

**На правах рукописи**



**КОВАЛЬЖИНА ЛАРИСА СЕРГЕЕВНА**

**ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ  
В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ**

**Специальность: 5.4.6 – Социология культуры**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора социологических наук

Тюмень, 2024

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Тюменский индустриальный университет»

Научный  
консультант:

**Белоножко Марина Львовна,**  
доктор социологических наук, профессор

Официальные оппоненты:

**Ильиных Светлана Анатольевна,**  
доктор социологических наук, профессор,  
заведующая кафедрой социологии  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Новосибирский государственный университет  
экономики и управления «НИНХ»

**Каменева Татьяна Николаевна,**  
доктор социологических наук, доцент,  
профессор кафедры социологии  
Федеральное государственное образовательное  
бюджетное учреждение высшего образования  
«Финансовый университет при Правительстве  
Российской Федерации»

**Лебедева-Несевря Наталья Александровна,**  
доктор социологических наук, доцент,  
профессор кафедры социологии  
Федеральное государственное автономное образо-  
вательное учреждение высшего образования  
«Пермский государственный национальный  
исследовательский университет»

Ведущая организация:

**ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»**

Защита состоится «6» декабря 2024 года в 11.00 часов (тюменское время) на заседании диссертационного совета 24.2.419.01 при Тюменском индустриальном университете по адресу: г. Тюмень, ул. Мельникайте, 70, ауд. 824.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотечно-информационном центре ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет» по адресу: г. Тюмень, ул. Мельникайте, 72, а также на сайте ФГБОУ ВО «Тюменский индустриальный университет»: <https://www.tyuiu.ru/media/pdf/cba18359-ed4c-4c1d-a658-cd87e797e4a2.pdf>

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
кандидат социологических наук, доцент



Ребышева Л.В.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**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<sup>1</sup>. 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 действенным 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<sup>2</sup>. Особенностью социально обусловленных заболеваний, как основной причины смертности<sup>3</sup> в мире, является

<sup>1</sup> Информационная панель ВОЗ по коронавирусу (COVID-19) // Всемирная организация здравоохранения: [Электронная база данных]. URL : <https://covid19.who.int/>

<sup>2</sup> Каждые две секунды от неинфекционных заболеваний умирает один человек в возрасте до 70 лет // Организация объединенных наций. 2022. URL : <https://news.un.org/ru/story/2022/09/1432081/>

<sup>3</sup> ВОЗ публикует статистику о ведущих причинах смертности и инвалидности во всем мире за период 2000-2019г.

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. 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%)<sup>4</sup>, они же в качестве косвенных индикаторов демонстрируют недостаточно высокий уровень здоровьесберегающего поведения и культуры здоровья в целом. 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<sup>5</sup>.

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 обуславливает 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<sup>6</sup>. Труды Э. Б. Тайлора, А. Л. Кребера, Р. Бенедикт, Л. А. Уайт расширили понимание культуры в контексте социального развития общества<sup>7</sup>.

Истоки социологии культуры, как научного знания о современном

---

– URL: <https://www.who.int/ru/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide>.

<sup>4</sup> Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) // IHME/GHDx. URL : <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>.

<sup>5</sup> 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>.

<sup>6</sup> Вольтер Ф. М. А. Философские сочинения М., 1996. 559 с.

<sup>7</sup> Крёбер А. Л. Избранное: Природа культуры. М., 2004. 1008 с.; Уайт Л. А. Понятие культуры // Вопросы социальной теории. 2009. Вып. 1(3). С. 95–124; Benedict R. Pattern of Culture. URL : <https://archive.org/details/i.pernet.dli.2015.184602>.

социуме, находятся в трудах О. Конта, Г. Спенсера, Т. Парсонса, П. Сорокина, А. Б. Гофмана<sup>8</sup>. 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<sup>9</sup>.

Теоретический фундамент современных исследований культуры, частью которой является культура здоровья, заложили советские исследователи Л. Г. Ионин, Л. Н. Коган, А. И. Шендрик<sup>10</sup>. Современные социологические концепции культуры представлены в исследованиях М. Гельфанд, Е. Н. Нарховой и Д. Ю. Нархова<sup>11</sup>.

Аксиологические аспекты культуры здоровья и значимость ценностной компоненты культуры раскрываются в работах А. В. Верещагиной, А. Ю. Гайфуллиной, Л. М. Дробижевой, Ф. А. Кашапова, Н. М. Лебедева, А. Г. Лукьяшко, А. Н. Татарко, О. В. Терентьева, С. В. Толмачевой, В. Э. Цейслера<sup>12</sup>. 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<sup>13</sup>.

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<sup>14</sup>. Самосохранительное поведение россиян

<sup>8</sup> Гофман А. Б. Социальное, социокультурное, культурное. Историко-социологические заметки о соотношении понятий общество и культура // Социологический ежегодник. М., 2010; Конт О. Дух позитивной философии. (Слово о положительном мышлении). Ростов-на-Дону, 2003. 256 с.; Парсонс Т. О социальных системах. М. 2002. 832 с.; Сорокин П. А. Социальная и культурная динамика: исслед. изм. в больших системах искусства, истины, этики, права и обществ. отношений. Санкт-Петербург, 2000. 1054 с.; Спенсер Г. Социальная статика: Изложение социальных законов, обуславливающих счастье человечества. Санкт-Петербург, 1872. 471 с.

<sup>9</sup> Вебер М. Основные социологические понятия. Избранные произведения. М., 1990. С. 602–633; Дюркгейм, Э. Социология. Ее предмет, метод, предназначение. М., 1995. 352 с.; Манхейм К. Диагноз нашего времени. М., 2010. 744 с. Фромм Э. Здоровое общество. М., 2005. 576 с.

<sup>10</sup> Ионин Л. Г. Социология культуры: учебное пособие. М., 1998. 280 с.; Коган Л. Н. Социология культуры: учебное пособие. Екатеринбург, 1992. 120 с.; Шендрик А. И. Социология культуры. М., 2012. 495 с.

<sup>11</sup> Гельфанд М. Почему им можно, а нам нельзя? Откуда берутся социальные нормы. М., 2019. 165 с.; Нархова Е. Н., Нархов Д. Ю. Социология культуры: учеб. пособие. Екатеринбург, 2019. 302 с.

<sup>12</sup> Верещагина А. В. Здоровье и отношение к нему российской молодежи в цифровую эпоху // ПОИСК: Политика. Обществоведение. Искусство. Социология. Культура. 2021. № 3(86). С. 67–78; Гайфуллин А. Ю. Здоровье в системе ценностей молодежи: социологический анализ // Уфимский гуманитарный научный форум. 2024. № 1(17). С. 291–303; Дробижева Л. М. Ценность здоровья и культура нездоровья в России // Демоскоп. 2018. URL: <http://spkurdyumov.ru/forecasting/cennost-zdorovya-i-kultura-nezdorovya-v-rossii>; Кашапов Ф. А., Терентьев О. В., Цейслер В. Э. Здоровье как ценность: культура и биоэтика // Вестник ЮУрГУ. 2007. № 24 (96). С. 107–111; Лебедева Н. М., Татарко А. Н. Ценности культуры и развитие общества. М., 2007. 527 с.; Толмачева С. В., Давлетшина Э. В. Динамика приоритетных ценностей россиян // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. 2022. Т. 15. № 4. С. 132–141.

<sup>13</sup> Быховская И. М. Физическая культура как культура тела: антропологический контрапункт природного и социального // Вестник Московского городского педагогического университета. 2020. № 4(40). С. 92–109; Латыговская О. В. Содержание и синтез понятий «культура» и «здоровье» // Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук. 2019. Т. 13. № 3. С. 65–70; Киселева Ж. И., Валетов М. Р., Шляпникова В. В. Роль теоретических занятий в формировании культуры здоровья личности // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2020. Т. 9. № 2 (31). С. 115–117.

<sup>14</sup> Журавлева И. В., Шилова Л. С., Антонов А. И., Бабин Е. Б. Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М., 1989. 64 с.; Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. М., 2006. 238 с.;

исследовалось также И. С. Шаповаловой, С. А. Вангородской, О. Н. Полухиным, а его особенности в условиях социально-экономической трансформации общества описал В. Я. Шклярчук<sup>15</sup>.

Различные аспекты социологии питания, анализ традиций и трансформации поведения раскрываются в трудах Н. Н. Зарубиной, С. А. Кравченко, Д. Н. Карповой, А. В. Носковой<sup>16</sup>. Исследования телесной культуры Н. Л. Антоновой и А. В. Меренкова сформировали «социологию тела»<sup>17</sup>.

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. Баженовой, Е. В. Дубограй, В. С. Капицы, О. С. Мавропуло, М. Ф. Черныш<sup>18</sup>. Исследования социальных детерминант сохранения здоровья представлены также в работах западных ученых Х. Бехфороуз, Р. Вилкинсона, П. Драйна, Ф. Дидирехса, Д. М. Катлера, А. Ллерас-Муניה, М. Мармот, Дж. Ратигана, М. Уайтхед, Т. Эванса<sup>19</sup>.

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)<sup>20</sup>.

---

Журавлева И. В. Специфика подросткового возраста и особенности ее изучения // Здоровье подростков и окружающая среда: изменения за 20 лет / И. В. Журавлева, Л. Ю. Иванова, Г. А. Ивахненко [и др.]. М., 2021. С. 10–23; Журавлева И. В., Лакомова Н. В. Социальная обусловленность здоровья подростков во временном аспекте // Социологическая наука и социальная практика. 2019. № 2(26). С. 132–152.

<sup>15</sup> 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; Шклярчук В. Я. Формирование самосохранительного поведения в условиях перехода России к расширенному воспроизводству населения: автореф. дис. ... докт. социол. наук. Саратов, 2013. 37 с.

<sup>16</sup> Зарубина Н. Н., Карпова Д. Н., Кравченко С. А. Смыслы и симулякры «нормальной» еды: их отношение к здоровому питанию // Социология питания: традиции и трансформации. М., 2017. С. 152–185; Кравченко С. А., Зарубина Н. Н., Носкова А. В. Социология питания: традиции и трансформации. М., 2017. 302 с.

<sup>17</sup> Меренков А. В., Антонова Н. Л. Конструирование тела как трансформация биосоциальной природы человека: социологическая концептуализация и интерпретация // Известия Уральского федерального университета. Серия 3: Общественные науки. 2018. № 1(173). С. 51–58.

<sup>18</sup> Агаджанян Н. А. Адаптационная и этническая физиология. Продолжительность жизни и здоровье человека. М., 2009. 48 с.; Баженова Е. В. Тело человека как территория столкновения природы и культуры // Человек в мире культуры. 2012. № 3. С. 3–8; Дубограй Е. В. Сравнительный анализ содержания источников основных мировых религий и православного христианства по вопросам здоровья человека // Социология медицины. 2012. № 1(20). С. 18–21; Каменева Т. Н. Здоровьесберегающее поведение молодежи: проблема социальной регуляции // III Римашевские чтения. Сбережение населения России: здоровье, занятость, уровень и качество жизни. М., 2020. С. 131–135; Мавропуло О. С. Факторы кризиса культуры здоровья в современной России // Социально-гуманитарные знания. 2017. № 7. С. 131–137; Черныш М. Ф. Социальное благополучие и здоровье // Информационно-аналитический бюллетень Института социологии ФНИСЦ РАН. 2020. № 1. С. 54–74.

<sup>19</sup> Behforouz H., Drain P., Rhatigan J. Rethinking the social history // N Engl J Med. 2014. Vol. 371(14). P. 1277–1279; Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action / T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen [et al.]. New York, 2001. – 348 p.; Marmot M., Wilkinson R. Social determinants of health. Oxford, 1999. 376 p.

<sup>20</sup> Браун Д., Панова Л. В., Русинова Н. Л. Гендерные различия в здоровье // Социологические исследования. 2007. № 6(278). С. 114–122; Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Возрастные различия статусных неравенств в здоровье: значение социального государства // Социологический журнал. 2021. Т. 27. № 1. С. 97–121; Ермолаева П. О., Носкова Е. П. Основные тенденции здорового образа жизни россиян // Социологические исследования. 2015. № 4(372). С. 120–129; Осипова Н. Г. Социальное конструирование общественного здоровья // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2016. Т. 22. № 4. С. 119–141; Пузанова Ж. В., Тертышникова А. Г. Особенности образа жизни и отношения к здоровью российских студентов (на примере МГУ и РУДН) // Социологические исследования. 2017. № 8(401). С. 88–94; Чернышкова Е. В., Юрова И. Ю. Барьеры здоровьесбережения сельского населения с профессиональными заболеваниями // Социология медицины. 2016. Т. 15. № 1. С. 38–41; The essence and structural elements of a healthy lifestyle of students / L. M. Gaisina, R. B. Shaikhislamov, R.

Особенности здоровьесберегающего поведения городских жителей и политики сохранения здоровья отражены в работах Л. Л. Мехришвили, Н. А. Ткачевой, Ю. М. Конева<sup>21</sup>.

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<sup>22</sup>.

Культура здоровья в контексте охраны общественного здоровья представлены в научных трудах отечественных ученых А. М. Изуткина, В. П. Петленко, Г. И. Царегородцева<sup>23</sup>. 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<sup>24</sup>.

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<sup>25</sup>.

Влияние пандемий на общество, а также социальные аспекты сохранения здоровья населения в условиях пандемии COVID-19 раскрываются в работах В. К. Левашова, С. В. Рязанцева, А. В. Торкунова, Ж. Т. Тощенко, Н. Г. Хайруллиной, Г. Ф. Хидажевой<sup>26</sup>. 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<sup>27</sup>.

Социальные практики различных социальных групп в период пандемии исследовали С. А. Ильиных, Н. В. Проказина, Н. Ю. Бобылева, раскрывая проблемы пассивности общества<sup>28</sup>. Социокультурный феномен инфодемии и

---

R. Shayakhmetova [et al.] // *Espacios*. 2019. Vol. 40, No. 21. P. 10.

<sup>21</sup> Мехришвили Л.Л., Ткачева Н.А., Конев Ю.М. Политика формирования здорового города. Тюмень, 2021. 163с.;

<sup>22</sup> Белоножко М. Л., Ребышева Л. В., Ситева С.С. Социология культуры. Тюмень, 2022. 164 с.; Здоровьесбережение участников освоения арктического нефтегазового региона / А. М. Акимов, О. М. Барбаков, М. Л. Белоножко [и др.]. Тюмень, 2019. 171 с.

<sup>23</sup> Изуткин А. М., Петленко В. П., Царегородцев Г. И. Социология медицины. Киев, 1981. 184 с.

<sup>24</sup> Казначеев В. П. Очерки теории и практики экологии человека. М., 1983. 260 с.; Лебедева-Несеври Н. А., Гордеева С. С. Социология здоровья: уч. пос. Пермь, 2011. 238 с.; Медик В. А., Лисицин В. И. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2016. 496 с.; Решетников А. В. Социология медицины. М., 2002. 976 с.

<sup>25</sup> Бульст Н. Почитание святых во время чумы. Социальные и религиозные последствия эпидемии чумы в позднее средневековье // *Одиссей. Человек в истории*. М., 2000. С. 152–185; Михель Д. В. Болезнь и всемирная история: уч. пос. Саратов, 2009. 196 с.; Келли Д. Черная смерть. История самой разрушительной чумы Средневековья. М., 2021. 470 с.; Супотницкий М. В., Супотницкая Н. С. «Черная смерть» – второе пришествие чумы в Европу (1346-1351) // *Очерки истории чумы*. URL : <http://supotnitskiy.ru/book/book3-5.htm>; Roos D. How 5 of History's Worst Pandemics Finally Ended. 2021. URL : <https://www.history.com/news/pandemics-end-plague-cholera-black-death>.

<sup>26</sup> Пандемия COVID-19: Вызовы, последствия, противодействия / А. В. Торкунов, С. В. Рязанцев, В. К. Левашов [и др.]. М., 2021. 248 с.; Хайруллина Н. Г. Социальное самочувствие тюменцев в условиях распространения коронавирусной инфекции // *Нефть и газ: технологии и инновации: науч.-практ. конф.* Тюмень, 2020. С. 221–224; Хидажева Г. Ф. Проблемы в сфере охраны труда и здоровья вахтовых мигрантов в условиях коронавирусной пандемии // *Демографические чтения. Вызовы и тенденции демографического развития России и ее регионов*. Уфа, 2020. С. 178-181.

<sup>27</sup> Макушева М. О., Нестик Т. А. Социально-психологические предпосылки и эффекты доверия социальным институтам в условиях пандемии // *Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены*. 2020. № 6 (160). С. 427–447; Туркулец С. Е., Туркулец А. В., Листопадова Е. В., Сокольская М. В. Социальная стигматизация в период пандемии // *Социодинамика*. 2020. № 5. С. 11–25.

<sup>28</sup> Ильиных С. А. Социальные практики в период пандемии: атомизация, солидарность, пассивность // *ПОИСК: Политика. Обществоведение. Искусство. Социология. Культура*. 2022. № 1(90). С. 73–84; Проказина Н. В., Бобылева Н. Ю. Социальные представления и практики здоровьесберегающего поведения молодежи в условиях пандемии COVID-19 // *Среднерусский вестник общественных наук*. 2022. Т. 17. № 1. С. 37–53.

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<sup>29</sup>.

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<sup>30</sup>. Структурно-таксономическое моделирование в исследовании саморегуляции жизнедеятельности молодежи представлено в работах Ю. А. Зубок, А. С. Любутова, О. В. Сорокина, В. И. Чупрова<sup>31</sup>. В трудах Т. Н. Каменевой, Е. В. Чанковой раскрываются особенности саморегуляции коммуникативных практик и социокультурные составляющие отношения к здоровью в условиях пандемии<sup>32</sup>.

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 распространения 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 здоровья в контексте культуры здоровья.

---

<sup>29</sup> Самыгин П. С., Самыгина Л. В., Самыгин С. И., Левандина И. А. Конспирологические теории и пандемия коронавируса // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. 2020. Т. 13. № 3. С. 125–132; Юдина М. А. Роль информационно-коммуникационных технологий в охране здоровья и трансформации качества занятости в период пандемии COVID-2019 // Уровень жизни населения регионов России. 2020. Т. 16. № 3. С. 98–107.

<sup>30</sup> Зубок Ю. А., Чупров В. И. Жизненные стратегии молодежи: реализация ожиданий и социальные настроения // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 3. С. 13–41; Саморегуляция жизнедеятельности молодежи: методология и социальные практики: монография / Ю. А. Зубок, О. Н. Безрукова, Ю. Р. Вишневецкий [и др.]; науч. ред. Ю.А. Зубок. Белгород, 2021. 500 с.

<sup>31</sup> Чупров В. И., Зубок Ю.А., Любутов А. С., Сорокин О. В. Саморегуляция жизнедеятельности молодежи: структурно-таксономическое моделирование // Социологические исследования. 2021. № 10. С. 23–36.

<sup>32</sup> Каменева Т. Н., Чанкова Е. В. Социокультурные составляющие отношения к здоровью в условиях пандемии // Вестник Южно-Российского государственного технического университета (НПИ). Серия: Социально-экономические науки. 2021. Т. 14. № 2. С. 83–91.

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 проведенного 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. Толстой, 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  $\pm 5,0\%$ , 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  $\pm 5,0\%$ , 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 йододефицита 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.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Во **введении** обоснована актуальность темы исследования, сформулированы цель, задачи и научная новизна работы, показана её теоретическая и практическая значимость, представлены основные положения, выносимые на защиту.

**В первой главе «Теоретико-методологические основания исследования культуры здоровья»** рассматривается сущность, содержание и подходы

исследования культуры здоровья, выявляются факторы, детерминирующие здоровье, определяются элементы и механизмы формирования культуры здоровья, а также обосновывается связь целенаправленных и саморегуляционных процессов культуры здоровья как объекта социального регулирования.

**В § 1.1 «Культура здоровья в классических и современных теориях: сущность, содержание и подходы»** подчеркивается, что культура здоровья рассматривается в контексте общей культуры. Действительно, именно сущность многогранной и полисемантической дефиниции «культура» позволяют сформировать представления о связи продолжительности жизни и здоровья, так как ценность здоровья естественна для человека любой культуры, как и стремление по возможности сохранить и улучшить свое самочувствие, продлить годы активной жизни.

Термин «культура здоровья» (the culture of health) был введен в научный оборот в 1968 году В. А. Скуминым. 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»<sup>33</sup>.

На основе содержательного анализа классических концепций и современных исследований в диссертации анализируются 4 подхода изучения культуры здоровья: психолого-педагогический, аксиологический, социально-профилактический и социологический.

В работах представителей психолого-педагогического направления (О. Л. Трещевой, А. Г. Карпеева и др.) культура здоровья раскрывается с позиции объективных и субъективных результатов деятельности личности в отношении персонального здоровья. Аксиологический подход оценивает культуру как систему базовых ценностей общества (Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов и др.). В социально-профилактическом подходе лейтмотивом является задача сохранения здоровья и профилактика заболеваний. При этом культура здоровья рассматривается с функциональной позиции, как инструмент формирования ценностных установок и убеждений, необходимый при реализации любой программы профилактики заболеваний и сохранения здоровья (К. Тонз, С. Тилфорд, О. В. Верхорубова и др.).

Более комплексным, с точки зрения здоровьесбережения в рамках социума, является социологический подход, который рассматривает культуру здоровья как компонент культуры общества, как ресурс социального развития и как ценностно-нормативную регуляцию поведения индивида и социальных групп, в результате которой обеспечивается воспроизводство в первую очередь общественного здоровья, в чем и состоит главное отличие социологического подхода.

Однако представители социологического направления разрабатывают часто лишь отдельные элементы культуры здоровья, например, факторы социального благополучия и здоровья (М. Ф. Черныш), культуру здоровья и нездоровья (Л. М. Дробижева, О. С. Мавропуло), культуру «телесности» (Е. В. Баженова, И. М. Быховская), практики конструирования тела и культуру

---

<sup>33</sup> Скумин, В. А. Культура Здоровья : избранные лекции. Чебоксары, 2002. С. 14.

здоровьесбережения (Н. Л. Антонова, А. В. Меренков), типы культуры и поведения, направленного на сохранение здоровья (М. Гельфанд).

Таким образом, сложившаяся методология и практика изучения культуры здоровья демонстрирует сложность дефиниции «культура здоровья», широту междисциплинарных взглядов на предмет и сущность явления, разноаспектность прикладных исследований, концепций и моделей. При этом, именно социологический подход позволяет исследовать сущность индивидуальной и общественной культуры здоровья, а многогранность данного понятия, демонстрируемая в работах классиков и современников социологической науки, приводит к необходимости рассмотрения различных факторов его формирования и развития.

**В § 1.2 «Культура здоровья и факторы, детерминирующие здоровье»** раскрывается многогранная сущность сложной междисциплинарной дефиниции «здоровье». Анализ основных исследований дефиниции «здоровье», таких его элементов, как уровни здоровья (индивидуальное, общественное), факторы сохранения общественного здоровья и факторы риска, социальные детерминанты здоровья, позволил сформулировать понятия «индивидуальное и общественное здоровье». Индивидуальное здоровье характеризует состояние здоровья конкретного человека – его способность полноценно выполнять свои биологические и социальные функции. 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.

В диссертации систематизированы факторы, детерминирующие индивидуальное и общественное здоровье, которые помимо биологических, экологических, инфраструктурных включают в себя и социальные факторы, а именно, социокультурные, социально-экономические и статусно-демографические, будучи взаимозависимы и взаимообусловлены, проявляются в поведении индивидов (здоровый образ жизни, здоровьесберегающее и профилактическое поведение). Именно поведенческие социальные факторы представляются источником социальных изменений в сохранении здоровья индивидов и социальных групп, а также объектом стимулирования здоровьесбережения посредством развития культуры здоровья.

**В § 1.3 «Основные подходы к формированию элементов культуры здоровья»** анализируются основные элементы культуры здоровья (культурные нормы и правила сохранения здоровья), усвоенные и проявляемые в здоровьесберегающем и профилактическом поведении индивидов и социальных групп, основанные на сформированных ценностных ориентациях индивида. Теоретическая интерпретация этих элементов осуществлена в разрезе поведенческого, потребностно-мотивационного, ценностного, информационно-когнитивного и праксеологического методологических подходов, отражающих сущность формирования культуры здоровья.

В диссертации поведенческий подход обосновывается на основе авторских трактовок терминов «здоровьесберегающее поведение», определяемое как поведение, имеющее направленность на сохранение текущего уровня здоровья; «профилактическое поведение», установленное, исходя из авторской позиции, как поведение индивида, социальных групп, направленное на недопущение

возникновения факторов риска, которые могут повлиять на ухудшение текущего состояния здоровья, а также предотвращение возможного возникновения, развития болезни и ухудшение текущего (или желаемого) уровня здоровья. В контексте данного подхода исследуются практики здоровьесбережения, которые, подвергаясь хабиутализации, становятся социальными практиками и основой для институционализации. Согласно концепции П. Бурдьё<sup>34</sup> практики определяются габитусом, согласованным с индивидуальной системой диспозиций, предрасположенностей и реальностью, выстроенной индивидом. Следовательно, практики культуры здоровья способны зафиксировать в поведении индивида ожидания общества относительно сохранения здоровья благодаря ценностно-нормативной регуляции здоровьесберегающей деятельности.

Потребностно-мотивационный подход к формированию культуры здоровья позволяет обосновать тот факт, что здоровьесберегающее поведение может регулироваться через систему потребностей, интересов и ситуационных условий внешнего воздействия.

Аксиологический подход, основанный на представлении, что культура формируется социальной общностью, имеющей сходную систему ценностей, а разнообразие ценностей социума определяет вариативность поведения его агентов, позволил утверждать, что для формирования культуры здоровья имеет важность связь типов культуры, учитывающих особенности культурных норм общества, с вариативностью ценностей социума, особенно ценностей сохранения здоровья. Для выявления связей между ценностями, социальными нормами и культурой здоровья в диссертации использована концепция «культурной жесткости-свободы» М. Гельфанд<sup>35</sup>, которая вводит жесткий и свободный типы культур 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.

Информационно-когнитивный компонент процесса формирования культуры здоровья отражает восприятие индивидом социальной реальности. Введенное А. Шюцем<sup>36</sup> понятие «жизненный мир» фиксирует переход индивида от индивидуального переживания к восприятию социального окружения как объективной реальности, показывает смещение акцента на особенности «смыслеполагания», т.е. на толкование смыслов и их социальное конструирование. Таким образом, 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.

В праксеологическом (институциональном) подходе раскрываются элементы процесса формирования культуры здоровья, реализующегося через социальные институты, которые инициируют и регулируют появление, принятие и

<sup>34</sup> Бурдьё П. Начала. М., 1994. 288 с.

<sup>35</sup> Гельфанд М. Почему им можно, а нам нельзя? Откуда берутся социальные нормы. М., 2019. 165 с.

<sup>36</sup> Шюц А. Избранное: Мир, светящийся смыслом. М., 2004. 1056 с.

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 и общественного здоровья.

Таким образом, анализ подходов позволил выявить основные элементы формирования культуры здоровья, которые в совокупности образуют сложные процессы создания и дальнейшего развития культуры здоровья, ее совершенствование, которые по своей направленности могут быть как целенаправленными, так и саморегулируемыми.

**В § 1.4 «Культура здоровья как объект социального регулирования: связь целенаправленных и саморегуляционных процессов»** раскрывается сущность процессов формирования и регуляции культуры здоровья.

В диссертации подчеркивается, что формирование культуры здоровья индивида (ее дальнейшее развитие и регулирование) происходит посредством социальной регуляции, которая, согласно концепции «социокультурной саморегуляции» 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»<sup>37</sup>. Исходя из этого, результатом социальной регуляции культуры здоровья является достижение здоровьесберегающего поведения индивидов и групп.

При этом социальная регуляция может быть целенаправленной или саморегулируемой. 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 их поведение. В диссертации обосновано, что эти процессы взаимосвязаны: социальные институты влияют на формирование смысловых оснований здоровьесбережения посредством создания, интеграции, трансляции, согласования и сохранения социальных норм здоровьесбережения, создавая и воздействуя на ценностные ориентации, представления о здоровье и практиках его сохранения, и в конечном итоге, на конструируемые индивидами и группами смыслы здоровьесберегающей деятельности и мотиваторы соответствующего поведения.

В диссертации рассмотрена социальная регуляция культуры здоровья в обычной жизнедеятельности общества, когда формирование культуры здоровья заключается в профилактике социально обусловленных болезней, являющихся частью реальности современных поколений на протяжении всей жизни (например, сердечно-сосудистые, эндокринные, йододефицитные заболевания и др.), в возникновении, развитии и предотвращении которых поведение индивида имеет

---

<sup>37</sup> 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, 2021. С.10.

высокую значимость и играет ключевую роль. В чрезвычайных условиях пандемий, эпизодически повторяющихся в общественной истории, сформированная в повседневной жизни индивида культура здоровья сохраняет свою значимость и является важнейшим условием сохранения здоровья и в пандемийные периоды.

Таким образом, формирование культуры здоровья происходит за счет объединения поведенческого, потребностно-мотивационного, ценностного, информационно-когнитивного и праксеологического подходов в едином процессе социальной регуляции культуры здоровья, где внутренняя сущность регуляции процесса раскрывается через социокультурную саморегуляцию здоровьесберегающего поведения, а внешняя – через целенаправленную, институциональную регуляцию культуры здоровья. Предложенный конструкт позволяет исследовать культуру здоровья как значимый элемент общественной системы сохранения здоровья, отражающий социальные ожидания общества в отношении здоровьесберегающего поведения социальных субъектов, 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.

**Вторая глава «Формирование и регуляция культуры здоровья»** посвящена анализу процесса формирования культуры здоровья и ее последующей регуляции. Разработанная интегральная модель механизма социальной регуляции и формирования культуры здоровья раскрывается через связь институциональной нормативной регуляции и социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения, отображая ценностно-нормативную сущность культуры.

**В § 2.1 «Социальные институты в формировании и регуляции культуры здоровья»** исследуется роль различных социальных институтов (семья, образование, здравоохранение, средства массовой информации) в формировании культуры здоровья. Показано, что социальные институты обеспечивают социальную регуляцию культуры здоровья и здоровьесберегающего поведения, с одной стороны, создавая ценностные ориентиры здоровья, жизни и активного долголетия, а, с другой – производя, транслируя, регулируя и контролируя нормативные, социально одобряемые нормы и образцы здоровьесберегающего поведения.

Так, например, институт семьи как субъект первичной социализации индивида определяет начальное ценностное отношение к сохранению здоровья, принятие практик здоровьесберегающего поведения, усвоение моделей здорового образа жизни (далее – ЗОЖ) и поведения (при заболевании, лечении, реабилитации, профилактике). Анализ функции латентности (поддержания образцов поведения и снятия напряжения во взаимодействии) социального института семьи и особенностей социальных ролей родителей и детей показал важность семьи в формировании ценностно-рационального поведения ребёнка и будущего инструментально-рационального поведения в профилактике заболеваний, в выборе средств профилактики, в способности избежать риски здоровью, в соблюдении ЗОЖ и др.

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, подтверждаются поведенческими показателями соблюдения здорового образа жизни (по результатам исследования связь статистически подтверждена,  $p = 0,008$ ,  $V$  Крамера =  $0,107$ ).

Роль и значимость социальных институтов здравоохранения, образования, средств массовой информации, выполняющих функцию интеграции в формировании культуры здоровья, обеспечивающих передачу социальных норм и моделей поведения, определялась в ходе авторского социологического исследования по оценке респондентов относительно влияния этих акторов на культуру здоровья и нормативную регуляцию, сублимированную в социальных нормах следования здоровому образу жизни. Например, в 2022 году достаточность пропаганды ЗОЖ подчеркнули только треть респондентов (33%), а по мнению 20% респондентов здоровый образ жизни вообще не пропагандируется. Среди акторов, оказывающих значительное влияние на культуру здоровья помимо семьи, респонденты называли в первую очередь структуры здравоохранения (83%), а СМИ и акторы образования считают важными для формирования культуры здоровья только половина опрошенных.

Анализ институциональной регуляции культуры здоровья выявил слабые стороны информационной составляющей, наиболее значимые из которых: коммерциализация медийного пространства производственными и торговыми фармацевтическими компаниями, приводящая к искажению профилактической информации в сторону коммерческой выгоды заказчиков, а также недостаток экспертных оценок, опубликованных в формальных и неформальных каналах массовой коммуникации. Как следствие, медиализированная информация зачастую обрастает домыслами, порождаемыми страхами и некомпетентностью транслятора (например, антипрививочные кампании в сетевых сообществах); отсутствие механизма контроля за достоверностью размещаемой в формальных и неформальных СМИ информации в отношении социальных норм здоровьесберегающего 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 интеграции.

**В § 2.2 «Социокультурная саморегуляция здоровьесберегающего поведения»** представлены результаты социологического исследования социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения, взаимодействия и взаимозависимости его компонентов: типов культуры, ценностных ориентаций, образа здоровья, социодемографических характеристик респондентов, габитусов, поведения (здоровьесберегающего и профилактического), жизненных позиций и мотивации в отношении здоровьесбережения.

В диссертации обосновано, что в основе здоровьесберегающей деятельности социальных субъектов находятся образы здоровья, средств и методов его достижения, а ценностные ориентации на сохранение здоровья создают мотивацию на его сохранение, формируя как внутренние правила выбора социальных практик здоровьесбережения и готовность к здоровьесберегающей деятельности, так

и реакции людей на систему социального контроля.

Для изучения культуры здоровья на основе концепции М. Гельфанд<sup>35</sup>, разделяющей культуру на жесткий и свободный типы, была разработана авторская методика оценки типов культур. Представители жесткой культуры по направленности личности ориентированы на стабильность, самодисциплину, порядок, по отношению к социальной среде имеют установку «мир опасный, хрупкий, его надо охранять», в детях воспитывают конформность, послушание, уделяют внимание социальным нормам, находят удовольствие в рутине. Представители свободной культуры ориентированы на самоактуализацию, инновации, открытость (гибкость, озарение, воображение), по отношению к социальной среде имеют установку «мир дружелюбный, можно пробовать, риск и новизна – это хорошо», в детях воспитывают самобытность, независимость, имеют либеральную ментальность: меньше внимание социальным нормам, готовы к риску.

Результаты исследования показали, что 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 – 5,5%, а свободной всего 1,5%.

Выявленные особенности сформированного «образа здоровья» среди «взрослых» респондентов дали возможность утверждать, что они в описании своего понимания здоровья наиболее часто употребляют 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», в то время как в молодежной группе в списке смыслов, описывающих образ здоровья, на первый план выходят фразы «здоровье – это состояние полного физического благополучия», с меньшей частотой использовались слова «психическое», «социальное благополучие», «отсутствие болезней».

Оценка ценностной и потребностно-мотивационной компоненты механизма социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения показала, что 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». Таким образом, здоровье понимается как главный ресурс для жизни и основа телесного и социального благополучия.

Выявлена тесная связь между приоритетом ценности физического и психического здоровья и возрастом респондентов ( $V$  Крамера = 0,246,  $p=0,000$ ), проживанием в городе или сельской местности ( $V$  Крамера = 0,095,  $p=0,050$ ), профилем образования ( $V$  Крамера=0,255,  $p=0,002$ ), социально-профессиональным статусом ( $V$  Крамера = 0,264,  $p=0,001$ ), следованием ЗОЖ ( $V$  Крамера = 0,206,  $p=0,002$ ).

Социокультурная саморегуляция здоровьесберегающего поведения непосредственно включена в процесс достижения институциональной цели формирования культуры здоровья – здоровьесберегающего поведения индивидов и социальных групп. В результате этого взаимодействия порождается социокультурный феномен «здоровый образ жизни», который представляет собой результат ментального образа здоровья и средств, методов его достижения, включающего внутренние правила выбора социальных практик здоровьесбережения и значимые для индивида нормы сохранения здоровья. Результаты исследования показали, что следование здоровому образу жизни связано с ценностными ориентациями личности, что позволило выделить модели здоровьесберегающего поведения, характеризующихся как разным типом поведения, так и разными установками в отношении здоровьесберегающих активностей. Модели представляют собой сочетания целей как ценностей, в этом случае ценность здоровья стимулирует здоровьесберегающее поведение индивида, которое, по сути, становится саморегуляционной стратегией здоровьесбережения.

Анализ показал связь здорового образа жизни с типами культуры, ценностными ориентациями, социодемографическими характеристиками респондентов, а также с габитусами (поведенческими предрасположенностями, выстроенными в соответствии с культурой, ценностями индивида и другими компонентами социокультурной саморегуляции поведения, на основе которых формируется как образ здоровья, так и направленность его поведенческих реакций и социальных практик сохранения здоровья), демонстрирующими взаимозависимость компонентов социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения.

**В § 2.3 «Интегральный механизм социальной регуляции и формирования культуры здоровья»** описывается авторская концепция социальной регуляции культуры здоровья, основанная 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.

Концепция социальной регуляции культуры здоровья описывается тремя концептами, раскрывающими сущность механизма социальной регуляции и формирования культуры здоровья.

Первый концепт обосновывает вывод о том, что формирование образа здоровья, средств и методов его достижения происходит в сложном процессе социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения индивида при восприятии и усвоении социального опыта здоровьесбережения, ориентированного 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.

Результатом сформированной культуры здоровья в этом случае является здоровьесберегающее поведение индивидов (и социальных групп), представляющее собой саморегуляционную стратегию здоровьесбережения.

Второй концепт раскрывает значимость институциональной регуляции – целенаправленного создания, интеграции, трансляции, сохранения и развития культуры здоровья, реализуемой посредством норм и санкции, способных 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. Данный концепт позволяет смоделировать стратегии государственного регулирования и подходы к сохранению здоровья населения в отношении различных заболеваний и формированию культуры здоровья. В диссертации рассматриваются обязательная, добровольная, самостоятельная стратегии и обосновывается положение о том, что в отношении отдельного общественно значимого заболевания государственная стратегия может добровольной и обязательной, но в ситуации пандемии она должна быть обязательной. Самостоятельная стратегия не приводит к требуемому уровню профилактического поведения вследствие социальной неоднородности, информационной дифференциации индивидов и социальных групп, недостаточной информированности населения о средствах и возможностях профилактики, рисках возникновения заболеваний и смещения фокуса внимания со здоровья на другие жизненные цели.

Третий концепт раскрывает важность взаимосвязанности элементов регуляции, их взаимодополнения и усиления друг друга.

Результаты, полученные в процессе исследования механизма формирования культуры здоровья, позволяют выделить следующие принципы социальной регуляции культуры здоровья: принцип адекватности внешней регуляции (подчеркивает важность адекватной оценки распространенности и тяжести последствий для общества отдельных заболеваний, особенно пандемии, при разработке государственной стратегии сохранения здоровья); принцип триангуляции эффективности социальной регуляции (раскрывает сущность эффективности, заключающейся в необходимости связи институционального регулирования с групповыми и личностными социальными факторами); принцип социальной дифференциации (подчеркивает связь компонентов социокультурной саморегуляции здоровьесберегающего поведения с социально-демографическими характеристиками индивидов и социальных групп в процессе социальной регуляции культуры здоровья).

Таким образом, социокультурная саморегуляция здоровьесберегающей деятельности обеспечивает упорядочение различных социальных реакций групп и индивидов, которые могут усиливаться или подавляться внешними воздействиями. В свою очередь институциональная регуляция здоровьесберегающей деятельности исходит из постулата о сохранении здоровья и жизни как центрального элемента социальной сферы любого государства и его систем 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, усиливающими друг друга, что и отражает сущность интегрального механизма социальной регуляции и формирования культуры здоровья.

**В § 2.4 «Формирование и регуляция культуры здоровья на региональном уровне: противоречия и проблемы реализации»** приводятся результаты анализа формирования в Тюменской области культуры здоровья в условиях профилактики социально обусловленных заболеваний в возникновении, развитии и предотвращении которых поведение индивида имеет ключевую роль. Население Тюменской области проживает в условиях природного йодного дефицита (ЙД) (как и 100 млн. россиян), который вызывает йододефицитные заболевания (например, эндемический кретинизм, мертворождения, нарушения когнитивных функций и другие), последствия развития которых несут серьёзный ущерб обществу, снижая репродуктивный и интеллектуальный потенциал страны. В современной мировой практике проблема решается на национальном уровне посредством обязательного йодирования пищевой соли, к 2018 году так поступали 108 стран мира. Однако в РФ отсутствует законодательное регулирование обязательного йодирования пищевой соли, а массовая профилактика ЙД осуществляется фактически в виде высокочувствительной индивидуальной или групповой профилактики, где ключевым условием является личный выбор, т.е. сформированная культура здоровья в отношении профилактики ЙД.

Проведенный в процессе реализации региональной программы здоровьесбережения и формирования культуры здоровья социальный эксперимент (по формированию социальной нормы) позволил сконструировать социальные нормы, защищающие от рисков возникновения йододефицитных заболеваний. Регулятивная функция нормы заключалась в содержании предписания – приобрести йодированную соль и использовать ее в ежедневном домашнем питании, а оценочная функция формировала представление о должном, правильном и социально одобряемом потребительском выборе, демонстрируя образец для подражания. Разработанный информационный конструкт нормы состоял из утверждений, формирующих убеждения, апеллирующие к ценностям индивида и правил, предписывающих должное потребительское поведение. Социальный эксперимент строился на авторской методике оценки интегральных показателей информированности и профилактического поведения, которая была использована в качестве одного из индикаторов социологического мониторинга региональных программ, результаты которого позволили выявить связь формируемого социального поведения с информированностью респондентов по основным вопросам профилактики йододефицита и совершенствовать программы.

Выявленные модели профилактического поведения продемонстрировали значительный разрыв между знанием о норме и ее соблюдением, в целом недостаточно высокий уровень профилактического поведения, что требует постоянного высокочувствительного стимулирования профилактической деятельности

индивидов и социальных групп. Эксперимент показал противоречия и ограничения возможностей институциональной регуляции при реализации «добровольного» подхода, возлагающего ответственность за профилактику и сохранение здоровья на индивида, что возможно лишь при его высокой культуре здоровья.

**В главе 3 «Культура здоровья в периоды пандемий»** дан ретроспективный анализ культуры здоровья в условиях пандемий, раскрыты особенности здоровьесбережения в российском обществе до и во время пандемии COVID-19 и обоснована необходимость изменения социальных норм здоровьесбережения в условиях COVID-19, а также выявлен и описан сформированный во время пандемии социокультурный феномен инфодемии.

**В § 3.1 «Ретроспективный анализ культуры здоровья в условиях пандемий»** анализируются эпидемии и пандемии от первой, документально зарегистрированной эпидемии тифа в 430 г. до н.э., до современной пандемии коронавируса «COVID-19».

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, влияющим на сохранение здоровья человека. Исторически пандемии были причинами социально-политических, экономических и культурных трансформаций, кризисов. Главными последствиями пандемий, прежде всего, являлось стремительное сокращение численности населения стран (включая сокращение продолжительности жизни), однако в то же время в обществе формировался и опыт борьбы с пандемиями.

Тем не менее, природно-биологическое окружение человечества и сегодня продолжает бросать вызовы обществу и сталкивать его с новыми угрозами, напрямую влияющими на становление общественных отношений и социокультурное развитие. В этих условиях формирование культуры здоровья групп и отдельных индивидов 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 индивидов следовать создаваемым социальным нормам сохранения здоровья.

**В § 3.2 «Особенности здоровьесбережения в российском обществе до и во время пандемии COVID-19»** проводится анализ состояния общественного здоровья, факторов его сохранения и тенденций развития. В параграфе анализируются основные социально-демографические показатели, отражающие состояние здоровьесбережения населения РФ. Отмечена важная социальная особенность пандемии COVID-19 – низкий риск заражения и смертности от коронавируса среди детей и молодежи, что объясняло их пренебрежительное отношение к соблюдению социальных норм дистанцирования и использования средств индивидуальной защиты.

Пандемия COVID-19 явилась серьезным испытанием для всех стран мира, включая Россию. Российская Федерация в 2020-2022 гг. была на 4 месте в мире (после США, Бразилии и Индии) по числу смертельных исходов вследствие

COVID-19. Особенно высоким был показатель смертности среди населения старшей возрастной группы (особенно 80 лет и старше).

Однако проведенный анализ причин высокой смертности населения страны до и во время пандемии (в 1990-2020 гг.) показал, что несмотря на высокую смертность от COVID-19, сохранялось доминирование причин смертности от неинфекционных, общественно значимых заболеваний и внешних причин (болезней системы кровообращения, пищеварения, новообразований, травм, убийств и т.д.). Кроме того, в диссертации выявлена ведущая роль поведенческих факторов, приводящих к заболеваниям и смертности.

Таким образом, результаты исследования позволили обосновать вывод о том, что здоровьесберегающее и профилактическое поведение, сформированное на основе культуры здоровья до пандемии, играет важнейшую роль и во время нее, а «социальная» эпидемия хронических заболеваний не менее значима для сохранения здоровья населения РФ.

**В § 3.3 «Изменение социальных норм здоровьесбережения в условиях пандемии COVID-19»** выявлены нормы и инструменты целенаправленной социальной регуляции культуры здоровья в условиях внезапного возникновения высокого риска здоровью населения.

Разработанные Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Министерством здравоохранения РФ и др. 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. Всего за время пандемии было принято более 2300 нормативных актов, связанных с коронавирусом. Правила, регламенты и инструкции различного уровня, касающиеся как предприятий, организаций различных сфер деятельности, так и населения различных регионов страны сформировали нормативное пространство культуры здоровья. 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.

Другим важным изменением социальных норм культуры здоровья, произошедших в пандемию COVID-19, было изменение неформальных социальных норм, основанных на нравственных, эстетических и др. ценностях, которые на основе паттернов формального нормативного поведения сформировали особую «пандемийную» культуру. Произошли изменения в обычаях и традициях, (например, празднование свадеб, дней рождений без гостей и традиционных развлечений); в обрядах, ритуалах, церемониях (например, запрет на церемонии прощания с умершими), а также в практиках повседневной жизнедеятельности, ограничивающих социальные контакты, в необходимости массового использования удаленных дистанционных форм работы и обучения.

Кроме того, создаваемые социальные нормы сдерживания пандемии влекли за собой и возникновение 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» – человека очень боявшегося заражения.

Длительный период жизнедеятельности в условиях пандемийной реальности привел к появлению опривыченных шаблонов поведения, например, проверка наличия лицевой маски в кармане или сумочке, избегание прикосновения к ручкам дверей в общественных местах; отворачивания от кашляющих людей и др. Пандемийный этикет предусматривал отказ от рукопожатий или обнимания при приветствии. В корпоративной среде ранее считавшийся лояльностью паттерн «перенесение болезни на ногах», под влиянием пандемии сформировал запрос на заботу о коллегах и их самоизоляции до полного выздоровления. Считавшееся ранее «геройство» болеть на работе, не прекращая трудовую деятельность получило отрицательный смысл и противоположную оценку – «не геройство, а безответственность» по отношению к коллективу.

Инструментом социального контроля неформальных норм «ковидной» культуры стал внешний контроль в форме упреков, отказов в обслуживании, злобных взглядов, недопонимания, обид, а со стороны внутреннего контроля – психологический дискомфорт, осуждения, чувство вины, переживания и др.

Возникающая «пандемийная» культура получила свои материальные атрибуты и символы, например, иммунопаспорт – документ о наличии антител к коронавирусу (вследствие болезни или вакцинации); QR-код – цифровой код, свидетельствующий об отсутствии заболевания коронавирусом (использовался для возможности перемещения или допуска на работу), а также героизация медицинского персонала.

Таким образом, созданные и используемые для сдерживания пандемии COVID-19 социальные нормы (и санкции) в отношении самозащиты, лечения и вакцинации стимулировали новые практики и поведенческие реакции, что сформировало новую «пандемийную» культуру здоровья.

**В § 3.4 «Феномен инфодемии как фактор формирования культуры здоровья»** описан культурный феномен, возникший в пандемию COVID-19. Под «инфодемией» понимается стремительное и интенсивное 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 или ее последствий, 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.

В параграфе обсуждаются причины инфодемии, такие как, проблема доверия социальным институтам, стремительный рост потребления медиаконтента, рост числа мобильных устройств и, сформированная в обществе, культура генерации и потребления контента, вынужденная социальная изоляция и др.

Социокультурной особенностью инфодемии стало и появление новых слов, мемов, «переделанных» пословиц и поговорок, что явилось инструментом осмысления происходящего изменения социальной реальности, позволяющего зафиксировать образ реальности в текущем моменте. Народная мудрость «пандемийного» времени останется в таких антипоговорках и антипословицах как: «Мал санитар, да дорог. На Бога надейся, а руки помой! На маску надейся, а сам не плошай. Ковида бояться – в подъезд не ходить. Переболела – гуляй смело! Своя маска – ближе к телу. Ковид гриппа не слаще» и др.<sup>38</sup>.

Таким образом, инфодемия оказала негативное влияние на изменение образа жизни и практики сохранения здоровья, так как смешение достоверной и ложной информации способствовало росту психического напряжения и панических настроений. Недоверие официальным институциям и их источникам информации стимулировало иррациональные социальные практики, например, самолечение нетрадиционными методами или покупка «чудо-средства» защиты от вируса, а также усиливало недоверие к простым рекомендациям в виде социальной дистанции, средствам самозащиты и гигиене рук.

В главе 4 «**Особенности формирования и регуляции культуры здоровья в условиях пандемии COVID-19**» приводятся результаты авторских социологических исследований, характеризующих как институциональные нормы, так и ценностные основания восприятия этих норм «пандемийной» культуры; на основе анализа социальных практик определены проявления социокультурной саморегуляции и выявлены эмоциональные основания саморегуляции поведения в условиях пандемии, что позволило выявить модели здоровьесберегающего поведения в пандемию COVID-19 и особенности формирования и регуляции культуры здоровья.

В § 4.1 «**Нормы «пандемийной» культуры здоровья: институциональная регуляция и социальные практики**» анализируются результаты социологического исследования исполнения «пандемийных» норм самозащиты, лечения и вакцинации жителями Тюменской области на протяжении пандемии, позволяющие оценивать не только социальные практики, но восприятие респондентами социальных норм новой «пандемийной» культуры в зависимости от их мотивации, профессиональной принадлежности и социально-демографических характеристик, и, следовательно, исследовать достигнутый результат экстренно создаваемой ценностно-нормативной социальной регуляции в условиях высокого риска общественного здоровья.

Полученные результаты восприятия, принятия и выполнения респондентами институциональных социальных норм позволили (согласно авторской методики) сгруппировать их по уровню исполнения социальных норм профилактического поведения (далее, ИСНПП), которые по своей сути являются индикаторами уровня «пандемийной» культуры здоровья населения. Жители Тюменской области распределились следующим образом:

– в апреле 2021 года 8,3% имели высокий уровень исполнения социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19, 33,2% – средний и

<sup>38</sup> Словарь русского языка коронавирусной эпохи /сост. Х. Вальтер, Е.С. Громенко, А. Ю. Кожевников [и др.]. Санкт-Петербург, 2021. 550 с.

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.

Проведенный анализ позволил сделать вывод о том, что отношение индивидов к социальным нормам, безусловно, зависит от ценностного основания мотивации, смысла, вкладываемого индивидом в обоснование совершаемых поведенческих актов или социальных практик, и в первую очередь оно связано с пониманием целесообразности и действенности этой нормы, что позволяет фиксировать связь ценности норм с их полезностью и важностью для защиты и личной ответственностью.

**В § 4.2 «Проявление социокультурной саморегуляции в исполнении норм «пандемийной» культуры здоровья»** выявлены связи институциональной нормативной регуляции и социокультурными характеристиками респондентов, а также сформулированы основные элементы саморегуляции здоровьесберегающего поведения в условиях новой «пандемийной» культуры COVID-19.

Результаты исследования позволили сделать вывод, 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. Так, статистически значимая связь выявлена между исполнением социальных норм профилактического поведения в пандемию COVID-19 и моделями здоровьесберегающего поведения, сформированными до пандемии ( $V$  Крамера = 0,225,  $p$  = 0,001).

Уровень ИСНПП наиболее тесно связан со следующими социокультурными характеристиками (элементами социокультурной саморегуляции):

– тип культуры ( $V$  Крамера = 0,165,  $p$  = 0,001). Наибольшая доля среди соблюдающих социальные нормы 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;

– ценностная ориентация на самореализацию и свое благополучие или приоритет помощи близким людям ( $V$  Крамера = 0,157,  $p$  = 0,005). 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%. Показатель подчеркивает связь ( $V$  Крамера = 0,168,  $p$  = 0,001) между значимостью физического и психического здоровья и выполнением социальных норм профилактического поведения для

защиты себя от возникших вирусных рисков здоровью;

– ценностная ориентация на социальное и духовное ( $V$  Крамера = 0,224,  $p = 0,000$ ). 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;

– габитус жизненной позиции активности-пассивности ( $V$  Крамера = 0,334,  $p = 0,000$ ). Габитус активной жизненной позиции лидирует в группе высокого ИСНПП – 92%, а среди низкого ИСНПП – всего 24,4%. 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 рискованной ситуации пандемии;

– габитус жизненной позиции «противостояние – подчинение нормам – свобода выбора» ( $V$  Крамера = 0,241,  $p = 0,000$ ). Ожидаемо, габитус «подчинения социальным нормам» является ведущим в группе высокого исполнения социальных норм защиты – 70,6%, в низкой – 58,5%, 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 здоровья и следование социальным нормам профилактического поведения, сформированные до пандемии, являются высоко значимыми в здоровьесберегающем поведении в пандемию, т.е. в ситуации высокого риска здоровья, требующей обязательного выполнения норм для сдерживания массового заражения.

**В § 4.3 «Восприятие и эмоциональные основания саморегуляции поведения в условиях пандемии»** выявлено мнение респондентов относительно осознанной необходимости исполнения социальных норм профилактического поведения в условиях COVID-19, на которое сильно повлияло распространение коронавируса в мире и в России, возникновение страха за свою жизнь и здоровье, а также за жизнь и здоровье своих близких. Результаты проведенного исследования показали, что факт перенесенного заболевания COVID-19 также значимо повышал понимание важности следования нормам самозащиты и защиты окружающих.

Транслируемый в самооценках опрошенных страх перед заражением COVID-19 проявляется и 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». Доминирование слова «смерть», наравне со словом «страх», отмечены в образах коронавируса и у медицинского персонала, работавшего в «красной зоне» в период пандемии. 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.

При оценке здоровьесберегающего поведения были учтены 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. Для выявления 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. В процессе исследования была отмечена вариативность показателя, отражающего зависимость от усиления/ослабления социальных норм профилактики COVID-19, показателей заболеваемости и смертности, а также от накопленной обществом усталости от ограничений.

Таким образом, рост заболеваемости и смертности от COVID-19, сопровождался усилением социальных норм самозащиты и системы социального контроля за их исполнением. В периоды же снижения заболеваемости «индекс строгости»<sup>39</sup> ослабевал, тем самым увеличивая или уменьшая 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 инфодемией и влияло на восприятие и трактование происходящих событий, что формировало особую «пандемийную» культуру здоровья и оказывало влияние на здоровьесберегающее поведение.

В § 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 выявлены особенности поведения и культура здоровья респондентов, придерживающихся разных моделей здоровьесберегающего поведения в пандемию («профилактикоориентированная», «конформистская», «осторожно-тревожная», «нарушительная»), отражающих социальные практики сохранения здоровья и реакцию жителей на внешнюю социальную регуляцию через введение новых для общества социальных норм сдерживания массового заражения коронавирусом.

Если вне пандемии здоровьесберегающее поведение основывается, прежде всего, на образе здоровья как ресурсе благополучия и жизни, инструментализируя ценность здоровья, то в пандемию ценность здоровья переосмысливается в контексте возможности его внезапной потери, и страх прекращения жизни придает ценности здоровья витальный смысл, стимулирующий 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,

---

<sup>39</sup> 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.

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 позволили выделить три стратегии здоровьесберегающего поведения: стратегия профилактики, ситуативная, пассивная стратегии. 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. 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.

Результаты проведенного исследования позволили выявить такие особенности формирования и регуляции культуры здоровья в условиях пандемии, как экстренная содержательная коррекция социальных норм культуры здоровья и установление режима санкций, их нормативная регуляция и институционализированный контроль за их исполнением для сдерживания массового заражения; влияние осознаваемого высокого риска здоровью и страха прекращения жизни на переосмысление витальной ценности здоровья; появление и влияние социокультурного феномена «инфодемии» на механизм осмысления индивидами стремительного изменения реальности, что стимулировало здоровьесберегающее поведение и формировало новые модели поведения. Полученные результаты подтверждают основные положения авторской 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, что является необходимым и ключевым условием сохранения здоровья нации в последующих пандемиях.

**В заключении** представлены итоги выполненного исследования, выводы, рекомендации и перспективы дальнейшей разработки темы.

Основное содержание работы изложено в следующих публикациях автора:

**Публикации в научных изданиях, рекомендованных ВАК РФ, и публикации, индексируемые в базе данных Web of Science:**

1. Ковальжина, Л. С. Социологическое исследование как компонент системы медико-биологического мониторинга профилактики йодного дефицита / Г. В. Шарухо, Л. С. Ковальжина, Л. А. Суплотова, О. Б. Макарова // Вестник Тюменского государственного университета. Серия социология. – 2014. – № 8. – С. 137-146. 0,55 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.
2. Ковальжина, Л. С. Здоровый образ жизни: оценка мнений и выбор различных групп населения / Л. С. Ковальжина // Вестник Тюменского государственного университета.

- Серия социология. – 2014. – № 8. – С. 165-172. 0,45 п. л.
3. 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. 0,84 п. л.
  4. Ковальжина, Л. С. Особенности потребительского выбора йодированной соли как универсального средства профилактики йодного дефицита. Результаты социологического исследования / Л. С. Ковальжина // В мире научных открытий. – 2015. – № 5.5(65). – С. 1741-1755. 0,9 п. л.
  5. Ковальжина, Л. С. Особенности законодательного регулирования массовой профилактики. Социологическая оценка / Л. С. Ковальжина // Научное обозрение. – 2015. – № 13. – С. 425-429. 0,48 п. л.
  6. Ковальжина, Л. С. Оценка источников получения информации о профилактике йодного дефицита населением региона зобной эндемии / Л. С. Ковальжина // Современные исследования социальных проблем. – 2015. – № 6. – С. 24-34. 0,48 п. л.
  7. Ковальжина, Л. С. Модели поведения населения в сфере профилактики йодного дефицита / Л. С. Ковальжина // Современные исследования социальных проблем. – 2015. – № 7. – С. 74-85. 0,6 п. л.
  8. Ковальжина, Л. С. Потребительское поведение как критерий эффективности региональных социальных программ / Л. С. Ковальжина // Теория и практика общественного развития. – 2015. – № 24. – URL: <http://teoria-practica.ru/vipusk-24-2015>. 0,26 п. л.
  9. Ковальжина, Л. С. Профилактическое поведение населения как фактор формирования здорового поколения / Л. С. Ковальжина // Общество: социология, психология, педагогика. – 2016. – № 11. – С. 29-31. 0,5 п. л.
  10. Ковальжина, Л. С. Региональные профилактические программы как инструмент социального управления здоровьем населения / Л. С. Ковальжина // Общество: социология, психология, педагогика. – 2016. – № 12. – С. 22-24. 0,52 п. л.
  11. Ковальжина, Л. С. Здоровый образ жизни в Тюменском регионе / А. Н. Силин, Л. С. Ковальжина // Вестник Института социологии. – 2017. – Т.8. № 2 (21). – С. 96-107. 0,8 п. л., авторский вклад – 0,6 п. л.
  12. Ковальжина, Л. С. Оценка индикаторов медико-биологического мониторинга йододефицитных заболеваний / Л. А. Суплотова, О. Б. Макарова, Л. С. Ковальжина, Г. В. Шаруха // Бюллетень сибирской медицины. – 2019. – № 1. – С. 96-108 (**Web of Science**). 1 п. л., авторский вклад – 0,3 п. л.
  13. Ковальжина, Л. С. Социально-управленческие аспекты программы «Здоровый город»: социологический анализ / Л.С. Ковальжина // Урбанистика. – 2019. – № 3. С. 1-6. 0,5 п. л.
  14. Ковальжина, Л. С. Стратегия Всемирной организации здравоохранения и социальные факторы в профилактике распространенных неинфекционных болезней, обусловленных питанием населения / Л. С. Ковальжина // Теория и практика общественного развития, 2019. – № 6. – С. 29-32. 0,3 п. л.
  15. Ковальжина, Л. С. Неравенство в отношении здоровья: социологический дискурс / Л. С. Ковальжина // Социодинамика. – 2019. – № 6. – С. 1-6. 0,7 п. л.
  16. Ковальжина, Л. С. Концепция «Здоровые города» и здоровьесберегающее поведение городского населения: социологический анализ / Л. С. Ковальжина // Урбанистика. – 2020. – № 1. – С. 1-10. 0,7 п. л.
  17. 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. 1 п.л.
  18. Ковальжина, Л.С. Саморегуляция жизнедеятельности: архетипы и их влияние на здоровьесберегающее поведение / Л. С. Ковальжина, М. В. Смирнов // Общество: социология, психология, педагогика. – 2021. – № 4. – С. 45-48. 0,9 п. л., авторский вклад – 0,5 п. л.
  19. 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. 1 п. л.
20. Ковальжина, Л. С. Образ здоровья и саморегуляция здоровьесберегающего поведения в культурном пространстве коронавирусной пандемии / Л. С. Ковальжина // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2024. – № 1. – С. 69-84. 0,9 п. л.
21. Ковальжина, Л. С. Корпоративная культура: институциональная регуляция и опыт практической реализации / Л. С. Ковальжина, Э. А. Сайтмаметова, В. А. Юрко // Социодинамика. – 2024. – № 4. – С. 22-30. 0,6 п. л., авторский вклад – 0,4 п. л.

#### **Монографии:**

22. Ковальжина, Л. С. Здоровьесберегающее поведение населения: опыт социологического исследования : монография / Л. С. Ковальжина, А. Н. Силин. – Тюмень : ТюмГНГУ, 2014. – 156 с. 9,7 п. л., авторский вклад – 8 п. л.
23. Ковальжина, Л. С. Социальные технологии управления микронутриентной недостаточностью населения : монография / Л. С. Ковальжина. – Тюмень : ТюмГНГУ, 2014. – 182 с. 11,8 п. л.
24. Ковальжина, Л. С. Здоровьесбережение участников освоения арктического нефтегазового региона : монография / А. М. Акимов, О. М. Барбаков, М. Л. Белоношко [и др.]. – Тюмень : ТИУ, 2019. – 171 с. 10,5 п. л., авторский вклад – 0,95 п. л.
25. Ковальжина, Л. С. Теоретико-методологические и практические аспекты сохранения здоровья населения: монография / Л. С. Ковальжина. – Тюмень : Тюменский индустриальный университет, 2021. – 175 с. 10 п. л.

#### **Другие издания:**

26. Ковальжина, Л. С. Медико-социологическое исследование как компонент комплексного изучения профилактики и коррекции микронутриентной недостаточности населения / Л. С. Ковальжина, О. Б. Макарова, Г. В. Шарухо // Материалы конференции, посвященной 90-летию государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ. – Тюмень, 2012. – С. 63-65. 0,36 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.
27. Ковальжина, Л. С. Оценка уровня осведомленности школьников о проблеме йододефицита (на примере юга Тюменской области) / Л. С. Ковальжина, О. Б. Макарова, Г. В. Шарухо // Материалы 2-й научно-практической конференции. УФО. – Екатеринбург, 2012. – С. 73-76. 0,2 п. л., авторский вклад – 0,1 п. л.
28. Ковальжина, Л. С. Ликвидация недостаточности микронутриентов: стратегия региона / Л. А. Суплотова, Г. В. Шарухо, О. Б. Макарова, Л. С. Ковальжина // Материалы научно-практической конференции, посвященной 90-летию образования государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ. – Тюмень, 2012. – С. 141-143. 0,36 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.
29. Ковальжина, Л. С. Изучение мнения отдельных групп населения об использовании йодированной соли (на примере юга Тюменской области) / Л. С. Ковальжина, О. Б. Макарова, Г. В. Шарухо // Материалы 2-й научно-практической конференции. УФО. – Екатеринбург, 2012. – С. 71-73. 0,2 п. л., авторский вклад – 0,1 п. л.
30. Ковальжина, Л. С. Профилактика школьников как фактор сохранения интеллектуального потенциала региона / Л. С. Ковальжина // Международная научно-практическая конференция «Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов». – Тюмень, 2013. – С. 257-260. 0,24 п. л.
31. Ковальжина, Л. С. Отношение к здоровому образу жизни школьников и их родителей на примере северного региона / Л. С. Ковальжина // Материалы XVII Международной научно-практической конференции «Гуманитарные науки в XXI веке». – Москва : Спутник+, 2013. – С. 301-303. 0,2 п. л.
32. Ковальжина, Л. С. Сельские школьники северного региона и их родители: отношение к ведению здорового образа жизни / Л. С. Ковальжина // XVIII Всероссийская научно-практическая конференция «Стратегия устойчивого развития регионов России». – Новосибирск, 2013. – № 18. – С. 79-82. 0,24 п. л.
33. Ковальжина, Л. С. Профилактическое поведение: оценка самостоятельной профилактики йодного дефицита родителей школьников северного региона /

- Л. С. Ковальжина // Материалы IV Международной научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». – Санкт-Петербург, 2014. – Т.3. – С. 83-85. 0,2 п. л.
34. Ковальжина, Л. С. Отношение к ведению здорового образа жизни учащейся молодежи северного региона (по материалам исследования учащихся и студентов Тюменской области) / Л. С. Ковальжина // Материалы Международной научно-практической конференции «Система ценностей современного общества». – Новосибирск, 2014. – С. 189-194. 0,25 п. л.
35. Ковальжина, Л. С. Информированность некоторых групп населения о ситуации природного дефицита йода на территории Тюменской области / Л. С. Ковальжина, Г. В. Шарухо, М. Ю. Золотарева [и др.] // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. – Т.15 № 1 (77). – С. 117-119. 0,36 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.
36. Ковальжина, Л. С. Оценка родителями школьников северного региона источников информации о профилактике йодного дефицита / Л. С. Ковальжина // Материалы XXII Международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной науки». – Москва, 2014. – С. 138-140. 0,2 п. л.
37. Ковальжина, Л. С. Информированность некоторых групп населения о ситуации природного дефицита йода и методах профилактики на территории Тюменской области / Л. С. Ковальжина, О. Б. Макарова, Л. А. Суплотова // Сборник II Всероссийского конгресса «Инновационные технологии в эндокринологии» с участием стран СНГ. – Москва: ФГБУ ЭНС, 2014. – С. 14-15. 0,2 п. л., авторский вклад – 0,1 п. л.
38. Ковальжина, Л. С. Социологическое исследование в сфере профилактики и коррекции йодного дефицита / Л. С. Ковальжина // Проблемы формирования единого пространства экономического и социального развития стран СНГ. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2014. – С. 116-122. 0,42 п. л.
39. Ковальжина, Л. С. Информированность о роли йодированной соли в профилактике дефицита йода и потребительское поведение при выборе соли родителей школьников Тюменской области / Л. С. Ковальжина, О. Б. Макарова, М. В. Неустроева, И. И. Шаповалова // Сборник тезисов II Всероссийского конгресса «Инновационные технологии в эндокринологии». – Москва: ФГБУ ЭНС, 2014. – С. 12-13. 0,2 п. л., авторский вклад – 0,1 п. л.
40. Ковальжина, Л. С. О мероприятиях по профилактике неинфекционных заболеваний, связанных с пищевым фактором, проводимых на территории Тюменской области / Г. В. Шарухо, М. Ю. Золотарева, И. П. Фещенко, Л. С. Ковальжина // Актуальные проблемы безопасности и оценки риска здоровью населения при воздействии факторов среды обитания: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Пермь, 2014. – С. 608-612. 0,36 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.
41. Ковальжина, Л. С. Проблема йодного дефицита в Тюменской области: вчера, сегодня, завтра... / Л. А. Суплотова, Г. В. Шарухо, О. Б. Макарова, Л. С. Ковальжина // Сборник научных статей участников «V Тюменского международного инновационного форума НефтьГазТЭК-2014». – Тюмень, 2014. – С. 284-288. 0,3 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.
42. Ковальжина, Л. С. Отношение к здоровому образу жизни учащейся молодежи, школьников и родителей северного региона / Л. С. Ковальжина // Сборник научных статей участников «V Тюменского международного инновационного форума НефтьГазТЭК-2014». – Тюмень, 2014. – С. 126-129. 0,22 п. л.
43. Ковальжина, Л. С. Информированность школьников и их родителей о проблеме йодного дефицита в Тюменской области и методах его профилактики / Л. С. Ковальжина, О. Б. Макарова // Сборник материалов Всероссийского национального конгресса «Человек и лекарство. Урал-2014». – Тюмень : Печатник, 2014. – С. 58-59. 0,2 п. л., авторский вклад – 0,1 п. л.
44. Ковальжина, Л. С. Интеллектуальный потенциал и особенности политики в сфере профилактики и коррекции йодного дефицита // Инновации в управлении региональным и отраслевым развитием. – Тюмень : ТюмГНГУ, 2014. – С. 138-141. 0,24 п. л.

45. 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. 0,48 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.
46. Ковальжина, Л. С. Использование йодированных продуктов питания как способ профилактики йододефицита: анализ потребительского выбора родителей школьников (на примере юга Тюменской области) / Л. С. Ковальжина // Сборник материалов 4-й научно-практической конференции УФО «Актуальные проблемы современного эндокринолога». – Екатеринбург : ООО «Типография для вас». – 2014. – С. 26-28. 0,2 п. л.
47. Ковальжина, Л. С. Учащаяся молодёжь: уровень жизни и ведение здорового образа жизни / Л. С. Ковальжина // Формирование и развитие трудового потенциала региона в условиях глобальных рисков: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Белгород : ООО «Эпицентр», 2015. – С. 18-21. 0,2 п. л.
48. Ковальжина, Л. С. Социальные детерминанты здоровья и качества жизни населения / Л. С. Ковальжина // Проблемы устойчивого развития российских регионов: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Тюмень : ТюмГНГУ, 2015. – С. 196-198. 0,26 п. л.
49. Ковальжина, Л. С. Источники получения информации родителей школьников Тюменской области о проблеме йодного дефицита / Л. С. Ковальжина // 5-й научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной эндокринологии». – Екатеринбург, 2015. – С. 26-28. 0,2 п. л.
50. Ковальжина, Л. С. Оценка интереса родителей школьников Тюменской области к проблеме йодного дефицита / Л. С. Ковальжина // Сборник материалов 5-й научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной эндокринологии». – Екатеринбург, 2015. – С. 29-31. 0,2 п. л.
51. Ковальжина, Л. С. Оценка населением Тюменского региона качества жизни и здоровья / Л. С. Ковальжина // ВУЗ. XXI век. – 2015. – № 2. – С. 192-198. 0,42 п. л.
52. Ковальжина, Л. С. Актуальность управления массовой профилактикой йодного дефицита / Л. С. Ковальжина // Нефть и газ Западной Сибири: материалы международной научно-технической конференции. – Тюмень : ТюмГНГУ, 2015. – С. 109-112. 0,2 п. л.
53. Ковальжина, Л. С. Профилактика йодного дефицита: оценка употребления йодированной соли разными группами населения / Л. С. Ковальжина, А. Н. Силин, О. Б. Макарова // Медицинская наука и образование Урала. – 2015. – №2. – С. 114-116. 0,36 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.
54. Ковальжина, Л. С. Массовая профилактика йодного дефицита: особенности законодательства и информированность разных групп населения региона зобной эндемии / Л. С. Ковальжина, О. Б. Макарова // Медицина и образование в Сибири : сетевое научное издание. – 2015. – №3. – [Электронный ресурс]. – <http://ngmu.ru/cozo/mos/article/textfull.php?id=1753>. 0,52 п. л., авторский вклад – 0,3 п. л.
55. Ковальжина, Л. С. Йодированная соль как универсальное средство профилактики йодного дефицита: информированность и потребительский выбор населения йододефицитного региона / Л. С. Ковальжина, Г. В. Шарухо, Л. А. Суплотова, О. Б. Макарова // Здоровье населения и среда обитания. – № 7. – 2015. – С. 21-24. 0,48 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.
56. Ковальжина, Л. С. Использование йодированных продуктов питания как средство профилактики йододефицита населения региона зобной эндемии. Взгляд социолога / Л. С. Ковальжина // Научное обозрение. – 2015. – № 13. – С. 434-437. 0,36 п. л.
57. Ковальжина, Л. С. Профилактика йодного дефицита в Тюменской области: успех или неудача? / Л. А. Суплотова, О. Б. Макарова, Г. В. Шарухо, Л. С. Ковальжина / Клиническая и экспериментальная тиреоидология. – 2015. – №3. – Т.11. – С. 39-46. 1 п. л., авторский вклад – 0,3 п. л.
58. Ковальжина, Л. С. Оценка потребления йодсодержащих продуктов и препаратов с йодом в семьях школьников дефицита / Л. С. Ковальжина, О. Б. Макарова // VII Всероссийский конгресс эндокринологов «Достижения персонализированной медицины

- сегодня – результат практического здравоохранения завтра». Сб. тезисов. – Москва : УП Принт. – 2016. – С. 318. 0,1 п. л., авторский вклад – 0,05 п. л.
59. Ковальжина, Л. С. Оценка информированности родителей школьников Тюменской области о средствах профилактики йодного дефицита / Л. С. Ковальжина, О. Б. Макарова // VII Всероссийский конгресс эндокринологов «Достижения персонализированной медицины сегодня – результат практического здравоохранения завтра». Сб. тезисов. – Москва : УП Принт. – 2016. – С. 317. 0,1 п. л., авторский вклад – 0,05 п. л.
60. Ковальжина, Л. С. Проблема йодного дефицита в Тюменской области: 20 лет спустя (тезисы докладов) / О. Б. Макарова, Л. А. Суплотова, Г. В. Шарухо, Л. С. Ковальжина // Конгресс «Человек и лекарство. УРАЛ – 2016»: сборник материалов. Тюмень: РИЦ «Айвекс». – 2016. – С. 56. 0,1 п. л., авторский вклад – 0,05 п. л.
61. Ковальжина, Л. С. Актуальность региональных профилактических программ в социальном управлении здоровьем населения (на модели профилактики йодного дефицита) / Л. С. Ковальжина // Динамика социальной трансформации российского общества: региональные аспекты: Материалы V Тюменского международного социологического Форума. – Тюмень, 2017. – С. 627-630. 0,2 п. л.
62. Ковальжина, Л. С. Особенности региональной политики в сфере профилактики микронутриентной недостаточности / Л. С. Ковальжина // Нефть и газ Западной Сибири : материалы Международной научно-технической конференции. Ч. 3. Социально-гуманитарные аспекты развития нефтегазового региона. – Тюмень : ТИУ. – 2017. – С. 270-273. 0,2 п. л.
63. Ковальжина, Л. С. Профилактика йододефицитных заболеваний: региональный опыт Тюменской области / О. Б. Макарова, Л. А. Суплотова, Г. В. Шарухо, Л. С. Ковальжина // Материалы VII Научно-практической конференции УФО «Актуальные проблемы современной эндокринологии». – Екатеринбург, 2017. – С. 66-68. 0,2 п. л., авторский вклад – 0,1 п. л.
64. Ковальжина, Л. С. Эффективность программы профилактики йодного дефицита в Тюменской области / О. Б. Макарова, Л. А. Суплотова, Г. В. Шарухо, Л. С. Ковальжина // Медицинская наука и образование Урала. – 2017. – №4. – С. 159-161. 0,3 п. л., авторский вклад – 0,1 п. л.
65. Оценка эффективности профилактики йодного дефицита в Тюменской области / О. Б. Макарова, Е. В. Дерябина, А. С. Судницына // Университетская медицина Урала. – 2017. – Т. 3. № 1 (8). – С. 42-44. 0,2 п. л., авторский вклад – 0,1 п. л.
66. Ковальжина, Л. С. Результаты нового информационного проекта по профилактике йодного дефицита в Тюменской области / О. Б. Макарова, Л. А. Суплотова, Г. В. Шарухо, Л. С. Ковальжина // Материалы 8-й Научно-практической конференции «Актуальные проблемы современной эндокринологии». – Екатеринбург, 2018. – С. 57-59. 0,2 п. л., авторский вклад – 0,1 п. л.
67. Ковальжина, Л. С. Развитие инновационных технологий в реализации профилактических программ / Л. С. Ковальжина // В сборнике: Инновации в управлении региональным и отраслевым развитием материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Тюмень, 2018. – С. 80-81. 0,2 п. л.
68. Ковальжина, Л. С. Эффективность информационного проекта по профилактике йодного дефицита в Тюменской области / О. Б. Макарова, Л. А. Суплотова, Л. С. Ковальжина // Сборник тезисов X терапевтического форума. – Тюмень, 2018. – С. 58. 0,1 п. л., авторский вклад – 0,05 п. л.
69. Ковальжина, Л. С. Роль питания в профилактике и коррекции йододефицитных состояний на эндемичной территории / Л. А. Суплотова, О. Б. Макарова, Г. В. Шарухо, Л. С. Ковальжина // Вопросы питания. – 2018. – Т. 87. – № 5. – С. 27-36. 0,9 п. л., авторский вклад – 0,3 п. л.
70. Ковальжина, Л. С. 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. 0,8 п. л., авторский вклад – 0,3 п. л.

71. Ковальжина, Л. С. Профилактическое поведение студентов и сохранение здоровья семьи в условиях COVID-19 / Л. С. Ковальжина // Общественное здоровье и здравоохранение: актуальные вопросы: труды I Международной научно-практической конференции. – Курск: ООО «МедТестИнфо», 2020. – С. 160-166. 0,3 п. л.
72. Ковальжина, Л. С. Управление профилактической информацией, инфодемия и сохранение здоровья населения / Л. С. Ковальжина // Наука и инновации в XXI веке: актуальные вопросы, открытия и достижения: сборник статей XX Международной науч. конф. – Пенза: МЦНС «Наука и Просвещение», 2020. – С. 181-183. 0,2 п. л.
73. Ковальжина, Л. С. Образ жизни и профилактическое поведение населения в условиях инфодемии COVID-19 / Л. С. Ковальжина // Актуальные вопросы современной науки: материалы VI междунар.науч.-практ. конференции. – Саратов: ЦПМ «Академия бизнеса», 2020. – С. 70-73. 0,2 п. л.
74. Ковальжина, Л. С. Технологии и цифровые инструменты развития персонала в условиях COVID-19 / Л. С. Ковальжина // Инновационные процессы в науке и технике XXI века : материалы XIX Международной научно-практической конференции студентов, аспирантов, ученых, педагогических работников и специалистов-практиков, посвященной 40-летию юбилею Нижневартковского филиала ТИУ, Нижневартовск, 20 апреля 2021 года. – Тюмень: ТИУ, 2021. – С. 77-80. 0,2 п. л.
75. Ковальжина, Л. С. Сохранение здоровья персонала и устойчивое развитие предприятия в условиях COVID-19 / Л. С. Ковальжина // Устойчивое развитие предприятий, стран и регионов : материалы международной научно-практической конференции, Тюмень, 13 мая 2021 года. – Тюмень: ТИУ, 2021. – С. 161-164. 0,2 п. л.
76. Ковальжина, Л. С. Корпоративная цифровая культура и сохранение здоровья в условиях пандемии / Л. С. Ковальжина // Наука, общество, культура: проблемы и перспективы взаимодействия в современном мире : Сборник статей IV Всероссийской научно-практической конференции, Петрозаводск. – 2021. – С. 81-85. 0,3 п. л.
77. Ковальжина, Л. С. Культура здоровья, цифровые технологии и развитие персонала в условиях COVID-19 / Л. С. Ковальжина // Инновации в управлении региональным и отраслевым развитием: Материалы Национальной с международным участием научно-практической конференции. – Тюмень: ТИУ, 2022. – С. 100-102. 0,2 п. л.
78. Ковальжина, Л. С. Здоровье населения арктических регионов в условиях пандемии COVID-19: социальные проблемы и региональные особенности / Л. С. Ковальжина, Л. Н. Белоножко, С. Н. Суплотов // Культура. Наука. Производство. – 2022. № 9. С. 10-15. 0,36 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.
79. Ковальжина, Л. С. Цифровые технологии формирования корпоративной культуры здоровья персонала предприятий нефтегазового сектора / Л. С. Ковальжина, С. Н. Суплотов // Научная территория: технологии и инновации : материалы Международной научно-практической конференции, Тюмень, 17–18 ноября 2022 года. Том II. – Тюмень: ТИУ, 2022. – С. 155-158. 0,3 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.
80. Ковальжина, Л. С. Профилактика йодного дефицита – медицинские и социальные проблемы / Л. А. Суплотова, О. Б. Макарова, Г. В. Шарухо, Л. С. Ковальжина– Тюмень: РИЦ «Айвекс», 2023. – 352 с. 22 п. л., авторский вклад – 4,1 п. л.
81. Ковальжина, Л. С. Корпоративная культура и использование цифровых инструментов и технологии / Л. С. Ковальжина, Е. Е. Оствальд // Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы эффективного использования научного потенциала общества». – Уфа: Аэтерна. – 2023. – С. 54-56. 0,2 п. л., авторский вклад – 0,1 п. л.
82. Ковальжина, Л. С. Социокультурная саморегуляция здоровьесберегающей деятельности молодежи в условиях пандемии COVID-19 / Л. С. Ковальжина, М. Л. Белоножко // XXIII Уральские социологические чтения. Личность, культура, общество: наследие Л. Н. Когана и современность: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2023. – С. 188-193. 0,31 п. л., авторский вклад – 0,2 п. л.

Ковальжина Лариса Сергеевна  
**ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ**  
Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени доктора социологических наук  
Специальность 5.4.6 – Социология культуры

Научный консультант:  
доктор социологических наук, профессор Белоножка Марина Львовна

Подписано в печать 28.08.2024. Формат 60x90 1/16. Усл. печ. л. 2,75.  
Тираж 100 экз. Заказ № 2905.

Библиотечно-издательский комплекс  
федерального государственного бюджетного образовательного  
учреждения высшего образования  
«Тюменский индустриальный университет».  
625000, Тюмень, ул. Володарского, 38.

Типография библиотечно-издательского комплекса.  
625039, Тюмень, ул. Киевская, 52.