

СОЦИ ДИГГЕР

ВЦИОМ

ЭКСПЕРТЫ:

к. полит. н., д. ист. н., профессор
ПИМУ Минздрава России

Наталья Шок

PhD, доцент кафедры демографии
Института демографии НИУ ВШЭ

Ольга Исупова

1989



ТЕМА ВЫПУСКА

**ЗДОРОВЬЕ.
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ.
БИОЭТИКА**




2020



ВЦИОМ

• Основан в 1987 году •

ОГЛАВЛЕНИЕ

-  Обращение к читателю..... 3
-  Исупова И. Г. Демографические аспекты здоровья:
оздоровление и репродуктивный выбор..... 4
- Расширенный комментарий*
Кочкина Е. В. Самосохранительное поведение
в период пандемии..... 23
-  Шок Н. П. Биоэтика как способ защиты общественного
здоровья от общественного мнения..... 31
- Расширенный комментарий*
Власов В. В. Деформированы вместе..... 46

РАСШИРЕННАЯ ПОДБОРКА ДАННЫХ «Здоровье. Здравоохранение. Биоэтика»

СКАЧАТЬ в PDF 

СКАЧАТЬ в DOC 

СОЦИОДИГГЕР. ВЫПУСК 3
«ЦИФРОВИЗАЦИЯ
И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ»

СКАЧАТЬ

СОЦИОДИГГЕР. ВЫПУСК 2
«СЕМЬЯ И РОДИТЕЛЬСТВО»

СКАЧАТЬ

СОЦИОДИГГЕР. ВЫПУСК 1
«ТРУД И ЗАНЯТОСТЬ»

СКАЧАТЬ

ДОРОГИЕ КОЛЛЕГИ,

этот выпуск СоциоДиггера посвящен главным темам 2020 года: здоровью, здравоохранению и биоэтике. Изрядное количество проблем в 2020 году были маркированы как медицинские, поэтому совместно с авторами СоциоДиггера, Ольгой Исуповой и Наталией Шок, мы предприняли попытку посмотреть на нашу общую повседневность с несколько непривычного ракурса, сделав один из акцентов на биоэтике. В сложных ситуациях, когда не существует консенсуса в отношении ценностей или когда полученные данные не указывают на какой-то один курс действий, — отмечает Наталия Шок, — этика общественного здравоохранения обеспечивает процесс определения и обоснования действий. Общество не будет поддерживать вмешательства, противоречащие его ценностям, а также те, относительная важность которых невысока по сравнению с другими ценностями. Так что готовили мы этот номер, держа в голове фразу Конрада Лоренца: «Опасность для современного человечества происходит не столько из его способности властвовать над физическими процессами, сколько из его неспособности разумно направлять процессы социальные».

Нас всех коснулась пандемия COVID-19, и у многих остались вопросы: возможно ли было смягчить реакцию населения на введение режима самоизоляции? С опорой на что формируются протоколы, определяющие, каким пациентам оказывать помощь в первую очередь? И самый каверзный — что может защитить общественное здоровье от общественного мнения? Ответы наших экспертов вы найдете на страницах этого выпуска.

Но разговор о биоэтике не мог бы вестись полноценно, если бы не были показаны изменения, произошедшие в области здоровья и медицины в России в течение последних трех десятилетий, особенно в тех областях, где они были наиболее ощутимы (репродуктивное здоровье, лечение бесплодия и новые репродуктивные технологии, аборты и здоровый образ жизни). О них подробно рассказала Ольга Исупова, заодно отметив, почему надо с осторожностью относиться к эпидемиологической статистике относительно распространенности любых заболеваний, и показав самые яркие примеры неравенства в медицине.

Также из выпуска вы узнаете, кто оказывается движущей силой избыточной медикализации, что выяснила группа «Мониторинг актуального фольклора», проанализировав в российских соцсетях почти два миллиона (точнее, 1 951 143) репостов слухов, псевдомедицинских советов, конспирологических трактовок новостей и панических предупреждений, почему люди с PhD живут дольше, чем имеющие лишь степень магистра, а те, в свою очередь, — дольше, чем окончившие только бакалавриат, и так далее по образовательной иерархии.

Обращаю внимание, что у читателей СоциоДиггера есть уникальная возможность доступа к подборке данных (архивных и полученных недавно), не вошедших в основной материал: сексуальное воспитание детей, гомеопатия, витамины, стресс, курение, алкоголь, наркотизация, игромания, донорство, отношение к врачам, к профессии врача, телемедицина и др. Чтобы ознакомиться с ними, переходите по ссылке.

Желаю полезного и приятного чтения.

Обязательно будьте здоровы!

*Анна Кулешова,
руководитель Департамента
издательских программ ВЦИОМ*



P.S. Если вы готовы поделиться своей экспертизой и стать автором СоциоДиггера, присылайте заявку на Kulshova@wciom.com. С нас — данные!) Темы ближайших номеров: социальное самочувствие, счастье, благополучие; миграция и мигранты.



**ИСУПОВА
ОЛЬГА ГЕНРИХОВНА**

PhD, доцент кафедры демографии Института демографии НИУ ВШЭ,
старший научный сотрудник научно-учебной лаборатории
социально-демографической политики того же Института

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ: ОЗДОРОВЛЕНИЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР

ЗДОРОВЬЕ, БОЛЕЗНЬ И МЕДИЦИНА

В центре нашего внимания — **изменения**, произошедшие в **области здоровья и медицины** в России в течение последних трех десятилетий, и их социологическое изучение. В нашем обзоре мы рассмотрим репродуктивное здоровье, лечение бесплодия и новые репродуктивные технологии, аборты и здоровый образ жизни. Посмотрим, как применялись социологические данные для изучения происходящих в этих областях изменений.

- ⇒ **Социология** изучает здоровье, болезнь и медицинское «управление» этими состояниями как часть системы культурных практик и установлений (включая социальной контроль представителей отдельных профессий, социальный контроль государства, социологию тела и другие области).
- ⇒ **Социология здоровья и болезни** занимается социальными причинами и следствиями заболеваний.
- ⇒ **Социология медицины и здравоохранения** изучает социальные, культурные и исторические причины роста влияния института медицины на определение и лечение болезней, а также особенности его функционирования в разных контекстах.
- ⇒ Для социологии здоровья и медицины характерны **три уровня анализа**:
 - индивидуальный (опыт болезни, ее лечения и предотвращения — во взаимодействии с институтами общества);

- социальный (функционирование связанных со здоровьем и заболеваемостью институтов и работающих в них профессионалов);
- социетальный (развитие системных структур в области здравоохранения).

Биомедицинская модель лежит в основе официального определения здоровья и болезни, принятого государствами и международными организациями. Такой рациональный подход к заболеваемости стал итогом развития научной медицины, основанной на экспертизе, опытном знании и критичном подходе (за последние два-три столетия она эффективно заменила собой народную медицину). В биомедицинской модели **болезнь** — это органическое временное и излечимое состояние человека, причем к лечению приступают только после появления симптомов и в медицинском учреждении.



Из открытых источников

Поход пациента ко врачу — часто далеко не первый шаг для человека при появлении каких-либо симптомов, **можно быть больным, но не быть пациентом**. Поэтому **надо с осторожностью относиться к эпидемиологической статистике** относительно распространенности любых заболеваний. Один из вопросов для социологии медицины состоит в том, почему одни случаи заболевания становятся известными врачу, а другие — нет.

В начале XX века почти половина пациентов умирали от острых заболеваний, с 1980-х годов такая смертность в развитых странах долго была около 1%, а сейчас, даже в период пандемии COVID-2019, — около 3–4%. Большинство же умирает от хронических заболеваний, при которых жизнь и работоспособность людей можно значительно продлить современными средствами.

НЕРАВЕНСТВО В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ

⇒ Неравенство можно наблюдать как **между пациентами, так и в отношениях «врач — пациент»**. Например, врачи не обязательно относятся ко всем пациентам одинаково, на их отношение могут влиять класс, образование, пол, возраст, национальность пациента. Социологические исследования показывают, что люди с более высоким уровнем образования получают более длительные врачебные консультации и более глубокое объяснение своей болезни.

- ⇒ М. Стюарт и Д. Ротер уже в 1989 году отмечали [Stewart, Roter, 1989] **контраст** между ситуацией доминирования пациента как потребителя медицины в коммерческом секторе и ситуацией, когда доминирует врач, осуществляющий патерналистскую стратегию в отношении пациентов, что характерно для модели отношений «врач — пациент» в государственной медицине. В советское время в нашей стране была такая и только такая модель отношений (патерналистская), но с 1990-х годов все большее развитие получала частная медицина, где в коммуникации доктора и пациента роль последнего стала намного более активной, доминирующая позиция врачей стала слабее, отношения ближе к сотрудничеству на равных. В последние годы эта модель частично распространяется и на государственный сектор российской медицины. Одновременно можно наблюдать тренд на увеличение активности пациентов, расширение их прав в принятии решений (что связано с ролью пациента в ситуации хронических заболеваний, когда речь идет не о быстром спасении жизни, а о длительном самостоятельном выполнении рутинных медицинских процедур) [Martin et al., 2005].
- ⇒ С точки зрения В. Наварро, в медицине (давно специализированной и иерархизированной) существует огромное количество наемной рабочей силы, при этом статус большей части медиков постепенно понизился в результате того, что администраторы и менеджеры обрели более высокие властные позиции в отрасли [Navarro, 1985].
- ⇒ Неравенство в области медицины имеет и **гендерный аспект**. Уход за больными и забота о них — традиционно женские занятия, но растущее число женщин в отрасли не привело к повышению их статуса, а **понижило престиж профессии в целом**.
- ⇒ Гендерное неравенство в области медицины существует не только в отношении женщин, работающих в ней, но и затрагивает интересы женщин как пациенток. *Исследования репродуктивного здоровья* как специальная область социологии медицины получили развитие в последние десятилетия как в связи с усилением государственного внимания к демографической политике из-за низкой рождаемости, так и в связи с ростом влияния идей о женской самостоятельности и праве решать, как распоряжаться своим телом. Б. Тёрнер еще в 1987 году писал об **управлении женским телом путем контроля за сексуальным самовыражением** женщины и ее репродуктивной способностью, который сейчас осуществляется с помощью медицины, в то время как раньше эту роль играла религия [Turner, 1987].
- ⇒ Происходит все более интенсивная **медикализация естественных событий жизни** женщин, таких как беременность и рождение детей. К 1950-м годам

беременность и роды в западных странах были полностью медикализированы, Энн Оакли в 1984 году назвала это «концом повивальных бабок» [Oakley, 1984].

- ⇒ С точки зрения М. Фуко, **потребность в «регулировании тел»**, характерная для политики государств в области репродуктивного здоровья, росла по мере того, как усложнялось общество, — особенно под влиянием урбанизации, в результате которой большие массы людей стали жить бок о бок [Foucault, 1963].
- ⇒ Существенными функциями медицины признаются **наблюдение и контроль** за поведением людей, что ярко проявилось при разработке и введении различных мер во время эпидемии коронавируса.

МЕДИЦИНА КАК ТОВАР И УСЛУГА

Медицина стала рыночным товаром, сервисом, продающимся и покупающимся, в России это произошло как раз за последние 30 лет, в связи с переходом к рыночной экономике. Здравоохранение стало частью медицинско-индустриального государственного комплекса, подразумевающего тесные отношения между большими корпорациями и госструктурами. В результате всё ярче проявляется **неравенство при**



МИНЗДРАВ
ПРЕДУПРЕЖДАЕТ:

НЕТ ДЕНЕГ -
НЕ БОЛЕЙ!

Из открытых источников

взаимодействии пациентов и представителей государственно-корпоративного медицинского комплекса, который перекладывает значительную долю ответственности за здоровье на самих людей, утверждая, что в любой ситуации в заболевании виноват сам человек. Его обучают навыкам «грамотного» потребления медицины, стимулируют покупать частную и дорогую медицинскую страховку, а государство таким образом уменьшает расходную часть своего бизнеса.

В то же время многие ученые считают, что **ответственность больных за свое здоровье ограничена**, например, бедностью, невозможностью найти работу с достаточным доходом. Эта проблема актуальна и для современной России. По данным Росстата, **число бедных россиян** во втором квартале 2020 года составляло 19,9 млн человек, доля граждан с доходом ниже величины прожиточного минимума — 13,5% населения страны¹. Плохое питание, неадекватные жилищные условия, усталость от долгих часов тяжелой, напряженной работы

¹ Росстат: число бедных россиян выросло во втором квартале 2020 года до 19,9 млн // ТАСС. 18.09.2020. URL: <https://tass.ru/ekonomika/9498117>.

(особенно ночью) и постоянный стресс — все это ведет к болезням. С другой стороны, есть специалисты, которые считают основной причиной повышенной заболеваемости среди беднейших слоев населения культурную депривацию, недостаток современного образования. Люди разных социальных слоев по-разному употребляют свои знания о здоровье и системе здравоохранения.



Государственные расходы на здравоохранение выросли в США с середины XX века в три раза. За это же время двукратно выросло число врачей. Бюджет тратит на эту сферу рекордные 9536 долларов на человека и почти 18% ВВП в год. При этом в списке стран, ранжированных по продолжительности жизни, США находятся лишь на 31 месте. Первое место в этом списке занимает Япония, которая расходует на медицину лишь 3733 доллара на человека в год. Хотя здравоохранение играет в рекордно высокой продолжительности жизни японцев определенную роль, основная заслуга принадлежит не медицине. Главными факторами стали особенности японской культуры: популярность физической активности, не располагающая к лишнему весу диета и особый социальный уклад японского общества — его более «горизонтальный» характер, прочные социальные связи и меньшее, чем в других развитых странах, неравенство.

Влияние социальных факторов на продолжительность жизни велико, это было показано неоднократно. Неожиданно высокое влияние социальных факторов на здоровье и продолжительность жизни впервые обнаружили в крупном когортном исследовании Уайтхолл, названном так в честь знаменитой лондонской улицы, где расположено правительство, многочисленные министерства и другие государственные учреждения. В первой волне исследования сравнили продолжительность жизни и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у британских государственных служащих разного уровня. Оказалось, чем ниже грейд госслужащих, тем выше смертность. При этом возможности доступа к медицинской помощи были абсолютно одинаковы. Различия в стиле жизни, привычках, диете могли объяснить лишь часть наблюдаемого эффекта, который назвали синдромом статуса. В США нашли связь сердечно-сосудистых заболеваний не только с доходом и занимаемой должностью, но и с уровнем образования. В Швеции люди с PhD живут дольше, чем имеющие лишь степень магистра, а те, в свою очередь, — дольше, чем окончившие только бакалавриат, и так далее по образовательной иерархии. Ни одно из этих наблюдений нельзя объяснить разным уровнем медицинского обслуживания.

Из книги Петра Талантова «0,05. Доказательная медицина от магии до поиска бессмертия». М.: Издательство АСТ:CORPUS, 2019. С. 398—400.



КОНТРАЦЕПТИВНАЯ РЕВОЛЮЦИЯ В РОССИИ

В России с 1991 по 2020 год значительно уменьшилась распространенность аборт, поскольку, по мнению исследователей, именно в этот период в нашей стране произошла «контрацептивная революция» — переход от использования ненадежных «традиционных» методов предотвращения нежелательной беременности и абортов как основных способов регулирования числа рождений к современным надежным средствам контрацепции. До этого, в советское время, основным методом регулирования числа рождений в российских семьях был аборт, впервые в мировой истории законодательно разрешенный именно в нашей стране². Легальность аборта в 1920 году рассматривалась как часть политики по освобождению женщин, в ряду законов о предоставлении им избирательного права и о запрете насильственных браков.

Стремление к ограничению числа детей в семье свойственно людям в большинстве стран мира, переход к малодетной семье — историческая закономерность³. В странах, где завершился демографический переход, пары зачастую хотят иметь лишь двоих детей, и поэтому им приходится на протяжении многих лет жизни уклоняться от нежелательной беременности. Современный тип контроля рождаемости — это предотвращение беременности, а не ее прерывание, так, чтобы общее число беременностей у женщины было приблизительно равно числу желанных детей [Сакевич, 2016].

В СССР контрацепция была почти недоступна, знания о ней не распространялись активно среди широких слоев населения, но аборт был массово доступен. Поэтому он стал основным методом планирования семьи. Сформировалась так называемая «абортная культура», привычка воспринимать эту операцию как нормальную, рутинную часть жизни, неотъемлемое право женщины. Лидирующие позиции Российской Федерации по показателям абортов среди европейских стран сохраняются и сейчас, но на мировом уровне, по оценкам, нашу страну опережает, например, Мексика [Juarez, Singh, 2009], хотя надежной статистики по этой стране нет [Сакевич, 2016]. Легальный статус аборта мало влияет на его распространенность [Sedgh et al., 2012], но статистика в случае нелегальности ненадежна. В России государственная статистика признается специалистами достаточно достоверной [Сакевич, 2016], поскольку Росстат дополняет информацию от Министерства здравоохранения данными

² Постановление Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата юстиции от 16 ноября 1920 года «Об искусственном прерывании беременности».

³ Проявление Первого демографического перехода, процесса снижения рождаемости в связи со снижением смертности, в том числе детской, при росте материального благополучия населения и успешности медицины, снижение началось в развитых странах еще в конце XVIII — начале XIX века, большая часть стран мира в настоящее время находится на разных стадиях этого процесса.

из всех остальных медицинских учреждений, имеющих лицензию на проведение аборта [Денисов, Сакевич, 2014].

Постоянное снижение числа абортосов началось в России еще в 1988 году, к 2014 году ежегодное их число уменьшилось в пять раз — с 4,6 млн до 0,9 млн. В 2007 году число родов в России превысило число прерванных беременностей, такого не происходило несколько десятилетий — больше всего абортосов на 100 родов в России делали в 1967 году (293), в 1990 соотношение было 206, в 2007—92, в 2014 — уже 48 [Сакевич, 2016], в 2018—38⁴. Снижение частоты абортосов в России наиболее быстро происходит в молодых возрастах. Суммарный коэффициент абортосов снизился с 3,39 абортоса в среднем на одну женщину репродуктивного возраста в 1991 году до 0,85 в 2014 году [Сакевич, 2016].

При этом статистика абортосов в России включает не только искусственные, но и самопроизвольные абортосы (выкидыши), и в последние годы их доля была более 20%. Из европейских стран по уровню абортосов к России в последнее десятилетие ближе всего Эстония и Швеция, похожий уровень и в США. В Европе меньше всего абортосов в Швейцарии и Германии, при этом во всех этих странах одинаково либеральное законодательство и достоверная статистика [Gissler et al., 2012].

С советских времен традиционно возраст максимальной интенсивности абортосов в России выше, чем в европейских странах, где эту операцию делают в основном молодые девушки, когда не срабатывает контрацепция. В нашей стране абортосы использовали прежде всего семейные женщины старше 30 лет для сокращения рождаемости до желаемого числа детей — из-за недоступности контрацепции, недостаточной осведомленности о ней и предубеждений относительно ее «неестественности». По уровню прерванных беременностей среди женщин 15—19 лет Россия отнюдь не лидер — частота абортосов в возрасте 15—19 лет выше, чем в России, в 13 из 22 стран ОЭСР (выше всего в Новой Зеландии, США, Великобритании, Венгрии) [Сакевич, 2016]. В России уже в 2011 году, согласно «Выборочному обследованию репродуктивного здоровья населения России 2011 года» Росстата⁵, 68% состоящих в партнерстве женщин и 74% сексуально активных женщин в возрасте от 15 до 44 лет применяли методы контрацепции. На этом же уровне ее использование в развитых странах в среднем [Репродуктивное здоровье..., 2013].

Все же уровень абортосов в нашей стране пока несколько выше, чем в большинстве развитых стран. Ускорить его и так происходящее снижение можно путем повышения контрацептивной грамотности и развития сексуального образования,

⁴ Расчеты автора по данным Росстата.

⁵ Репродуктивное здоровье населения России // Росстат. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdravo-2011.pdf.

развития услуг по планированию семьи, а не путем пропаганды рождаемости («формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности») или законодательных ограничений. Пропаганда во многих странах оказалась неэффективной, ограничения, как показывает история запрета аборт в СССР с 1936 по 1955 год, не ведут к существенному снижению числа аборт, скорее, к их уходу «в тень» [Avdeev, Blum, Troitskaya, 1995; Вишневский, Сакевич, Денисов, 2016].

В ситуации происходящих в России серьезных и быстрых изменений в поведении людей в области контроля рождений могло бы быть интересным изучение изменений и в их ценностном восприятии аборта и контрацепции. Здесь могли бы быть полезными данные опросов, проводимых социологическими компаниями. Опросы, измеряющие отношение к абортам, неоднократно проводил ВЦИОМ (в 1998, 2005, 2007, 2012, 2015, 2016 и 2018 годах), однако в данном случае мы не используем эти данные из-за несопоставимости (изменения) формулировок вопросов и, на наш взгляд, их ценностной несбалансированности.

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

В области вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в России за последние 30 лет происходили существенные изменения в отношении ценностей и поведения людей. Первый ребенок, зачатый с помощью репродуктивных технологий («в пробирке») в России, родился в 1986 году. С тех пор эта область медицины, несмотря на первоначальные предубеждения некоторых слоев общества, постепенно развивалась, и в 2020-м году Россия считается одной из успешных в этом отношении стран, доля ВРТ-детей в общей ежегодной рождаемости уже составляет 2%, а лет пять назад — только 0,5%.

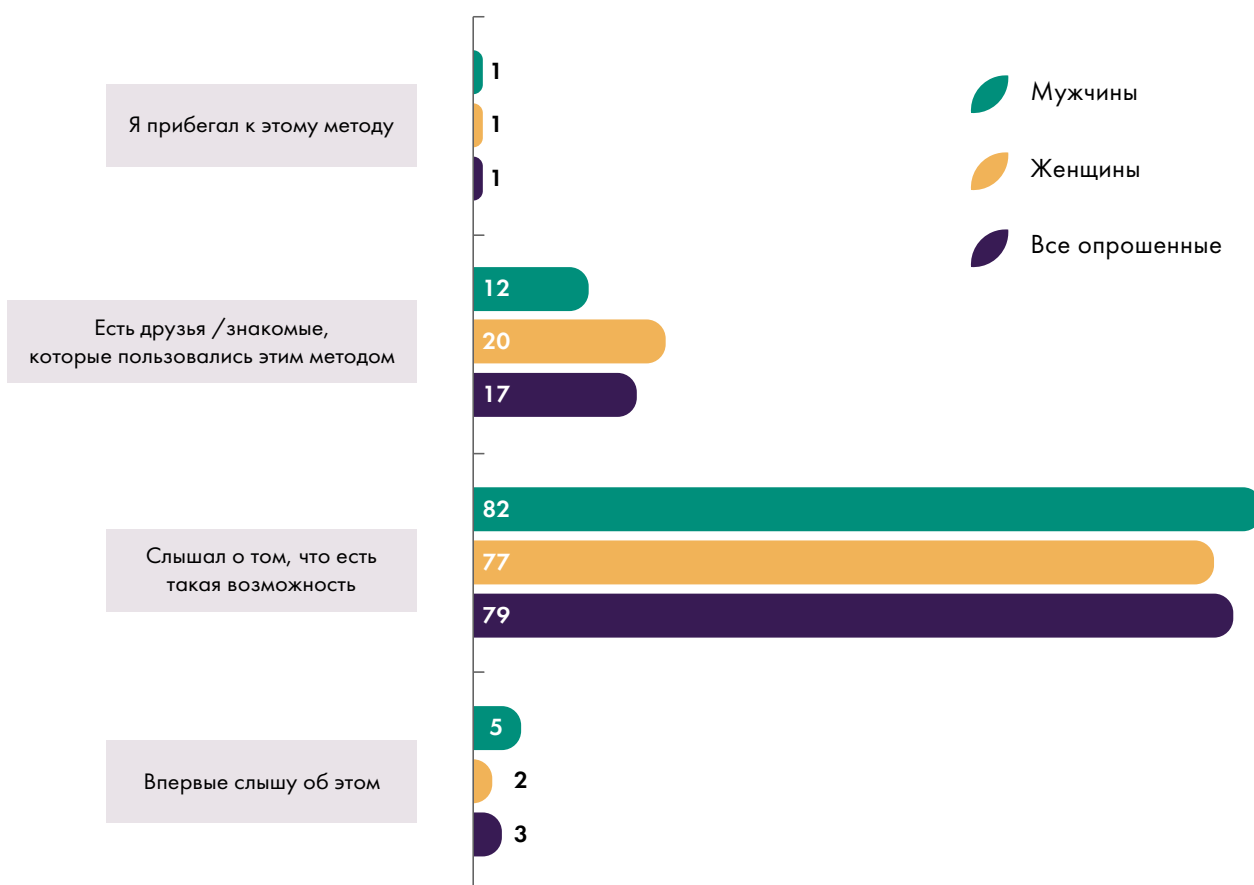
Общество с самого начала неоднозначно воспринимало лечение бесплодия — последнее часто стигматизировалось как «наказание за грехи». Государство лишь в условиях стремительного падения рождаемости усилило внимание к возможности роста числа новорожденных за счет такого ресурса, ранее лечение его не было интересно политикам, ведь бесплодие не угрожает жизни и не увеличивает смертность [Русанова, 2020]. В России люди стали массово обращаться в репродуктивные клиники после введения «материнского капитала» в 2007 году: принимая решение родить следующего ребенка, многие сталкивались с неожиданными трудностями при зачатии (вторичное бесплодие оказалось распро-

страненным более широко, чем предполагалось). Образовались многочисленные группы самопомощи пациентов, страдающих бесплодием [Русанова, 2020; Исупова, 2020].

Опросы ВЦИОМ в 2018 и 2020 годах показали, насколько широко знания об этих технологиях распространены среди населения, а также выявили в целом положительное отношение к «оплодотворению в пробирке» — обычному ЭКО (см. рис. 1, 2).

Рис. 1. ВЫ ЗНАЕТЕ, ЧТО-ТО СЛЫШАЛИ ИЛИ ВПЕРВЫЕ СЛЫШИТЕ ОБ ИСКУССТВЕННОМ ОПЛОДОТВОРЕНИИ?

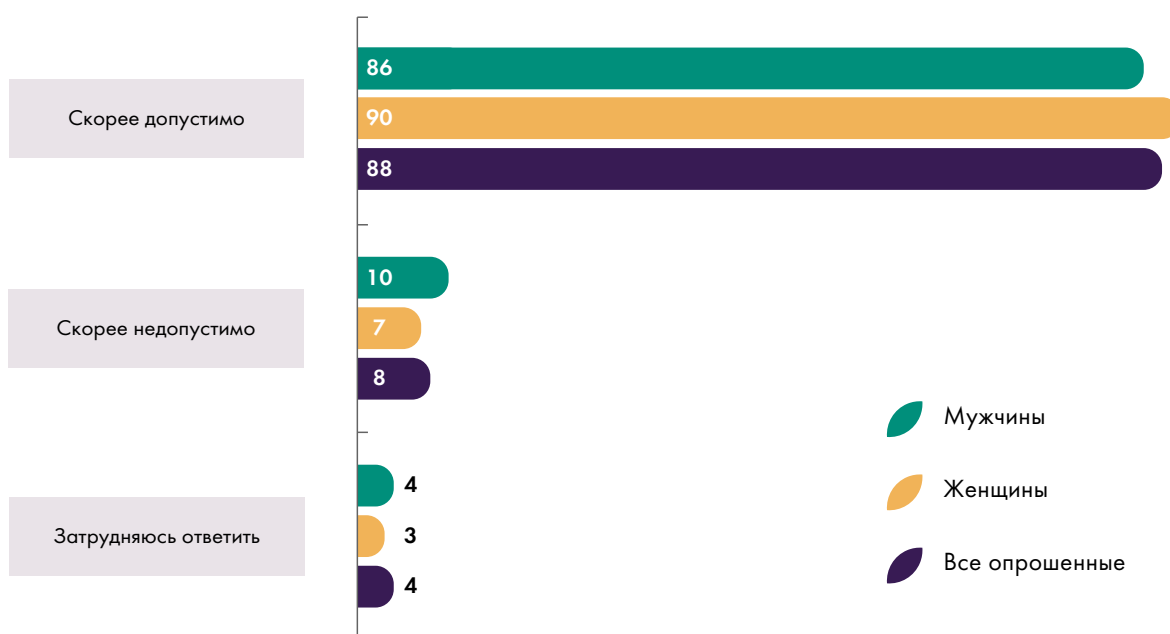
(закрытый вопрос, не более 2-х ответов, % от всех опрошенных, 2018 г.)⁶



⁶ Общероссийский телефонный опрос «ВЦИОМ—Спутник» проведен 23.07.2018 по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше. Данные опубликованы в аналитическом обзоре «ЭКО — это нормально!» 26.07.2018 на сайте ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9224>.

Рис. 2. НЕКОТОРЫЕ СЕМЬИ, КОТОРЫЕ ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ НЕ МОГУТ ИМЕТЬ СОБСТВЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПРИБЕГАЮТ К ИСКУССТВЕННОМУ ОПЛОДОТВОРЕНИЮ. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ДОПУСТИМО ИЛИ НЕДОПУСТИМО РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА ПУТЕМ ИСКУССТВЕННОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ?

(закрытый вопрос, один ответ, % от всех опрошенных, 2018 г.)⁷



Среди респондентов, считающих ЭКО недопустимым (8%), основные барьеры — представление о неестественности технологий и религиозность (см. рис. 3).

⁷ Общероссийский телефонный опрос «ВЦИОМ—Спутник» проведен 23.07.2018 по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше. Данные опубликованы в аналитическом обзоре «ЭКО — это нормально!» 26.07.2018 на сайте ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9224>.

Рис. 3. ПОЧЕМУ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА ПУТЕМ ИСКУССТВЕННОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ НЕДОПУСТИМО?

(открытый вопрос, не более 3-х ответов, % от тех, кто считает ЭКО недопустимым методом зачатия ребенка, 2018 г.)⁸



ВРТ по-прежнему неоднозначно воспринимаются представителями религий из-за возможного уничтожения «лишних» эмбрионов⁹. Во врачебном сообществе дискутируется проблема ухудшенного здоровья ЭКО-детей, но сторонники данной точки зрения не смогли аргументированно ее доказать [Баранов и др., 2015]. 64% респондентов в опросе ВЦИОМ 2020 года и 68% в опросе 2018 года считают, что ЭКО-дети не отличаются здоровьем от других детей.

Пациенты ЭКО кажутся некоторым психологам людьми с неадекватно сильными желаниями (так как они слишком сильно хотят иметь детей), которые имеет смысл «проработать», а не торопиться осуществлять [Кешишян, Царегородцев, Зиборова, 2014; Федина, 2011]. Академическая гуманитарная наука смотрит

⁸ Общероссийский телефонный опрос «ВЦИОМ—Спутник» проведен 23.07.2018 по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше. Данные опубликованы в аналитическом обзоре «ЭКО — это нормально!» 26.07.2018 на сайте ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9224>.

⁹ При ЭКО у пациентки стимулируется созревание более чем одной яйцеклетки в цикле лечения, затем, чтобы максимизировать ее шансы на зачатие, все они оплодотворяются, но в последние годы стараются затем переносить в матку не более двух, чтобы избежать многоплодной беременности, которая часто опасна для здоровья матери и детей; остальные эмбрионы замораживаются, и в дальнейшем не всегда используются. Из перенесенных в матку эмбрионов прикрепляются к ее стенке и развиваются в ребенка также далеко не все. Судьба и тех и других эмбрионов может волновать специалистов по биоэтике, стоящих на самых разных позициях, но, прежде всего, на религиозных.

на репродуктивные технологии прежде всего с точки зрения концепции биополитики и биовласти (термины, введенные М. Фуко (Foucault, 1979 [1976]), взаимоотношений общества и государства и тел отдельных людей. Феминистские исследовательницы А. Дворкин [Dworkin, 1983], М. Стэнворт [Stanworth, 1987] и др. описывали технологии как форму эксплуатации женского тела.

У многих представителей общественности вызывает протест государственное финансирование ЭКО для людей, которые откладывают рождение детей на поздний возраст, считая, что это поведение не надо экономически поощрять [Исупова, 2020].

Исследование ВЦИОМ 2020 года показало, что почти каждый третий респондент не может объяснить, что такое «репродуктивное здоровье», три четверти никогда не обращались ни к какому врачу в связи с вопросами репродуктивного здоровья, но 90 % респондентов знают об ЭКО из СМИ, интернета, от родственников или знакомых. При этом две трети тех, кто слышал об ЭКО, считают, что оно финансово недоступно большинству желающих, так как лишь один из трех знает о включении его в систему ОМС¹⁰.

И все-таки репродуктивных клиник в России становится всё больше, они уже есть практически во всех региональных центрах и некоторых крупных городах. Существуют программы государственной компенсации расходов на ВРТ по медицинским показаниям, это делает их доступными всем, кто способен оформить соответствующие документы в государственных органах и при этом живет не в самой отдаленной деревне. Но в России, по данным Росстата¹¹, около 75 % населения — это городские жители, так что можно говорить, что ВРТ доступны большинству. Соответственно, у обычных людей, даже не имеющих проблем с репродуктивным здоровьем, все больше шансов столкнуться с разнообразной информацией о таких технологиях: если не на своем личном опыте, то на опыте друзей, родственников и знакомых.

В последнем отчете (2018 г.), опубликованном на данный момент Российской ассоциацией репродукции человека (РАРЧ), приняли участие 182 центра ВРТ (79,1 %) из 230 работавших в тот год в России. Общее число лечебных циклов ВРТ в 2018 году составило 158 815, в 2017—139 779, на 1 миллион населения — 1082, в 2017—951¹². Среднеевропейский показатель составляет 1500 циклов/млн, у лидеров — Дании, Бельгии, Словении — около 3000 циклов/млн

¹⁰ Опрос ВЦИОМ «Отношение россиян к проблеме сохранения репродуктивного здоровья и восприятие ЭКО», июль 2020 г. URL: https://wciom.ru/fileadmin/file/reports_conferences/2020/2020-07-15_Reproduktivnoe_zdorove.pdf.

¹¹ Доля городского населения в общей численности населения на 1 января // Росстат. URL: <https://showdata.gks.ru/report/278932/>.

¹² Национальные регистры ВРТ за 2007—2018 гг. // РАРЧ. URL: http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/.

и ВРТ-дети составляют до 7–8 % всех ежегодных рождений [Sobotka et al., 2008]. За 1995–2018 гг. в России проведено более миллиона циклов ВРТ, в результате этого родилось более 300 тыс. детей. Рост числа рождений ЭКО-детей в России ускоряется после 2013 г., когда программы ВРТ вошли в обязательное медицинское страхование (ОМС). С 2018 г. Фонд ОМС оплачивает попытки экстракорпорального оплодотворения, многие сопутствующие ЭКО манипуляции, замораживание эмбрионов для последующего использования. Теперь ЭКО по ОМС можно сделать не только в государственных, но и в частных клиниках, это усилило географическую доступность качественного лечения.

Поскольку для современной медицины характерно стремление к усилению ответственности пациентов за свое состояние и исход лечения, некоторые российские репродуктологи формируют группы информированных ответственных пациентов, например, одна из казанских клиник открыла школу репродуктивного просвещения, в Ижевске работает группа андрологического репродуктивного просвещения¹³.

Социология репродукции смотрит на репродуктивные технологии позитивно, с точки зрения потребностей бесплодных женщин (и мужчин) и исследования новых отношений родства (в этом смыкаясь с антропологией) [Saetan et al., 2000; Franklin, Ragone, 1998; Inhorn, Van Balen, 2002].

Экономическая социология развивает концепцию коммодификации [Бердышева, 2012], переводящей деторождение в рыночную плоскость, что не обязательно нравственно неприемлемо.

Специалисты по медицинской этике [Brezina, Zhao, 2012; Asplund, 2020] подчеркивают, что репродуктивные технологии стали частью повседневной жизни человечества, и оправданность их существования бесполезно подвергать сомнениям, а надо пересматривать традиционные представления о нормальном в области рождения детей.

К числу спорных важных областей для возможного пересмотра относятся повышение возраста матери при рождении детей, права «собственности» на половые клетки и эмбрионы, ВРТ для одиноких женщин и однополых пар, преимплантационная генетическая диагностика, замораживание яйцеклеток фертильно здоровыми женщинами, которые хотят родить в более позднем возрасте. Вопросы об издержках, эффективности и безопасности ВРТ перерастают в осмысление общественного значения рождения и воспитания детей в целом [Исупова, 2020].

¹³ Круглый стол «Отношение россиян к проблеме сохранения репродуктивного здоровья и восприятие ЭКО» // Россия сегодня. 15.07.2020. URL:<http://pressmia.ru/pressclub/20200715/952824692.html>.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (ЗОЖ)

Свойственное некоторым религиям отношение к телу как недостойному объекту, который необходимо «умерщвлять», поддерживать лишь в базово приемлемом состоянии, в новейшей истории человечества было заменено здоровыми режимами, диетами и упражнениями как современными формами телесного саморегулирования и регулирования наших тел обществом. В России эти процессы оздоровления жизни набирают большую популярность, обретают массовый характер, особенно в течение последнего десятилетия, хотя вовлеченные в различные «здоровые практики» группы здесь существуют давно.

Здоровый образ жизни был не очень популярен в России в 1990-е годы, однако к концу 2010-х его привлекательность среди мужчин и женщин заметно выросла. По исследованию Росстата 2019 года, доля граждан, которые вели в течение этого года здоровый образ жизни (ЗОЖ), в России составила 12%. Показатель числа россиян, ведущих здоровый образ жизни, появился в федеральном плане статистических работ в декабре 2018 года. Это связано с нацпроектом «Демография», который предполагает увеличение этой доли для того, чтобы ожидаемая продолжительность здоровой жизни выросла до 67 лет. В методике Росстата применяется пять официальных условий ЗОЖ: отсутствие курения, потребление овощей и фруктов ежедневно, физическая активность, умеренное потребление соли и алкоголя¹⁴.



Из открытых источников

По самооценке (те же данные Росстата) в 2019 году наиболее высокую долю людей, ведущих здоровый образ жизни, показала Ингушетия — 48,8%, далее Крым — 29,2%, Адыгея — 28,8%, Чувашия — 24,7% и Воронежская область — 24,2%. В Москве и Санкт-Петербурге эти доли — 8,8% и 6,8% соответственно. Меньше всего людей придерживаются ЗОЖ на Чукотке — 0,4%, в Тыве — 1,1%, Ненецком автономном округе — 2,1%, Хабаровском крае — 2,2% и в Забайкальском крае — 3,3%.

Низкое потребление алкоголя характерно для некоторых национальных субъектов федерации (например, для Северного Кавказа), в то время как для других национальных субъектов (например, Тыва) характерно высокое. При бедности значительной части населения и северном расположении огромной части

¹⁴ Выборочное наблюдение состояния здоровья населения // Росстат. URL: https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html.

территории России регулярное потребление овощей и фруктов недоступно большому числу людей. Среди факторов ЗОЖ наиболее заметно изменение в области спортивной активности в городах в последние годы, по крайней мере, складывается такое впечатление из публикаций в СМИ и из социальных сетей. По исследованиям ВЦИОМ, доля тех, кто совсем не занимается спортом или физкультурой, падает (см. рис. 4): в 2009 году — 53 %, в 2014—48 %, в 2019 — только 36 %. Женщин, не занимающихся спортом, всегда несколько больше, чем мужчин, хотя неспортивный стиль жизни постепенно теряет популярность среди людей обоего пола.

Рис. 4. ЗАНИМАЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ФИЗКУЛЬТУРОЙ, СПОРТОМ ИЛИ НЕТ?

(закрытый вопрос, один ответ, % от всех опрошенных)¹⁵

	2009			2014			2019		
	Все опрошенные	Муж	Жен	Все опрошенные	Муж	Жен	Все опрошенные	Муж	Жен
Да, регулярно	12	14	10	13	15	11	21	24	19
Да, время от времени	16	19	14	21	23	19	23	25	22
Очень редко	17	19	15	18	17	18	19	17	20
Никогда	53	47	59	48	43	52	36	33	39
Затрудняюсь ответить	2	2	2	1	1	1	0	0	0

С другой стороны, среди женщин больше тех, кто старается придерживаться здорового питания, судя по данным опроса ВЦИОМ 2019 года (см. рис. 5).

¹⁵ Данные за 2009 и 2014 гг. опубликованы в аналитическом обзоре «Здоровый образ жизни: мониторинг» 21.03.2018 на сайте ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9001>. Данные за 2019 г. получены в ходе общероссийского телефонного опроса «ВЦИОМ—Спутник» 02.06.2019 по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше.

Рис. 5. СЛЕДИТЕ ЛИ ВЫ ЗА СВОИМ ПИТАНИЕМ, СОБЛЮДАЕТЕ ДИЕТУ ИЛИ НЕТ?

(закрытый вопрос, один ответ, % от всех опрошенных)¹⁶



Хотя данные по самооценке не обязательно соответствуют реальному поведению, получается, что растет по крайней мере популярность и социальная желательность различных аспектов здорового образа жизни, то есть люди, в духе времени, во всё более значительной степени готовы принять на себя ответственность за свое здоровье. Но без эффективной работы системы здравоохранения у них все-таки не получится поддержать и при необходимости улучшить свое здоровье. Необходимы исследования условий работы врачей и здравоохранения в целом.

¹⁶ Данные за 2019 г. получены в ходе общероссийского телефонного опроса «ВЦИОМ—Спутник» 02.06.2019 по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше.

Заключение

За последние 30 лет в России произошли существенные изменения в области контрацептивного поведения, появились новые возможности в области преодоления проблем репродуктивного здоровья, выросла популярность различных оздоровительных практик. Все эти процессы (одни лучше, другие хуже) отражены в данных не только статистики, но и социологических исследований. Анализ этих данных мог бы стать основой большего числа научных работ, способствуя развитию социологии медицины в нашей стране. В этой области необходимо усиление сотрудничества социологов, медиков и представителей государственных структур в целях лучшего понимания происходящих в обществе процессов и роста качества принимаемых государством решений.

Список литературы

Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Беляева И. А., Бомбардирова Е. П., Смирнов И. Е. Медико-социальные проблемы вспомогательных репродуктивных технологий с позиции педиатрии // Вестник РАМН. 2015. № 70 (3). С. 307—314.

Вишневский А. Г., Сакевич В. И., Денисов Б. П. Запрет аборта: освежите вашу память // Демоскоп Weekly. 2016. № 707—708. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0707/tema01.php>.

Денисов Б. П., Сакевич В. И. Аборты в постсоветской России: есть ли основания для оптимизма? // Демографическое обозрение. 2014. № 1. С. 144—169. URL: <https://doi.org/10.17323/demreview.v1i1.7698>.

Исупова О. Г. Делегирование родительства и язык репродукции: эксперты и пациенты о рождении ВРТ-детей // Население и экономика. 2020. № 4. (В печати)

Кешишян Е. С., Царегородцев А. Д., Зиборова М. И. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. Т. 59. № 5. С. 15—25.

Репродуктивное здоровье населения России 2011. Итоговый Отчет. Росстат, Минздрав РФ, ЮНФПА, Отдел репродуктивного здоровья Центров по контролю и профилактике заболеваний (США), Информационно-издательский центр «Статистика России». 2013.

Русанова Н. Е. Вспомогательные репродуктивные технологии в России: медицинские прорывы и общественные проблемы // Население и экономика. 2020. № 4. (В печати)

Сакевич В. И. От аборта к контрацепции // Демоскоп Weekly. 2016. № 687—688. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0687/demoscope687.pdf>.

Федина Л. П. Психологические особенности семей в программе ЭКО // Международная научная конференция «Актуальные вопросы современной психологии» (Челябинск, март 2011). Челябинск: Два комсомольца, 2011. С. 111—115. URL: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/30/21/>.

Asplund K. (2020) Use of in Vitro Fertilization — Ethical Issues. *Upsala Journal of Medical Sciences*. Vol. 125. No. 2. P. 192—199. <https://doi.org/10.1080/03009734.2019.1684405>.

Avdeev A., Blum A., Troitskaya I. (1995) The History of Abortion Statistics in Russia and the USSR from 1900 to 1991. *Population*. Vol. 7. P. 39—66.

Inhorn M. C., Balen, van, F. (2002) Infertility around the Globe New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

Brezina P. R., Zhao Y. (2012) The Ethical, Legal, and Social Issues Impacted by Modern Assisted Reproductive Technologies. *Obstetrics and Gynecology International*. <https://doi.org/10.1155/2012/686253>.

Dworkin A. (1983) Right-Wing Women: The Politics of Domesticated Females. London: Women's Press.

Foucault M. (1979) [1976] The History of Sexuality. Vol. 1: An Introduction. London: Allen Lane.

Foucault M. (1963) Naissance de la clinique. Paris: Presses universitaires de France.

Franklin S., Ragone E. (1998) Reproducing Reproduction: Kinship, Power and Technological Innovation. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Gissler M., Fronteira I., Jahn A., Karro H., Moreau C., Oliveira da Silva M., Olsen J., Savona-Ventura C., Temmerman M., Hemminki E., the REPROSTAT group. (2012) Terminations of pregnancy in the European Union. *BJOG*. Vol. 119. No. 3. P. 324—332. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03189.x>.

Juarez F., Singh S. (2012) Incidence of Induced Abortion by Age and State, Mexico, 2009: New Estimates Using a Modified Methodology. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Vol. 38. No. 2. P. 58—67.

Martin L. R., Williams S. L., Haskard, K.B., DiMatteo M.R. (2005) The Challenge of Patient Adherence. *Therapeutic Clinical Risk Management*. Vol. 1. No. 3. P. 189—199.

Navarro V. (1985) U. S. Marxist Scholarship in the Analysis of Health and Medicine. *International Journal of Health Service*. Vol. 15. No. 4. P. 525—545.

- Oakley A. (1984) *Taking it Like a Woman*. London: Cape.
- Saetnan A. R., Oudshoorn N., Kirejczyk M. (eds.) (2000) *Bodies of Technology: Women's Involvement with Reproductive Medicine*. Columbus: Ohio State University Press.
- Sedgh G. et al. (2012) Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. Vol. 379. P. 625—632. No. 9816. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61786-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8).
- Sobotka T., Hansen M. A., Kold Jensen T., Pedersen A. T., Lutz W., Skakkebaek N. E. (2008) The Contribution of Assisted Reproduction to Completed Fertility: an Analysis of Danish Data. *Population Development Review*. Vol. 34. No. 1. P. 79—101. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2008.00206.x>.
- Stanworth M. (ed.) (1987) *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Stewart M., Roter D. (eds.) (1989) *Communicating with medical patients*. London: Sage.
- Turner B. S. (1987) *Medical Power and Social Knowledge*. London; Beverly Hills: Sage.



**КОЧКИНА
ЕЛЕНА ВИКТОРОВНА**

кандидат политических наук,
ФНИСЦ ИСЭПН РАН

САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ

Медики выделяют несколько способов заражения коронавирусом: воздушно-капельный, т. е. от чихающего и кашляющего человека, контактный — через рукопожатия, прикосновения к поверхностям, которые ранее трогал больной, фекально-оральный, из-за невымытых рук и другие. Меры снижения частоты контактов между здоровыми и заболевшими людьми общеизвестны, и с некоторыми нюансами были рекомендованы ВОЗ в начале 2020 года для всех стран мира: эпидемиологическая защита на индивидуальном уровне (гигиена рук, использование масок и перчаток, новая гигиеническая этика касаний поверхностей, собственного тела и тел других близких людей, социальная дистанция в общественных местах) и на поселенческом (избегание/исключение участия в мероприятиях с большим числом людей). Цель этих мер — снизить частоту и растянуть на более длительный период пиковое число тяжелых случаев с госпитализацией пациентов, дать возможность системе здравоохранения предоставить стационарное лечение максимальному числу пациентов, исключить институциональный коллапс.

Адаптивность населения и готовность к быстрым поведенческим изменениям становится ключевым ресурсом для снижения смертности на популяционном уровне, обеспечивая временной резерв для системы здравоохранения. Заражение и скорость распространения случаев заражения как на локальном, так и на поселенческом уровне зависят от поведенческой культуры, навыков безопасного для индивидуального здоровья поведения и того, насколько это поведение оказывается интериоризованной ценностью для людей, как быстро они справляются с освоением новых паттернов.



Художник: Алексей Аронов

В условиях неочевидности пандемии для обывателей и противоречивости медицинской симптоматики COVID-19 вопросы о доверии населения к официальным данным оказались более значимыми, чем опыт личного столкновения с ситуациями заражения коронавирусной инфекцией и смертности из-за нее. В период пандемии произошли легитимация и фактический переход на полномасштабную дигитализацию большинства сфер частной и общественной жизни. Дистанционная занятость, обучение, шопинг, заказ еды домой, банкинг, лечение и консультации по скайпу, обращение за госуслугами, онлайн-силовые тренировки и фитнес-программы, дистанционное личное общение и празднование семейных торжеств, развлечения и походы в музей и консерваторию — все это стало нам доступным через экран личного мобильного телефона и компьютера. Разумеется, тем, у кого они были, и тем, кто готов был освоить с десяток новых дигитальных навыков коммуникации, имел финансы на оперативную докупку веб-камер, программного апгрейда. Справились легче с этим масштабным реструктурированием личностных навыков те, у кого уже были хорошо развиты селф-менеджмент и самоконтроль.

Новые паттерны гигиенического поведения были освоены россиянами очень по-разному в зависимости от того, как они мировоззренчески воспринимают эпидемию COVID-19, как сложено/структурировано их самосохранительное поведение, насколько высоко доверие официальной информации. Пол и возраст оказались ключевыми зависимыми переменными.

Пандемия продемонстрировала структуру самосохранительного поведения населения: можно выделить рискованные, протестные, адаптивные и консервативные группы. По данным октябрьского опроса ВЦИОМ стало известно, какие новые социальные нормы освоены населением, введение каких норм будет им поддержано. Так, 85% респондентов приняли социальное дистанцирование в 1,5 метра как новую социальную норму, 67% — режим самоизоляции для людей старше шестидесяти лет, 63% — «масочный режим», 65% готовы к переходу на дистанционный режим занятости, 44% — к переводу вузов и школ в дистант, 45% поддерживают ограничения для всего населения по выходу из дома, 47% целиком и полностью поддерживают ограничительные меры Правительства. В чем же радикальное отличие ценностной или онтологической позиции лояльного и адаптивного к пандемии населения от сомневающегося и саботажащих, отказывающихся соблюдать новые гигиенические правила поведения?



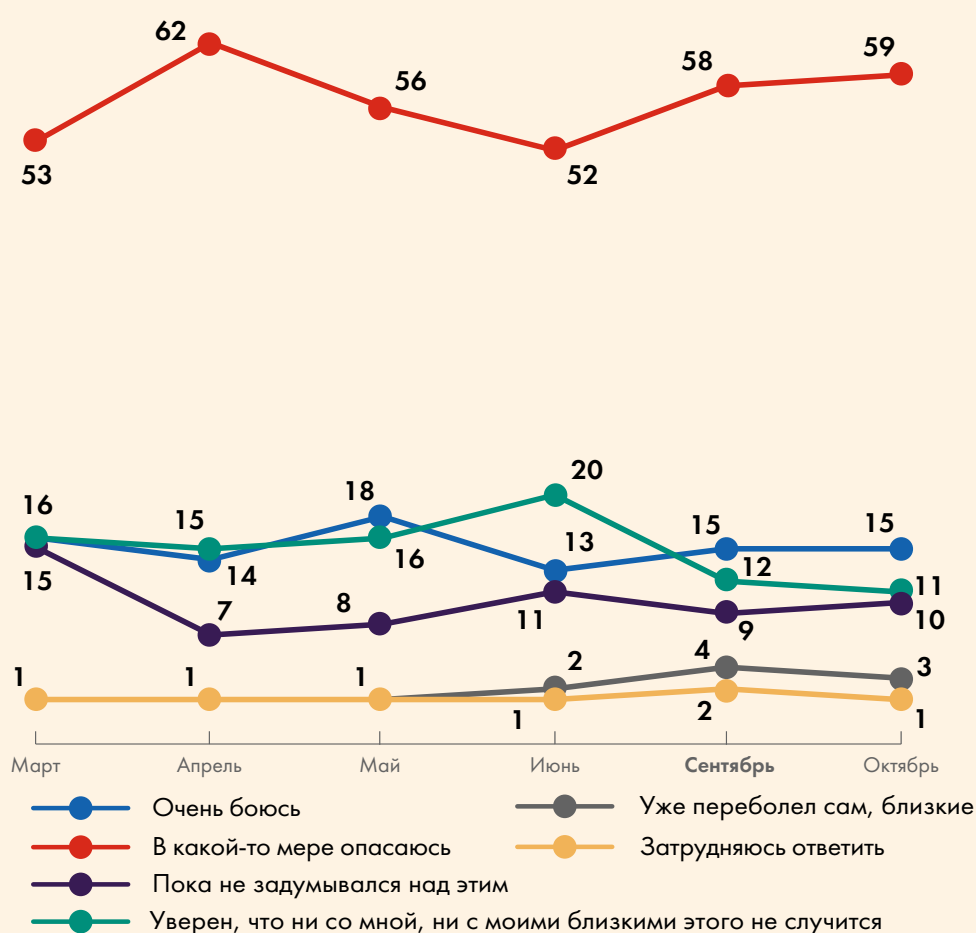
Из открытых источников

десяти лет, 63% — «масочный режим», 65% готовы к переходу на дистанционный режим занятости, 44% — к переводу вузов и школ в дистант, 45% поддерживают ограничения для всего населения по выходу из дома, 47% целиком и полностью поддерживают ограничительные меры Правительства. В чем же радикальное отличие ценностной или онтологической позиции лояльного и адаптивного к пандемии населения от сомневающегося и саботажащих, отказывающихся соблюдать новые гигиенические правила поведения?

В данных исследований ВЦИОМ за март — октябрь 2020 года выделяются ситуативные реакции населения (страх заболеть, отношение к новым ограничениям, поведение в случае заражения кого-то из членов семьи или в рабочем коллективе либо при публичных контактах) и более фундаментальные (отношение к информации по разным аспектам эпидемии, склонность к планированию). При этом ситуативные реакции довольно сильно меняются по мере развития эпидемиологической ситуации (с увеличением числа случаев заражения, числа смертей), а вот более фундаментальные — нет, представляя собой определенную константу. Так, показатели страхи и боязни заболеть коронавирусом росли с февраля по конец мая, держались на низком уровне летом и снова увеличились в сентябре и октябре по мере развития эпидемии, введения/снятия ограничительных мер, появления переболевших среди знакомых, близких.

ОПАСАЕТЕСЬ ЛИ ВЫ СЕЙЧАС, ЧТО ВЫ САМИ ИЛИ ВАШИ БЛИЗКИЕ МОГУТ ЗАБОЛЕТЬ КОРОНАВИРУСОМ?

(закрытый вопрос, в % от опрошенных)¹⁷

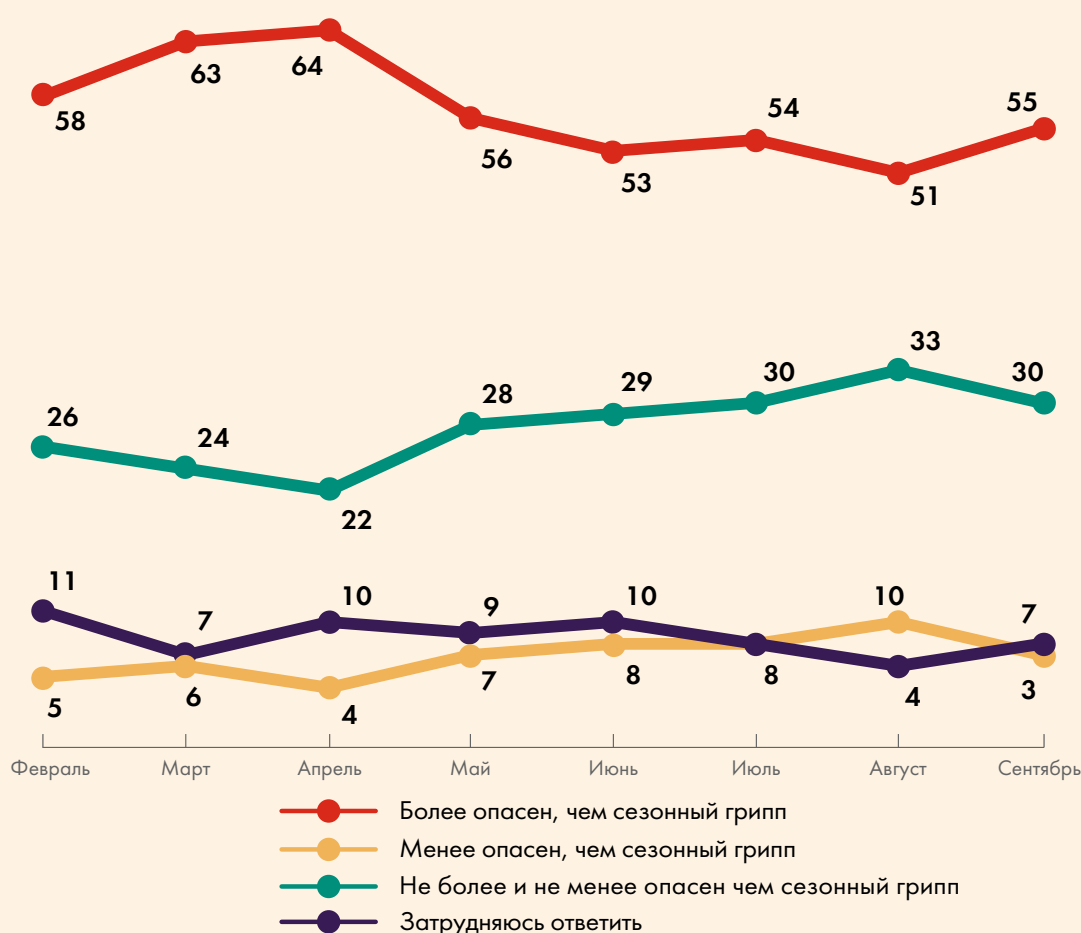


¹⁷ Данные получены в ходе общероссийских телефонных опросов «ВЦИОМ-Спутник» по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше.

Удивительно, что при всей масштабности медийного информирования онтологическое восприятие COVID-19 как опасной инфекции (т. е. инфекции, от которой можно умереть либо крайне тяжело переболеть и иметь в последующем «букет» крайне неблагоприятных последствий для здоровья) менялось на протяжении полугода не так заметно, как этого можно было ожидать. Ответы респондентов в опросах ВЦИОМ базируются на дихотомии: 55 % считают коронавирус более опасной инфекцией, чем сезонный грипп, и 40—45 % не считают его более опасным. Парадоксально, что май и июнь 2020 г. были для первой волны пиками смертности от новой коронавирусной инфекции и избыточной смертности населения, но реакция страха у респондентов была упреждающей — до периода роста статистики смертности (в марте и апреле) более 60 % респондентов были психологически готовы к изменению поведенческих моделей.

КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, КОРОНАВИРУС ОПАСНЕЕ ОБЫЧНОГО СЕЗОННОГО ГРИППА ИЛИ НЕТ?

(закрытый вопрос, в % от опрошенных)¹⁸



¹⁸ Данные получены в ходе общероссийских телефонных опросов «ВЦИОМ-Спутник» по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше.

Именно в рамках онтологического понимания того, насколько опасен коронавирус, на наш взгляд, и формируется отношение населения к разным мерам, предложенным Правительством, опасения заболеть COVID-19 и его восприятие как опасной болезни.

С учетом перечисленных данных понятна готовность населения к вакцинации: 40% населения готовы сделать прививку (с дифференциацией по полу — 45% мужчин и лишь 37% женщин), при этом среди населения старше 60 лет эта готовность почти 60%. Неготовность и отказ от вакцинации фиксируются среди молодежи. Очевидно, что пропагандистски ориентированные мероприятия, которые эффективно сработали на контингент пенсионеров и граждан старших групп, следует дополнять целенаправленными посланиями для других возрастных групп (студенты, молодые семьи и пр.) и целевым образом разрабатывать просветительские программы в интересах дальнейшего управления процессом иммунизации населения и снижения частоты тяжелых случаев заболевания.

СТАЛИ БЫ ВЫ ДЕЛАТЬ ПРИВИВКУ ОТ КОРОНАВИРУСА СЕБЕ, ЧЛЕНАМ СЕМЬИ ИЛИ НЕТ? ¹⁹								
	Все	МУЖ	ЖЕН	18—24 года	25—34 года	35—44 года	45—59 лет	60+
Точно стал бы делать такую прививку себе, членам семьи	15	18	12	3	9	12	15	24
Скорее стал бы делать такую прививку себе, членам семьи	26	27	25	20	22	23	26	32
Скорее не стал бы делать такую прививку себе, членам семьи	21	19	22	27	19	26	19	17
Точно не стал бы делать такую прививку себе, членам семьи	33	30	36	45	45	35	33	20
Затрудняюсь ответить	6	6	6	4	5	4	7	7

¹⁹ Данные получены в ходе общероссийского телефонного опроса «ВЦИОМ-Спутник» 29.09.2020 по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше.



Начиная с января 2020 года исследовательская группа «Мониторинг актуального фольклора» зафиксировала в российских соцсетях почти два миллиона (точнее, 1951143) репостов слухов, псевдомедицинских советов, конспирологических трактовок новостей и панических предупреждений о так и не случившихся событиях. Все они были посвящены новому вирусу COVID-19 и борьбе с ним. В этих сообщениях рассказывается о том, что на самом деле представляет собой новый вирус («это биооружие Китая»), или, наоборот, о том, что никакой опасности нет («это обычный грипп»), о том, как надо спастись от инфекции (пить водку, прикладывать имбирь), и, наконец, о том, что нас всех ждет в случае введения карантина и будущей вакцинации («все мы будем чипированы»).

Самыми популярными (и «живучими») являются инфодемические нарративы, отрицающие опасность новой болезни и подразумевающие, что карантин нужен представителям власти для своих целей, а также псевдомедицинские советы, позволяющие быстро «вылечиться» или проверить, болен ли ты. Такие истории дают человеку чувство безопасности и успокаивают его в ситуации, когда повседневная жизнь стремительно меняется — в этом их компенсаторная функция. Однако именно такие истории являются «эпистемическими неудачами», поскольку провоцируют людей принимать решения, опасные для здоровья.

При этом «всплески» российской инфодемии появляются не в момент наивысшей эпидемиологической опасности, а в момент максимальной неопределенности, когда россияне оказываются в ситуации «бежать нельзя остаться» и не могут адекватно взвесить риски. Падение доверия к институтам власти и официальной информации заставляет россиян доверять советам и историям, полученным через горизонтальные каналы коммуникации, в результате чего популярность приобретают тексты со ссылкой на инсайтера — «такого же, как я».

Из статьи: Архипова А. С., Радченко Д. А., Козлова И. В., Пейгин Б. С., Гаврилова М. В., Петров Н. В. Пути российской инфодемии: от WhatsApp до Следственного комитета // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 6. (В печати)





Образ коронавируса в период, когда он еще не пришел в Россию, во время самоизоляции и в момент снятия основных ограничений существенно различался. Ряд тезисов, транслируемых СМИ, по прошествии времени начинали восприниматься как ложные. Неоднозначность и изменчивость контента могла существенно повлиять на восприятие проблемы, поскольку данный вопрос является актуальным и сложным для населения. <...> С февраля по июль 2020 года характер освещения проблемы коронавируса на «Первом канале» радикально менялся как минимум дважды. Интересно, как подобное освещение новостей влияло на отношение населения к опасности заразиться. Возможность ответить на данный вопрос нам дают данные ежедневного опроса населения ФОМ (к-зонд)²⁰. <...> В начале периода мы видим очень невысокий разрыв между мнением россиян, смотрящих телевизор, и мнением россиян, получающих новости из новых медиа. К июню этот разрыв становится существенным: среди потребителей традиционных медиа в спад пандемии верят более 70%, тогда как среди тех, кто получает новости из социальных сетей — около половины. <...> Почти всегда те, кто получает новости из социальных сетей, имеют более негативный взгляд на ситуацию. Единственным исключением является вторая неделя апреля, когда «Первый канал» активно проблематизировал ситуацию. <...> С переходом к депроблематизации при освещении коронавируса, произошедшем около 5 мая, мы наблюдаем резкий рост позитивных прогнозов. При этом важно отметить, что объективная статистика заболеваемости в этот момент еще не снижается.

Таким образом, освещение ситуации на «Первом канале» действительно можно назвать эффективным с точки зрения влияния на общественное мнение (принимая во внимание, что это не единственный, но определенно значимый источник информации). Однако важно взглянуть и на обратную сторону этого процесса: резкая и неоднократная смена позиции могла создавать неопределенность, снижая доверие населения как СМИ, так и ответственным за разрешение ситуации группам (власть, эксперты). <...> Ситуации, подобные эпидемии коронавируса, вызывают высокую степень неопределенности на всех уровнях, что заставляет официальные СМИ радикально менять свою точку зрения, в том числе неявно опровергать самих себя. Как показывает опыт «Первого канала»,



²⁰ Проект коронаФОМ. URL: <https://covid19.fom.ru/>.

подобное «переключение» осуществить вполне возможно, если соответствующим образом фреймировать ситуацию на разных уровнях. На основную цель может работать все — от пересказа статистики заболеваемости до обзора ситуации в других странах мира. Более того, в целом данная стратегия вполне эффективна с точки зрения влияния на общественное мнение. Есть, однако, у волновой депроблематизации и обратная сторона: у некоторой части аудитории она создает когнитивный диссонанс, который в свою очередь усиливает недоверие к официальным источникам информации. Это обстоятельство может снизить эффективность повторных «переключений». Так, в случае возникновения второй волны пандемии и возобновления режима самоизоляции люди могут быть уже менее восприимчивы к повторной проблематизации ситуации.

Из статьи: Казун А. Д., Казун А. П. Волновая (де)проблематизация: освещение пандемии коронавируса в России на федеральном телеканале // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2020. № 6. (В печати)





**ШОК
НАТАЛИЯ ПЕТРОВНА**

к. полит. н., д. ист. н., профессор кафедры социально-гуманитарных наук Приволжского исследовательского медицинского университета Минздрава России, член-эксперт Американской ассоциации биоэтики и гуманитарных наук (ASBH), член Международной ассоциации биоэтики (IAB)

БИОЭТИКА КАК СПОСОБ ЗАЩИТЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ОТ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ

Человек конструирует окружающий мир через комплекс суждений, ведомый нормами общества и характером собственного жизненного опыта. Мы оказываемся заложниками интерпретации фактов. Это касается и медицины. «Медикализация реальности» затрагивает вопросы публичной политики и этики в области здравоохранения и медицины. То, **как именно классифицируются «здоровье» и «болезнь» и каким образом это происходит**, напрямую воздействует на жизнь отдельного человека и общества в целом. Сегодня мы оказались в особой реальности, в которой изрядное количество проблем в жизни людей маркированы именно как медицинские.



Есть у медикализации и негативная сторона. В тех случаях, когда в результате расширения границ медицины вред перевешивает пользу, мы говорим об избыточной медикализации. Вред может заключаться не только в нежелательных эффектах лечения, но и в стигматизации человека, ограничении его прав и свобод. Зоной повышенного риска всегда были психиатрические диагнозы. Субъективность симптомов некоторых психических расстройств иногда приводила к тому, что болезнью объявляли особенности личности, поведения или сексуальных предпочтений. Так, в XIX веке медицина перехватила у церкви инициативу в борьбе с гомосексуальностью. То, что недавно считали грехом, стало психическим заболеванием и оставалось им вплоть до исключения из классификации болезней ВОЗ в 1992 году. За это время многие подверглись насильственному лечению от гомосексуализма. Методы варьировались от относительно безобидных вроде принудительной женитьбы до лоботомии и инъекций больших доз тестостерона, наносивших реальный ущерб здоровью. Другой

печальный пример — существовавший некоторое время в СССР диагноз «вялотекущая шизофрения». Он появился в шестидесятые годы XX века с подачи директора Института психиатрии Андрея Снежевского. По сравнению с принятыми в западных странах критериями шизофрении границы нового диагноза были существенно шире и позволяли ставить его на основе депрессивных, невротических нарушений и практически любых «изменений личности». Это значительно расширяло круг лиц, которых можно было признать психически больными. Вялотекущая шизофрения стала инструментом карательной психиатрии: с этим диагнозом отправляли на принудительное лечение инакомыслящих, нелояльных власти. В историях болезни среди симптомов встречалась, например, «склонность к правдоискательству и реформаторству». Впоследствии диагноз исчез из российского классификатора болезней, а надуманное заболевание и практика применения диагноза были осуждены профессиональным сообществом.

Чаще движущей силой избыточной медикализации становятся не консервативное общество или репрессивное государство, а производители медицинских товаров и услуг. Когда конкуренция на существующих рынках высока, лучший выход — создать новый. Это можно сделать, придумав новую болезнь и убедив здоровых людей, что они нуждаются в лечении. Например, медикализировав то, что еще недавно считалось частью естественного спектра человеческих эмоций.

Из книги Петра Талантова «0,05. Доказательная медицина от магии до поиска бессмертия». М.: Издательство АСТ:CORPUS, 2019. С. 410—411



Помимо «старых» тем (аборты, паллиативная помощь, проблема умирания тяжелобольных пациентов, женское здоровье, половое воспитание и др.) появились и новые, порожденные развитием технологий и общества (телемедицина и искусственный интеллект в здравоохранении, вспомогательные репродуктивные технологии, генетические технологии и развитие персонализированной медицины, трансформирующие взаимодействия в системе «врач — пациент» и др.). Эти новые вопросы требуют внимания специалистов по социальным и гуманитарным наукам, а также такого междисциплинарного поля исследований, как **биоэтика**. Эта мысль не нова, вместе с тем главная задача современных исследований «здоровья» — как можно больше получить от более интенсивного обмена между исследованиями в сфере социологии здоровья и «великими» социологическими

теориями, от творческого взаимодействия с новыми исследовательскими «сюжетами» и «партнерами» социологии из смежных наук. Понятие «здоровье» указывает на необходимость более широких подходов, изучающих его как комплексный феномен, исходя из его физической (соматической), духовной и социальной составляющих.

Возьму на себя смелость сказать, что социология уже давно исследует вопросы здоровья в ракурсе биоэтики, пусть даже не артикулируя это. Зачастую в исследовательской практике опыт может опережать методологическую рефлексию. И данный выпуск «СоциоДиггера» — хорошая возможность обозначить роль и значение социологических исследований здоровья в биоэтической оптике. Мы можем наблюдать это на примерах исследований, данные которых приведены в [расширенной подборке](#), — о суррогатном материнстве, репродуктивном здоровье и ЭКО, качестве медицинских услуг, психических заболеваниях, донорстве, прививках, общественных настроениях в отношении социально чувствительных вопросов медицинской практики. Эти данные позволяют получить картину того, насколько нормы, предлагаемые государством в сфере общественного здоровья, закрепляются в обществе на уровне повседневных практик и как влияют на поведение различных социальных групп. Такие исследования во многих странах помогают решать вопросы, связанные с информированностью и так называемой защитой общественного здоровья от «общественного мнения».

Восприятие риска значительно изменилось с тех пор, как медицина достигла успехов в лечении болезней, а население стало более здоровым. Вместе с тем важно понимать, насколько выбор отдельных людей в отношении образа жизни и здоровья связан с политиками, разработанными органами государственной власти на разных уровнях. Это во многом означает, что государство несет ответственность за создание условий, в которых люди могут жить более здоровой жизнью, если захотят, а термин «общественное здоровье» отсылает нас к попыткам влиять на улучшение здоровья населения и снижать уровень заболеваемости. Акценты на профилактике, а не на лечении болезней, на населении в целом, а не на индивиде, — ставят определенные этические дилеммы. Этика общественного здравоохранения включает в себя систематический процесс разъяснения, определения приоритетов и обоснования возможных направлений действий общественного здравоохранения, основанных на этических принципах, ценностях и убеждениях заинтересованных сторон, а также научной и другой информации.

В сложных ситуациях, когда не существует консенсуса в отношении ценностей или когда полученные данные не указывают на какой-то один курс действий, **эти-**

ка общественного здравоохранения обеспечивает процесс определения и обоснования действий²¹. Это обоснование может включать ряд факторов: доказательную базу для вмешательства, экономическую эффективность, анализ соответствующих этических правил и ценностей заинтересованных сторон, дизайн вариантов или альтернатив, воплощающих эти ценности, справедливый и прозрачный процесс принятия решений, который включает вклад заинтересованных сторон. Общество не будет поддерживать вмешательства, противоречащие его ценностям, а также те, относительная важность которых невысока по сравнению с другими одобряемыми ценностями.

В российском дискурсе скорее можно говорить о закреплении за биоэтикой статуса «ограничителя», что во многом связано со спецификой ее развития в постсоветском обществе в виде только «нормативной» ее части²². Вместе с тем в исследованиях российских социологов и антропологов присутствуют элементы дескриптивной биоэтики, однако как теоретические/методологические рамки биоэтика не артикулируется. Более того, сегодня мы имеем недопонимание, что на самом деле представляет собой исследование по биоэтике, каким оно должно быть. Для разъяснения этого вопроса имеет смысл четко разграничить понятия *метод, дисциплина, исследовательское поле*²³. Согласно словарю Оксфорда, исследовательское поле — это совокупность феноменов или вопросов, поставленных исследователем или исследователями; дисциплина — это отрасль знания или исследований, сообщество ученых, которые разделяют общие представления об обучении и моделях исследований; метод — это систематическая процедура, техника или способ исследований в изучении исследовательских вопросов. **Биоэтика — это исследовательское поле, которое представляет большой интерес для множества дисциплин, а не самостоятельная дисциплина**²⁴.

²¹ Подробнее об этом см. разработку одного из ведущих международных центров по биоэтике The Nuffield Council of Bioethics (2007) *Public Health; Ethical Issues*. London.

²² Структура биоэтики как области исследований складывается из трех частей: (1) нормативная («что может или не может быть совершено с моральной точки зрения?»); (2) метаэтика (наиболее абстрактная часть — что есть «добро»?); (3) дескриптивная (задает практические вопросы — каким образом люди выбирают, что им следует делать в этой конкретной ситуации морального выбора?).

²³ Подробнее см. Sulmasy D., Sugarman J. (2010) *The Many Methods of Medical Ethics (Or, Thirteen Ways of Looking at a Blackbird)*. In: Sugarman J., Sulmasy D. (eds.) *The Methods of Medical Ethics*. Washington: Georgetown University Press. P. 3–21.

²⁴ Там же.



Комплексность феномена «здоровье» отражается как в подходах к его изучению, так и в практической плоскости. Комментарий Татьяны Евгеньевны Шестаковой, исполнительного директора **Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки»**:

Противостояние большинству значимых угроз здоровью населения требует действий, которые выходят за пределы традиционных компетенций сектора здравоохранения. Достичь значимых результатов в этом направлении возможно посредством эффективного межведомственного сотрудничества и межсекторального взаимодействия на региональном и местном уровнях управления, к чему призывает проект ВОЗ «Здоровые города». Его проводником в России является Ассоциация по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и поселки», объединяющая органы власти 116 муниципальных образований, разных по географии и численности, — от городов федерального уровня до малых городов в 28 субъектах РФ из 7 федеральных округов. Уже более 10 лет силами команд городов — членов движения «Здоровые города», экспертов в области общественного здоровья, партнеров Ассоциации создается и внедряется социальная модель общественного здоровья.

В социальном, культурном, экологическом и политическом плане города начинают играть более важную роль, чем когда-либо ранее. В соответствии с изменениями, внесенными в Конституцию РФ, органы МСУ и органы госвласти должны представлять единую систему публичной власти для наиболее эффективного решения задач в интересах населения соответствующей территории. Это расширяет ответственность и компетенции органов МСУ в решении задач по сохранению и укреплению общественного здоровья, дает возможность развития механизмов партнерства с бизнесом и некоммерческим сектором. Но деятельность муниципалитета в сфере укрепления здоровья населения нуждается в законодательской, методологической, экспертной поддержке. Необходимы изменения в определении ответственности и полномочий на муниципальном уровне, их закрепление в соответствующих законодательных актах и дополнительное финансирование муниципальных программ укрепления общественного здоровья.

Период пандемии показал, что пришло время для широкого обсуждения и внедрения социальной модели укрепления общественного здоровья с участием общественности, федеральных органов

власти, руководителей профильных министерств и ведомств, экспертного сообщества, продвижения в российское законодательство понятий «общественное здоровье» и «общественное здравоохранение», разработки организационно-функциональной модели и инфраструктуры укрепления общественного здоровья на муниципальном уровне на примере городов — членов Ассоциации «Здоровые города, районы и поселки».



История биоэтики в нашей стране ведет свое начало с конца 1980-х годов. Однако речь идет скорее об истории термина и институализации той академической и социальной практики, которая ему соответствует. В самом общем виде, с точки зрения социальной истории науки, биоэтика (в современном понимании этого термина) до конца 1980-х не была представлена в академическом дискурсе СССР. Во многом это связано с тем, что биоэтика мыслилась как академический продукт американской культуры. Разница мировоззрений, политическое противостояние, философско-методологические разногласия и социокультурные особенности затрудняли диалог. Сегодня язык биоэтики — это язык международного диалога в вопросах общественного здоровья и доступности медицины.

Многие исследователи отмечают, что интерес к проблемам этики науки возник в отечественной науке много раньше. Особую роль здесь сыграл академик И. Т. Фролов, работы которого об этике науки и месте человека в мире новых технологий были начаты еще в 1960-х годах, а одна из его более поздних работ была опубликована на английском языке²⁵ и получила отзыв ведущего американского историка советской науки Л. Грехема²⁶.

В СССР велись исследования в области коммунистической этики и морали, медицинской этики и деонтологии, что коренным образом отличалось и в дискурсивном, и в смысловом отношении от идей, возникших в США. Сегодня в России работают отдельные исследовательские коллективы, независимые исследователи, журналисты, в начале 2000-х годов в медицинских вузах появился предмет «биоэтика», но серьезного развития

²⁵ Frolov I. T. (1990) *Man, Science, Humanism: A New Synthesis*. Buffalo, New York: Prometheus Books.

²⁶ Graham L. (1991) *New Hopes, Old Doubts*. *Nature*. Vol. 350. P. 527.

академической активности и публичной дискуссии не произошло. Тем не менее в последнее время тема набирает популярность, что может быть связано как с новыми социальными вызовами, связанными с научными разработками (например, генетические технологии и репродукция), так и с формирующимся общественным запросом.

Исследователи биоэтики используют единый предмет исследования — нормативные аспекты здравоохранения, но: они видят его через призму широкого разнообразия дисциплин, которые, в свою очередь, используют множество методов, как общенаучных, так и специальных. Итак, биомедицинская этика — это исследовательское поле, принимающее в себя различные дисциплины и методы²⁷.

Такой подход позволяет избежать стереотипных суждений наподобие «биоэтика — это часть прикладной этики, а значит относится сугубо к философии» или «биомедицинской этикой должны заниматься исключительно люди с медицинским образованием» и т. д. Более того, биомедицинская этика — это такое исследовательское поле, в рамках которого возможны продуктивная и результативная коммуникация и взаимодействие различных дисциплин. Но фокус этой междисциплинарной дискуссии должен быть на анализ взаимоотношений как нормативных, так и описательных методов. Главное преимущество биомедицинской этики в оптике социальных исследований — это (1) характер проблем, которые касаются всех и каждого; (2) практическая возможность реализации междисциплинарного подхода и (3) сочетание теории и практики, которое только и может дать объективную картину вопроса, поможет разрешить этическое затруднение.

Здоровье человека — наукоемкая индустрия, развивающаяся с невероятной скоростью. Био- и информационные технологии содействуют персонализации, компьютеризации и биотехнологизации отрасли. Инновации расширяют рынок медицинских услуг, всё больше болезней поддаются лечению, но и затраты на здоровье растут с каждым годом. В будущем медицина будет интересной и выгодной профессией, но важно сохранить ее социогуманитарный контур, ее этическое измерение, ведь объектом воздействия будет человек (и его здоровье в самом широком смысле).

²⁷ Подробнее см., например: Sugarman J., Faden R., Boies A. (2010) A Quarter Century of Empirical Research in Biomedical Ethics. In: Sugarman J., Sulmasy D. (eds.) *The Methods of Medical Ethics*. Washington: Georgetown University Press. P. 21–37; Solomon M. Z. (2005) Realizing Bioethics' Goals in Practice: Ten Ways «Is» Can Help «Ought». *Hastings Cent Rep.* July–August. Vol. 35. No. 4. P. 40–47; Montgomery J. (2016) Bioethics as a Governance Practice. *Health Care Analysis*. Vol. 24. P. 3–23.

Таблица 1. ПРОФЕССИИ МЕДИЦИНЫ БУДУЩЕГО²⁸

IT-медик	Специалист по биоэтике	Хирург-оператор
Специалист в области IT, баз данных и медицинского программного обеспечения	Изучает и решает спорные медицинские вопросы с точки зрения закона и морали	Оператор автоматизированных хирургических систем
Генетический консультант	ДНК-хирург	Онлайн-терапевт
Занимается проведением генетического анализа и интерпретацией его результатов	Специалист в области монтирования ДНК и манипуляции с генами	Специалист широкого профиля, оказывающий персональные медицинские услуги в удаленном режиме
Эксперт в области life science	Специалист по трансляционной медицине	Клинический геронтолог
Специалист, занимающийся вопросами максимизации здорового образа жизни и ее продления	Способствует переносу фундаментальных исследований в биомедицине в общую медицинскую практику	Специалист по здоровой старости
	Тканевый инженер	
	Профессионал в области биопечати	

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В БИОЭТИКЕ И ОБЩЕСТВЕННОЕ МНЕНИЕ: КАК ПОВЫСИТЬ ДОВЕРИЕ К ЗДРАВООХРАНЕНИЮ?

Сегодня набирает популярность применение методов исследования в социальных науках (таких как антропология, эпидемиология, психология и социология) к изучению вопросов этики²⁹. Эмпирическая работа оказывается формой дескриптивной этики, сфокусированной на изучении отдельных социальных феноменов, имеющих этическую значимость. Например, эмпирические исследования могут выявить общественные взгляды и опыт, связанные с такими спорными вопросами, как аборт, генетическое тестирование и эвтаназия, чтобы актуализировать дискуссии, выработать рекомендации и принять политические решения по ним. Кроме того, эмпирические исследования способны определить социальные и экономические эффекты конкретных вмешательств, направленных на улучшение того, как врачи или политики пытаются выполнить этические обязательства, например, улучшит ли искусственный интеллект качество информированного согласия. Как видим, эмпирические исследования в области биоэтики контрастируют с другими

²⁸ Подробнее о проекте «Атлас новых профессий» см.: <https://atlas100.ru/catalog/>.

²⁹ Подробнее см. Sulmasy D., Sugarman J. (2010) The Many Methods of Medical Ethics (Or, Thirteen Ways of Looking at a Blackbird). In: Sugarman J., Sulmasy D. (eds.) The Methods of Medical Ethics. Washington: Georgetown University Press. P. 3–21.

основными подходами к этике, а именно с нормативной этикой и метаэтикой, которые полагаются в первую очередь на философские рассуждения и аргументы³⁰. Так, в 2004 году известный специалист в области биоэтики глобального здравоохранения Джереми Шугарман³¹ разработал набор критериев поиска для выявления эмпирических и этических публикаций и провел исследование в БД MEDLINE. В результате он выявил, что в целом сообщения об этике составляют менее 1 % от всех сообщений в MEDLINE, но наблюдается тенденция к увеличению числа таких сообщений. Эмпирические исследования в области этики представляют примерно 25 % этих публикаций, эта доля также, похоже, со временем увеличивается. Он определил по крайней мере восемь ролей эмпирических исследований в современной биоэтике (см. табл. 2).

Таблица 2. ВОЗМОЖНЫЕ ФУНКЦИИ ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В БИОЭТИКЕ

Типы	Примеры
Сугубо описательные (дескриптивные) исследования	Убеждения по вопросам морали и морального поведения
Тестирование установленных или новых норм	Степень уважения к предпочтениям пациентов в отношении ухода
Описание фактов, значимых для нормативных аргументов	Эффект правдивой информации о диагнозе в угрожающих жизни условиях
Скользкие аргументы	Исторические исследования и анализ схожих ситуаций в прошлом
Эмпирическое тестирование нормативных теорий	Уровень согласия в отношении процесса принятия решений
Кейс-стади отчеты	Подробное описание сложных случаев
Оценки вероятностей наступления событий	Полезность тех или иных процедур
Демонстрационные проекты	Описание эффектов образовательных интервенций в отношении политики прижизненных волеизъявлений об осуществлении реанимационных процедур

³⁰ См., например, Никулина М. (2015) Биоэтика и социология: институциональный диалог. Ростов-на-Дону: Издательство ЮФУ.

³¹ Подробнее см. его работу: Sugarman J. (2004) The Future of Empirical Research in Bioethics. *J Law Med Ethics*. Summer. Vol. 32. No. 2. P. 226–231, 190. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720x.2004.tb00469.x>.

Также Джереми Шугарман составил список тем, которые были наиболее востребованы в ракурсе эмпирических исследований по биоэтике. Этот перечень менялся по мере необходимости, чтобы охватить термины, используемые в MEDLINE³². Так, в топ-10 тем публикаций по эмпирической биоэтике с 1980 по 1999 год вошли «информированное согласие», медицинская помощь в конце жизни, конфиденциальность, права пациента, генетические технологии, деятельность этических комитетов, отношения «врач — пациент» и др.

Правительства часто консультируют социологи и эксперты в области здравоохранения, которые эмпирически исследуют, что способствует или улучшает человеческую жизнь и здоровье³³. Люди стремятся быть «хорошими», поступать «правильно» и вести «хорошую жизнь», но откуда берутся такие базовые, привычные моральные ценности, как добро и правильность?

Изучение общественного здравоохранения помогает установить, что считается полезным для здоровья населения. Важное место здесь занимает этика общественного здравоохранения, включающая такие соображения, как принципы и ценности при обсуждении политики и действий в области общественного здравоохранения. Этику общественного здравоохранения можно подразделить на область исследования и область практики³⁴:

- ⇒ Как область исследования она направлена на понимание и разъяснение принципов и ценностей, которыми руководствуются, принимая решения в области общественного здравоохранения. Принципы и ценности общественного здравоохранения могут отличаться от принятых в клинической медицине (последние более индивидуальны).
- ⇒ Как область практики этика общественного здравоохранения — это применение соответствующих принципов и ценностей при принятии решений в области общественного здравоохранения.

Исследование этических норм общественного здравоохранения выполняет три основные функции³⁵:

- ⇒ выявление и прояснение существующей этической дилеммы;

³² Как отметил проф. Шугарман, при интерпретации этих данных важно осознавать ограничения используемых методов, поскольку каждая отдельная публикация не проверялась, отсюда нет гарантии, что они действительно представляют собой отчет об этических или эмпирических исследованиях. Например, обзоры эмпирических исследований информированного согласия показали, что только ограниченное количество материалов строго соответствует теме.

³³ См., например, Brown M. (2009) Three Ways to Politize Bioethics. *The American Journal of Bioethics*. Vol. 9. No. 2. P. 43–54; Gibbs N. (2008) Why Bioethics Matters Today — A Journalist's Perspective. In: Crowley M. (ed.) *From Birth to Death and Bench to Clinic: The Hastings Center Bioethics Briefing Book for Journalists, Policymakers, and Campaigns*. Garrison, NY: The Hastings Center. XI–XII.

³⁴ Дополнительно по теме см.: Barrett H. D., Ortman W. L., Dawson A. et al. (eds.) (2016) *Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe*. Cham (CH): Springer.

³⁵ Подробнее там же.

- ⇒ ее анализ с точки зрения альтернативных направлений действий и их последствий;
- ⇒ разрешение дилеммы путем принятия решения, какой курс действий лучше всего учитывает и уравнивает руководящие принципы и ценности.

Данные по эффективности вмешательств и оценке пользы для здоровья населения обычно используются для формирования политики в области общественного здравоохранения. Тем не менее научные доказательства не всегда перевешивают другие источники доказательств, включая апелляцию к эмоциям и коммерческим интересам. Управленцы придают большее значение здоровью населения и научным данным, но им также необходимо учитывать, как общество отреагирует на предлагаемые меры. Таким образом, успешное осуществление действий в области общественного здравоохранения часто требует исследования общественного мнения, интересов и ценностей.

Особенностью практики общественного здравоохранения является апелляция к общим ценностям и стандартным практикам. Другими словами, ценности, цели и обязательства, даже если они негласны, образуют необходимый мост между знаниями и действиями. Однако общность ценностей может быть иллюзорной, так как делает невидимыми индивидуальные предпочтения.

Стандарты негласно включают в себя этические принципы и редко вызывают этические споры. Проблемы возникают в необычных или экстремальных ситуациях, когда стандарты еще не приняты, меняются или конкурируют, а также в чрезвычайных ситуациях, возникающих в сфере внедрения инноваций или в периоды серьезных социально-экономических ограничений, которые вынуждают устанавливать новые приоритеты для уже существующих программ. Как, например, в условиях пандемии COVID-19, когда приоритеты общественного здравоохранения создали сложности для реализации задач клинической медицины (сортировка больных и маршрутизация пациентов в зависимости от их состояния, перепрофилирование обычных клиник в инфекционные и др.).

Сомнения в науке также часто представляют собой скрытый ценностный спор, маскирующийся под спор научный. Информирование о риске — это социальный процесс, именно здесь важны исследования в области социологии здоровья и биоэтики. Там, где преобладают глубокие ценностные разногласия, общественное здравоохранение законно отдает приоритет своим основным ценностям, а значит не может говорить за всех. Единственный выход: мнения заинтересованных сторон слушаются беспристрастно, это помогает определить, какие компромиссы возможны, какие ценности должны быть в приоритете. Такая совещательная процедура дает возможность заручиться общественным признанием и стать частью легитимации курса действия.

Люди по-разному ранжируют ценности и меняют их в разных контекстах³⁶. Диапазон вариантов этических правил более ограничен, а именно: подчиняться или не подчиняться. Тем не менее этические правила, регулирующие конкретные ситуации, различаются от страны к стране или даже от региона к региону внутри страны. Но, несмотря на эту вариативность, сводить их к простому мнению или к консенсусу мнений относительно только личных или культурных предпочтений было бы ошибкой. Оценочные суждения и этические определения не столько относительно, сколько коррелятивны; то есть они коррелируют и резонируют с более глубокими основаниями человеческой жизни. **Если люди действительно разделяют набор фундаментальных ценностей, то этические конфликты в первую очередь отражают различия в приоритетах ценностей в конкретном контексте, а не фундаментальные разногласия по поводу ценностей.** Эта точка зрения дает основания для оптимизма в отношении возможности найти основу для понимания и взаимного уважения при возникновении напряженности.

ЛОГИКА БИОЭТИЧЕСКОГО КЕЙСА: ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПАНДЕМИЯ COVID-19

Между социологией и биоэтикой непростые отношения. Подчеркивая важность эмпирических данных для решения определенных биоэтических вопросов, не следует настаивать, что «данные создают/определяют правильные решения». Как и все виды исследований, эмпирические биоэтические исследования могут быть плохо проведены. Специалисты по биоэтике считают социологию полезной для описания и анализа этических проблем, но они проявляют меньший энтузиазм, когда биоэтика становится предметом социологического исследования³⁷. Рассмотрим возможности и перспективы этого тандема на примере пандемии COVID-19.

Пандемия COVID-19 в российском академическом и публичном пространствах обозначила значимые разрывы между биоэтическим взглядом на пандемию и данными социологических исследований, сосредоточенных на вопросах отношения к информации о противоэпидемических мерах и информированности о пандемии, но не на дискуссиях о ценностях. Именно это привело к социальной напряженности в отдельных сегментах общественного здравоохранения — например в родовспоможении или доступе к плановой хирургической и онкологической помощи. COVID-19 не поднял сверхновых этических вопросов, однако придал

³⁶ Для дополнительной информации см. Lolas F.S., Agar L.C. (eds.) (2002) *Interfaces Between Bioethics and the Empirical Social Sciences*. Santiago: Organizacion Panamericana de la Salud.

³⁷ Подробнее см.: Callahan D. (1999) *The Social Sciences and the Task of Bioethics*. *Daedalus*. Fall. Vol. 128. No. 4. P. 275–294.

новый оттенок и остроту многим известным вопросам, таким как конфиденциальность, сортировка больных, информирование родственников и коммуникация с ними и право на отказ от лечения.

Первой эпидемией в истории мировой биоэтики был СПИД, потребовавший более широкого взгляда на многие привычные аспекты жизни, включая благополучие населения, а также заботу о людях. Это заболевание оказало влияние на биоэтику, сформировав потребность в появлении новых способов осмысления отношений человека, медицины и общества. В истории науки войну часто называют феноменом, подталкивавшим науку и технологии, ускорявшим темпы развития, так что технические достижения, на которые обычно уходят десятилетия, завершаются за годы или даже месяцы. «Война» с инфекцией, похоже, действует точно так же, вызывая быстрые изменения в медицинской науке и технологиях. Это ускоренное развитие повлияло и на этику. То, что традиционно известно как «этика профессии» (в данном случае — этические убеждения, официально одобренные медицинским сообществом) подверглось «принудительному росту». Изменения, которые в обычной жизни продвигались бы неторопливо, произошли стремительно.

Позиция Совета по этическим и судебным вопросам Американской медицинской ассоциации (АМА) в отношении профессиональной ответственности и лечения ВИЧ-инфицированных пациентов в 1980-х годах, как пример из истории медицины, хорошо это иллюстрирует. До тех пор, пока АМА не выпустила новое заявление по этическим вопросам в борьбе со СПИДом в декабре 1987 года, его позиция в отношении профессиональных обязательств врачей-специалистов резко отличалась от позиции Американской ассоциации медсестер. Так, согласно имевшимся этическим правилам, от врача не требовалось принимать в качестве пациентов всех, кто обращался за лечением. Он мог произвольно отказать в приеме, даже если другой врач недоступен. Отказ АМА провозглашать новое этическое обязательство по уходу за ВИЧ-инфицированными людьми, казалось, следовал из существовавшей профессиональной этики. На уровне политики в области здравоохранения эти две профессиональные организации занимали разные позиции в отношении «права на охрану здоровья». Необходимо было ответить на вопрос: «Обязательно ли — с этической точки зрения — лечить пациента с ВИЧ-инфекцией?». Но, например, для Американской стоматологической ассоциации и многих других вопрос звучал иначе: «Имеет ли медицинский работник право отказать пациенту в лечении на основании его ВИЧ-инфицированного статуса?»³⁸.

В 2007 году Рут Бернхейм (Ruth Bernheim) была предложена схема как пример аналитического инструмента, способного помочь лицам, принимающим реше-

³⁸ Подробнее см. Freedman B. (1988) Health Professions, Codes, and the Right to Refuse to Treat HIV-infectious Patients. *Hastings Center Rep.* April/May. P. 20–25.

ния³⁹. Важно оговориться, что она не предполагает жесткой регуляции, подразумевая, что какая-либо одна моральная норма имеет больший вес, чем другие. Она предназначена для того, чтобы помочь лицам, принимающим решения, уточнить, является ли конкретная моральная норма (например, солидарность, свобода или равенство) более весомой, чем другие, в определенном контексте (и если да, то должны быть приведены веские причины, чтобы отвергнуть эту норму).

Так, во время эпидемии справедливость может иметь максимальную значимость, и в некоторых контекстах превосходить другие моральные нормы. Специалисты-биоэтики предложили следующие выводы из опыта пандемии SARS⁴⁰:

- ⇒ контролировать распространение болезни, но не меньше внимания следует уделять правам неинфицированных пациентов, нуждающихся в срочной медицинской помощи;
- ⇒ важна справедливость в отношении количества внимания, уделяемого широкому кругу людей, включая пациентов с симптомами пневмонии и без них;
- ⇒ важны ответственность за принятие разумных решений, прозрачность и справедливость.

Эмпирические биоэтические исследования процесса принятия решений во время пандемии помогают лучше понять неудачи и успехи принятых решений.

Исследователи выделяют ряд областей для исследований биоэтики, связанных с COVID-19, в том числе:

- ⇒ описательные исследования, дающее большее понимание практик, мнений и политик, значимых для принятия решений;
- ⇒ понимание причин, приводящих к моральным страданиям медицинских работников, находящихся на переднем крае борьбы с пандемией;
- ⇒ оценка того, в какой степени клиническая практика отражает предполагаемые этические нормы оказания медицинской помощи, и др.

Важны также социальные исследования в области разработки и тестирования вмешательств, направленных на сокращение разрыва между реальностью и этическими идеалами.

Существует множество вопросов, требующих внимания в дополнение к тому, что уже изложено, включая этику дезинформации и разногласий, этическую готовность граждан выполнять рекомендации к самоизоляции, ограничения свобод и автономий, внимание к безопасности уязвимых групп, глобальной этике здо-

³⁹ Подробнее об этом и не только см.: Barrett H. D., Ortmann W. L., Dawson A. et al. (eds.) (2016) *Public Health Ethics: Cases Spanning the Globe*. Cham (CH): Springer.

⁴⁰ Там же.

ровья и общему бремени для общества, возникающему в результате пандемии COVID-19. Главный этический вопрос, поднятый пандемией, заключается в том, как согласовать интересы гражданских свобод и пользу для общества. В этой связи особое значение имеет информирование во время пандемии. Эффективное информирование о риске часто является ключевым фактором успеха мер общественного здравоохранения. Преуменьшение риска заболевания может привести к масштабному распространению инфекции. Но и кампания, преувеличивающая риски, в долгосрочной перспективе может привести к панике и недоверию к медикам и сотрудникам сферы здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социологические данные в области биоэтики — это инструмент содействия общественному диалогу по вопросам здоровья. В последние годы мы наблюдаем, как медицина, а за ней и здравоохранение, «несутся галопом». Биотехнологии стали социальной силой, определяющей нашу культуру и повседневность, так как помогают человеку (а также государству и обществу) контролировать продолжительность и качество жизни. Все больше актуализируются вопросы персонализации медицины, создания единой телемедицинской системы (искусственный интеллект, электронный паспорт здоровья и иммунные паспорта), что преобразует систему отношений «врач — пациент». В таких условиях крайне важны адекватная регуляторная база и этические стандарты, созданные в опоре на данные социальных и гуманитарных наук.

Баланс пользы и риска — это то, что всегда лежит в плоскости медицины, однако, когда мы пытаемся определить, что значит быть человеком, — это вопрос морали и этики. Представление о том, где следует провести черту, — это вопрос политики. Вместе они формируют новые модели общественного диалога и предмет для эмпирических исследований в биоэтике.

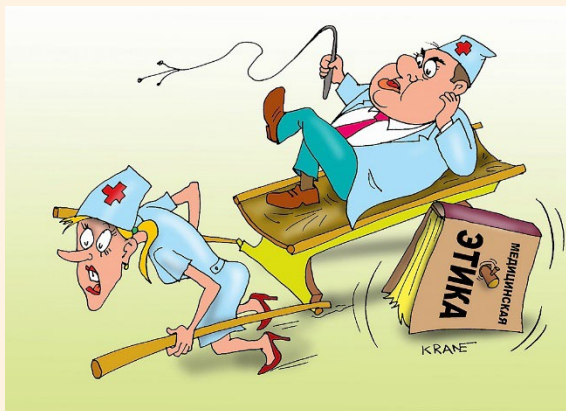


**ВЛАСОВ
ВАСИЛИЙ ВИКТОРОВИЧ**

профессор кафедры управления и экономики здравоохранения
департамента политики и управления факультета социальных наук
НИУ ВШЭ, член Межрегиональной общественной организации
«Общество специалистов доказательной медицины»

ДЕФОРМИРОВАНЫ ВМЕСТЕ

Воспоминания о Ялте и Потсдаме, поселившиеся в текстах политических комментаторов, и не только их, могут создать иллюзию сбережения страной уроков прошедшей большой войны. Не надо обольщаться. В СССР даже материалы больших нюрнбергских процессов не были опубликованы, несмотря на соглашение с союзниками. Соответственно, не был опубликован Нюрнбергский кодекс (до 1989 г.). Практически не была известна Женевская декларация — документ не менее важный, чем архаичная «клятва Гиппократа». Всемирная медицинская ассоциация не знавала членства врачебного сообщества СССР, и ее декларации не были известны врачебному сообществу страны. До сих пор в ВМА Россию представляют некие ассоциации, не имеющие персонального врачебного членства и не влияющие на поведение и самоуважение врачебного сообщества.



Из открытых источников

Попытки внести понимание человека как самоопределяющегося и уважаемого субъекта, предпринятые в 1970-е годы министром здравоохранения Б. Петровским, не встретили понимания его коллег-хирургов. Попытки импортировать достижения современной биоэтики в 1980-е столкнулись с допустимостью только «медицинской деонтологии», которая в первую очередь понималась как

свод правил подчинения. Даже появление Основ законодательства об охране здоровья граждан в 1993 году (по-видимому, последнего закона, реализовавшего демократические интенции новой России) мало что изменило в практике медицины и положении больного перед лицом медицинской машины. Ключевое положение — о возможности медицинского вмешательства только при наличии добровольного информированного согласия пациента — остается нереализованным. Формально присутствующее в законе, оно оформляется подпиской

о согласии на подчинение врачам во всем и отказ от претензий в будущем. Существо согласия — выбор способа жизни с болезнью, способа преодоления болезни в соответствии с полученной от врача информацией и на основе своих ценностей — заменяется согласием или отказом от лечения.

Более того, российский закон прямо лишает тяжелого больного, неспособного сопротивляться человеку, права на согласие или несогласие на медицинское вмешательство, обязывая врача делать то, что он в меру своего разума понимает как жизнеспасительные действия. Это положение закона и полная готовность врачей следовать ему появились не из одной неразвитости и неинформированности врачей. Они вытекают из традиции подавления власти человека над собой, даже над своим телом. В современной России активно подавляется и частично даже преследуется как уголовное преступление обсуждение добровольного ухода из жизни. Небольшую профессиональную группу врачей можно было бы в относительно короткие сроки обучить. Нужны годы для того, чтобы изменилось общество, чтобы люди научились уважать право каждого устанавливать пределы страдания. Кажется, это будет даже труднее, чем воспринимать транссексуалов равными себе и другим людьми.

Наилучшая иллюстрация разрыва отставания от демократических стран Запада — примерно на 60 лет — ситуация с суррогатным согласием. В духе русского закона присутствует решение: назначенный больным представитель становится принимающим решения за неспособного к этому больного; при отсутствии назначенного представителя врач/суд выбирают такового из числа тех, кто лучше



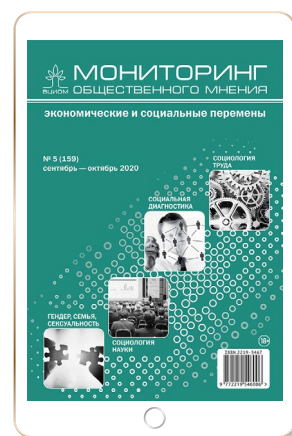
Из открытых источников

знает предпочтения больного (а не действует на основе своих предпочтений!); традиционно таковыми избираются супруги/сожителю/дети/родители. В реализации закона Россия не может продаться даже к элементарному — к праву близких прийти к постели умирающего. Для реализации только права посещения понадобился федеральный закон. Но и он не исполняется, ибо форма его реализации должна быть определена министерством здравоохранения. Иными словами, жена не может не только ознакомиться с процессом оказания помощи, получить полную информацию и дать или не дать согласие на манипуляции с тяжелобольным мужем. Она не может даже подойти к нему и поплакать.

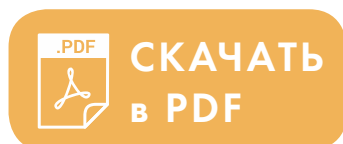
Для всех обществ характерно поведение людей вполне человеческое, объективно глупое: они не интересуются больными и болезнями, пока здоровы, а заболев, обнаруживают, что они и их проблемы никого не волнуют. В России ситуация много хуже вследствие продолжающегося замалчивания проблем и запрета на их обсуждение. Неимоверными усилиями небольшого числа подвижников в последние годы немного улучшился доступ к обезболиванию у отдельных групп больных. Это немалое продвижение к лучшему, но все же ничтожное по сравнению с униженным положением человека перед лицом болезней и все еще бесчеловечной системой, в которой здравоохранение, кажется, смыкается с макроструктурой государственного насилия.

Об отношении россиян к глобальным рискам (социально-демографические и психологические факторы восприятия угроз) [читайте в № 5 \(2020\)](#) нашего журнала. Тимофей Нестик и Игорь Задорин обосновали актуальность изучения динамики и закономерностей отношения наших соотечественников к глобальным рискам в условиях пандемии. На основе анализа результатов международных исследований рассматриваются различия в содержании массовых страхов по поводу глобальных рисков в различных регионах мира, а также социально-психологические типы отношения людей к глобальным рискам. Представлены результаты проведенного в сентябре 2019 г. всероссийского опроса населения (N=1600), направленного на выявление массовых страхов и социально-психологических характеристик отношения к глобальным рискам у представителей разных социально-демографических категорий россиян. Показано, что уверенность перед лицом глобальных угроз поддерживается социальными ресурсами личности: высшим образованием, высоким социальным статусом, хорошим экономическим состоянием, проживанием в крупном городе с развитой инфраструктурой, возможностями территориальной мобильности.

Предикторами тревоги по поводу глобальных рисков оказались частота просмотра телевидения и внимание к новостям о глобальных катастрофах; чувство уязвимости, связанное с неудовлетворительным материальным благосостоянием и ростом неравенства; групповая и территориальная самоидентификация; а также общий уровень тревоги о будущем. Высокий уровень тревоги по поводу угроз сопровождается низким социальным доверием, консервативными установками и ориентацией на авторитарных лидеров. Анализ динамики восприятия глобальных рисков в 1996, 2006 и 2019 гг. позволяет говорить о росте беспокойства по поводу войны и стабильно высоком уровне тревоги по поводу эпидемий, природных катастроф и бедствий. Выявлены наиболее распространенные среди россиян социально-психологические стратегии реагирования на глобальные риски: ориентация на коллективное противодействие угрозам, фаталистическое игнорирование и религиозный традиционализм.



РАСШИРЕННАЯ ПОДБОРКА ДАННЫХ «ЗДОРОВЬЕ. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. БИОЭТИКА»



БОЛЬШЕ ДАННЫХ В ОТКРЫТЫХ БАЗАХ НА САЙТЕ ВЦИОМ

«[Спутник](#)» (с января 2017 г. по настоящее время)

«[Архивариус](#)» (с 1992 г. по настоящее время)

Нам важно ваше мнение о «Социодиггере», чтобы сделать следующие выпуски еще более отвечающими вашим интересам. Уделите, пожалуйста, 3 минуты, нажмите кнопку

ДАТЬ ОБРАТНУЮ СВЯЗЬ



wciom.ru



monitoringjournal.ru



[MOM @ZhurnalMonitoring](#)



[@WCIOMofficial](#)



[@wciom](#)



[@wciom](#)



[@wciompage](#)



[@wciom](#)



[@wciom](#)



[Я.Дзен ВЦИОМ](#)



[Подкасты ВЦИОМ](#)