

## ОСОБЕННОСТИ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ В ПОСТКОНФЛИКТНЫЙ ПЕРИОД

М. М. ЮСУПОВА

*ЮСУПОВА Мадина Мусаевна - врач-нейрохирург Грозненской городской больницы N 9, аспирант НИИ нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко РАМН (E-mail: mansx@mail.ru).*

**Аннотация.** Рассматриваются проблемы отношения к здоровью и деятельности, направленной на сохранение здоровья в условиях социальных изменений (в рамках концепции самосохранительного поведения). По результатам социологических исследований, проведенных на территории Чеченской республики в 2003 - 2008 гг., делаются выводы об уровне самосохранительного поведения, уменьшении ценностного значения здоровья и низкой степени медицинской активности населения республики, необходимости разработки и реализации государственных мероприятий, в первую очередь медико-социальных программ.

**Ключевые слова:** самосохранительное поведение \* отношение к здоровью \* послевоенная ситуация

Основная тенденция современного общества - смещение ценности здоровья с лидирующих позиций в иерархии ценностей. Парадокс заключается в том, что при ухудшении социально-экономического статуса и уровня жизни ценность здоровья и осознанная деятельность по его сохранению должны быть наиболее приоритетными задачами. Но в условиях социальной нестабильности, в частности в условиях военного конфликта, на первый план выступают другие проблемы и ценности - проблема безопасности, - а широта понятия самосохранительного поведения сужается до понятия сохранения жизни в буквальном значении. Так, по данным исследования Маго-

метова Б. А., проведенного в Чеченской Республике (ЧР) в 2003 г., проблеме здоровья и качеству медицинского обслуживания респонденты отводили 11 место - 5,4%, как мужчины, так и женщины [1].

Во время военного конфликта население находится под воздействием мощных стрессовых факторов, которые на некоторое время повышают устойчивость организма к заболеваниям за счет использования резервных возможностей. При прекращении длительного стрессового воздействия и исчезновении факторов, угрожающих жизни, происходит резкое снижение устойчивости организма и декомпенсация патологических процессов, а также возникает необходимость изменения приоритетов в жизненных установках. В постконфликтный период здоровье снова приобретает ценность (в основном ввиду его утраты). Но осознание ценности здоровья не приводит сразу к формированию здоровьесберегающего поведения, для осуществления которого требуются не только ценностные установки, но условия и время. Цель работы - анализ особенности поведения, направленного на сохранение здоровья, отношение к нему в условиях послевоенной ситуации.

Самосохранительное поведение включает в себя комплекс поведенческих реакций, обусловленных этнокультурологическими особенностями региона, социальными, экономическими и политическими условиями среды проживания, сложившимися в данной местности образцами и стереотипами поведения, образом жизни индивида, а также нормами, интересами и ценностями общества в целом и конкретного индивида в отдельности. Являясь частью социального поведения, ему присущи те же самые принципы и регуляторные механизмы. Во-первых, это влияние на поведение двойной детерминации - по объекту (обусловленность условиями, ситуацией, различными "обстоятельствами") и субъекту (зависимость от интересов, ценностей, потребностей, установок) [2]. Во-вторых, самосохранительному поведению также свойственен иерархический принцип регуляции. Основным механизмом, детерминирующим самосохранительное поведение, являются ценностные ориентации, а приводят его в действие социальные нормы поведения [3]. Потребность в самосохранении заложена на генетическом уровне, но у человека она не ограничивается сохранением жизни и здоровья ради увеличения продолжительности жизни, а направлена на сохранение социального статуса и обеспечение адаптации в социальной среде. Жизнь и здоровье используются как ресурс для выживания в социальной среде; и при возникновении угрозы потери определенного социального положения или нарушения социальных отношений к данному ресурсу начинают относиться слишком расточительно.

Некоторые авторы для конкретизации самосохранительного поведения, как деятельности, направленной на поддержание, достижение и приумножение здоровья, используют термин здравоохранительное поведение [4] или медицинская активность [5]. В отношении самосохранительного поведения можно выделить влияние на него существующих условий для поддержания здоровья, обеспечения здорового образа жизни и влияние на него, в зависимости от приоритетности целей и интересов, индивидуального стиля поведения. Похожие феномены, такие как рисковое и антирисковое поведение изучены А. В. Решетниковым, С. А. Ефименко [6,7]. Подробно анализируются отношение к здоровью и самосохранительное поведение в работах И. В. Журавлевой [8]. Наиболее распространенные интегральные показатели отношения к здоровью (на уровне индивида) - самооценка здоровья, ценность здоровья, удовлетворенность здоровьем (находится в тесной зависимости с удовлетворенностью жизнью), деятельностью по заботе о здоровье. Поведенческий фактор, рассматриваемый в рамках концепции самосохранительного поведения, характеризуется основными стимулами заботы о здоровье - ухудшением здоровья и страхом перед заболеванием. Состояние и динамика здоровья человека зависят не только от условий жизни и состояния здравоохранения, но и от характера личности во всех сферах деятельности, от особенностей самосохранительного поведения [9].

Какова специфика самосохранительного поведения в условиях грубых деструктивных социально-экономических и социально-политических изменений? Какие

факторы детерминируют варианты самосохранительного поведения в условиях продолжительного военного конфликта и в послевоенной ситуации? Во время войны происходит переоценка прежних ценностей и норм, меняются и стратегии самосохранительного поведения. При этом наряду с самосохранительным поведением, во время военного конфликта, в связи с быстрой трансформацией социально-экономических и социально-политических условий, изменением ценностных установок и норм, у некоторых индивидов не успевают сформироваться адаптивные реакции и реализуется программа саморазрушения. На примере ЧР, мы попытались проанализировать самосохранительное поведение некоторых групп взрослого населения, больных и здоровых. Было проведено медико-социологическое исследование когорты из 266 человек, проживающих на территории Чеченской республики (в возрасте от 20 до 90 лет). Первую группу (88 человек) составили больные, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения (инсульт) в период с 1995 по 2005 гг., находившиеся на стационарном лечении в клиниках г. Грозного. Вторая группа (100 человек) - больные артериальной гипертензией (АГ). И третья (78 человек) - относительно здоровые лица. Обработка данных проводилась с применением программы SPSS. Также использовались результаты социологических опросов различных групп населения, проводившихся на территории республики Центром социально-стратегических исследований г. Грозного в 2003 - 2008 гг. Таким образом, на микросоциальном уровне были проанализированы факторы, определяющие особенности и стратегии самосохранительного поведения и отношение к здоровью. С целью проверки гипотезы о том, что население республики проявляет низкий уровень самосохранительного поведения, был выделен обозначенный ниже круг вопросов.

На здоровье населения в условиях военного конфликта оказывают сильное влияние психосоциальные факторы, которые включают стресс, непосредственно связанный с войной и угрозой для жизни, а также стрессовые воздействия, связанные с разрушительными последствиями войны. Одним из индикаторов стрессового состояния является самооценка настроения и самочувствия. Так, на вопрос, как вы оцениваете свое настроение, в опросе, проведенном на территории республики в 2003 г., 48,9% респондентов ответили - удовлетворительное, 17,6% - хорошее, 16,3% - плохое и 14,4% как полное отчаяния [10]. Улучшение настроения коррелировало с улучшением уровня жизни. На вопрос, приходится ли Вам испытывать чувство опасности - 75,3% ответили - "да, и днем и ночью", 20,4% - "только ночью", и 2,7% - "не приходится". На вопрос, испытываете ли Вы беспокойство за безопасность свою и своих близких, в исследовании 2007 года более половины респондентов (53,8%) ответили "да" и 23,9% - "скорее, да" [11]. Военные действия и иные формы крупных вооруженных столкновений не наблюдаются с 2005 г., но сохранился психологический шлейф чувства угрозы и страха, по инерции люди испытывают беспокойство, и это сказывается на состоянии здоровья. Свое здоровье как "отличное" в том же исследовании оценили 9,7% респондентов, "хорошее" - 35,7%, "среднее" - 32,8%, "слабое" - 12,6% и "плохое" - 8,8%.

В другом исследовании "Социальное самочувствие этнических групп", проведенном в Грозном в 2008 г., были выявлены несущественные различия самооценки здоровья у русских, чеченцев и других национальностей [12]. Так, среди русских и чеченцев 15% считают себя в "общем здоровыми". Не считающих себя здоровыми чеченцев и русских было равное количество - 24%, а других национальностей - существенно больше - 35%. Женщины в 2 раза чаще, чем мужчины утверждали, что они не здоровы, 33,0% и 15,6% соответственно. Это может свидетельствовать, с одной стороны, о более объективной оценке женщинами своего состояния за счет более развитого чувства самосохранения и более субъективной оптимистической оценкой своего здоровья мужчинами, усиленной национальной спецификой характера. С другой стороны, возможно, женщины действительно более не здоровы в условиях существующей реальности в республике, когда семья, дети, забота о здоровье близких и материальное обеспечение входят в их обязанности.

В нашем исследовании при оценке самочувствия за последние несколько меся-

цев превосходным его назвали только 2,6% здоровых. Плохое и очень плохое самочувствие фиксируют около 70% больных инсультом и гипертонией и, что самое интересное, около 40% здоровых. Только чуть более половины здоровых респондентов и около 1/3 больных имеет удовлетворительное и хорошее самочувствие.

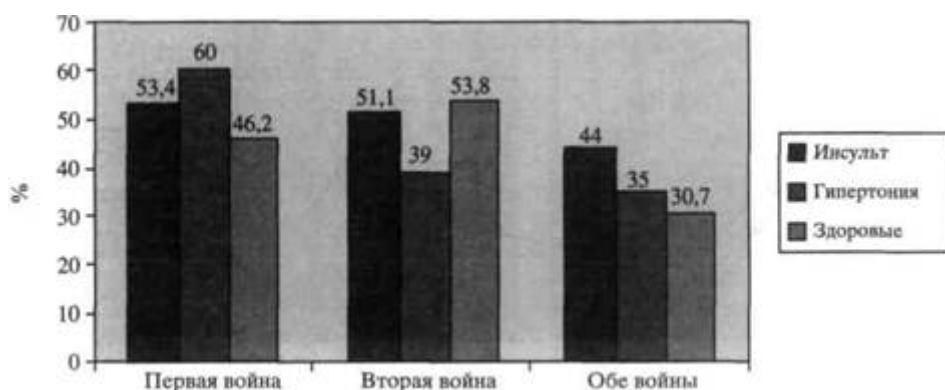
Интересна самооценка здоровья в трёх различных группах. Здоровыми и не часто болеющими считают себя 4,6% больных инсультом, 6,1% больных гипертонией и 25,6% здоровых. Группа относительно здоровых людей не имела серьезных заболеваний и случаев госпитализации за последние годы. В ней 75% указали на наличие заболеваний общего характера (простуды, ангины, люмбагии и т.д.) и хронических заболеваний, а 7,7% респондентов - на наличие инвалидности по другим заболеваниям. Среди больных инсультом инвалидность имели только 43,7%, а среди больных гипертонией - 20,2%; как правило, это были больные с сопутствующими заболеваниями. Для всех трех групп был характерен очень низкий уровень самооценки, как самочувствия, так и здоровья. При ответе на вопрос "Стали ли Вы в течение последних 5 лет меньше беспокоиться о своем здоровье?", указали, что здоровье стало беспокоить больше 58% больных инсультом, 54% больных гипертонией и 64,1% здоровых. У больных уровень беспокойства не выше, чем у здоровых, что может свидетельствовать о недостаточной критичности к своему состоянию, свыкании с болезнью.

Военные действия в ЧР привели к значительному снижению уровня обеспеченности населения. По данным социологического опроса 2003 г. было выявлено, что свой уровень жизни оценивают как высокий 8% жителей, выше среднего - 5%, средний - 51%, ниже среднего - 28% и низкий - 14,9%. При этом отметили, что финансовое положение семьи за последние 12 лет улучшилось - 14% опрошенных; 11,3% - осталось без изменений и 70% - ухудшилось. Треть респондентов в нашем исследовании оценивают свое материальное положение как тяжелое.

В исследуемых группах, как предполагалось аргіогі, существовали различные стратегии самосохранительного поведения во время войны. Часть людей предпочла оставаться на своих местах, считая, что "дома и стены помогают". У многих были причины остаться или выехать за пределы военных действий. Некоторые не могли оставить своих родных, престарелых или инвалидов, "более меркантильные" - не могли расстаться со своим имуществом. 53,4% респондентов первой группы, перенесших инсульт, находились в эпицентре военных действий во время первой войны и 51,1% - во время второй. 60% больных АГ находились дома во время первой войны и 39% - во время второй, что говорит, с одной стороны, о сохранении элементов самосохранительного поведения, а с другой, об отсутствии и декомпенсации приспособительных реакций в условиях мощнейшего стресса. В группе относительно здоровых - дома находились в первую войну - 46,2%, во вторую - 53,8% (диаграмма 1).

Среди больных, перенесших инсульт, большая часть находилась во время войны в республике, а значит, испытывала более высокий уровень психоэмоционального стресса, который в последующем выразился в срыве системы регуляции и в возникновении инсульта. У оставшихся основной мотивационной установкой была не безысходность ситуации, а социально-культурологические факторы, нежелание покидать родной дом, вступать в новые социальные роли беженцев, временных переселенцев. Имелись гендерные различия в поведении в условиях войны. Предпочитали покинуть арену военных действий, как правило, женщины, имеющие детей.

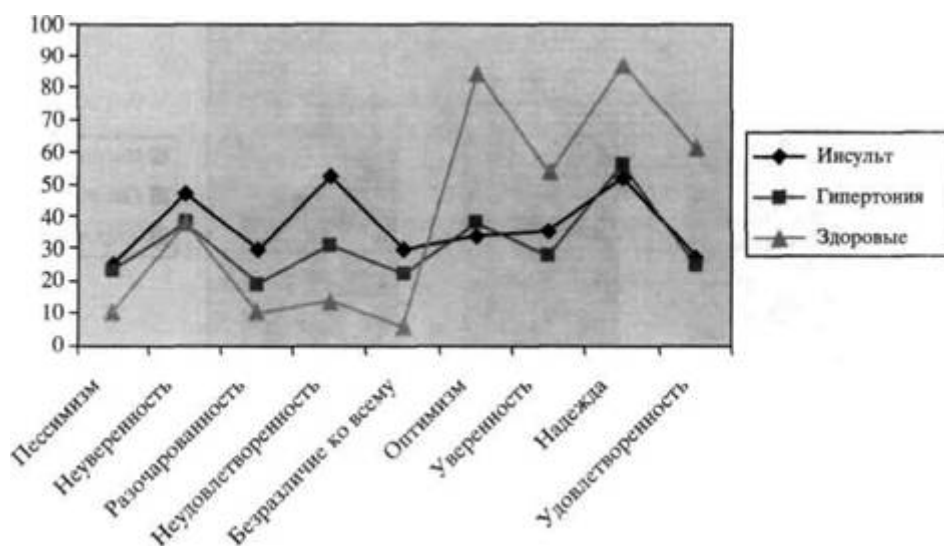
На вопрос, связано ли состояние здоровья с последствиями военных действий, более половины опрошенных отвечали утвердительно. Характерно, что больные инсультом в большей степени отмечают наличие изменений в характере под влиянием военных действий. О перенесенных стрессовых воздействиях, таких как потеря близких, имеются следующие данные: во время войны погибли близкие родственники у 39,1% опрошенных, были убиты у 37,9%, ранены - у 31,9%, пропали без вести - у 28,9%, скоропостижно умерли от горя - у 29,5%, тяжело заболели от горя - у 28%. Одним из факторов, несущих как эмоциональную нагрузку, так и материальную, является потеря жилья во время войны. Потеря имущества и жилья в первой группе



*Диаграмма 1.* Число больных, перенесших первую, вторую и обе войны в Чеченской Республике

больных инсультом составила - 79,5% и 71,3%, во второй (АГ) - 91 % и 93% и в третьей (здоровые) - 97,4% и 97,4% соответственно. Чем выше ценность потери, тем более склонен человек о ней думать и помнить. Самое ценное, что потеряли респонденты первой и второй групп - это здоровье. Поэтому для них имущество и жилье имеют меньшую ценность. В группе здоровых почти все респонденты отметили, что потеряли и имущество, и жилье. Данные цифры можно эксплицировать и на все население: около 80% понесли в той или иной мере потери за время войны.

Другим индикатором стрессового расстройства является депрессия и пессимистическое настроение. В проведенном исследовании здоровые при размышлении о будущем свое состояние определяют как пессимизм - 10,3%, как оптимизм - 48,7%; больные АГ: пессимизм - 23,7%, оптимизм - 22,7%; больные инсультом - 25% и 19,3%. В данном случае само заболевание вызывает изменения психики и развитие депрессии, замыкая порочный круг (диагр. 2). Одним из факторов, оказывающим неблагоприятное влияние на состояние здоровья как здоровых, так и больных, является одиночество и социальная депривация. Семья оказывает значительное влияние на формирование паттернов самосохранительного поведения. Это проявляется особенно ярко на психологически-личностном уровне, выражаясь в появлении стимула и интереса к жизни, целям жизни. Она играет роль буфера эмоциональных переживаний, формирует особенности самосохранительного поведения и культуру здоровья, а в случае болезни берет на себя основную часть социальной поддержки и выявляет самые первые признаки нарушения здоровья. Учитывая этно-культурные особенности изучаемого региона, роль семьи возрастает еще в большей степени. Связанная с войной тенденция уменьшения размеров и сплоченности семей, а также большое число вдовых, является одним из социальных факторов, входящих в число неблагоприятных в развитии заболеваний. В анализируемых трех группах средний состав семьи был 5 - 6 человек. Изучался также характер отношений в семье больных инсультом, артериальной гипертензией и здоровых. В большинстве случаев респонденты указывали, что обстановка в семье спокойная, при этом в семьях больных инсультом чаще имели место конфликтные ситуации, но достоверность различий была не существенной. Имеет место корреляция самооценки здоровья и симптомов психических расстройств с такими факторами как взаимоотношения между членами семьи, общение с соседями, друзьями и знакомыми [13]. Нами проведено структурирование по некоторым признакам - самооценке здоровья, обстановке в семье, материальному положению, уровню образования. Среди респондентов, имеющих хорошее материальное положение, 33,3% указали, что здоровы, а в группе респондентов с тяжелым материальным положением таких оказалось только 5,7%. Вполне ожидаемые результаты получены при сопоставлении уровня материального положения с эмоциональной окраской бу-



**Диаграмма 2.** Когда вы думаете о будущем, как можно определить Ваше состояние?

дущего. Если в группе респондентов с хорошим материальным положением соотношение пессимизм/оптимизм было 1:4, то в группе со средним статусом - 2:3, при тяжелом материальном положении - 4:1. Незначительные гендерные отличия по данному пункту выражались в том, что женщины чаще указывали на негативные аспекты видения будущего, чем мужчины.

Уровень материального положения однозначно сказывался и на обстановке в семье. У респондентов с хорошим материальным положением в 90% случаев обстановка в семье была спокойной, со средним - в 73,7% случаев, а при тяжелом - только в 44,1%. При оценке влияния уровня образования на субъективное определение общего состояния здоровья, выявлена существенная связь между данными параметрами. Чем выше был уровень образования, тем выше самооценка здоровья; особенно низкой она была у лиц с начальным образованием, среди них хроническую патологию имели 64%, а инвалидность - 36%, и никто себя не считал здоровым. Респонденты с высшим образованием указали на наличие хронической патологии - 48% и на наличие инвалидности - 20%, но 8% считали себя здоровыми, а 24% отметили наличие заболеваний общего характера.

Психосоциальный стресс приводит к изменениям взаимоотношений между людьми. Для изучения этого явления респондентам задавались вопросы: "Как часто Вас навещали родственники до войны и сейчас?" и "Как часто Вы навещали родственников до войны и в настоящее время?". Уровень родственных отношений снизился во всех трех группах, люди стали меньше навещать друг друга.

В национальной культуре чеченцев всегда было принято бережно относиться к здоровью, вести здоровый образ жизни и заниматься с детства укреплением здоровья. Для вайнахов (самоназвание чеченцев и ингушей) характерен также достаточно высокий уровень развития народной медицины, что нашло отражение в фольклоре, языке, а также в сохранившихся и по сей день некоторых практиках. Хотя вайнахи и считали, что многие болезни возникают по воле Всевышнего, они проявляли по отношению к ним активный тип поведения, однозначно с порицанием относились к вредным привычкам. После войны взгляды на здоровье и здоровый образ жизни изменились. Жители Чечни, понимая, что живут в нездоровом обществе, в нездоровое время, в окружении нездоровых людей, стали придавать меньшее значение своему собственному здоровью, думая о том, как прожить завтрашний день. Многие эксперты в области здравоохранения в ЧР отмечают, что в большинстве случаев население

обращается за медицинской помощью на запущенных стадиях заболевания, когда медицина уже не в состоянии чем-либо помочь. Даже родители обращаются к врачу по поводу заболеваний ребенка на поздних стадиях, не замечая, либо по занятости, либо по незнанию, признаки серьезного заболевания, например, туберкулеза.

Выявлена характерная особенность, что во всех трех группах за медицинской помощью обращаются только при выраженных нарушениях здоровья. Большинство респондентов обращается к врачу, когда становится слишком плохо, а больных инсультом и гипертонией, в отличие от здоровых, даже приходится в 13,8% и 5,3% случаях заставлять идти в больницу (см. табл.).

Для больных с сердечно-сосудистой патологией очень важен мониторинг артериального давления (АД), так как любые сдвиги, подъемы АД и падения, сопровождаются высоким риском возникновения первичного и вторичного инсульта. При ответе на вопрос о контроле АД большинство респондентов, около 60%, измеряет АД, когда чувствуют, что им плохо, причем существенной разницы в трех группах нет. Регулярно контролируют свое АД 30,2% больных инсультом, 26,8% больных гипертонией и 17,9% здоровых. Это очень низкий уровень, особенно для больных, перенесших инсульт и страдающих артериальной гипертонией. При ответе на вопрос, "какой уровень АД наблюдался у Вас в течение последних нескольких месяцев?", более чем половина больных гипертонией имела АД, превышающее норму (150 и выше мм.рт.ст.). Из них 51,5% в группе больных гипертонией называют цифры 170/100 мм.рт.ст. и выше, что говорит об отсутствии коррекции АД и потенциальном риске возникновения инсульта у этой группы больных. Среди больных инсультом также около половины имело АД, превышающее нормальный уровень. Подавляющее большинство в группе здоровых считает для себя нормальным АД 110/70 - 120/80 мм.рт.ст., но в последние месяцы у ряда из них (около 30%) АД также превышало норму. У больных инсультом и гипертонией были несколько сдвинуты к более высоким значениям и понятия о нормальном давлении. Отсюда - реальная проблема наблюдения больных и коррекции АД, а также низкий уровень информированности и грамотности в отношении своего заболевания.

В ЧР в большей степени преобладает сакральная модель взаимодействия врача и больного, когда пациент, лишенный возможности принимать решение, перекладывает всю ответственность на врача. Это связано с низким уровнем образования населения и привычкой воспринимать врача как "второго после Бога", что отражено даже в некоторых чеченских фразеологизмах. Однако оптимальной является коллегиальная модель отношений, когда врач и пациент представляют собой равноправных партнеров, стремящихся к одной цели - к победе над болезнью и сохранению здоровья пациента. Небольшое распространение имеет контрактная модель, свойственная современным рыночным отношениям. Чеченцы выражают невысокую степень доверия частным платным клиникам и кабинетам, рассматривая медицинских сотрудников, в них работающих, как коммерческих деятелей, основной целью которых является экономическая прибыль, а не оказание медицинской помощи. Однако, выезжая за пределы республики, они предпочитают обращаться за медицинской помощью на контрактных условиях с целью обеспечения более качественного медицинского обслуживания.

В условиях социально-экономической нестабильности, при низкой культуре самосохранения и инструментальной ценности здоровья массовой стратегией поведения в отношении здоровья стала его эксплуатация [4], использование его в качестве ресурса для достижения других целей (карьеры, материального благополучия). В ЧР преобладает такая же стратегия поведения, но только в более гротескных очертаниях, когда здоровье рассматривается как потенциал или ресурс, данный природой или Богом, который используется отведенное количество лет, пока полностью не иссякнет. Традиционная же культура народа и религия ориентирует человека на бережное отношение к своему здоровью и порицают невнимательное отношение не только к духовному, но и физическому состоянию организма. В довоенный период в республике было наибольшее число долгожителей. Полноценное использование природных ресурсов, сочетание физической активности, здорового питания и режима труда и

### В каком случае Вы обычно обращаетесь к врачу? (в % к числу опрошенных)

Варианты ответов	Больные инсультом	Больные АГ	Здоровые
Как только почувствую себя больным	28,7	21,4	10,5
Когда становится слишком плохо	43,7	44,9	63,2
Обычно меня приходится заставлять идти в больницу	13,8	15,3	2,6
Родственники сами кладут меня в больницу	13,8	18,4	23,7

отдыха, бодрость духа, прочные семейные узы, все это способствовало сохранению здоровья на длительные годы.

Необходимо выделить объективные и субъективные социальные факторы, определяющие специфику отношения жителей ЧР к здоровью и соответствующее поведение. Объективные факторы обусловлены послевоенными условиями, в которых реализуется поведение, и которые непосредственно не зависят от людей. Субъективные факторы также зависят от этих условий. За длительный период неблагополучного состояния во всех сферах социальной жизни сформировались патологические паттерны образа жизни и поведения, соответствующие той патологической ситуации, в которых они возникли, и соответствующие новым установкам и ценностям. Для преодоления сформированных стереотипов потребуется длительный период времени. Для ускорения этого процесса необходимо, во-первых, активное привлечение методов и знаний, накопленных социологией здоровья и медицины, во-вторых, оптимизация организации медицинской помощи, в-третьих, расширение просветительской работы.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Магомедов Б. А.* Социальная ситуация в Чеченской республике в постконфликтный период: социологический анализ. М.: РИЦ, ИСПИ РАН, 2006. 193 с.
2. *Слюсарянский М. А.* Методология социального поведения и его регуляция // Социология. 2007. N1. С. 159 - 171.
3. *Кашуркина С. С.* Самоохранительное поведение детей и молодежи в современном российском обществе: Дис. ... канд. социол. наук. Казань, 2006.
4. *Волкова М. Б.* Здравоохранительное поведение населения в условиях российских социально-экономических трансформаций: Автореф. дис. Саратов, 2005.
5. *Лисицын Ю. П.* Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009.
6. *Решетников А. В.* Социология медицины. М.: "Медицина", 2002.
7. *Ефименко С. А.* Риски и рисковое поведение пациентов в сфере здоровья // Социология медицины. 2007. N 1 (10). С. 7 - 12.
8. *Журавлева И. В.* Отношение к здоровью как социокультурный феномен: Автореф. дис. М., 2005.
9. *Назарова И. Б.* Здоровье и самоохранительное поведение занятого населения России: Автореф. дис. М., 2007.



10. Юсупова М. М. Социологическое исследование "Интересы, нормы, ценности" (Объем квотной выборки - 1060 человек), ЧР, 2003.
11. Юсупова М. М. Социологическое исследование "Гражданское общество" (Объем выборки -240 человек), Грозный, 2007.
12. Юсупова М. М. Социологическое исследование "Социальное самочувствие этнических групп" (Объем выборки - 210 человек), Грозный, 2008.
13. Кислицына О. А. Неравенство доходов и здоровья в современной России: Автореф. дис. М., 2006.