

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

© ДУБОГРАЙ Е.В., ПРИСЯЖНАЯ Н.В., 2015
УДК 616-092.11:316.752

Дубограй Е.В., Присяжная Н.В.

ВЛИЯНИЕ РЕЛИГИОЗНОСТИ НА ОТНОШЕНИЕ РОССИЯН К ЗДОРОВЬЮ

НИИ социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования,
119021, г. Москва, Россия

Для корреспонденции: Дубограй Евгений Викентьевич, edubograi@mail.ru

Раскрываются некоторые аспекты влияния религиозности на здоровье человека, в том числе через его смысложизненные установки, приверженность к здоровому образу жизни и отказу от вредных привычек. Показано, что индикаторы структурной модели религиозности взаимосвязаны с рядом характеристик здоровья и субъективной оценки человеком собственного здоровья. Кроме того, авторами представлены содержательные выводы, отражающие возможности использования оздоравливающего ресурса религиозности в медицинской практике и социальной жизни человека.

Ключевые слова: *религиозность; ресурс религиозности; смысложизненные установки.*

Для цитирования: Социология медицины. 2015; 14 (1): 13—18.

Dubograi E.V., Prisiajnaia N.V.

THE IMPACT OF RELIGIOSITY ON ATTITUDE OF CITIZEN OF RUSSIA TO HEALTH

The research institute of sociology of medicine, health care economics and medical insurance of the
I.M. Sechenov first Moscow state medical university of Minzdrav of Russia, 119991, Moscow, Russia

The article reveals particular aspects of impact of religiosity on human health, including meaning of life attitudes, commitment to healthy life-style and refusal of harmful habits. It is demonstrated that indicators of structural model of religiosity are interrelated with number of health characteristics and subjective evaluation of individual of one's own health. Moreover, meaningful conclusions are made concerning possibilities of application of health promotion resource of religiosity in medical practice and human social life.

Key words: *religiosity; resource; health promotion; potential; health; religion; social and family well-being; meaning of life attitude*

For citation: Sociologia meditsini. 2015; 14 (1): 13—18.

Сегодня динамика социальной жизни обуславливает повышение требований к человеку в части его профессионального становления, социально-статусной и гражданской активности, успешности реализации сценариев семейной жизни и ролевого поведения в социуме, последовательного роста уровня доходов, неуклонно повышая планку социальной успешности и влияя на его смысложизненные установки. При этом, как указывает А.В. Решетников, «в зону воспроизводящего и упорядочивающего воздействия социетальной структуры попадают практически все институциональные образования и социальные группы, а следовательно, и практически все статусно-ролевые позиции» [1, С. 14], а значит, все большее число социальных взаимоотношений будет строиться в зоне «социальных ожиданий».

Все большее число молодых россиян ориентируются на индивидуальные потребности и гедонистические установки при планировании собственной жизни, выделяя в качестве приоритета длительный период «жизни для себя»: достижение определенного карьерного уровня, приобретение недвижимости и материальных ценностей, выстраивание своих рекреационных планов, исходя из модных тенденций «из телевизора», а не собственных потребностей. Такого рода жизненные интересы предусматривают создание семьи и де-

торожения на период «ближе к 40», ориентацию на собственные потребности и желания, формирование не способствующих сохранению здоровья привычек: курения, регулярного потребления алкоголя, психоактивных веществ, ночного образа жизни, частой смены половых партнеров, смещения фокуса социальной активности в виртуальную сферу при незначительной двигательной активности, высокой трудовой нагрузки, что влияет на показатели здоровья населения и демографические процессы.

Указанные социальные тенденции не являются тотальными, однако они широко распространены среди современной молодежи репродуктивного возраста. Вместе с тем семья остается в числе приоритетов большинства населения.

Современные исследования отражают последовательный рост уровня религиозности россиян [2—4]. Во многом обращение россиян к религии, получившее инерционный толчок в постперестроечный период, сформировалось по принципу «социального маятника», амплитуда которого резко сдвинулась от атеизма к религиозности. Благоприятное влияние веры и формирование «моральной оси» и положительных ценностей ориентиров для человека, безусловно, положительно влияют на его жизнеустройство и образ жизни,

что, отражается на показателях его здоровья. Все чаще в сферу научных интересов современных исследователей попадают вопросы о влиянии религиозности и ее составляющих на здоровье человека. В западной научной медицинской литературе встречаются работы, доказывающие «клиническую эффективность молитвы...», что смертность от злокачественных новообразований у религиозного населения существенно ниже, чем у контрольной группы» [5, С. 50].

Ряд медико-социологических исследований, проведенных в ведущих университетах США (Мичиганский университет, университеты Яле, Дюк, Беркли, Рутгерс, Техас), показывают, что:

- ♦ люди, которые регулярно посещают церковь, менее предрасположены к заболеваниям, чем те, кто редко или вовсе не посещают ее;
- ♦ люди, которые заявляют о принадлежности к религиозной общине, имеют более низкий уровень заболеваемости пороком сердца, раком, гипертонией — тремя главными причинами смертности в Америке;
- ♦ пожилые люди, которые отправляют религиозную службу самостоятельно или в общине, меньше предрасположены к инвалидности, у них более низкие показатели депрессии, хронических жалоб и слабоумия;
- ♦ религиозные общины являются определяющим фактором психологического благополучия африканских американцев — они более значимы, чем здоровье или материальное благополучие;
- ♦ истинно верующие люди живут в среднем дольше, чем неверующие. Кроме того, известно, что религиозные общины помогают в решении таких проблем, как курение и алкогольная зависимость, которые увеличивают заболеваемость и смертность.

Можно предположить, что экстраполяция данных американских исследований на российскую выборку позволит получить схожие результаты.

Методика исследования

Понимание актуальности изучения влияния уровня религиозности на смысловые установки и фактическое состояние здоровья россиян обусловило проведение в 2013—2015 гг. медико-социологического исследования, имевшего целью установить наличие, измерить направленность и силу возможной взаимосвязи уровня религиозности человека и уровня его здоровья. Для измерения сложносоставных индексов уровня религиозности и уровня индивидуального здоровья применялись многомерные шкалы и индикаторы, фиксируемые методом анкетного опроса. Всего опрошено 682 респондента в 52 регионах России, в 114 точках опроса.

Результаты исследования

В результате медико-социологического исследования установлена слабая положительная связь между сложносоставными индексами индивидуального здоровья респондента и его религиозностью ($p = 0,013$). В табл. 1 приведено распределение по уровням индивидуального здоровья группировок верующих респондентов (с выраженными признаками религиозного поведения и сознания, а также религиозной самоидентификации) [6] и неверующих (тех, которые демонстрируют отсутствие сущностных признаков религиозности).

В группе верующих число респондентов с лучшим здоровьем (1 и 2) превышало таковое в группе неве-

Таблица 1

Распределение верующих и неверующих респондентов по уровням индивидуального здоровья (в %)

Группировка	1 (наилучшее состояние здоровья)	2	3	4	5 (наихудшее состояние здоровья)
Верующие	14	39	33	9	1
Неверующие	13	34	46	1	4

Примечание. 1 — заболеваний нет, 2 — есть заболевания, но они не доставляют неудобств, 3 — есть заболевания, которые доставляют неудобства, но существенно не ограничивают деятельность, 4 — есть заболевания, которые ограничивают деятельность, 5 — есть заболевания, которые заставляют пациента чувствовать себя совсем больным.

рующих. А среди тех, у кого зафиксирован индекс «наихудшее состояние здоровья», верующих оказалось в четыре раза меньше, чем неверующих. Несмотря на некоторое противоречие этой тенденции, наблюдаемое в столбце 4, можно говорить о том, что религиозность является положительным фактором здоровья, хотя и очень слабым.

Настоящее медико-социологическое исследование не решает задачи выявления и описания физиологических и психосоматических механизмов влияния религиозности на здоровье человека. Одной из задач является поиск зависимостей и закономерностей взаимосвязей и отношений между составляющими религиозности и здоровья человека на основе статистического анализа.

Убежденные материалисты при обсуждении возможной пользы религиозности для здоровья часто предполагают, что польза ресурса религиозности сравнима с эффектом плацебо. Мол, вера пациента, в том числе религиозная, помогает ему в выздоровлении. Исследование показало, что более 3/4 верующих пациентов обращались к потенциалу собственной религии в поиске путей выздоровления (молитвы, посещение храмов, участие в богослужениях, беседы со священнослужителями). Делали это часто 29% верующих. В результате 91% верующих уверены, что такое обращение оказалось полезным, результативным. При этом 55% из них оценивают эту пользу как существенную. Только 9% говорят о том, что никакой пользы от подобного обращения не заметили.

Напротив, неверующие в большинстве своем (69%) отмечают бесполезность обращения к потенциалу религии в случае болезни. И только 30% считают, что такие поступки могут быть чем-то полезны. При этом каждый десятый неверующий лично обращался к потенциалу религии для выздоровления, а делал это часто лишь каждый сотый.

Также у неверующих пациентов не возникает потребности обращаться к потенциалу религии на территории медицинской организации, где они проходят лечение. У верующих такая потребность наблюдается. Около 17% религиозных пациентов нуждаются в том, чтобы иметь возможность помолиться, поговорить со священником непосредственно в лечебно-профилактическом учреждении. И каждый третий говорит о том, что обычно не имеет возможности удовлетворить эту потребность на территории медицинской организации. Коэффициент Пирсона корреляционной связи между уровнем религиозности пациента и возникающей у него потребностью обращаться к оздоравливающему

Таблица 2

Сравнительный анализ долей верующих и неверующих респондентов, которые перенесли конкретные заболевания, но полностью излечились от них (в %)

Группа заболеваний (согласно МКБ-10)	Верующие	Неверующие
Эндокринной системы, обмена веществ (болезни щитовидной железы, диабет)	7	1
Мочеполовой системы	18	3
Системы кровообращения (гипертония, ишемическая болезнь сердца, вены, артерии)	12	3
Беременности и родов (нарушения беременности, осложнения родов и др.)	13	4
Кожи, подкожной клетчатки (дерматит, экзема, крапивница, буллезные нарушения)	16	9
Органов пищеварения (полости рта, желудка, кишечника, грыжи)	34	27

Таблица 3

Сравнительный анализ долей верующих и неверующих респондентов при излечиваемости от болезней костно-мышечной системы (в %)

Ответ	Верующие	Неверующие
Никогда не болел(а)	77	81
Болел, но полностью излечился	4	8
Заболевание перешло в хроническую форму	18	11
Заболевание привело к инвалидности	1	—

потенциалу религии в лечебно-профилактическом учреждении равен 0,33.

Любопытно, что мотив излечения от болезни неверующие считают самым главным мотивом религиозной веры, в то время как верующие отводят ему 4-е место в иерархии мотивов собственной веры после мотивов найти утешение в горе, спастись в опасной ситуации, найти смысл жизни.

Исследование показало, что при некоторых заболеваниях религиозность, действительно, может являться фактором, повышающим степень излечиваемости. Среди тех, кто болел и полностью излечился (выздоровел), при отдельных заболеваниях, верующих в несколько раз больше, чем неверующих (табл. 2). К слову, когда сами врачи описывают случаи «чудесного исцеления», с которыми сталкивались лично, чаще всего говорят о бесплодии (нарушениях беременности).

Единственным исключением из этой тенденции является группа заболеваний костно-мышечной системы (артропатия, артроз, остеопатит). В ней среди полностью излечившихся доля неверующих, напротив, ровно в 2 раза больше, чем верующих. Однако и среди тех, у кого это заболевание перешло в хроническую фазу или привело к инвалидности, доля неверующих тоже почти в 2 раза больше (табл. 3).

Примечателен сравнительный анализ ответов на открытый вопрос: «Назовите заболевание, от которого страдаете в наибольшей мере?». Верующие чаще все-

го называют остеохондроз (2,9%), гипертоническую болезнь (2,9%), близорукость (2,9%), аллергию (2,3%), головную боль (2,3%).

Неверующие чаще всего выделяют близорукость (9%), гипертоническую болезнь (3,8%), кариес (2,6%), сахарный диабет (2,5%), гастрит (2,5%).

Даже такое ранжирование первой пятерки самых значимых для респондентов заболеваний демонстрирует меньшую заболеваемость верующих по сравнению с неверующими. Особенно это показательно в отношении близорукости, от которой религиозные люди страдают в 3 раза меньше, чем атеисты. Верующие респонденты чаще неверующих давали ответы на этот открытый вопрос, указывая порой не одно, а два заболевания. Также подтверждается предыдущий вывод о том, что остеохондрозом, как и другими заболеваниями костно-мышечной системы, верующие болеют в несколько раз чаще, чем неверующие.

Несмотря на заметные различия в заболеваниях, от которых страдают пациенты с разным уровнем религиозности, наблюдается много общего в том, каких врачей-специалистов они посещают чаще всего.

Верующие чаще всего посещают терапевта (33,3%), стоматолога (14,4%), гинеколога (5,8%), окулиста (5,8%), эндокринолога (4,1%).

Неверующие чаще всего посещают терапевта (31,6%), стоматолога (12,7%), хирурга (6,4%), ЛОР-врача (5%), окулиста (3,8%), эндокринолога (3,8%).

Очевидна схожесть предпочтений пациентов с разным уровнем религиозности в том, какого врача-специалиста посещать чаще, чем других. Показательно выделяется специальность врача-хирурга, которого неверующие посещают в 2 раза чаще, чем верующие. Возможно, это одна из причин, объясняющих высокую излечиваемость неверующих от заболеваний костно-мышечной системы и более высокую подверженность этим болезням верующих респондентов. Зачастую в амбулаторно-поликлиническом звене именно врач-хирург выполняет обязанности других узких специалистов (ортопедов, онкологов), которых может не быть в ЛПУ, и в таких ситуациях хирург призван своевременно диагностировать заболевания костно-мышечной системы, оказывать первичную медицинскую помощь.

Также примечательно, что верующие на 3-е место по посещаемости ставят врача-гинеколога. Это обусловлено тем, что гендерный портрет верующих (2/3 женщин, 1/3 мужчин) обратно пропорциональный гендерному портрету неверующих (1/3 женщин, 2/3 мужчин). Если сравнивать доли только респондентов-женщин, которые чаще других врачей посещают гинеколога, то различий между верующими и неверующими пациентами не обнаруживается (по 8%).

Можно ли считать, что верующие являются более дисциплинированными пациентами в выполнении назначений врача, в своевременном обращении за медицинской помощью? Скорее всего, да. Косвенно это подтверждает факт, что среди пациентов, регулярно посещающих свою поликлинику и врача, верующих в 2 раза больше, чем неверующих. Зато среди тех, кто проходит лечение в стационаре (как правило, это следствие более серьезного заболевания, которое требует присутствия пациента в лечебном учреждении постоянно) оказались только одни неверующие (табл. 4).

Можно предположить, что верующие пациенты более регулярно и эффективно, чем атеисты, проходят амбулаторное лечение, тем самым предотвращая раз-

витие осложнений болезни до необходимости лечения в стационаре.

Примером прямого подтверждения полезности для здоровья человека ресурса религиозности является приверженность к здоровому образу жизни (ЗОЖ). Среди респондентов, которые считают ЗОЖ действительно важной для себя ценностью, верующих в 2 раза больше, чем неверующих, и в 1,5 раза больше, чем среди всех опрошенных. Тех, кто вообще не считает важным для себя хоть как-то ориентироваться на ценности и нормы ЗОЖ, неверующих в 6 раз больше, чем верующих (табл. 5).

Анализ наличия вредных привычек у респондентов и успешности избавления от них подтверждает изложенные выше закономерности. Среди верующих на 10% меньше людей с вредными привычками, чем среди неверующих. Наиболее ярко эта тенденция проявляет себя среди тех, кто имел конкретные вредные привычки, но успешно избавился от них. Среди таких верующих оказалось 17%, а неверующих — 10%. Респонденты всех уровней религиозности демонстрируют по этому показателю значение 14%.

Схожие результаты получены и при анализе вредных привычек-зависимостей, процесс избавления от которых бывает сложным, продолжительным и даже врачи обычно называют это лечением. Детализируем результаты по видам зависимости.

Употребление наркотиков. Один процент неверующих признались в том, что имеют такую зависимость. В категории верующих не выявлено никого, кто употреблял бы наркотики. Хотя в этой группе в 2,5 раза больше респондентов. Обычно именно верующие демонстрируют большую искренность и честность в ходе социологических опросов. Но самое примечательное, что среди тех, кто сумел избавиться от наркотической зависимости, верующих в 6 раз больше, чем неверующих.

Алкоголизм. Верующих, регулярно и часто употребляющих спиртное, оказалось только 2%, против 7% среди неверующих. А среди тех, кому удалось справиться с алкоголизмом и излечиться, верующих почти в 2 раза больше (9%), чем неверующих (5%).

Практически не обнаружено взаимосвязи между уровнем религиозности и курением, наиболее распространенной и чаще всего осуждаемой врачами болезненной зависимости. Около 20—23% религиозных респондентов и атеистов признались, что курят, столько же сказали, что сумели избавиться от курения. Немного больше половины тех и других утверждают, что никогда в своей жизни не курили.

Компьютерной зависимостью страдают 8% верующих против 12% неверующих. Показатель успешности избавления от этой болезненной привычки-зависимости почти одинаков в каждой из сравниваемых категорий респондентов. **Игровая зависимость** (игровые автоматы, азартные игры) также в меньшей степени распространена среди верующих (2%) чем неверующих (3%). Среди тех, кто справился с этим пристрастием верующих 4%, неверующих 3%.

Среди людей, ведущих **малоподвижный образ жизни**, верующих было 19%), неверующих — 28%. Такая же закономерность наблюдается и среди тех, кто сумел избавиться от этой вредной привычки и изменить свой образ жизни в сторону увеличения двигательной активности: 16% против 9% соответственно.

О том, что **сквернословие** является способом саморазрушения для человека все чаще и чаще говорят не

Таблица 4

Сравнительный анализ долей верующих и неверующих респондентов по месту их лечения на момент опроса (в %)

Ответ респондента	Верующие	Неверующие
Не лечусь	80	87
Лечусь амбулаторно, посещая поликлинику и врача	20	9
Лечусь в стационаре (больнице или другом лечебном учреждении)	0	4

Таблица 5

ЗОЖ в системе ценностных ориентаций и модели поведения респондентов с разными уровнями религиозности (в %)

Ответ на вопрос: «Является ли здоровый образ жизни для Вас ценностью, к которой Вы стремитесь?»	Верующие	Неверующие
Да, для меня это ценность, и я стараюсь придерживаться этих правил	40	19
Я положительно к этому отношусь, но не всегда придерживаюсь правил ЗОЖ	58	59
Затрудняюсь ответить	3	9
Не считаю это ценностью для себя, живу по другим правилам	2	11
Я противник ЗОЖ, намеренно формирую вредные привычки в себе, окружающих	0	1,3

только врачи, но и биологи, психологи и даже физики. Здесь наблюдается та же тенденция: часто ругаются матом 19% верующих против 23% неверующих. А среди тех, кто избавился от нецензурных слов в своем лексиконе, также 15% верующих против 12% неверующих.

Единственным исключением из этого ряда вредных привычек-зависимостей или заболеваний является **переедание**. Здесь по субъективной самооценке обнаружена отрицательная очень слабая корреляционная связь уровня религиозности с проявлением этой вредной привычки ($p=-0,08$). Верующих, которые часто переедают, 22,5%, неверующих 15%. Зато избавившихся от переедания верующих в 3 раза больше (14,5%), чем неверующих (5%). Такое распределение кажется необычным, на фоне анализа предыдущих зависимостей. Но, возможно, верующие более строги к себе при определении порога переедания из-за обычных предписаний традиционных религий быть воздержанными в еде, а порой, и намеренно поститься. В рамках таких норм даже у нормально питающегося человека может сложиться представление о том, что он переедает.

Кроме того, существует еще один аспект: уровень религиозности влияет на готовность человека совершать положительные смысло-жизненные поступки — безвозмездно сдавать кровь для нуждающихся, оказывать моральную и материальную поддержку людям в трудной ситуации, принимать на воспитание в семью детей, оставшихся без попечения родителей. Так, в семье верующих, детям чаще прививаются полезные привычки и формируется неприятие всего, что принято отождествлять с нездоровым образом жизни. Таким образом закладывается фундамент здоровья будущего

члена общества. Кроме того, меньшие показатели разводов в религиозных семьях делают более благополучной и здоровой социально-психологическую атмосферу, в которой растут и проходят социализацию дети.

Согласимся с А.В. Решетниковым, что «в каждой социальной подсистеме, сфере деятельности, социальном институте общества формируется своя подсистема социальной культуры, которая модифицирует ее ценности в данной конкретной области деятельности» [1, С. 308]. Именно семья как социальный институт и социальная подсистема общества выполняет функцию трансляции основных социальных установок, норм, традиций, поведенческих и ролевых образцов, формирует механизмы регуляции взаимоотношений между членами семьи (в том числе между родителями и детьми), устанавливает границы между правами и обязанностями в семье и баланс в распределении экономических функций. Кроме того, по мнению И.Ф. Дементьевой, посредством наблюдения супружеского общения родителей ребенок формирует первоначальный образ будущей собственной семьи [7, С. 202].

Однако существует категория детей, которые никогда не имели семейного опыта и воспитания в семейной среде. Это так называемые социальные сироты, число которых в современной России достигает 650 тыс. [8]. Вместе с тем доказано негативное влияние условий внесемейного воспитания на эмоциональное, физическое, психическое развитие ребенка, его социально-ролевые и семейные установки и представления, а также успешность постинтернатной адаптации в обществе и социальной успешности в дальнейшем [9—12].

Тем не менее раннее выявление семейного неблагополучия и передача ребенка в позитивную социальную (семейную) среду могут компенсировать недостатки первичной социализации. При этом получены данные, что приемные семьи в обычном восприятии россиян описываются как полные благополучные бездетные либо многодетные семьи, где царят взаимопонимание, уважение и любовь и дети вырастают в любви. Россияне считают, что религиозность выступает одной из ведущих характеристик приемных родителей. Так, 57% респондентов считают, что отец в приемной семье должен быть верующим, еще 5% полагают, что он должен с уважением относиться к религии; в отношении религиозности приемной матери ожидания респондентов по тем же показателям 62 и 6% соответственно. Кроме того, социальная и семейная активность и ответственность верующих родителей способствуют стабильности семьи, готовности к рождению и воспитанию большего числа детей, формированию позитивной развивающей семейной среды, а также внедрению основ и установок на ЗОЖ в семье.

Выводы

1. Уровень религиозности человека является слабым фактором его здоровья с положительной направленностью. Наиболее сильным оздоравливающим ресурсом обладает не максимально возможная величина коэффициента религиозности (фанатизм), а осмысленная, интегрированная религиозность, которая проявляется и в обыденном сознании, и в повседневном поведении человека, одновременно удерживая его от крайностей саморазрушительного поведения или асоциальных поступков.

2. Религиозные пациенты очень высоко оценивают возможную пользу от обращения к потенциалу рели-

гии в процессе лечения, выздоровления. Заболев, они испытывают внутреннюю потребность в обращении к помощи высших сил: молиться, посещать храмы и богослужения, беседовать со священнослужителями и др.

3. Заболеваемость по основным группам болезней верующих и неверующих респондентов почти не отличается. Однако верующие демонстрируют значительно лучшую излечиваемость (в несколько раз) по ряду заболеваний (эндокринные, кровообращения, мочеполовой системы и др.). Исключением являются заболевания костно-мышечной системы (особенно артроз), которыми верующие болеют чаще, чем неверующие, и в 2 раза реже полностью излечиваются от них.

4. Респонденты независимо от уровня собственной религиозности чаще всего посещают таких врачей-специалистов, как терапевт, стоматолог, окулист, эндокринолог. При этом верующие на 3-е место ставят врача-гинеколога (из-за преобладания в этой категории респондентов-женщин). Неверующие в 2,8 раза чаще верующих посещают врача-хирурга, что может объясняться их меньшей склонностью к болезням костно-мышечной системы.

5. Верующие демонстрируют в 2 раза большую приверженность ценностям и нормам ЗОЖ, чем неверующие, а среди противников ЗОЖ или безразличных к нему неверующих больше в 6 раз.

6. У верующих почти в 2 раза выше вероятность успешно избавиться от вредных привычек, чем у неверующих. Наиболее показательными в этом плане являются наркотическая зависимость, алкогольная зависимость, малоподвижный образ жизни. В меньшей степени это относится к табакокурению.

7. Социальная и семейная активность и ответственность верующих родителей способствуют стабильности семьи, готовности к рождению и воспитанию большего числа детей, формированию позитивной развивающей семейной среды, а также внедрению основ и установок на ЗОЖ в семье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. *Социология медицины: Руководство*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010.
2. Всероссийское исследование «Атлас религий и национальностей» (август 2012 г., охват — 79 субъектов РФ). Обращение к ресурсу: <http://www.sreda.org> 20.03.2015 г.
3. Исследование «Левада-Центр» (ноябрь 2012 г., всероссийская выборка N = 1596, 130 населенных пунктов в 45 регионах РФ). Обращение к ресурсу: <http://www.levada.ru> 20.03.2015 г.
4. Исследование «ФОМнибус» (апрель 2013 г., всероссийская выборка N = 1500, 100 населенных пунктов в 43 субъектах РФ). Обращение к ресурсу: <http://fom.ru> 20.03.2015 г.
5. Черкасова А.Е. *Взаимодействие медицины и религии (на примере российской медицины и русского православия): Монография* / Под ред. А.В. Решетникова, В.З. Кучеренко. М.: Софт Издат; 2004.
6. Дубограй Е.В., Колесников С.Б. *Религиозность военнослужащих Вооруженных сил Российской Федерации и ее использование в военно-социальном управлении: Монография*. Балашиха: Военно-технический университет; 2012: 30-4.
7. Дементьева И.Ф. *Социализация детей в семье в условиях трансформации: тенденции, факторы, детерминанты*. Дисс. ... д-ра социол. наук. М.; 2006.
8. Данные федерального государственного статистического наблюдения о выявлении и устройстве детей и подростков, оставшихся без попечения родителей (форма 103-рик, утверждена постановлением Госкомстата России от 07.06.2000 г. № 43). Обращение к ресурсам <http://www.usynovite.ru> (сайт Министерства науки и образования) и <http://www.detskiedomiki.ru> 12.03.15 г.

9. Дубровина И.В., Лисина М.И. Особенности психического развития детей в семье и вне семьи. В кн.: *Возрастные особенности психического развития детей*. М.: Педагогика; 2002: 18—25.
10. Осипова И.И. Социальное сиротство: теоретический анализ и практика преодоления. Н.Новгород: Издательство НИ-СОЦ; 2009.
11. Присяжная Н.В. *Дети-сироты: постинтернатное жизнеустройство. Социологические исследования*. 2007; 11: 54—63.
12. Прихожан А.М., Толстых Н.Н. *Психология сиротства*. СПб.: Питер; 2005.

Поступила 02.04.2015

REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine: Management. [Sociologiya mediciny: Rukovodstvo]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
2. The All-Russian research "Atlas of Religions and Nationalities" (2012, coverage — 79 territorial subjects of the Russian Federation). Appeal to a resource: <http://www.sreda.org> 20.03.2015. (in Russian)
3. Research "Levada Center" (November, 2012, the All-Russian selection of N = 1596, 130 settlements in 45 regions of the Russian Federation) the Appeal to a resource: <http://www.levada.ru> 20.03.2015 g. (in Russian)
4. Research "Fomnibus" (April, 2013, All-Russian selection of N = 1500, 100 settlements in 43 territorial subjects of the Russia, Federation). Appeal to a resource: <http://fom.ru> 20.03.2015 g. (in Russian)
5. Cherkasova A.V. *Sociology of Medicine and Religion (on the Example of the Russian Medicine and the Russian Orthodoxy): The Monograph.* / Eds A.V. Reshetnikov, V.Z. Kucherenko. Moscow: To Publish Software; 2004. (in Russian)
6. Dubogray E.V., Kolesnikov S.B. *Religionously of the Military Personnel of Armed Forces of the Russian Federation and its Use in Military and Social Management: Monograph*. Balashikha: Military and technical university; 2012. (in Russian)
7. Dementieva I.F. *Sosialization of Children in a Family in the Conditions of Transformation: Tendencies, Factors, Determinants*. Diss. Moscow; 2006. (in Russian)
8. Data of federal state statistical supervision on identification and the device of children and teenagers, without parental support (the form 103-rik, is approved by the resolution of Federal State Statistics Service of Russia from 07.06.2000. No. 43). Appeal to the <http://www.usynovite.ru> resources (site of the Ministry of science and education) and <http://www.detskiedomiki.ru> 12.03.15. (in Russian)
9. Dubrovina I.V., Lisina M.I. Features of mental development of children in a family and out of a family. In: *Age Features of Mental Development of Children*. Moscow: Pedagogika; 2002: 18—25. (in Russian)
10. Osipova I.I. *Social Orphanhood: Theoretical Analysis and Practice of Overcoming. [Socialnoe sirotstvo: teoreticheskiy analiz i praktika preodoleniya]*. N. Novgorod: Publishing house of NISOTs; 2009. (in Russian)
11. Prisyazhnaya N.V. Orphan children: post-residential living arrangement. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2007; 11: 54—63. (in Russian)
12. Prikhodzhan A.M., Tolstykh N.N. *Psychology of an Orphanhood. [Psihologiya sirotstva]*. St. Petersburg: Piter; 2005. (in Russian)

Received 02.04.2015