5,8	100	
Персонал средней квалификации (медсестра, мастер, др)	27,3	52,7	12,7	0,0	7,3	100	
Служащий (армия, полиция, нижнее звено аппарата управления)	0,0	37,5	62,5	0,0	0,0	100	
Рабочий (любой квалификации)	20,0	42,2	6,7	13,3	17,8	100	
Студент, обучающийся	12,0	60,0	8,0	8,0	12,0	100	
Пенсионер	7,2	52,6	32,0	4,1	4,1	100	

Варианты ответов	Можете ли вы сказать, что ведете здоровый образ жизни?					Всего	Стат.связь
	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Затрудняюсь с ответом		
Другое	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	100	
Есть ли у вас вредные привычки?							
Да	5,3	46,8	31,6	12,9	3,5	100	V Крамера = 0,318, p = 0,000
Нет	24,1	58,8	8,5	2,0	6,5	100	
Не задумывался	2,6	61,5	20,5	0,0	15,4	100	

Таблица В. 4. Социально-демографические характеристики выборок

Выборка	Население Тюменской области старше 18 лет				Медицинский персонал УРФО			
Полевой этап, дата	04.2021г.		04.2022г.		04.2021г.		04.2022г.	
Ед.изм.	чел.	%	чел.	%	чел.	%	чел.	%
Размер выборки	386	100,0	384	100,0	402	100,0	382	100,0
Распределение по полу								
Мужчины	183	47,4	182	47,4	61	15,2	59	15,4
Женщины	203	52,6	202	52,6	341	84,8	323	84,6
Распределение по возрасту								
18-24 года	34	8,8	33	8,6	24	6,0	19	5,0
25-30 лет	29	7,5	29	7,6	34	8,5	32	8,4
31-44 года	132	34,2	131	34,1	151	37,6	147	38,5
45-60 лет	90	23,3	90	23,4	160	39,8	154	40,3
старше 60 лет	101	26,2	101	26,3	33	8,2	30	7,9
Распределение по уровню образованию								
Общее образование	99	25,6	80	20,8	6	1,5	4	1,0
Среднее профессиональное	161	41,7	164	42,7	131	32,6	119	31,2
Неполное высшее	7	1,8	5	1,3	44	10,9	42	11,0
Высшее	112	29,0	128	33,4	185	46,0	183	47,9
Кадры высшей квалификации	7	1,8	7	1,8	36	9,0	34	8,9
Распределение по местности проживания								
Городские жители	263	68,1	262	68,2	295	73,4	278	72,8
Сельские жители	123	31,9	122	31,8	107	26,6	104	27,2

Таблица В.5 – Уровни исполнения социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19 в зависимости от и самооценки риска заражения и перенесенного заболевания, в % от числа респондентов каждой группы

	Исполнение социальных норм защиты от COVID-19 (ИСНПП)				
	Высокое	Среднее	Низкое	В среднем по выборке	Статистичес-кая связь
Самооценка высокого риска заболевания COVID-19					
Есть риск	40,9	42,8	42,8	42,5	нет
Затрудняюсь ответить	43,2	33,3	29,0	32,8	

	Исполнение социальных норм защиты от COVID-19 (ИСНПП)				
	Высокое	Среднее	Низкое	В среднем по выборке	Статистическая связь
Нет риска	15,9	23,9	28,3	24,7	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Оценка риска заболевания COVID-19 близких родственников респондента					
Есть риск	45,7	50,6	36,9	44,3	V Крамера = 0,157, p = 0,005
Затрудняюсь ответить	45,7	31,1	47,0	39,6	
Нет риска	8,7	18,3	16,1	16,2	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Самооценка страха заболевания COVID-19					
Боюсь заразиться	40,0	39,1	30,6	35,6	V Крамера = 0,152, p = 0,003
Затрудняюсь ответить	45,0	21,8	24,5	25,7	
Не боюсь заразиться	15,0	39,1	44,9	38,8	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	
Самооценка перенесенного заболевания COVID-19					
Да, несколько раз	8,3	16,6	14,9	14,9	V Крамера = 0,225, p = 0,000
Да, один раз. COVID-19 был подтвержден анализами	41,7	44,2	32,0	38,5	
Да, думаю, что я перенес COVID -19, анализы были отрицательные	4,2	10,5	11,0	10,0	
Да, анализы не сдавал, но думаю, что перенес COVID -19	4,2	6,1	7,2	6,3	
Нет, не болел	18,8	22,1	27,6	24,1	
Затрудняюсь с ответом	22,9	0,6	7,2	6,1	
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	