

© 1999 г.

Л.С. ШИЛОВА

ТРАНСФОРМАЦИЯ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

ШИЛОВА Людмила Сергеевна - старший научный сотрудник Института социологии РАН.

Переход общества к динамичным переменам повлек за собой резкие изменения в жизненных стратегиях людей. Трансформации подверглось и **самосохранительное поведение** населения, результатом которого является тот или иной уровень состояния здоровья и продолжительности жизни. Поведение человека в отношении к своему здоровью опосредует влияние остальных факторов: при одинаковых экологических, социально-экономических, бытовых и прочих условиях жизни, при одинаковой наследственной предрасположенности люди, даже проживающие в одной семье (например, братья и сестры), чаще всего имеют разное здоровье. И это определяется различиями самосохранительного поведения: наличием или отсутствием вредных привычек, разным уровнем информированности и грамотности относительно рисков в сфере здоровья, ценности здоровья и степени активности для его поддержания.

Наряду с медициной важным средством современного человека в защите своего здоровья становится **культура самосохранения**. Она ставит здоровье на высочайший уровень в личной структуре жизненных ценностей, определяет активность в отношении к здоровью; исключение из жизни факторов риска заболеваний через грамотность и информированность позволяет нейтрализовать генетическую предрасположенность к заболеваниям, снабжает человека навыками поддержания здоровья и максимальной продолжительности жизни.

Социальные нормы в отношении здоровья определяются уровнем сохранности национальных и семейных традиций, с одной стороны, и социальной политикой государства в отношении здоровья и продолжительности жизни населения, - с другой.

Социальная политика развитых стран в отношении здоровья при современной структуре заболеваемости направлена главным образом на превентивные действия. В настоящее время стратегия здравоохранения развитых стран опирается на самоформирующиеся группы риска, когда потенциальные больные при появлении первых симптомов наиболее распространенных хронических заболеваний своевременно обращаются к врачу. Такое поведение возможно только при наличии культуры самосохранения, формирование которой и является одной из постоянных целей социальной политики в сфере здравоохранения.

Индивидуальные и общественные нормы в отношении здоровья, а также распределение баланса ответственности за здоровье личности между нею и государством в России и СССР намного отставали от мировых стандартов. Отечественное здравоохранение довольно успешно (при возможностях нашей страны в сравнении с развитыми странами) побеждало инфекционные заболевания, и достигнутые успехи наглядно говорили о государственной заботе о здоровье населения. Бесплатное медицинское обслуживание, равно доступное для всех, укрепляло представления людей о том, что забота об их здоровье лежит на Министерстве здравоохранения, что ослабляло их собственную активность в этом направлении.

Низкий уровень самосохранительного поведения населения в дореформенные годы проявлялся прежде всего в различиях между декларируемыми во время опросов нормами поведения в отношении здоровья и реальным поведением. В структуре жизненных ценностей здоровье

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, проект № 98-06-80440.

занимало довольно высокое, в зависимости от возраста - третье или второе место [1]. При более глубоком рассмотрении оказывалось, однако, что ценность здоровья носила не фундаментальный, а инструментальный характер: здоровье для людей с низкими стартовыми возможностями являлось дополнительным жизненным ресурсом, средством для достижения других, более значимых целей. Например, для накопления денежных средств, или пенсионных льгот, или более быстрого роста карьеры, или ради приобретения квартиры или машины вполне нормальным считалось поехать зарабатывать деньги на Север страны, в условия сурового климата, или пойти работать на вредное производство. Так, в 80-е годы на вопрос о том, при каких условиях респонденты пошли бы работать на вредное производство, только 27% заявили, что "ни при каких". А 70% пошли бы работать ради получения квартиры (в первую очередь), ради большой пенсии в старости и ради большого заработка [2]. Около трети опрошенных, в основном молодые мужчины, выражали готовность даже в случае заболевания продолжать работать в неблагоприятных для здоровья условиях.

Весьма наглядно уровень культуры самосохранения населения характеризовала грамотность в отношении своего здоровья. По данным наших исследований в 80-е годы, не знали или не помнили о противопоказанных им лекарствах около 70%, о перенесенных инфекционных заболеваниях - 40%, о полученных прививках - 30%, свою группу крови - 20% и т.д. [1]. Примерно на таком же уровне находилась активность в отношении здоровья. Наиболее важный ее показатель - своевременная обращаемость за медицинской помощью, характеризовалась следующим: 60% опрошенных горожан обращались за медицинской помощью только в связи с необходимостью предъявить больничный лист по месту работы.

Другая особенность самосохранительного поведения населения 80-х годов - существенные гендерные различия, которые в это время по аналогичным показателям в других странах в таком объеме не наблюдались. Эти различия получили отражение и в показателях заболеваемости мужчин и женщин, и в показателях средней продолжительности жизни. Женщины всегда имели худшие показатели здоровья, но выше, чем у мужчин, среднюю продолжительность жизни. Однако более частая заболеваемость женщин объясняется не столько объективно худшим состоянием здоровья, сколько более частой обращаемостью к врачам. Как следствие, у женщин выше выявляемость заболеваний, что формирует статистику заболеваемости.

Более объективный показатель здоровья - продолжительность жизни - у женщин выше, чем у мужчин. На основе статистического анализа факторов, определяющих среднюю продолжительность жизни мужчин и женщин, различия, обусловленные биологическим фактором, составляют по данным одних авторов 1,9 года [3], по данным других - 2,1 года [4]. В 80-х годах различия в средней продолжительности жизни мужчин и женщин составляли 10 лет, а в 1994 г. достигли 14 лет. Если исключить биологические обусловленные 2,1 года, то итоговая разница в годах определяется поведенческим фактором.

За почти десятилетний срок исследований отношения населения к здоровью мы констатировали более высокую культуру самосохранения там, где выше была сохранность национальных, культурных и семейных традиций (исследования в Тбилиси, Душанбе, проведенные на основе нашего инструментария).

В годы перестройки показатели заболеваемости и средней продолжительности жизни населения по данным статистики резко ухудшились. Наряду с ростом хронических заболеваний, увеличилась их "сочетанность" (наличие одновременно нескольких заболеваний), а также началась реставрация эпидемиологической структуры заболеваемости, т.е. перемещение эпидемиологических заболеваний на более высокие места в структуре общей заболеваемости. С 1988 г. началось снижение ожидаемой продолжительности жизни населения, которое в 1994 г. достигло 63,88 года - самый низкий результат среди экономически развитых стран. Темп снижения тоже был самым высоким: за 5 лет падение составило 5,84 года [5]. Основной вклад в падение показателей средней продолжительности жизни внесли мужчины трудоспособных возрастов [6].

Ухудшение показателей здоровья за годы перестройки произошло на фоне постоянного психоэмоционального напряжения населения. Длительное состояние стресса не могло не отразиться на показателях заболеваемости хроническими болезнями и, в частности, на росте неврозов, болезней нервной системы и органов чувств. Так, в 1992 г. обращаемость населения России за медицинской помощью по поводу неврозов увеличилась в сравнении с 1991 г. на 6,1%, а с впервые установленным диагнозом - на 22,3%. В Государственном докладе о состоянии здоровья населения в 1993 г. отмечалось, что имеется выраженная связь общей заболеваемости с невротическими расстройствами, что увеличивает сочетанность заболеваний [7].

В 1985 г. по рекомендациям ВОЗ (международная программа "Моника") в Москве в Центре

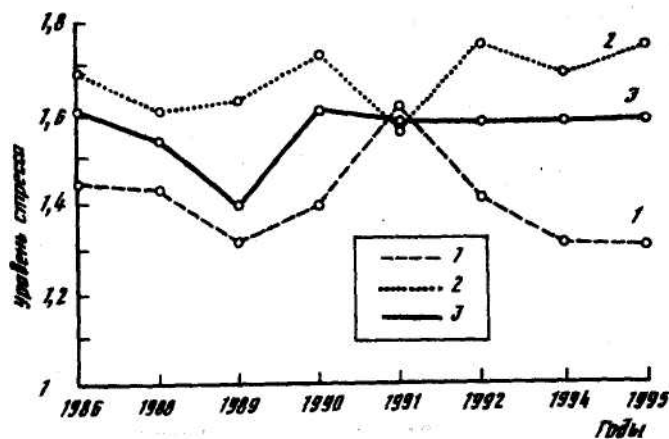


Рис. 1. Динамика уровня стресса в 1986-1995 гг. по тесту Л. Ридера. Обозначения здесь и далее: 1 - мужчины; 2 - женщины; 3 - все

профилактической медицины Министерства здравоохранения РФ был начат скрининг, целью которого было выявление групп риска хронических заболеваний на основе медицинского обследования и измерения уровня стресса москвичей по случайной выборке. Предполагалось, что измерение уровня стресса позволит выявить группы риска хронических заболеваний. Это позволило бы использовать более экономную экспресс-диагностику (заполнение теста на стресс занимает не более 1 минуты) в практике профилактики таких заболеваний. В этом заключалась главная задача исследования для медиков. Нам же представилась возможность включить шкалу стресса как один из показателей самосохранительного поведения в нашу традиционную анкету, которую предлагалось заполнить наряду с медицинской. Программа исследования ставила задачи изучить типы самосохранительного поведения населения и тенденции их изменения.

Исследование проводилось с 1986 по 1995 гг. в 3-х районах Москвы сначала в поликлиниках среди обратившихся за медицинской помощью хронических больных. С 1990 г. по случайной территориальной выборке респонденты получали по почте приглашения пройти профилактическое обследование в Центре профилактической медицины. До 1993 г. в Центр приходило в среднем около 50% от числа приглашенных, а в последние 2 года эта доля сократилась до 30%.

Начало проведения исследования совпало с периодом преобразований в стране (1986 г.). Данные, которые собирались в течение 9 лет реформ, позволяют сегодня не только проследить динамику уровня стресса жителей Москвы за 9 лет и его влияние на здоровье, но и оценить, воздействие условий реформируемого общества на изменение поведения населения в отношении здоровья.

Уровень стресса измерялся с помощью теста стресса Лео Ридера, состоящего из шести шкал, к которым в 1990 г. была добавлена седьмая шкала о семье. Каждую шкалу респондент должен был оценить по 4-х балльной системе. По ряду показателей данные исследования сгруппированы в два скрининга: I - 1987-1989 гг. (835 чел., из них 374 мужчины и 467 женщин) и II - 1993-1995 гг. (1325 чел., из них 573 мужчины и 461 женщина). Возраст обследованных в обеих выборках от 24 до 69 лет.

Анализ динамики уровня стресса показывает, что и по этому показателю самосохранительного поведения гендерные различия значительны (рис. 1). Например, в 1991 г. максимальные значения уровня стресса мужчин совпали с минимальными значениями стресса у женщин. Поэтому при решении задачи выявления стандартов уровня стресса было ясно, что они должны быть рассчитаны для каждого пола отдельно. На основании размаха индивидуальных значений показателя стресса по семи шкалам, входящим в тест, такие стандарты были рассчитаны в диапазоне от 0 до 3 баллов. По шести из семи шкал теста в соответствии с выявленными стандартами у женщин уровень стресса выше уровня стресса у мужчин.

Структура теста представляет разные источники и уровни нервной напряженности. 1-я, 3-я, 4-я и 5-я шкалы характеризуют уровни нервной напряженности (соответственно рис. 2,4,5, 6): от определения себя как человека нервного до таких характеристик, как напряженность "повседневная", "частая", "при общении с людьми". Уровень повседневной напряженности в соответствии со стандартами за весь рассматриваемый период можно определить как средний,

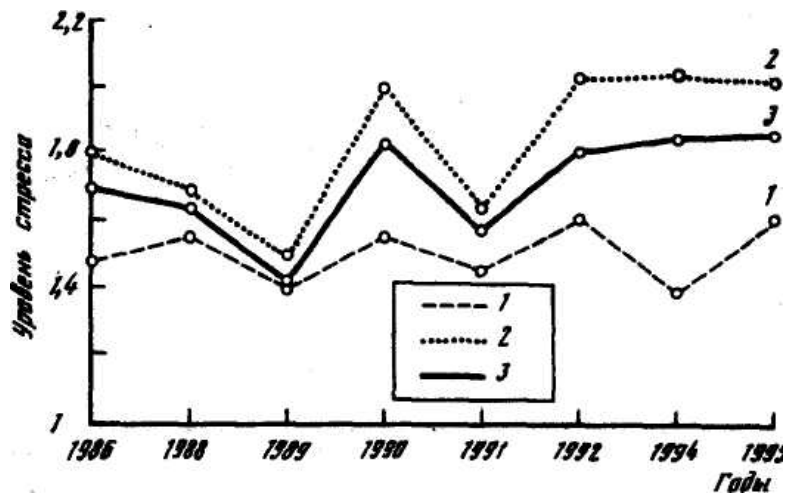


Рис. 2. Динамика среднего балла 1-ой шкалы ("Пожалуй, я человек нервный") теста Л. Ридера в 1986-1995 гг.

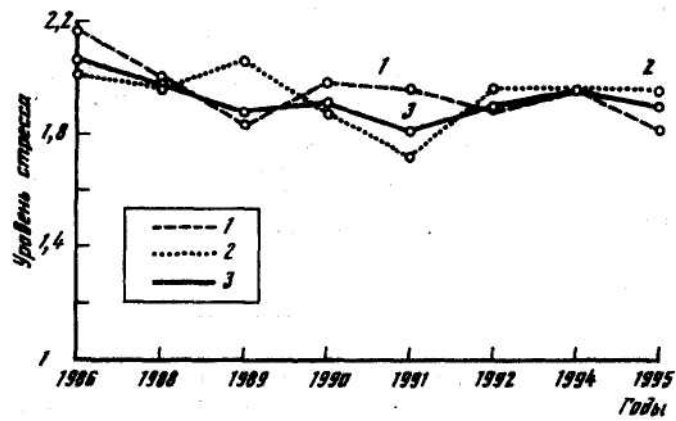


Рис. 3. Динамика среднего балла 2-я шкалы ("Я очень беспокоюсь о своей работе") теста Л. Ридера в 1986-1995 гг.

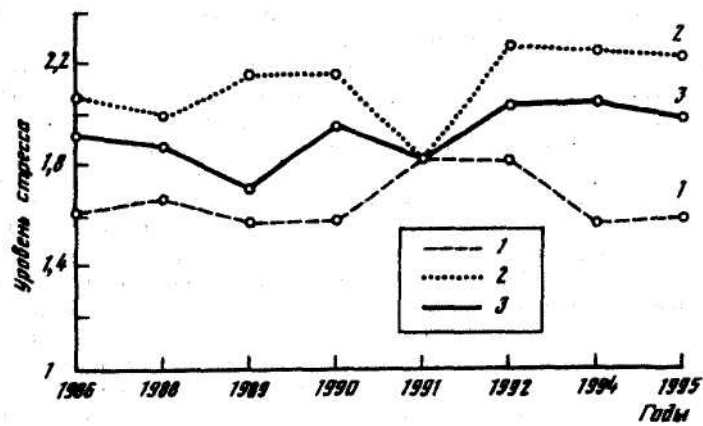


Рис. 4. Динамика среднего балла 3-ей шкалы ("Я часто ощущаю нервное напряжение") теста Л. Ридера в 1986-1995 гг.

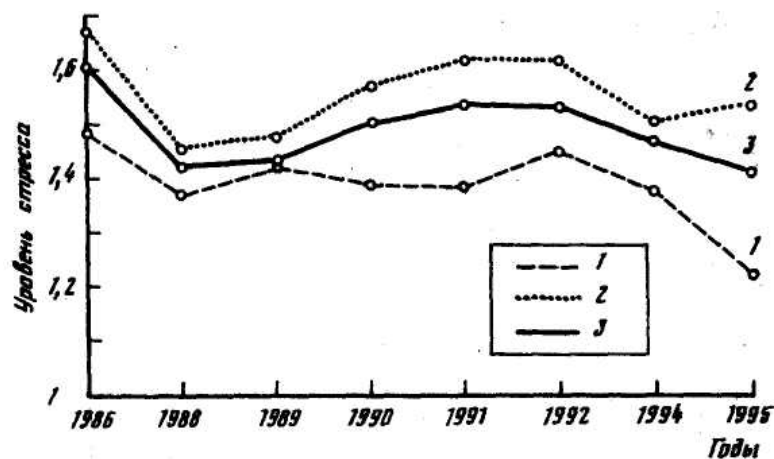


Рис. 5. Динамика среднего балла 4-ой шкалы («Моя повседневная деятельность вызывает большое напряжение») теста Л.Ридера в 1986-1995 гг.

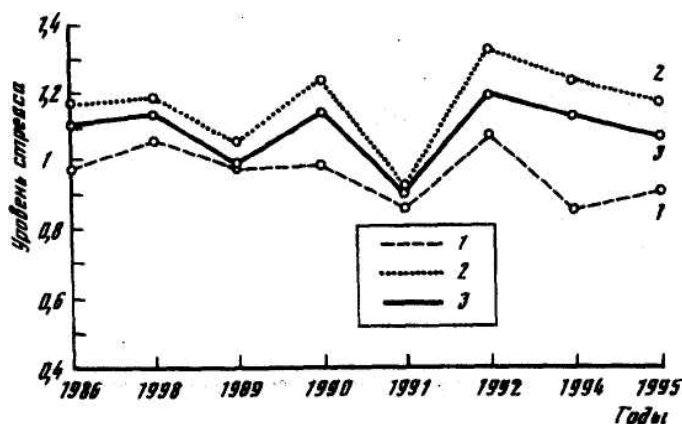


Рис. 6. Динамика среднего балла 5-ой шкалы ("Общаясь с людьми, я часто ощущаю нервное напряжение") теста Л. Ридера в 1986-1995 гг.

при максимальных значениях в 1986 г. и понижении значений к концу исследования (4-я шкала, рис. 5). По 3-ей шкале (рис. 4) - "Я часто ощущаю нервное напряжение" - уровень значений у мужчин на всем протяжении исследования оставался средним, тогда как у женщин средние по уровню значения отмечались только в 1991 г.; до и после этого значения показателей отмечались в диапазоне высокого уровня стресса. Именно эта шкала наглядно показывает различия между мужчинами и женщинами: значения показателей уровня стресса для них носят взаимообратный характер, что говорит о разной структуре стрессоров.

Общение с людьми как источник психоэмоционального напряжения (5-я шкала, рис. 6) характеризуется колебаниями значений и у мужчин и у женщин в пределах нижней границы среднего уровня стресса. В 1991 г. эти значения достигли низкого уровня и с 1992 г. у женщин отмечаются в диапазоне среднего уровня, а у мужчин - в пределах низкого уровня. Обобщенная оценка себя, как человека нервного (1-я шкала, рис. 2) у женщин описывается показателями среднего уровня, переходящими после 1992 г. к нижней границе высокого уровня. У мужчин на протяжении исследования значения показателей стресса располагаются в диапазоне среднего уровня. 6-я шкала (рис. 7) характеризует уровень ежедневного истощения психических и физических сил. Динамика значений и у мужчин и у женщин по этой шкале располагается в среднем диапазоне, но показатели неуклонно повышаются и к концу исследования приближаются к верхней границе среднего уровня стресса.

2-я и 7-я шкалы представляют внешние факторы стресса: работу (рис. 3) и семью (рис. 8). Работа как фактор стресса - единственная шкала, по которой наблюдаются минимальные

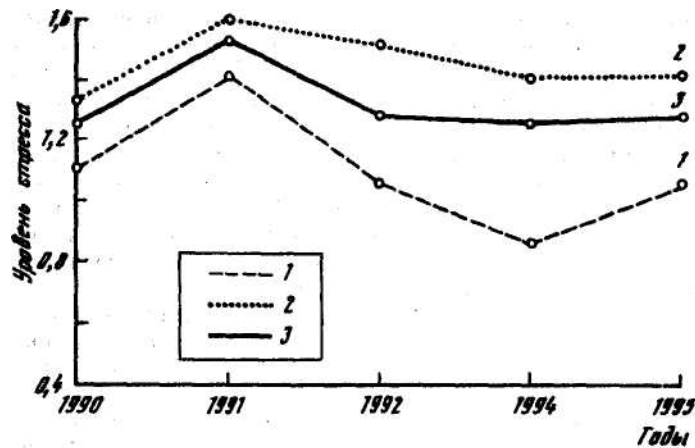


Рис. 7. Динамика среднего балла 6-ой шкалы ("К концу дня я совершенно истощен физически и психически") теста Л. Ридера в 1986-1995 гг.

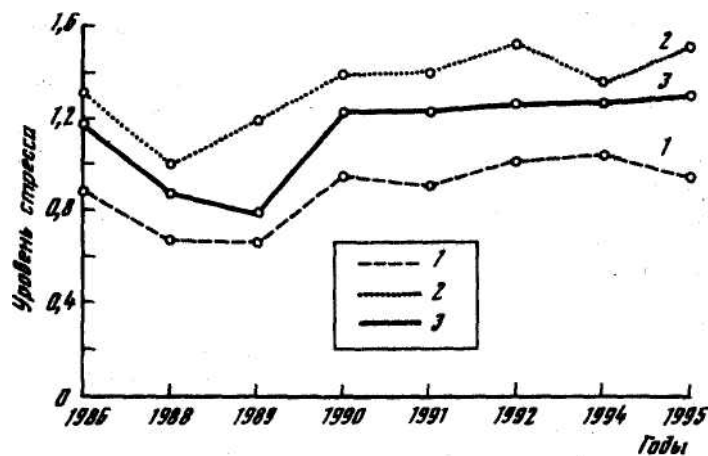


Рис. 8. Динамика среднего балла 7-ой шкалы ("В моей семье часто возникают напряженные отношения") теста Л. Ридера в 1986-1995 гг.

различия в показателях стресса мужчин и женщин. Общая для них тенденция развития характеризуется переходом от высокого уровня стресса в 1986 г. к верхнему пределу среднего уровня в 1995 г. Можно сказать, что уровень стресса, связанного с работой, за годы реформ оставался выше уровня по другим шкалам, но проявлял тенденцию к незначительному снижению к концу рассматриваемого периода.

7-я шкала ("В моей семье часто возникают напряженные отношения" - рис. 8) была встроена в тест в 1989 г., поэтому данные по ней приводятся, начиная с 1990 г. Показатели стресса и мужчин и женщин по этой шкале в целом относятся к среднему уровню. Различия выражаются в том, что для мужчин семья после 1991 г. выполняет скорее терапевтическую функцию - общая тенденция состоит в снижении уровня стресса, тогда как для женщин взаимоотношения в семье продолжали оставаться напряженными. Семья в условиях реформ испытывает большие экономические и эмоциональные нагрузки. К концу исследования число респондентов, указавших на то, что отношения в семье стали напряженными, удвоилось и на 10% возросло число семей, в которых конфликты стали причиной ухудшения здоровья.

Подводя итог анализа динамики показателей стресса по всем шкалам, отметим, что за годы реформ на эмоциональном уровне у наших респондентов, с одной стороны, наблюдается постепенная адаптация к переменам, новым условиям жизни, новым общественным нормам и ценностям (4-я шкала, рис. 5), с другой стороны - истощение нервных и психических сил (6-я шкала, рис. 7). К этому нужно добавить, что по всем шкалам у женщин более высокий уровень стресса, чем у мужчин.

Была обнаружена зависимость уровня стресса от возраста, образования и социального положения. Уровень стресса людей старших возрастных групп и по средним значениям, и по значениям каждой из шкал был неизменно выше, чем у молодых, и на протяжении всего исследования наблюдалась тенденция его роста. Зависимость уровня стресса от образования носит более сложный характер. Наиболее низкие и устойчивые показатели стресса на протяжении всего времени наблюдаются у людей с высшим и средним образованием. У респондентов с неполным средним и начальным образованием уровень стресса подвержен более сильным и частым колебаниям, особенно с 1988 по 1992 гг. После 1993 г. у всех образовательных групп уровень стресса относительно стабилизировался, но у людей с начальным образованием - в основном это были пожилые люди, пенсионеры - он продолжал расти и к 1995 г. достиг максимального значения - 3-х баллов.

По социальному положению мы выделили группы служащих с высшим и без высшего образования, рабочих и пенсионеров. Как уже отмечалось, самый высокий и постоянно растущий уровень стресса у пенсионеров. У служащих с высшим образованием и без него уровень стресса плавно снижался до 1990 г., затем вырос до 1,6 балла в 1992 г. и оставался на этом уровне до 1994 г., после чего у служащих без образования снизился, а у служащих с образованием стабилизировался на том же уровне. Это положение изменялось главным образом за счет показателей шкалы, связанной с работой. Она вполне отражает меньшую гибкость на рынке занятости людей с высшим образованием, у которых снижение социального статуса происходило болезненнее.

Оценки показателей уровня стресса у всех выделенных групп населения с точки зрения стандартов стресса для мужчин и женщин позволили выявить группы риска хронических заболеваний. Формальным признаком выделения групп служило попадание показателей стресса в стандарт высокого уровня. Наиболее подвержены высокому психоэмоциональному напряжению в первую очередь пожилые и старики, женщины, рабочие с начальным и неполным средним образованием. Выделенные нами группы риска хронических заболеваний одновременно являются и группами риска в более широком социальном толковании. Это наиболее дезадаптированные группы вследствие и в условиях социально-экономических преобразований. В этом отношении наши данные совпадают с данными других исследований. В частности, с данными исследования 1989-1995 гг. на Украине, где изучалось психологическое самочувствие населения [8]. Оценка психологического самочувствия проводилась на основе шкал тревожности, но группы риска оказались теми же, что и у нас, и состояние их здоровья совпадало с состоянием общей социальной дезадаптированности. В мониторинге ВЦИОМа за те же годы на основе показателей психологического самочувствия выявлены такие же группы социального риска [9].

Отмеченные нами тенденции изменения уровня стресса в России существенно не совпадают с тенденциями динамики показателей стресса у населения развитых стран. Например, по нашим данным, гендерные различия в уровне стресса за годы реформ выросли, и только по одной шкале - беспокойства о работе - сравнялись к концу исследования. В начале 80-х годов многие американские и европейские исследователи стали отмечать сокращение различий в уровнях стресса между мужчинами и женщинами [см., например, 10].

Другое отличие связано с тем, что в развитых странах сложились стандарты возрастной динамики уровня стресса населения: пик подверженности стрессам приходится на возраст от 30 до 40 лет. После 40 лет у всех социально-демографических групп наблюдается снижение уровня стресса. По нашим данным, уровень стресса у москвичей после 40 лет неизменно возрастал по всем шкалам теста. Причем по шкале, представляющей связь стресса с работой, он достигал максимальных значений именно у людей пенсионного возраста.

За годы исследования об ухудшении здоровья москвичей свидетельствовали и субъективные оценки респондентов. Во втором скрининге вдвое увеличилось число тех, кто оценил свое здоровье как плохое. Корреляция самооценки здоровья с уровнем стресса указывает на обратную зависимость: чем выше самооценка здоровья, тем ниже уровень стресса. Это верно как для мужчин, так и для женщин.

Уровень стресса зависит от того, заботится человек о своем здоровье или нет. У мужчин и женщин эта зависимость проявляется по-разному. Приведенные в таблице 1 данные показывают, что уровень стресса женщин возрастает по мере того, как убывает их активность в заботе о здоровье. У мужчин при переходе от постоянной заботы о здоровье к заботе "время от времени" уровень стресса поднимается, но у тех, кто никогда не заботится - он самый низкий.

Если сопоставить ответы мужчин и женщин, которые никогда не заботятся о здоровье, то у мужчин уровень стресса минимальный, тогда как у женщин - максимальный. Вероятнее всего,

Таблица 1

**Средне показателя стресса у мужчин и женщин с различным отношением к здоровью
(1,3,4,5,6,7 шкалы)**

Как часто Вы заботитесь о своем здоровье?	Мужчины p<0,01	Женщины p<0,01	Все: p<0,05
Постоянно	1,36	1,51	1,43
Время от времени	1,44	1,68	1,57
Никогда	1,22	1,82	1,54
Трудно сказать	1,43	1,40	1,42

Таблица 2

**Динамика ценности здоровья по ответам респондентов
(в % от ответивших), p < 0,01**

Суждения	1988 год (699 чел.)	1992 год (741 чел.)	1995 год (138 чел.)	Всего за 1988- 1995 гг. (2059 чел.)
1. Здоровье - самое главное в жизни, важные решения должны приниматься так, чтобы не навредить здоровью	23,5	21,0	22,0	22,0
2. Здоровье, конечно, важно, но иногда можно забыть об этом ради дополнительного заработка, развлечений и т.д.	25,0	32,0	29,0	29,0
3. Здоровье важно для меня наряду с работой, отдыхом, учебой, развлечениями	44,5	34,0	44,0	39,0
4. Даже если это вредит здоровью, предпочитаю жить с риском, острыми ощущениями	3,0	4,0	2,0	3,0
5. Я хочу жить так, как мне нравится, ни в чем себя не ограничивая	4,0	9,0	3,0	7,0

это объясняется неадекватностью самооценки здоровья у мужчин. Главная причина - низкая ценность здоровья у мужчин. У женщин ценность здоровья всегда была выше, а разрыв между нормативными представлениями и реальным поведением - меньше. Снижение ценности здоровья снижает и активность, и ответственность за него в мужской модели поведения. У мужчин даже появление симптомов заболеваний не вызывает стресса, не является достаточным стимулом для посещения врача. Следовательно, низкий уровень стресса у мужчин не является достаточным основанием считать, что они не входят в группу риска хронических заболеваний. Методы экспресс-диагностики, на основании которых происходит выявление групп риска в западных странах, в нашем обществе требуют корректирования с учетом особенностей самосохранительного поведения мужчин.

Изменение нормативных представлений относительно здоровья за 9 лет скрининга показало, что они гораздо больше зависят от условий жизни, чем от культурных традиций. В I скрининге у респондентов преобладало мнение, что "здоровье важно наряду с работой, отдыхом, учебой, развлечениями". Но за последние годы возросло число тех, кто считает возможным пренебречь здоровьем ради достижения других целей ($p < 0,001$) и уменьшилось число тех, кто придерживался мнения о равноценности здоровья, работы, развлечений. Данные таблицы 2 говорят о снижении ценности здоровья в моменты ухудшения условий жизни.

Структура факторов уровня ценности здоровья у мужчин и женщин разная. Высокая ценность здоровья более характерна для мужчин в старших возрастных группах; пенсионеров; людей с высоким уровнем доходов; холостых. Нужно заметить, что у всех перечисленных категорий мужчин высокая ценность здоровья и забота о нем обусловлены появлением заболевания.

У женщин высокая ценность здоровья также чаще встречается в старших возрастных группах. Ее обнаруживают служащие с высшим образованием; пенсионерки, состоящие в браке с детьми. Уровень дохода менее тесно коррелирует с высокой ценностью здоровья, чем у мужчин. Высокая ценность здоровья и забота о нем у женщин мотивируется воспитанием детей и затем уже появлением поводов для беспокойства о здоровье. Низкая ценность здоровья в равной степени и у мужчин и у женщин характерна для медицинских работников, затем у рабочих (сельское население в выборку не входило).

Важной характеристикой прогноза адаптационных ресурсов человека, а значит, и его психосоматического здоровья является ориентация человека на собственные усилия в преодолении стрессовых и иных нагрузок, в поддержании своего здоровья. "Усилия самого человека" как фактор здоровья на протяжении всего исследования был на 2-м месте после такого фактора, как "условия жизни". Но во II скрининге число тех, кто выбрал этот фактор, уменьшилось на 10% ($p < 0,001$) и, главным образом, за счет женщин.

В условиях рыночной экономики положение женщин на рынке труда ухудшилось в сравнении с мужчинами: на престижных рабочих местах их меньшинство, а среди безработных - большинство. Это положение отразилось на их отношении к своему здоровью в худшую сторону. Именно в ответах женщин снизилась ценность здоровья. Например, на вопрос "Как часто Вы ходите на работу с недомоганием?" в 1988 г. большинство мужчин ответили, что ходят с недомоганием "часто", а женщин - "иногда". А в 1995 г., наоборот: среди мужчин большинство ходило на работу с недомоганием "иногда", а среди женщин - "часто".

В целом, за годы исследования возросла доля мужчин с нормативными представлениями о ценности здоровья, важности заботы о нем, тогда как число женщин с такими представлениями снизилось. Улучшение нормативных представлений относительно здоровья, особенно у мужчин, произошло, в частности, под влиянием западных норм деловой жизни, где здоровье рассматривается как качественная характеристика любого профессионала. Забота о здоровье стала элементом имиджа преуспевающих, серьезных деловых людей. Это - позитивное влияние реформ. Вместе с тем ценность здоровья в нормативных представлениях повысилась, но не стала фактом сознания, осталась пока на уровне моды. Реальное поведение под влиянием усложнившихся условий ухудшилось у женщин и осталось прежним у мужчин: среди них по-прежнему много пьющих и курящих, нарушающих режим сна и отдыха, не заботящихся о правильном питании.

Расслоение населения по уровню доходов при платной медицине вызвало неравенство в условиях поддержания здоровья и в медицинском обслуживании. В этой ситуации люди с низкими доходами вынуждены еще больше эксплуатировать свое здоровье, а богатые начинают глубже усваивать культуру самосохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Отношение населения к здоровью / Под ред. И.В. Журавлевой. М: Институт социологии РАН, 1993. С. 51-63.
2. Там же, с 51.
3. *Россет Э.* Продолжительность человеческой жизни. М., 1981. С. 290.
4. *Бедный М.С.* Медико-демографическое изучение народонаселения. М., 1979. С. 151.
5. *Вишневский А., Школьников В.* Смертность в России. Главные группы риска и приоритетные действия // Московский центр Карнеги. Научные доклады. Вып. 19. Москва, 1997. С. 12,22-31.
6. Там же. С. 101.
7. Население России // Второй ежегодный демографический доклад / Под редакцией Вишневского А.Г. Центр демографии и экологии человека. М., 1994.
8. *Головаха Е.И., Панина Н.В.* Социальное безумие. История, теория и современная практика. Киев, 1994. С. 68459.
9. Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. Информационный бюллетень. 1993. № 1. С 11-13.
10. *Kessler R.C., McRae I.A.* Trends in the Relationship Between Sex and Psychological Distress // *American Sociological Review.* 1981.46: 443-52.