



Это не очередная утопия, но стремление к реализации высшего предназначения каждого человека – быть творцом, создавать новое и развиваться самому, быть счастливым внутренне, так как, по мнению А. Маслоу, только процесс созидания содержит высшие неэгоистические и трансцендентные мотиваторы<sup>9</sup>.

Анализ основ мотивации индивидуальной и групповой трудовой деятельности в современных условиях все менее оказывается связанным с производительным трудом и созданием товара в вещной форме. Однако для любого общества сохраняется высшая значимость позитивной мотивации труда и исследователями предполагаются разнообразные модели адекватного поведения работающих, обеспечивающие их высокую позитивную мотивацию, реализацию потребности человека в творчестве и постоянном самосовершенствовании.

Менее всего молодые понимают рынок как определенный способ хозяйствования, для чего необходимы определенные как деловые, так и человеческие качества. В условиях рынка нет места иждивенчеству молодых и политике патернализма со стороны старших. Рынок требует деловых, организованных людей, ориентированных в первую очередь на собственную инициативность, умение общаться с деловыми партнерами не запанибрата, а по законам цивилизованного рынка, дающего каждому свой шанс. Если подходить к оценке молодежи с этих позиций, то можно сделать вывод, что подавляющее большинство молодых в России до сих пор не обладают теми личностными качествами, которые необходимы для реализации цивилизованной рыночной экономики.

Анализ современного российского человеческого потенциала (в первую очередь детей и молодежи РФ начала XXI в.) позволяет выявить тенденции его изменения на ближайшую перспективу и создать социальные технологии, способствующие формированию таких социальных качеств работника, которые обеспечат его успешную деятельность в сфере высоких технологий в рамках современных организаций, ориентированных на новые социальные и гуманистические цели хозяйственной деятельности, а также будут способствовать реализации индивидуально-личностных жизненных планов подрастающих поколений.

#### Примечания

- 1 См.: Ахизер А. С. Россия : критика исторического опыта / Социокультурная динамика России. Т. 1. : От прошлого к будущему : 2-е изд. Новосибирск, 1998 ; Панарин А. С. Православная цивилизация в глобальном мире. М., 2002.
- 2 Мид М. Культура и мир детства. М., 1988. С. 396.
- 3 Пригожин И., Стингерс И. Порядок из хаоса. Новый диалог человека с природой. М., 2001. С. 265.
- 4 См.: Зубок Ю. А. Феномен риска в социологии. Опыт исследования молодежи. М., 2007.
- 5 См.: Латин Н. И. Пути России : социокультурные трансформации. М., 2000.
- 6 См.: Бодрийяр Ж. Система вещей. М., 1995.
- 7 Панарин А. С. Философия политики. М., 1994. С. 302–303.
- 8 Флиер А. Я. Некультурные функции культуры. М., 2008. С. 272.
- 9 См.: Маслоу А. Дальние резервы человеческой психики. М., 2007. С. 168.

УДК 316.35:614.2

## ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В ОТНОШЕНИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Е. А. Андриянова, Ю. А. Позднова

Саратовский государственный медицинский университет  
E-mail: pozdnova@mail.ru

На базе эмпирического исследования анализируются факторы формирования социальных стереотипов медицинской активности городского населения в отношении амбулаторно-поликлинической помощи. Ситуация недоверия к амбулаторно-поликлинической помощи рассматривается авторами как результат действия негативных социальных стереотипов в отношении данного социального института.

**Ключевые слова:** медицинская активность, социальный стереотип, амбулаторно-поликлиническая помощь как социальный институт, практики поддержания здоровья.



### Formation of Social Stereotypes Factors of Urban Population Concerning the Out-Patient-Polyclinic Help

E. A. Andriyanova, Yu. A. Pozdnova

On the basis of empirical research factors of formation of social stereotypes of medical activity of urban population concerning the out-patient-polyclinic help are analyzed. The situation of mistrust to the out-patient-polyclinic help is considered by authors as result of negative social stereotypes concerning the given social institute action.



**Key words:** medical activity, social stereotype, out-patient-polyclinic help as social institute, practices of health maintenance.

На сегодняшний день базовые направления совершенствования амбулаторно-поликлинической помощи населению как первичного звена здравоохранения концептуально определены в Национальном проекте «Здоровье». В его рамках государство уделяет большое внимание совершенствованию амбулаторно-поликлинической помощи в контексте развития профилактического направления модернизации отечественного здравоохранения. В научной литературе сложилась точка зрения, согласно которой профилактическое направление в российской медицине еще долго будет «буксовать» в силу отсутствия у большинства населения необходимой мотивации активного поддержания собственного здоровья<sup>1</sup>. В этой связи представляются значимыми социологическая рефлексия социальных стереотипов, определяющих медицинскую активность населения, а также практики поддержания его здоровья наличными ресурсами амбулаторно-поликлинической помощи.

В социологии социальный стереотип как феномен общественного сознания связывают с продуцированием привычного (шаблонного) отношения личности к различным явлениям. В качестве его основных черт выделяют высокую устойчивость и непосредственное влияние на поведение субъекта социальной активности в качестве направляющих<sup>2</sup>. Использование понятия «социальный стереотип» в качестве исследовательского инструмента в проблемном поле социологии медицины позволяет выявить систему социальных и социально-психологических детерминант медицинской активности субъектов медико-социального взаимодействия. Под медицинской активностью нами понимается поведение субъекта, определяемое его отношением к собственному здоровью и реализуемое в процессе его взаимодействия с учреждениями здравоохранения. Медицинская активность реализуется в различных направлениях. К ним относятся: систематическое обращение к специалистам-медикам, выполнение врачебных рекомендаций, прохождение диспансеризации.

Ставя в центр рассмотрения факторы формирования социальных стереотипов в отношении к амбулаторно-поликлинической помощи, мы исходили из того, что данный институт обладает рядом существенных характеристик. К ним относятся: доступность, комплексность обслуживания пациентов и непрерывность наблюдения за ними, обеспечение гарантированного минимума медицинской, психологической и социальной помощи; возможность предупреждения патологических состояний,

раннее выявление и своевременное лечение заболеваний<sup>3</sup>.

Негативные социальные стереотипы в отношении амбулаторно-поликлинической помощи, на наш взгляд, являются причиной такого опасного феномена современной российской реальности, как позднее обращение за медицинской помощью. Так, по данным мониторинга НИИ им. Н. А. Семашко, 96,1% больных обращаются за медицинской помощью в последний момент, с запущенными формами болезней<sup>4</sup>. Исследования, проведенные под руководством академика А. В. Решетникова, показали, что преобладание среди россиян негативной оценки всех видов медицинской помощи имеет тенденцию к нарастанию<sup>5</sup>. Снижается уровень доверия к амбулаторно-поликлинической помощи как институту медицины, формируется ее негативный образ. Как следствие, «официальная» медицина не рассматривается населением как результативная практика поддержания здоровья.

При рассмотрении процесса формирования социальных стереотипов в отношении амбулаторно-поликлинической помощи нами учитывались два вида системных социальных факторов: внутренние и внешние. Неравнозначное соотношение указанных факторов определяет «полярность» наличных социальных стереотипов.

К внутренним факторам, формирующим социальные стереотипы в отношении амбулаторно-поликлинической помощи, отнесены следующие: 1) отношение личности к собственному здоровью как ценности; 2) доверие к учреждениям здравоохранения. Отношение к здоровью задает некий алгоритм здоровьесберегающего поведения личности и определяется особенностями мотивации субъекта.

На уровне личности интериоризация здоровья как фундаментальной ценности проявляется в ответственном отношении к собственному здоровью и выборе наиболее эффективной для субъекта траектории здоровьесберегающего поведения. Ответственное отношение к собственному здоровью предполагает наличие потребности в индивидуальном «мониторинговании» здоровья не только в ситуации его значительного ухудшения или угрозы его потери, но и в повседневной практике. Последняя включает в себя регулярную диагностику, систематическое обращение за врачебной консультацией. На сегодняшний день возможности реализации подобной практики созданы в рамках амбулаторно-поликлинической помощи. Одним из опасных векторов развития недоверия к данному социальному институту является обращение населения к другим, более «популярным» практикам поддержания здоровья (самолечение, обращение к представителям нетрадиционной медицины и др.).



К внешним факторам формирования социальных стереотипов в отношении амбулаторно-поликлинической помощи относятся такие элементы социальной среды, как: 1) семейное воспитание; 2) индивидуальные практики взаимодействия с учреждениями здравоохранения; 3) имидж амбулаторно-поликлинической помощи, сформированный средствами масс-медиа.

С целью выявления значимости воздействия выделенных факторов на формирование социальных стереотипов городского населения в отношении амбулаторно-поликлинической помощи нами в 2010 г. было проведено социологическое исследование (N = 564). Исследование проводилось в г. Саратове как типовом областном центре. Тип выборки пропорциональный; контроль репрезентативности осуществлялся по полу и возрасту. Шкала возрастных групп определялась как равномерная интервальная: 25–34 года (37%), 35–44 года (34%) и 45–55 лет (29%). Возрастной ценз ограничен трудоспособным возрастом – 25–55 лет. Работающие составляли 90%. Среди респондентов преобладали женщины (54%). Образовательный статус респондентов представлен следующим образом: высшее профессиональное образование – 67%, среднее специальное – 27% и среднее – 6%.

Первый блок анкеты включал в себя вопросы, касающиеся отношения личности к собственному здоровью и доверия к учреждениям здравоохранения. Основным индикатором в оценке отношений личности к собственному здоровью явился показатель «самооценка здоровья». Респондентам было предложено оценить состояние собственного здоровья по пятибалльной шкале. Оценили состояние здоровья как «очень хорошее» и «хорошее» лишь 17% респондентов, как «удовлетворительное» – 77% и только 6% опрошенных – как «неудовлетворительное». Полученные данные соответствуют опубликованным Федеральной службой государственной статистики (Росстат) в 2008 г.<sup>6</sup>

Различия в самооценке здоровья у респондентов проанализированы по следующим критериям: гендерные различия, возраст и уровень образования (табл. 1). Гендерные различия в самооценке здоровья характеризуются традиционно завышенной самооценкой здоровья у мужчин (72% удовлетворены собственным здоровьем) по сравнению с женщинами (58%). По возрастному критерию распределение самооценки здоровья саратовцев отражает традиционную для России картину снижения уровня здоровья с увеличением возраста<sup>7</sup>: от 82% респондентов в возрасте 25–34 лет до 37% в возрасте 45–55 лет. Свыше половины опрошенных с высшим образованием более лояльны в оценках собственного здоровья (68%) по сравнению с респондентами, имеющими среднее образование (41%).

Таблица 1

**Различия в самооценке здоровья у респондентов, %**

Респонденты		Удовлетворены	Неудовлетворены
✓	Мужчины	72	28
	Женщины	58	42
✓	25–34 года	82	18
	35–44 года	67	33
	45–55 лет	37	63
✓	Высшее образование	68	32
	Среднее образование	41	59

Полученные данные показали, что почти все респонденты, в том числе и имеющие хронические заболевания, обращаются за медицинской помощью в районную поликлинику только в случае появления болевого синдрома или резкого обострения имеющегося хронического заболевания (91%). Не обращались в поликлинику за последние два года 37% опрошенных. Эти данные коррелируют с результатами общероссийских исследований по выявлению причин поздней обращаемости за амбулаторно-поликлинической помощью<sup>8</sup>. Только 13% участников опроса обращаются в поликлинику при первых симптомах недомогания. Обращаются за амбулаторно-поликлинической помощью в связи с необходимостью получения больничного листа 34% респондентов. Профосмотр как причину посещения поликлиники назвали 39% опрошенных.

Большинство респондентов (69%) квалифицированной врачебной помощи предпочитают самолечение. Свое нежелание обращаться в районную поликлинику 51% опрошенных объясняет большими потерями времени, 17% в качестве причины выбрали ответ «график работы не позволяет посещать поликлинику». Респонденты, работающие в негосударственных учреждениях (24%), предпочитают обращаться за медицинской помощью только в крайних случаях, когда состояние здоровья уже не позволяет им работать. Об этом убедительно говорят их высказывания типа «у меня серьезная работа, а сидеть в очереди нет времени и желания».

Одним из самых значительных ресурсов амбулаторно-поликлинической помощи является диспансеризация. Ответы респондентов отражают формальное отношение горожан трудоспособного возраста к диспансеризации. На предложение выбрать высказывание относительно диспансеризации, с которым респонденты могли бы согласиться, 56% опрошенных выбрали ответ, что «диспансеризация является формальной процедурой, которая существенных результатов не приносит». Во многом их желание оправдать свое бездействие в отношении к собственному здоровью связано с социальными стереотипами, отражающими патерналистские традиции в медицине.



Семейное воспитание, выделенное в качестве внешнего фактора формирования социальных стереотипов медицинской активности в отношении амбулаторно-поликлинической помощи, позволяет объяснить этот процесс в контексте механизмов социализации. Семья как первичный институт социализации выполняет ряд значимых функций в формировании содержательного наполнения практик поддержания здоровья. Семейное воспитание как социальная технология воспроизводства всего спектра социальных стереотипов актуализирует личный опыт, задает некий алгоритм исчерпывающего действия в отношении здоровья и позволяет распространять его на различные ситуации. Именно в семье формируется, в частности, опыт взаимодействия с амбулаторно-поликлинической службой.

Усвоение практик поддержания здоровья ребенком в процессе семейного воспитания является предметом большого количества исследований. Так, И. В. Журавлева, исследуя здоровье подростков, установила прямую зависимость оценки ими своего здоровья от уровня образования родителей<sup>9</sup>. Аналогичные вопросы поднимаются в исследованиях Т. А. Гурко в связи с курением детей и родителей<sup>10</sup>. Прямая зависимость образа жизни детей от гигиенического поведения их родителей установлена в исследованиях под руководством О. В. Грениной<sup>11</sup>. Согласно данным нашего исследования, 38% респондентов отметили, что традиции поддержания здоровья получили в родительских семьях. Чуть менее половины опрошенных (45%), оценивших свое здоровье как «хорошее», связывают его именно с семейным воспитанием (табл. 2).

Таблица 2

Взаимосвязь самооценки здоровья и источника практик его поддержания, %

Показатель	«Хорошее» здоровье	«Удовлетворительное» здоровье	«Неудовлетворительное» здоровье
Семейное воспитание	45	33	1
Пример окружающих	11	28	0
Образование	9	20	9
Медицинская информация в СМИ	17	28	17
Ухудшение здоровья	14	45	77
Мода на здоровый образ жизни	15	14	4
Необходимость быть в хорошей форме	26	33	6

Таким образом, личный опыт старшего поколения включен в процесс конструирования практик поддержания здоровья младшего поколения. Благодаря ретрансляционной функции семьи происходит «клиширование» всего спектра социальных стереотипов в отношении как собственного здоровья, так и амбулаторно-поликлинической помощи практически в неизменном виде.

Индивидуальный опыт взаимодействия с учреждениями здравоохранения непосредственно связан с личной оценкой деятельности конкретного учреждения здравоохранения и работающих там врачей. Согласно данным проведенного опроса, большинство респондентов (72%) отмечают неудовлетворенность качеством работы районной поликлиники (табл. 3). Женщины более требовательны к амбулаторно-поликлинической помощи, нежели мужчины. Неудовлетворенность поликлинической помощью увеличивается с возрастом. Достоверных различий ( $p < 0,05$ ) среди работающих и неработающих респондентов не установлено.

Полученные результаты свидетельствуют о невысоком уровне удовлетворенности горожан амбулаторно-поликлинической помощью и соответствуют данным ряда российских исследований, проведенных в период с 2001 по 2011 г.<sup>12</sup>

Таблица 3

Удовлетворенность качеством работы районной поликлиники, %

Респонденты	Удовлетворены	Неудовлетворены
✓ Мужчины	43	67
Женщины	33	77
✓ 25–34 года	40	60
35–44 года	27	73
45–55 лет	17	83
✓ Работающий	29	71
Неработающий	25	75

Испытывают трудности с доступностью посещения участковых терапевтов и специалистов в связи с наличием очередей в поликлиниках 84% респондентов. Большинство (85%) столкнулось с неуважительным отношением со стороны медицинского персонала поликлиники. Подавляющее большинство респондентов (94%) оценивают уровень обеспечения медицинским оборудованием районных поликлиник как недостаточный и считают его некачественным. Недовольны неточностью диагнозов 67% и недостаточной оперативностью диагностики в поликлинике 84% опрошенных. Не доверяют



диагнозу, поставленному в поликлинике, 17% респондентов. График работы поликлиник оценивают как «неудобный» 77% участников опроса, несмотря на то что территориальное удобство районных поликлиник оценили положительно 68% опрошенных.

При возникновении проблем со здоровьем обращаются к участковому терапевту 43% (мужчины – 36%, а женщины – 51%); в частный медицинский центр 23% респондентов. Прислушиваются к советам фармацевтов в аптеке 30%, лечится самостоятельно методами народной медицины (травы, уринотерапия, лечебное голодание и пр.) треть опрошенных (32%). Не знают фамилии своего участкового терапевта 63% респондентов.

Предпочитает консультироваться с участковым врачом только 34%, в то время как 36% респондентов консультируются в первую очередь у знакомого врача, 38% – с родственниками и друзьями, предпочитают консультацию фармацевта в аптеке – 16%, врача коммерческого медицинского центра – 14%, читают медицинские справочники и статьи в сети Интернет – 24% опрошенных. Большинство респондентов (61%) предпочитают квалифицированной медицинской помощи самолечение. Основное количество женщин (69%) предпочитают лечиться самостоятельно, не прибегая к помощи специалистов. В зависимости от возраста респондентов ответы распределились следующим образом: от 25 до 34 лет – 58%, от 35 до 44 лет – 62%, от 45 до 55 лет – 65%. К самолечению более склонны работающие респонденты (71%).

Одним из ведущих факторов формирования социальных стереотипов городского населения в отношении амбулаторно-поликлинической помощи выступает информационная среда, создаваемая средствами массовой информации. Объективная значимость СМИ как канала информации и высокий уровень доверия населения к ним обуславливают необходимость рассмотрения их при анализе факторов формирования социальных стереотипов. Средства массовой информации сегодня все больше выполняют функции «проводников» информации по вопросам здоровья, профилактики болезней, а также формируют социальные стереотипы в отношении различных медицинских учреждений. Традиционно СМИ пользуются большим доверием у россиян<sup>13</sup>. Согласно данным нашего исследования, подавляющее большинство респондентов (94%) отмечает отсутствие информации о ресурсах муниципального здравоохранения. Кроме того, значительная часть опрошенных (92%) получает необходимую информацию о практиках поддержания здоровья по телевизору; при этом 39% специально смотрят телепередачи с информацией о здоровье.

На сегодняшний день можно констатировать, что создаваемый средствами массовой

информации имидж амбулаторно-поликлинической службы носит негативный характер. В высокорейтинговых СМИ отсутствует необходимая информация о ресурсах муниципального здравоохранения. Региональные СМИ переполнены информацией коммерческого характера. Результаты исследования, проведенного учеными Казанского технического университета, показали, что в современной прессе доля негосударственных рекламных публикаций составляет 32,1%. При этом 46,7% информации содержат отрицательную оценку деятельности институтов медицинской службы<sup>14</sup>. По данным того же исследования, информация СМИ воспроизводит патерналистскую модель отношения к здоровью, в рамках которой вся ответственность за здоровье переносится на государство, а усилия субъекта минимизированы.

Итак, на основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы. Ситуация с обращением населения за амбулаторно-поликлинической помощью как проявлением медицинской активности имеет отрицательную динамику. Большинство опрошенных демонстрируют неэффективные поведенческие стратегии относительно собственного здоровья (поздняя обращаемость за медицинской помощью, отказ от лечения или самолечение), которые базируются на стереотипизированных обобщениях о качестве и оперативности оказания медицинских услуг районной поликлиникой. Сформированные в постсоветский период негативные социальные стереотипы в отношении амбулаторно-поликлинической помощи являются барьером для медицинской активности городского населения.

В этой связи для реализации задач развития профилактического направления отечественной медицины необходимо разработать технологии системного и целенаправленного формирования эффективных социальных стереотипов медицинской активности субъектов медицинской помощи и ответственного отношения к здоровью. Мощным фактором формирования социальных стереотипов в отношении амбулаторно-поликлинической помощи является семейное воспитание. На базе эмпирического материала было показано, что в поведенческих моделях младшего поколения отражаются социальные стереотипы старшего, в частности отношение родителей к своему здоровью и здоровью детей составляет содержание повседневных гигиенических практик, практик занятий спортом, отношения к вредным привычкам и своевременность обращения за медицинской помощью. Таким образом, семейное воспитание является «благоприятной зоной» в процессе конструирования практик индивидуального «мониторинга» здоровья с использованием ресурсов амбулаторно-поликлинической помощи.



## Примечания

- <sup>1</sup> См.: *Шилова Л. С.* Получение медицинских услуг и модернизация здравоохранения // Национальные проекты и реформы 2000-х годов : модернизация социальной политики. М., 2009. С. 52–84.
- <sup>2</sup> См.: *Ядов В. А.* Стереотип социальный // *Философский энциклопедический словарь*. М., 1983. С. 654.
- <sup>3</sup> См.: *Матвеев Э. Н., Потехина М. В., Злобин А. Н.* Проблемы медико-социальной помощи пожилым // Политика по отношению к здоровью пожилых в России : материалы консультативного междунар. семинара. М., 1995. С. 60–62 ; *Байрамукова Т. С., Черниенко Б. И.* Диспансерное наблюдение пациентов пожилого и старческого возраста врачом общей практики // *Качество медицинской помощи*. 2002. № 4. С. 35–41 ; *Щепин О. П.* Современный этап реформы здравоохранения и обеспечение доступности медицинской помощи в Российской Федерации // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 1999. № 3. С. 7–10.
- <sup>4</sup> См.: *Максимова Т. Н.* Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. М., 2002.
- <sup>5</sup> См.: *Решетников А. В.* Социальный портрет потребителя медицинских услуг // *Экономика здравоохранения*. 2000. № 12.
- <sup>6</sup> Опрос проведен в 24 субъектах Российской Федерации в июне-июле 2008 г. Выборка 2204 человека в возрасте 15 лет и старше. URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/2008/demo/zdr08.htm](http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm) (дата обращения: 27.02.11).
- <sup>7</sup> См.: *Журавлева И. В., Иванова Л. Ю.* Улучшит ли национальный проект «Здоровье» состояние здоровья россиян? // *Россия реформирующаяся : ежегодник / отв. ред. М. К. Горшков*. Вып. 8. М., 2009. С. 377–392.
- <sup>8</sup> См.: *Максимова Т. Н.* Указ. соч.
- <sup>9</sup> См.: *Журавлева И. В.* Здоровье подростка в социоструктурном контексте // *Социальное расслоение и социальная мобильность*. М., 1999. С. 134.
- <sup>10</sup> См.: *Гурко Т. А.* Особенности развития личности подростков в различных типах семей // *Социс*. 1996. № 3.
- <sup>11</sup> См.: *Григина О. В., Кича Д. И., Важнова Т. В., Хило Е. В.* Здоровье – основной раздел программы медико-социальной характеристики семьи // *Здравоохранение РФ*. 1997. № 1. С. 28.
- <sup>12</sup> См.: *Котова Г. Н.* Потребность городского населения в амбулаторно-поликлинической помощи // *Здравоохранение РФ*. 2001. № 6. С. 11–13 ; *Шильникова Н. Ф., Ходакова О. В.* Социологический опрос как механизм управления лечебными учреждениями // *Социология медицины*. 2004. № 2. С. 24–26 ; *Русинова Н. Л., Панова Л. В., Бурмыкина О. Н.* Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения // *Социология медицины*. 2006. № 2 ; *Хабриев Р. У., Серегина И. Ф.* К результатам социологического исследования по оценке доступности и качества медицинской помощи населению // *Здравоохранение РФ*. 2007. № 1. С. 3–5 ; *Светличная Т. Г., Цыганова О. А., Борчанинова Е. Л.* Анализ скрытой неудовлетворенности пациентов учреждениями здравоохранения Республики Коми // *ГлавВрач*. 2011. № 1. С. 49–53.
- <sup>13</sup> Отчет основан на данных общероссийского социологического исследования, проведенного ВЦИОМ 10–11 марта 2007 г. В ходе исследования были опрошены 1600 человек в 153 населенных пунктах 46 областей, краев и республик России. Статистическая погрешность не превышает 3,4%. URL: <http://www.oprf.ru/publications/library/2106> (дата обращения: 1.05.11).
- <sup>14</sup> См.: *Савельева Ж. В.* Медицина и врачи в символической реальности средств массовой коммуникации: социальное конструирование образа российской прессой // *Биоэтика*. 2011. № 1. С. 27–30.