

М.Г. РУДНЕВ

НОРМАТИВНЫЕ ВЗГЛЯДЫ РОССИЯН НА ЭВТАНАЗИЮ И СМЕЖНЫЕ ПРАКТИКИ: ПОИСК ДЕТЕРМИНАНТ¹

Аннотация. Старение населения в течение последнего столетия привело к высокой актуальности и широкому обсуждению проблем, связанных с окончанием жизни, в частности вопроса о добровольном прерывании жизни из-за невыносимых страданий (эвтаназия и смежные практики). Исследования отношения к таким практикам в основном ограничивались изучением групп, непосредственно погруженных в вопросы умирания. Данное исследование обращается к изучению оценок допустимости эвтаназии и смежных практик среди россиян в целом и стремится выявить основные детерминанты этих оценок.

В 2014 году был проведен массовый опрос 1201 респондента по всероссийской репрезентативной выборке. Для измерения оценок допустимости эвтаназии использовались описания состояний пациента и процедур прерывания жизни. Результаты анализа данных показали, что базовые ценности являются одним из ключевых предикторов оценок допустимости эвтаназии, однако конфигурация их связей с оценками противоречива.

Гипотеза о том, что ценности автономии личности связаны с оценками допустимости эвтаназии, получила очень слабое подтверждение; вместе с тем обнаружилась сильная негативная связь с ценностями благожелательности. Показатели близости смерти (забота о больных близких и плохое собственное здоровье) продемонстрировали ожидаемую отрицательную связь с оценками допустимости эвтаназии. Религиозность показала едва значимые связи. Вопреки гипотезам, взаимодействие показателей доверия врачам и окружающим с близостью смерти оказались практически незначимы. Другой неожиданный результат — сильная положительная связь оценок допустимости эвтаназии с удовлетворенностью системой здравоохранения. В заключении предполагается, что полученные результаты связаны с характерной для россиян структурой ценностей, противопоставляющей важность заботы об окружающих и автономии личности, а также с предпочтением мотивации избегания в ущерб мотивации достижения. Описаны предполагаемые причины низкой объяснительной силы представленных моделей, а также методические ограничения исследования.

Руднев Максим Геннадьевич — кандидат социологических наук, старший научный сотрудник, Институт социологии ФНИСЦ РАН; ведущий научный сотрудник, Национальный исследовательский университет Высшая школа экономики. **Адрес:** 101000, Москва, ул. Мясницкая, д. 20. **Телефон:** +7 (926) 348-76-90. **Электронная почта:** mrudnev@hse.ru

¹ Автор выражает благодарность А.С. Савелькаевой за помощь в работе с литературой.

Ключевые слова: эвтаназия; ассистированное самоубийство; нормативные взгляды; умирание; ценности.

Для цитирования: Руднев М.Г. Нормативные взгляды россиян на эвтаназию и смежные практики: поиск детерминант. 2019. Том 25. № 1. С. 72–97. DOI: 10.19181/socjour.2018.25.1.6280

Введение

Право человека на эвтаназию — прерывание жизни неизлечимо больного по его собственному запросу или запросу его представителей — активно обсуждается среди политиков, юристов, врачей и общественных деятелей. Возникновение широкой дискуссии вокруг проблем окончания жизни имеет свои предпосылки как в развитии технологий, так и в культурных изменениях. Развитие медицины и рост качества медицинских услуг влечет за собой «бюрократизацию умирания» [32; 51]. Взаимодействие между врачом и пациентом все в большей степени подчиняется институционально заданным правилам и предписанным процедурам, позволяющим пациентам и обществу в целом контролировать действия врачей. Вместе с тем длительность жизни продолжает расти, опережая при этом продолжительность здоровой жизни. Это приводит к появлению все большего числа очень пожилых, хронически больных и испытывающих страдания людей. Представители этой не так давно возникшей группы людей постепенно приходят к осознанию своей общности и все более организованно выражают свои потребности и запросы. Более того, культурные изменения последних десятилетий ставят все больший акцент на качестве жизни, зачастую противопоставляя его «количеству» жизни [45]. В связи с этими процессами эвтаназия и другие формы прерывания жизни были легализованы в нескольких европейских странах и ряде штатов Америки. Однако дебаты вокруг допустимости эвтаназии по-прежнему актуальны в общественно-политическом пространстве, и население по-прежнему разделено на сторонников и противников практики и легализации эвтаназии.

Существующие исследования отношения к эвтаназии сфокусированы преимущественно на представлениях людей, вовлеченных в данную проблематику: медицинские работники, пациенты, их родственники [36; 37; 52]. Намного реже речь идет об общественном мнении и его предпосылках, а отношение «обычных», не вовлеченных в данную тему людей, может значительно отличаться от экспертного. Например, в недавнем опросе россиян врачи ожидаемо высказали большую озабоченность проблемами умирания, чем население в целом [24]. Исследования связывают различия в отношении к эвтаназии преимущественно со степенью религиозности и с порождаемыми ею моральными установками [45; 36; 34] и в равной степени — с рациональными опасениями возможных злоупотреблений [40; 55]. В меньшей степени внимание уделяется жизненным ценностям индивидуализма, автономии, само-

стоятельности и негативному влиянию консервативных ценностей и религиозности [39; 41; 45]. Изучение массового отношения к эвтаназии до сих пор было ограничено как в плане качества измерения самих оценок (обычно использовался единственный вопрос из большой батареи), так и в плане широты рассмотрения факторов, отвечающих за различия в этих оценках. Более того, в России отношение к эвтаназии изучалось крайне редко, а существующие работы весьма разрознены. Данное исследование преодолевает эти ограничения, описывая взгляды россиян на различные практики прерывания жизни и выделяя широкий круг факторов, которые могут влиять на эти взгляды.

В следующем разделе описывается российская литература, посвященная эвтаназии, затем очерчивается предмет исследования, формулируются гипотезы; далее описана их проверка на данных все-российского опроса.

Российские исследования отношения к эвтаназии

В российской научной литературе не так много работ, затрагивающих вопросы, связанные с эвтаназией, и принадлежат они к очень разным дисциплинам — социологии, праву, биоэтике, философии, богословию — и иногда носят предвзятый характер (см.: [3, с. 36]). Возможно, это происходит в силу того, что эвтаназия в ее классической форме запрещена российским законом², а обсуждение умирания и смерти по-прежнему представляется закрытой и табуированной темой (см., например: [19]). Обратившись к базе данных российских публикаций elibrary.ru с ключевым запросом «эвтаназия», мы осуществили поиск в категориях «социология», «философия», «история», «религия», «психология», «юридические науки», «общественные науки». В результате были обнаружены 254 статьи, преимущественно представляющие собой юридические и философские размышления, рассуждения на морально-этические темы, касающиеся эвтаназии. Работы в области права обсуждают проблемы легализации эвтаназии в России: интерпретацию конституционного права на жизнь в контексте ее прерывания [27; 10]; проекты законов, разрешающих или запрещающих эвтаназию с учетом профессии осуществляющего [16] или типа процедуры [7]. Работы в области этики описывают моральные проблемы пациентов (например: [26]), противоречивость эвтаназии для врачей в контексте клятвы Гиппократова [30] или с точки зрения будущего человечества [20]. Эвтаназию рассматривают как медико-философскую [6], медико-социальную [2] проблему или как социально-правовое явление [11]. Эти

² «Запрет эвтаназии. Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента» (Федеральный закон 323-ФЗ, 2011, ст. 45).

работы обращаются к истории проблемы, обсуждают разноуровневые аргументы за и против эвтаназии.

Эмпирически проблемы эвтаназии в российской литературе изучались реже. Преимущественно они основываются на опросах врачей и медперсонала [5; 12–14; 28] или студентов, главным образом студентов-медиков [1; 4; 14; 17; 18; 26]. Эпизодически исследователи обращались и к мнению населения [8; 9; 16; 21; 22; 24; 25; 29].

Большинство эмпирических исследований оперируют несколькими вопросами о знании термина, об одобрении, оправданности или легализации эвтаназии; во всех найденных работах анализ ограничивается описанием распределения ответов на эти вопросы, реже — парными тестами связи. Было несколько попыток выделить факторы, влияющие на массовое отношение к эвтаназии. В.В. Знаков [9] указывает на отсутствие возрастных различий, большее «принятие ситуации эвтаназии» среди мужчин по сравнению с женщинами, негативную связь с религиозностью и положительную — с психологической чертой макиавеллизма. ФОМ [22] связал оправданность эвтаназии в оценках населения России с более высоким социальным классом (уровень образования, высокий доход, проживание в большом городе). Е.С. Богомякова и Е.П. Рогожина [4] обнаружили связь между более положительными оценками эвтаназии и вовлеченностью в проблему, низкой религиозностью и технической специальностью. Они также показали, что жители Германии в целом демонстрируют более положительные оценки практик эвтаназии, чем россияне. А.А. Широканова [29] продемонстрировала динамику общих оценок эвтаназии населением России, показав рост ее допустимости в 1990-х и некоторое снижение в начале 2000-х. Данная работа преодолевает ограничения предыдущих исследований, фокусируясь на общественном (а не экспертном) мнении, используя многомерное измерение допустимости эвтаназии и смежных практик и рассматривая широкий круг потенциальных детерминант на репрезентативной выборке россиян³.

Предпосылки и гипотезы

Данная работа рассматривает как собственно эвтаназию, так и смежные практики прерывания жизни, такие как ассистированное самоубийство и непрямая эвтаназия. Далее в тексте для краткости мы используем термин эвтаназия, подразумевая весь спектр практик прерывания жизни больного по его (ее) собственному желанию.

Различные авторы обращаются к таким понятиям, как принятие, допустимость, оправданность, одобрение практик, одобрение легализации, положительное отношение и т. д. И хотя все они связаны

³ Хотя обзор зарубежной литературы выходит за рамки данной работы, отметим, что данное исследование по широте и детальности рассмотрения массовых взглядов на эвтаназию является актуальным также и в контексте англоязычной литературы (ср.: [35; 36; 45; 49; 52; 55; 56]).

с нормативными взглядами относительно практик эвтаназии, их смысл может различаться в зависимости от модальности вопроса. В данной работе мы рассматриваем *нормативные взгляды на эвтаназию, то есть оценки респондентами того, можно ли допускать различные практики прерывания жизни в разных ситуациях*. Таким образом, мы не касаемся темы легализации, не принимаем допущений об источнике этих взглядов (например, моральном или религиозном), фокусируясь на прямых оценках конкретных практик в типичных ситуациях.

Чтобы сформулировать гипотезы об источниках нормативных взглядов, мы обратились к аргументам, которые используются в общественной дискуссии об эвтаназии. Используя комбинацию качественных методов, Е.С. Богомяткова [3] представила описание публичного дискурса в России, подчеркнув, что он находится на периферии общественного сознания, а сторонники и противники используют различную проблематизацию, затрудняющую диалог. Опираясь на идею о том, что население слабо осведомлено о проблемах умирающих, можно предположить, что большинство невовлеченных в эту тематику людей оперируют знакомыми понятиями, отвечая на общий вопрос о том, допустима ли в принципе помощь в прерывании жизни другого человека. Более того, отсутствие знаний о процедурах и условиях осуществления эвтаназии попросту не позволяет выносить более сложные суждения. Резонно предположить в связи с этим, что *взгляды большинства россиян на помощь в прерывании жизни не зависят от того, каким будет тип процедуры или каково состояние пациента (это первая гипотеза — Г1)*.

Продолжая логику низкой осведомленности, можно далее предположить, что рассуждения в общих категориях о допустимости помощи в прерывании жизни связаны в первую очередь с фундаментальными убеждениями, такими как базовые ценности⁴ и религиозность. Предыдущие исследования [45; 52; 55] показали, что именно с этими характеристиками прежде всего связаны массовые взгляды, выраженные в наиболее общих суждениях о допустимости эвтаназии. Более того, была предложена концепция, согласно которой общее отношение к эвтаназии является следствием предпочтения либо более консервативных ценностей «выживания» (поддержание статуса-кво, ценности жизни как таковой), либо ценностей «самовыражения» (индивидуальная автономия, качество жизни). Эти ценности вносили значимый и независимый вклад в общую оценку допустимости эвтаназии, уступая по своей значимости только степени религиозности респондентов [45]. Можно предположить, что и в России *религиозность и базовые ценности вносят в оценки допустимости эвтаназии наибольший вклад (Г2)*, причем *религиозность и связанные с ней консервативные ценности — отрицательный*

⁴ Под базовыми ценностями в данной работе понимаются «желательные, кросс-ситуативные конечные цели, различающиеся по значимости и выступающие ведущими принципами в жизни людей» [48].

(Г3), поскольку первая связана с понятием святости, неприкосновенности жизни, а вторые отрицательно влияют на принятие инновационных практик, таких как помощь в прерывании жизни. *Ценности, ориентированные на индивидуальную автономию, напротив, имеют положительную связь с допустимостью эвтаназии и смежных практик (Г4).*

Среди более осведомленных россиян могут возникать более конкретные вопросы, связанные с процедурами прерывания жизни. Эти вопросы описаны в исследованиях тяжелобольных пациентов и их родственников [3; 37; 52]. Среди них ключевое место занимает вопрос о том, кто и как принимает решение и осуществляет процедуру прерывания жизни и, в случае принципиального согласия с допустимостью эвтаназии, становится главным при оценке конкретных ситуаций. Теоретически эти суждения связаны прежде всего с доверием врачам и/или родственникам, поскольку предполагают их участие в процессе прерывания жизни. Например, недоверие врачам может существенно пошатнуть убеждения в допустимости эвтаназии [52].

Для того чтобы понять степень погруженности россиян в проблему, кажется полезным ввести понятие «близость смерти», которое обобщает как близость завершения собственной жизни (болезнь, пожилой возраст), так и непосредственное наблюдение за приближением смерти у другого (например, при уходе за больными родственниками). Близость смерти может быть как положительно, так и отрицательно связана с оценкой допустимости эвтаназии, поскольку внимание в процедурные вопросы, как отмечено выше, тесно связано с уровнем доверия врачам, окружающим, медицинским учреждениям. Международные исследования продемонстрировали невысокий уровень доверия врачам, различным государственным институтам и окружающим среди россиян [33; 50], поэтому можно предположить, что в целом *показатели близости смерти отрицательно связаны с допустимостью эвтаназии (Г5)*. Независимо от среднего уровня доверия врачам и окружающим россияне различаются по данному признаку, поэтому можно предположить, что связь близости смерти с допустимостью эвтаназии может также зависеть от уровня доверия: *среди россиян с более высоким уровнем доверия врачам и окружающим отрицательная связь близости смерти с допустимостью эвтаназии слабее или эта связь положительна (Г6)*. Иными словами, уровень доверия может выступать модератором эффекта близости смерти. При этом можно предположить, что само *доверие, как врачам и системе здравоохранения в целом, так и просто окружающим людям, положительно связано с оценкой допустимости эвтаназии (Г7)*. Сформулированные гипотезы далее будут проверены на количественных данных.

Данные и метод

В 2014 г. Институтом сравнительных исследований «ЦЕССИ» был проведен опрос россиян по общероссийской репрезентативной вероятностной выборке. Случайно отобраным 50% респондентов

был задан ряд вопросов, связанных с эвтаназией и смежными практиками. В результате общий объем выборки составил 1201 человека, количество неотчетов по отдельным переменным не превышало 5%. Половозрастной и региональный состав выборки представлен в таблице П1 электронного приложения⁵.

Для измерения допустимости эвтаназии и связанных практик был использован полный псевдофакториальный дизайн, который состоял из всех возможных сочетаний трех различных состояний пациента и четырех типов помощи в прерывании жизни. Таким образом, для каждого из трех типов состояния здоровья респонденты оценивали допустимость каждой из четырех форм ускорения смерти по шкале от 1 — «несомненно, нужно позволить» до 4 — «несомненно, нельзя позволить». Поскольку в центре внимания были нормативные взгляды на помощь в прерывании жизни, вопросы акцентировались на том, «нужно ли позволить врачу» совершить ту или иную процедуру в заданных обстоятельствах. Респонденты могли интерпретировать их как с точки зрения моральной оправданности, так и с точки зрения законности, однако в обеих интерпретациях вопросы отражали поддержку права пациента на осуществление одной из процедур. Ни в одном из пунктов опросника не содержался термин «эвтаназия», чтобы избежать различий в его интерпретации. Полные формулировки вопросов приведены в таблице П2 электронного приложения.

Процедуры, отобранные для опросника, помимо *активной эвтаназии* в классическом понимании (введение врачом по просьбе пациента специального препарата) включали *пассивную* и *непрямую эвтаназию*, распространенные в странах, где активная эвтаназия и помощь в самоубийстве не являются легальными. Они, как правило, не считаются разновидностью эвтаназии. Под пассивной эвтаназией здесь понимается прекращение лечения, которое приводит к смерти (единственная легально доступная для россиян форма); под непрямой эвтаназией понимается лечение, которое напрямую не ведет к смерти, однако смерть может наступить в результате его применения (например, при завышении доз обезболивающих и успокаивающих). Четвертая процедура — *ассистированное самоубийство*; оно отличается тем, что осуществление решающего действия в процедуре прерывания жизни остается в руках пациента.

Исходя из теоретических представлений об основных мотивах стремления к досрочной смерти [37; 43] — стремление к индивидуальной автономии и стремление избавиться от боли — в опросник были включены три состояния пациента. Первое относится к ситуации,

⁵ Дополнительные таблицы П1–П10, полные формулировки вопросов и коды R для их обработки, репликации моделей, таблиц и графиков приведены в приложении к электронной версии данной статьи на официальном сайте «Социологического журнала»: URL: <<http://jour.isras.ru/index.php/socjour/rt/suppFiles/6280/0>>, а также на сайте Open Science Framework по адресу: URL: <<https://osf.io/qxrmv>>.

часто описываемой в публичной дискуссии об эвтаназии: пациент неизлечимо болен, испытывает невыносимые страдания и умирает от своей болезни. Второе — это наличие неизлечимой болезни и состояние невыносимой боли, однако пациент не умирает от своей болезни. Третье состояние здоровья описывает человека, который не испытывает невыносимой боли и не умирает, но зависим от окружающих в вопросах удовлетворения простейших базовых потребностей.

Метод был призван наиболее полно измерить оценки респондентов, поскольку единичные вопросы, широко используемые в массовых опросах, неточно и с искажениями измеряют общественное мнение на этот счет [23; 42].

В дополнение опросник включал два утверждения о прерывании жизни: «Лучше, чтобы людям позволили умирать, если они хотят, чем заставляли оставаться живыми против их воли», и обратное по смыслу — «Если мы позволим, чтобы помощь в прерывании жизни стала законной, мы тем самым узаконим убийство». Респондентам предлагалось оценить степень согласия с ними. Из ответов был сконструирован индекс как разница между степенью согласия с первым и вторым утверждениями, так что более высокие значения отражают большее согласие с допустимостью прерывания жизни по сравнению с признанием эвтаназии убийством. Этот индекс отличается тем, что фиксирует декларативные взгляды, не связанные с конкретными условиями и процедурами, а также соотносит прерывание жизни в рамках эвтаназии с убийством.

Религиозность в данном исследовании интерпретировалась самым широким образом: как обобщенная характеристика религиозных убеждений, проявляющаяся как в самоотчетах, так и в поведении. Для измерения мы воспользовались методикой, предложенной Ж. Бийе для международных исследований и подходящей для различных конфессий [31]. Включенные в эту методику индикаторы отражали самооценку религиозности (по 11-балльной шкале); оценку того, насколько верующим считает себя респондент (по 11-балльной шкале); частоту посещения религиозных служб (7-балльная шкала); частоту молитв, а также религиозную социализацию — частоту участия в религиозных службах в детстве. Наряду с отдельными индикаторами также использовался факторный индекс, полученный на основе всех этих переменных и конфирматорного факторного анализа с одним фактором (качество модели оказалось высоким: CFI=1,00; RMSEA=0,00; $\chi^2=0,75$ (2); WRMR=0,24).

Базовые ценности измерялись с помощью портретной методики Ш. Шварца [47]. Опросник состоял из 21 ценностного портрета людей, сходство с которыми предлагалось оценить респондентам по 6-балльной шкале. На основании этих вопросов вычислены 10 ценностных индексов, фиксирующих различные связанные друг с другом ценности, которые были разделены на несколько групп: консервативные ценности, или ценности сохранения, подчеркивающие статус-кво, неизменность и сохранение

существующего порядка вещей (в классификации Шварца это ценности безопасности, конформности, традиции); ценности, подчеркивающие важность автономии, самостоятельных решений и готовности к изменениям (самостоятельность, риск — новизна, гедонизм). Дополнительно учитывались ценности заботы о людях и природе (благожелательность, универсализм) и противоположные по смыслу ценности самоутверждения (достижение и власть — богатство; подробнее см. [15; 47]).

Близость смерти измерялась, с одной стороны, самооценкой состояния здоровья (5 градаций); наличием серьезных проблем со здоровьем; наличием постоянных ограничений, связанных со здоровьем, пожилым возрастом (более 60 лет) и, с другой стороны, опытом вдовства и ухода за тяжелобольными близкими.

Дополнительно был включен блок вопросов о доверии. Обобщенное межличностное доверие измерялось тремя вопросами, предлагавшими по 11-балльной шкале оценить, можно ли в целом доверять людям, стараются ли люди быть честными и стараются ли люди помогать друг другу. Доверие врачам измерялось согласием с двумя высказываниями: «я обычно доверяю тому, что говорят врачи, в вопросах, касающихся моего лечения» и «мне кажется, что врачи не делают всего, что должны, для моего лечения» (5-балльные шкалы). В качестве косвенного индикатора доверия системе здравоохранения использовался вопрос об общей оценке состояния этой системы (11-балльная шкала от «очень плохое» до «очень хорошее»). Хотя доверие системе здравоохранения и оценка ее качества могут рассматриваться как два разных конструкта, эмпирически они тесно связаны, поэтому представляется допустимым включение оценки качества здравоохранения в набор объясняющих переменных.

Анализ осуществлялся в два этапа. Из-за большого количества переменных сначала вычислялись парные корреляции между ключевыми переменными, а затем на их основе формировались линейные регрессионные модели. Относительно индекса, построенного на оценках двух высказываний, было принято допущение о нормальности его распределения.

Результаты

Описательные статистики

На рисунке показаны распределения ответов респондентов на вопросы о прерывании жизни. В среднем около половины респондентов выражают строго негативное отношение, однако наиболее легкие состояния пациента и больший его контроль над процедурой (отказ от лечения, непрямая эвтаназия) отразились в более позитивных оценках допустимости эвтаназии. Помощь в прерывании жизни и убийство приравнивают 49% россиян (сумма ответов «согласен» и «полностью согласен»), а 58% не согласны (сумма ответов «не согласен» и «совершенно не согласен») с тем, чтобы людям позволили умирать по их воле (см. рис.).



Рис. Распределение ответов респондентов на вопросы, касающиеся прерывания жизни

Формирование зависимых переменных

Для получения показателей, отражающих оценки допустимости эвтаназии в зависимости от состояния пациента и типа процедуры 12 показателей, обозначенных на рисунке, были введены в конфирматорный факторный анализ с семью факторами, отвечающими за каждую процедуру и состояние пациента. Однако из-за ограничений, связанных с идентификацией модели, а также из-за высокой (около 0.9) скоррелированности факторов, отвечающих за тип процедуры, были оставлены только три фактора, отвечающих за различные состояния пациента. Качество модели оказалось удовлетворительным (CFI=1,00; RMSEA=0,04; $\chi^2 = 132(51)$; WRMR=1,14). Сам по себе этот результат свидетельствует о том, что россияне в среднем выражали свои взгляды, не придавая большого значения типу процедуры. Более того, в последней модели факторы, отвечающие за состояния пациента, также оказались высоко скоррелированы (0.80–0.87), что свидетельствует о том, что россияне также не обращают большого внимания на состояние пациента при оценке допустимости эвтаназии. Эти два результата подтверждают Г1 о том, что взгляды россиян на допустимость эвтаназии не зависят от типа процедуры или состояния пациента, а значит функционируют на уровне наиболее общих представлений о принципиальной допустимости помощи в прерывании жизни.

В дальнейшем анализе используются индивидуальные значения этих трех факторов; более высокие значения соответствуют более высокой допустимости осуществления процедур по прерыванию жизни.

Корреляции и предварительные регрессии

Парные корреляции Спирмена между оценками допустимости эвтаназии и другими переменными, в том числе базовыми ценностями (безопасность, конформность, традиция, благожелательность, универсализм, самостоятельность, риск — новизна, гедонизм, достижение, власть — богатство), представлены в онлайн-приложении (табл. П3). В соответствии с гипотезами, ценности сохранения (безопасность, конформность, традиция) показали отрицательную, а ценности автономии и открытости (за исключением ценностей самостоятельности) — положительную связь со всеми аспектами допустимости эвтаназии. В дополнение к этому были найдены значимые отрицательные корреляции с ценностями заботы (благожелательность и универсализм), а также слабые отрицательные — с ценностями самутверждения (власть — богатство и достижение). Те же перечисленные выше десять базовых ценностей были соотнесены с допустимостью эвтаназии в предварительном регрессионном анализе, чтобы выявить уникальный вклад каждой из них (см. табл. П4). Обнаружилось, что устойчивый положительный вклад имеют только ценности риска —

новизны, а устойчивый отрицательный — ценности благожелательности. Ценности традиции также показали слабый негативный вклад.

Практически все показатели религиозности имеют устойчивые негативные корреляции с оценками допустимости прерывания жизни (табл. П3), однако при введении их в регрессионную модель (табл. П5) значимости во многих случаях пропадают, а их объяснительная сила не превышает 3%. Поэтому в итоговой модели использовался только факторный индекс и переменная религиозной конфессии.

Часть показателей близости смерти отрицательно коррелируют с оценками допустимости эвтаназии, часть — незначимо (табл. П3); в предварительной регрессии значимые коэффициенты сохранились только для переменных пожилого возраста и заботы о больных близких (табл. П6). Поскольку каждый из этих показателей может отражать степень вовлеченности респондента в исследуемую проблему, в итоговую модель были включены все.

Показатели доверия врачам не коррелируют с допустимостью эвтаназии, два из трех показателей доверия людям в целом коррелируют положительно, а оценка качества системы здравоохранения — парадоксально — коррелирует отрицательно (табл. П3). В предварительной регрессии значимыми оказались только убеждение в том, что люди ведут себя честно, и оценка качества системы здравоохранения (табл. П7), которые и были включены в общую регрессионную модель. Дополнительно был оставлен индикатор доверия врачам как высоко релевантный.

Общая регрессионная модель

Как отмечено выше, модель, включающая только базовые ценности, объяснила от 2 до 5% дисперсии показателей допустимости эвтаназии, а модель, включающая только индикаторы религиозности, объясняла от 2 до 3%; показатели доверия — 1–3%, индикаторы близости смерти — 1–2%. Включение в модель переменных, показавших значимые связи в предварительном анализе, увеличило коэффициент детерминации R^2 до 8–10% (табл. 1). Более того, из итоговых моделей видно, что наибольшие из значимых стандартизованных регрессионных коэффициентов принадлежат именно ценностям. Таким образом, Г2 о том, что ценности и религиозность вносят наибольший вклад в оценку допустимости эвтаназии, подтверждается. В целом, более абстрактные суждения о прерывании жизни несколько лучше детерминируются ценностями и социально-демографическими характеристиками (гендер, проживание в Москве), тогда как оценка допустимости эвтаназии в конкретных обстоятельствах сильнее связана с религиозностью и близостью смерти. При этом стоит отметить, что сама по себе предсказательная сила ценностей и других переменных достаточно низка, даже в самых полных моделях она не превышает 10%.

Таблица 1

Стандартизированные регрессионные коэффициенты четырех линейных моделей, объясняющих допустимость процедуры прерывания жизни

Независимые переменные	Индексы допустимости прерывания жизни при разных состояниях пациента			Индекс суждений о прерывании жизни
	умирает/ страдает	страдает/ не умирает	чувствует себя бременем	
<i>Ценности</i>				
благожелательности	-0,11 (0,05)*	-0,16 (0,05)***	-0,17 (0,05)***	-0,22 (0,10)*
риска – новизны	0,04 (0,03)	0,07 (0,03)#	0,06 (0,03)#	0,17 (0,07)*
самостоятельности	-0,01 (0,04)	-0,06 (0,04)	-0,06 (0,04)	-0,14 (0,09)
традиции	-0,03 (0,04)	-0,02 (0,04)	-0,00 (0,04)	-0,16 (0,09)#
<i>Религиозность</i>				
нет аффилиации (контрольная)				
православие	0,15 (0,10)	0,16 (0,10)	0,04 (0,09)	0,10 (0,20)
ислам	0,04 (0,16)	0,10 (0,16)	0,06 (0,15)	0,04 (0,34)
степень религиозности (факторный индекс)	-0,05 (0,03)#	-0,04 (0,03)#	-0,02 (0,03)	-0,01 (0,06)
<i>Близость смерти</i>				
пожилой возраст (более 60 лет)	-0,09 (0,08)	-0,04 (0,08)	-0,05 (0,08)	-0,10 (0,17)
субъективное нездоровье	-0,08 (0,05)#	-0,10 (0,05)*	-0,11 (0,05)*	-0,15 (0,11)
ограничение по здоровью	0,08 (0,08)	0,09 (0,08)	0,11 (0,07)	-0,01 (0,16)
хроническая болезнь	0,03 (0,05)	0,06 (0,05)	0,08 (0,04)#	0,10 (0,10)
забота о больном близком	-0,07 (0,08)	-0,16 (0,08)*	-0,17 (0,08)*	0,09 (0,17)
<i>Доверие</i>				
«люди стараются помогать друг другу»	0,02 (0,01)#	0,03 (0,01)*	0,03 (0,01)**	0,04 (0,03)
оценка качества системы здравоохранения	-0,06 (0,01)***	-0,05 (0,01)***	-0,05 (0,01)***	-0,10 (0,03)***
«доверяю тому, что говорят врачи»	0,03 (0,04)	0,04 (0,04)	0,04 (0,03)	0,02 (0,08)
<i>Контрольные</i>				
женщины	-0,07 (0,06)	-0,08 (0,06)	-0,04 (0,06)	-0,26 (0,13)#
высшее образование	-0,11 (0,07)#	-0,10 (0,07)	-0,10 (0,06)	-0,23 (0,14)
Москва	0,08 (0,09)	0,05 (0,09)	0,07 (0,09)	0,94 (0,21)***
R ²	0,08	0,09	0,09	0,10
Скорректированный R ²	0,06	0,07	0,07	0,08
F-статистика	3,88***	4,45***	4,38***	5,47***

Примечание: Размер подвыборки после удаления пропущенных значений: N=684 для первых трех переменных; N=745 для четвертой. # p<0,1; * p<0,05; ** p<0,01 *** p<0,001.

В итоговой модели ценность благожелательности показала высоко значимые негативные регрессионные коэффициенты, указывающие на устойчивую негативную связь с оценками допустимости эвтаназии, а ценности риска — новизны — на слабо значимую положительную (кроме условия «умирает/страдает»). Ценности традиции показывают едва значимый отрицательный коэффициент лишь в случае суждений о прерывании жизни. Эти результаты частично подтверждают Г4: действительно, ценности риска — новизны, ориентированные на индивидуальную автономию, показали слабую положительную связь, однако коэффициенты ценностей самостоятельности оказались незначимы. Ценность благожелательности (заботы о близких) продемонстрировала устойчивую и значимую отрицательную связь с оценкой допустимости эвтаназии.

Религиозная конфессия не показала отличимых от нуля коэффициентов, а общий уровень религиозности демонстрирует очень слабые, едва значимые отрицательные связи. Этот результат скорее опровергает Г3: религиозность и консервативные ценности (традиция) показывают едва различимую связь с оценками допустимости эвтаназии.

Среди отобранных индикаторов близости смерти в итоговой модели значимыми оказались только субъективный уровень здоровья и факт заботы о больных близких. Обе эти переменные имеют отрицательный коэффициент, что подтверждает Г5, в то же время пожилой возраст, ограничения возможностей в связи со здоровьем и наличие хронических заболеваний незначимы. Интересно, что коэффициенты, отражающие связь допустимости эвтаназии с наличием хронической болезни, — положительны, однако имеют пограничную статистическую значимость только для условия «чувствует себя бременем». Возможно, лишь наличие заболевания способствует проявлению эмпатии.

Доверие окружающим ожидаемо положительно связано с допустимостью эвтаназии, что частично подтверждает Г7, однако доверие врачам по-прежнему незначимо. Еще более неожиданным выглядит высоко значимый, но отрицательный коэффициент удовлетворенности системой здравоохранения.

Взаимодействие переменных доверия и близости смерти

В таблице 2 представлены регрессионные коэффициенты взаимодействия между показателями доверия и близости смерти (в онлайн-приложении приведены полные таблицы П8 и П9). Взаимодействие доверия врачам с различными показателями близости смерти оказалось незначимым. Некоторые взаимодействия переменных доверия людям в целом и близости смерти оказались значимы, но только для зависимой переменной, отражающей согласие с высказываниями о допустимости эвтаназии. В подтверждение Г6 коэффициенты пожилого возраста, наличия ограничений по болезни и факта ухода за больными близкими более положительны среди тех, кто доверяет

окружающим, причем значимы они только в модели, объясняющей согласие с утверждениями о прерывании жизни, то есть ограничиваются уровнем декларации. В противоположность Г6, среди тех, кто больше доверяет окружающим, сильнее негативный эффект плохого здоровья и слабее положительный эффект хронического заболевания. Таким образом, Г6 можно считать скорее не подтвержденной.

Таблица 2

Взаимодействия между переменными доверия врачам и «близости смерти»

Независимые переменные	Индексы допустимости прерывания жизни при разных состояниях пациента			Индекс суждений о прерывании жизни
	умирает/страдает	страдает/не умирает	чувствует себя бременем	
<i>Взаимодействие доверия врачам с...</i>				
забота о больном близком	0,02 (0,09)	-0,06 (0,09)	0,02 (0,08)	-0,31 (0,19)
субъективное здоровье	-0,06 (0,06)	0,02 (0,06)	0,06 (0,06)	-0,04 (0,12)
пожилой возраст (более 60 лет)	0,04 (0,10)	0,10 (0,10)	0,05 (0,10)	0,14 (0,21)
ограничения по болезни	0,02 (0,09)	-0,08 (0,09)	-0,09 (0,09)	-0,13 (0,19)
хроническое заболевание	-0,02 (0,06)	-0,01 (0,06)	-0,03 (0,05)	-0,18 (0,12)
<i>Взаимодействие доверия окружающим с...</i>				
забота о больном близком	-0,01 (0,03)	-0,02 (0,03)	-0,02 (0,03)	0,12 (0,06)#
субъективное здоровье	-0,02 (0,02)	-0,03 (0,02)#	-0,03 (0,02)#	-0,09 (0,04)*
пожилой возраст (более 60 лет)	0,04 (0,03)	0,02 (0,03)	0,02 (0,03)	0,17 (0,07)*
ограничения по болезни	0,00 (0,03)	0,04 (0,03)	0,04 (0,03)	0,12 (0,06)#
хроническое заболевание	-0,00 (0,02)	0,01 (0,02)	0,02 (0,02)	-0,07 (0,04)#

Примечание: Размер подвыборки после удаления пропущенных значений: N=684 для первых трех переменных; N=745 для четвертой. В модели включены все предикторы, перечисленные в таблице 1. Доверие врачам — «Доверяю тому, что говорят врачи». #p<0,1; *p<0,05.

Обсуждение и заключение

В данной работе предпринята попытка описать оценки допустимости эвтаназии среди россиян и выявить переменные, которые с ними связаны. Опираясь на допущение о слабой осведомленности людей

в этих вопросах и предыдущие результаты, обобщавшие общемировые тенденции, мы выдвинули предположение, что при вынесении суждения о допустимости прерывания жизни россияне, как и жители западных стран, в отрицательных оценках опираются в первую очередь на религиозные запреты, а в положительных апеллируют к ценностям автономии индивида. Мы также предположили, что люди, обладающие более высокой степенью осведомленности о проблемах умирающих, руководствуются более широким кругом переменных, в первую очередь доверяем врачам и окружающим. Выведенные из этих предпосылок гипотезы были проверены на репрезентативной выборке россиян, однако подтверждение нашли только некоторые предположения.

Результаты анализа показали, что базовые ценности действительно связаны со взглядами относительно эвтаназии. Ценности самостоятельности связаны с этими взглядами положительно, а ценности традиции — отрицательно, но обе связи очень слабые и исчезают при контроле другими переменными. Неожиданно обнаружилась сильная негативная связь с ценностями благожелательности. Религиозность в разных своих проявлениях отрицательно коррелировала со взглядами относительно эвтаназии, но при контроле других переменных оказалась едва значима. Религиозность в исследуемом вопросе оказывается не столь важной, и, вероятно, это происходит из-за низкого уровня и небольшого разброса этого показателя в России, что ограничило возможности обнаружения значимых связей. Это подтверждается и тем, что, по результатам сравнительных исследований [45], в России и других постсоциалистических странах роль религиозности проявляется достаточно слабо. Показатели близости смерти (забота о больных близких и плохое собственное здоровье) продемонстрировали ожидаемую отрицательную связь с оценками допустимости эвтаназии. Действительно, при низком уровне доверия врачам и окружающим актуализация мыслей о смерти может вызывать защитную реакцию. Однако, вопреки ожиданиям, доверие врачам не показало значительного вклада в модели, зато доверие окружающим было значимо и положительно связано с допустимостью эвтаназии, а также немного скорректировало эффекты различных индикаторов близости смерти. Слабость этих эффектов и их разнонаправленность, вероятно, связаны с общим низким уровнем доверия, переходящим в нормативное «нет» всем потенциально опасным действиям врачей.

Остановимся на двух контринтуитивных и противоречащих гипотезам результатах. Почему ценности благожелательности, то есть важность заботы и верности близким, оказалась отрицательно связана с оценкой допустимости эвтаназии? Почему забота о близких не помогает поддержать просьбу пациента прервать его жизнь, а напротив, отказывает в ней? Возможно, на фоне низкого доверия (и окружающим, и врачам) россияне понимают заботу о близких скорее как защиту от врачей

(напомним формулировку вопроса — «стоит ли позволить врачам...»), и от терминальных желаний самих близких, а вовсе не как защиту их автономных решений. Действительно, в другой работе мы обнаружили, что ценности автономии, которые подчеркивают важность индивидуального выбора, слабо или даже отрицательно связаны с ценностями заботы в менее экономически развитых странах, в частности в России [44]. Иными словами, если в более развитых странах забота может пониматься как помощь в реализации автономии, собственных желаний другого человека, то в России забота противопоставлена автономии и выражается, напротив, в отказе реализовывать запрос на прерывание жизни. Возможно, тут работает нормативное авторитарное, или патерналистское (“priestly model” [54]) понимание заботы, когда «хорошее» может быть навязано объекту заботы. Если предположить, что российские врачи в основном разделяют такое же понимание заботы, пренебрегающее автономией пациента, в сочетании с недоверием пациентов этим врачам, то стратегия населения по защите своих близких от врачей выглядит оправданной и в конечном итоге рациональной.

Второй противоречащий гипотезам результат — выявление сильной отрицательной связи между доверием системе здравоохранения, которое измерялось через удовлетворенность этой системой, и оценкой допустимости эвтаназии. Такой же результат был получен на международных данных [41], и объяснялось это тем, что люди, которые поддерживают существующие практики (доверяют государству и различным его системами), поддерживают также и политику в отношении эвтаназии, а так как она запрещена в большинстве стран, то они поддерживают и этот запрет. Однако это предположение было проверено в Бельгии и Нидерландах, где эвтаназия легализована, и обнаружили точно такие же связи: доверие государственным институтам негативно связано с допустимостью эвтаназии⁶. Более того, в наших данных оценка допустимости эвтаназии положительно связана не только с удовлетворенностью здравоохранением, но и с удовлетворенностью другими государственными институтами и доверием им (см. табл. П10 в онлайн-приложении). В чем же тогда дело? Вероятно, доверие государственным институтам отражает не столько содержательную поддержку существенных элементов этой системы, а выражает склонность к поддержанию статуса-кво, или консервативные тенденции. Косвенное подтверждение этого — негативная связь между доверием семье и оправданием эвтаназии [46]. И институциональное доверие, и низкая допустимость эвтаназии выступают манифестацией консервативных убеждений. Эти консервативные убеждения, согласно популярной психологической модели, более точно можно определить

⁶ Результаты исследования представлены в: Руднев М. Взаимосвязь различных видов доверия и нормативных взглядов на эвтаназию в России и других европейских странах. Рукопись отчета. 2017.

как тенденцию избегания вреда (в противовес достижению, см.: [38]). Действительно, склонность к избеганию вреда приводит к сопротивлению изменениям, даже если текущее состояние дел не является наилучшим. Оно одновременно может приводить к поддержке существующей политики и отказу от вмешательства в процесс умирания.

Несмотря на широкий круг рассмотренных переменных, объяснительная сила моделей осталась на низком уровне. Это может отражать несколько тенденций: низкую актуальность обсуждаемого вопроса для респондентов (и вытекающую отсюда высокую случайность получаемых ответов, возникновение «шума» в данных); сензитивность вопросов; табуированность темы умирания. Низкая объяснительная сила моделей и ряд неподтвержденных гипотез также могут указывать на плохую применимость гипотез, разработанных преимущественно на основе исследований в западных странах, к российским реалиям. Если в западных обществах допустимость эвтаназии обсуждается с точки зрения противостояния религиозных ценностей идеям автономии личности и права на достойную смерть, то среди россиян, обладающих в среднем низкими уровнями как религиозности, так и ценностей автономии, этот подход может не работать. Более того, как отмечено выше, ценности заботы в российской структуре ценностей неразрывно связаны с консервативными ценностями [44], то есть забота об окружающих и высокое уважение к автономии оказываются плохо совместимыми и даже противопоставленными. Можно предположить, что в России ведущей переменной, отвечающей за регуляцию нормативных взглядов на эвтаназию, выступает ценность жизни как таковой, не имеющая прямого отношения к эвтаназии и ее особенностям, а относящаяся скорее к еще более общему вопросу о принципиальной возможности прерывания человеческой жизни. Однако это апостериорное объяснение результатов требует дальнейшей проверки в новых исследованиях.

Данное исследование содержит несколько ограничений. Одно из них — это большое число пропущенных значений — в итоговых моделях на 30–40% меньше респондентов, чем во всей выборке. Из-за этого потенциально могли быть не найдены значимые связи, существующие в генеральной совокупности россиян. Другое ограничение — это корреляционный характер исследования, так что все переменные, показавшие значимость в данной работе, не обязательно, но предположительно являются причинами допустимости эвтаназии.

Указанные ограничения и разведывательный характер данной работы поставили множество вопросов для будущих исследований. Наиболее интересными и приоритетными из них представляются дальнейшая эмпирическая проверка предложенного объяснения связи между заботой и допустимостью эвтаназии на материалах медиа и глубинных интервью, а также раскрытие механизмов, стоящих за связью между доверием врачам, окружающим людям, системе здравоохране-

ния и отношением к потенциально опасным процедурам (в том числе прерыванию жизни как крайней форме таких процедур).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Алабердеева Г.Р.* Отношение к эвтаназии (опыт анализа общественного мнения) // Социологические исследования. 2013. № 5 (349). С. 141–144.
2. *Алабердеева Г.Р.* Эвтаназия как медико-социальная проблема // Вестник Саратовского государственного технического университета. 2007. Том 1. № 2. С. 187–191.
3. *Богомяжкова Е.* Эвтаназия как социальная проблема: стратегии проблематизации и депроблематизации // Журнал исследований социальной политики. 2010. Том 8. № 1. С. 32–52.
4. *Богомяжкова Е.С., Рогожина Е.П.* Отношение к эвтаназии в России и Германии: опыт сравнительного анализа // Социологические исследования. 2017. № 3 (395). С. 88–96.
5. *Быкова С., Юдин Б., Ясная Л.* Что думают об эвтаназии врачи? // Врач. 1994. № 4. С. 48–51.
6. *Воробьев Д.О.* Экзистенциально-феноменологический анализ проблемы эвтаназии // Вестник РГГУ. Серия: Философия. Социология. Искусствоведение. 2013. № 11 (112). С. 154–162.
7. *Дядюн К.В.* Эвтаназия: уголовно-правовые аспекты // Вопросы современной юриспруденции. 2015. № 49–50. С. 112–122.
8. Знаете ли Вы что такое эвтаназия? 2014 // ВЦИОМ [электронный ресурс]. Дата обращения 14.07.2018. URL: <https://wciom.ru/zh/print_q.php?s_id=971&q_id=66871&date=13.07.2014>.
9. *Знаков В.В.* Активная и пассивная эвтаназия: как ее понимают россияне (на примере жителей Смоленска и Самары) // Вестник Российского гуманитарного научного фонда. 2009. № 3 (56). С. 168–175.
10. *Исаев Ю.С. и др.* Проблемы правовой регламентации эвтаназии в России // Пролог: журнал о праве. 2014. № 2 (6). С. 25–29.
11. *Капинус О.С.* Эвтаназия как социально-правовое явление. М.: ООО Издательский дом «Буквоед», 2006. — 400 с.
12. *Карп Л.Л., Потапчук Т.Б.* Проблема эвтаназии: “за” и “против” // Социологические исследования. 2004. № 2 (238). С. 136–137.
13. *Лаврикова И.Н.* Тверские врачи: отношение к эвтаназии // Социологические исследования. 1999. № 5. С. 95–98.
14. *Лопастейский Д.С.* Отношение врачей и пациентов к эвтаназии в современной России. Волгоград: ГОУВПО “Волгоградский государственный медицинский университет,” 2006. — 136 с.
15. *Магун В., Руднев М.* Базовые ценности россиян и других европейцев (по материалам опросов 2008 года) // Вопросы экономики. 2010. № 12. С. 107–130.
16. *Маляева Е.О.* Возможна ли легализация эвтаназии в России? // Медицинское право. 2004. Том 1. № 55. С. 27–35.
17. *Микиртичан Г.Л., Суворова Р.В.* Отношение студентов-медиков к эвтаназии // Социологический журнал. 1996. № 1–2. С. 190–193.

18. *Мирецкая Е.И.* Проблемные вопросы легализации эвтаназии в России // Юридическая наука и практика: Вестник Нижегородской академии МВД России. 2014. № 4. С. 256–259.
19. *Мохов С.В.* Управляя неопределенностью и стигмой: региональный рынок ритуальных услуг в этнографических заметках // Экономическая социология. 2017. Том 18. № 1. С. 28–50. DOI: 10.17323/1726-3247-2017-1-28-50
20. *Никольский Е.В., Панищев А.Л.* Эвтаназия как феномен антропологической катастрофы // Бизнес в законе. 2011. № 4. С. 193–198.
21. Новые православные. 2006 // ВЦИОМ [электронный ресурс]. Дата обращения 14.07.2018. URL: <<https://wciom.ru/index.php?id=238&uid=4979>>.
22. Право на смерть: допустима ли эвтаназия? 2012 // ФОМ [электронный ресурс]. Дата обращения 14.07.2018. URL: <<http://fom.ru/Zdorove-i-sport/10469>>.
23. *Ремизова А.* Конкурентная валидность шкалы о моральных установках в ценностных исследованиях. Выпускная квалификационная работа. М.: НИУ ВШЭ, 2018. — 75 с.
24. Россияне о помощи неизлечимо больным // Левада-Центр [электронный ресурс]. Дата обращения 14.07.2018. URL: <<https://www.levada.ru/2018/06/15/rossiyane-o-pomoshhi-neizlechimo-bolnym/>>.
25. Россияне об эвтаназии и самоубийстве: данные недавнего опроса. 2002 // РОМИР [электронный ресурс]. Дата обращения 20.06.2018. URL: <<http://www.temadnya.ru/spravka/30apr2002/1291.htm>>.
26. *Семенков В.Е.* Эвтаназия как тема для биоэтического дискурса // Ученые записки Санкт-Петербургского Государственного института психологии и социальной работы. 2015. Том 23. № 1. С. 125–134.
27. *Соцков Е.А., Володина Т.Б.* Эвтаназия: за и против // Современные проблемы права, экономики и управления. 2015. № 1. С. 120–126.
28. *Филиппов Ю.Н., Абаева О.П.* К вопросу о востребованности эвтаназии в современном обществе // Медицинское право. 2008. № 1. С. 7–10.
29. *Широканова А.А.* Индивидуализация постсоветской молодежи в сфере морали // Социологические исследования. 2009. № 12 (308). С. 121–125.
30. *Юдин Б., Ясная Л.* Когда надежды нет // Биоэтика: принципы, правила, проблемы / Под. ред. Б.Г. Юдина. М.: Эдиториал УРСС, 1998. С. 372–377.
31. *Billet J.* Proposal for Questions on Religious Identity // European Social Survey Core Questionnaire Development. Chapter 9. 2002 [online]. Accessed 25.01.2019. URL: <http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_content&task=view&id=62&Itemid=96>.
32. *Blauner R.* Death and social structure // Psychiatry. 1966. Vol. 29. No. 4. P. 378–394. DOI: 10.1080/00332747.1966.11023480
33. *Blendon R.J., Benson J.M., Hero J.O.* Public Trust in Physicians — U.S. Medicine in International Perspective // New England Journal of Medicine. 2014. Vol. 371. No. 17. P. 1570–1572. DOI: 10.1056/NEJMp1407373
34. *Burdette A.M., Hill T.D., Moulton B.E.* Religion and Attitudes Toward Physician-Assisted Suicide and Terminal Palliative Care // Journal for the Scientific Study of Religion. Vol. 44. No. 1. P. 79–93. DOI: 10.1111/j.1468-5906.2005.00266.x

35. *Clery E., McLean S., Phillips M.* Quickening death: the euthanasia debate // *British Social Attitudes: Perspectives on a Changing Society : the 23rd Report / Ed. by A. Park, M. Johnson, M. Phillips, K. Thomson, J. Curtice.* London: SAGE Publications, National Centre for Social Research, 2007. — 448 p.
36. *Cohen J., et al.* European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries // *Social Science & Medicine.* 2006. Vol. 63. No. 3. P. 743–756. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.01.026
37. *Hendry M., et al.* Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying // *Palliat Med.* 2013. Vol. 27. No. 1. P. 13–26. DOI: 10.1177/0269216312463623
38. *Higgins E.T.* Beyond pleasure and pain // *American Psychologist.* 1997. Vol. 52. No. 12. P. 1280–1300. DOI: 10.1037/0003-066X.52.12.1280
39. *Kemmelmeier M., et al.* Individualism, Authoritarianism, and Attitudes toward Assisted Death: Cross-Cultural, Cross-Regional, and Experimental Evidence // *Journal of Applied Social Psychology.* 2002. Vol. 32. No. 1. P. 60–85. DOI: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb01420.x
40. *Keown J.* *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation.* Cambridge: Cambridge University Press, 2002. — 342 p. DOI: 10.1017/CBO9780511495335
41. *Köneke V.* Trust increases euthanasia acceptance: a multilevel analysis using the European Values Study // *BMC Medical Ethics.* 2014. Vol. 15. P. 86. DOI: 10.1186/1472-6939-15-86
42. *Marcoux I., Mishara B.L., Durand C.* Confusion Between Euthanasia and Other End-of-Life Decisions: Influences on Public Opinion Poll Results // *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique.* 2007. Vol. 98. No. 3. P. 235–239.
43. *Monforte-Royo C., et al.* What Lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients // *PLOS ONE.* 2012. Vol. 7. No. 5. P. 1–16. DOI: 10.1371/journal.pone.0037117
44. *Rudnev M., Magun V., Schwartz S.* Relations Among Higher Order Values Around the World // *Journal of Cross-Cultural Psychology.* 2018. Vol. 49. Iss. 8. P. 1165–1182. DOI: 10.1177/0022022118782644
45. *Rudnev M., Savelkaeva A.* Public Support for the Right to Euthanasia: Impact of Traditional Religiosity and Autonomy Values Across 37 Nations // *International Journal of Comparative Sociology.* 2018. Vol. 60. No. 4. P. 301–318. DOI: 10.1177/0020715218787582
46. *Rudnev M., Savelkaeva A.* Public Support for the Right to Euthanasia: The Competing Roles of Values and Religiosity Across 35 Nations: SSRN Scholarly Paper ID 2757670. Rochester, NY: Social Science Research Network, 2016. — 34 p.
47. *Schwartz S.H.* Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries // *Advances in Experimental Social Psychology.* Vol. 25 / Ed. by M.P. Zanna. New York: Academic Press, 1992. P. 1–65.
48. *Schwartz S.H., et al.* Extending the Cross-Cultural Validity of the Theory of Basic Human Values with a Different Method of Measurement // *Journal*

- of Cross-Cultural Psychology. 2001. Vol. 32. No. 5. P. 519–542. DOI: 10.1177/0022022101032005001
49. *Schwarzenegger C., et al.* Attitudes towards Euthanasia and Assisted Suicide in Switzerland — Results of a National Study / A. Kuhn, M. Pierro, F. Aebi Marcelo, C. Schwarzenegger, A. Donatsch, D. Jositsch (eds.), *Kriminologie, Kriminalpolitik und Strafrecht aus internationaler Perspektive, Festschrift für Martin Killias zum 65. Geburtstag*, Bern: Stämpfli Verlag, 2013. P. 425–446.
50. *Shlapentokh V.* Trust in public institutions in Russia: The lowest in the world // *Communist and Post-Communist Studies*. 2006. Vol. 39. No. 2. P. 153–174. DOI: 10.1016/j.postcomstud.2006.03.004
51. *Sudnow D.* *Passing on: The social organization of dying*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1967. — 175 p.
52. *Thomasma D.C., et al.* *Asking to Die: Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Springer Science & Business Media, 2008. — 573 p.
53. *Vauclair C.-M., Fischer R.* Do cultural values predict individuals' moral attitudes? A cross-cultural multilevel approach // *European Journal of Social Psychology*. 2011. Vol. 41. No. 5. P. 645–657.
54. *Veatch R.M.* Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age // *Hastings Center Report*. 1972. Vol. 2. No. 3. P. 5–7. DOI: 10.2307/3560825
55. *Verbakel E., Jaspers E.* A Comparative Study on Permissiveness Toward Euthanasia: Religiosity, Slippery Slope, Autonomy, and Death with Dignity // *Public Opinion Quarterly*. 2010. Vol. 74. No. 1. P. 109–139. DOI: 10.1093/poq/nfp074
56. *Worthen L.T., Yeatts D.E.* Assisted Suicide: Factors Affecting Public Attitudes // *Omega (Westport)*. 2001. Vol. 42. No. 2. P. 115–135. DOI: 10.2190/8MC9-6L24-44Q3-8WTB

Дата поступления: 22.07.2018.

SOTSILOGICHESKIY ZHURNAL = SOCIOLOGICAL JOURNAL.

2019. VOL. 25. No. 1. P. 72–97. DOI: 10.19181/socjour.2018.25.1.6280

M.G. RUDNEV

National Research University “Higher School of Economics”,
Institute of Sociology of FCTAS RAS,
Moscow, Russian Federation.

Maksim G. Rudnev — Candidate of Sociological Sciences, Senior Researcher, National Research University “Higher School of Economics”; Senior Researcher, Institute of Sociology of FCTAS RAS. **Address:** 20, Myasnitskaya str., 101000, Moscow, Russian Federation. **Phone:** +7 (926)348-76-90. **E-mail:** mrudnev@hse.ru

JUSTIFIABILITY OF EUTHANASIA AND RELATED PRACTICES AMONG COMMON RUSSIANS: IN SEARCH OF DETERMINANTS

Abstract. The aging of the population during the twentieth century sparked a discussion on end-of-life issues and particularly voluntary life termination due to unbearable suffering (euthanasia and related practices). Most of the euthanasia attitude studies have been

focused on groups directly involved in end-of-life issues, such as physicians and patients. This article investigates the typical views of common Russians in regard to euthanasia and related practices, and looks for their determinants. A survey of 1201 respondents in 2014 was conducted using a probabilistic sample representing the population of Russia. Measurement of euthanasia justifiability included descriptions of patients' conditions and types of life termination procedures. Analysis of the results showed that basic values were important predictors of euthanasia justifiability. However, a model derived from international and western research failed to confirm this. Our hypothesis regarding the relations between values of autonomy and justification of euthanasia found only weak support, while benevolence values demonstrated a strong negative effect. Proximity to death showed a negative effect: the fact of caring for sick close ones, as well as one's own ill-health, were related to a lower justification of euthanasia. Religiosity demonstrated only marginally significant coefficients. Contrary to our hypothesis, interactions between death proximity indicators and trust in physicians and people in general were insignificant. Another unexpected result was a negative link between confidence in the healthcare system and euthanasia justifiability. We attribute these findings to a "priestly" model of care prevalent among Russians; the characteristic structuring of values among Russians, in which care for others contradicts personal autonomy; as well as endorsement of avoidance over approach motivations. In conclusion we list the limitations of the study and point out the weak explanatory power of the models presented.

Keywords: euthanasia; assisted suicide; normative views; moral attitudes; dying; values.

For citation: Rudnev M.G. Justifiability of euthanasia and related practices among common Russians: in search of determinants. *Sotsiologicheskii Zhurnal = Sociological Journal*. 2019. Vol. 25. No. 1. P. 72–97. DOI: 10.19181/socjour.2018.25.1.6280

REFERENCES

1. Alaberdeeva G.R. Attitudes toward euthanasia (analysis of public opinion). *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2013. No. 5 (349). P. 141–144. (In Russ.)
2. Alaberdeeva G.R. Euthanasia as socio-medical problem. *Vestnik Saratovskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta*. 2007. Vol. 1. No. 2. P. 187–191. (In Russ.)
3. Bogomyagkova E. Euthanasia as a Social Problem: Strategies of Problematization and Deproblematization. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noi politiki*. 2010. Vol. 8. No. 1. P. 32–52. (In Russ.)
4. Bogomyagkova E.S., Rogozhina E.P. Attitudes to euthanasia in Russia and Germany: Comparative analysis. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2017. No. (3) 395. P. 88–96. (In Russ.)
5. Bykova S., Yudin B., Yasnaya L. What physicians think of euthanasia? *Vrach*. 1994. No. 4. P. 48–51. (In Russ.)
6. Vorob'ev D.O. Existential-phenomenological analysis of the euthanasia problem. *Vestnik RGGU. Seriya: Filosofiya. Sotsiologiya. Iskustvovedenie*. 2013. No. 11 (112). P. 154–162. (In Russ.)
7. Dyadyun K.V. Euthanasia: aspects in criminal law. *Voprosy sovremennoi yurisprudentsii*. 2015. No. 49–50. P. 112–122. (In Russ.)
8. Do you know what euthanasia is? 2014. *WCIOM*. Accessed 14.07.2018. URL: <https://wciom.ru/zh/print_q.php?s_id=971&q_id=66871&date=13.07.2014>. (In Russ.)
9. Znakov V.V. Active and passive euthanasia: how it is understood by Russians (using example of Smolensk and Samara inhabitants). *Vestnik Rossiiskogo gumanitarnogo nauchnogo fonda*. 2009. No. 3 (56). P. 168–175. (In Russ.)
10. Isaev Yu.S., et al. Problems of legal regulation of euthanasia in Russia. *Prolog: zhurnal o prave*. 2014. No. 2 (6). P. 25–29. (In Russ.)

11. Kapinus O.S. *Evtanaziya kak sotsial'no-pravovoe yavlenie*. [Euthanasia as a social-legal problem.] Moscow: OOO Izdatel'skii dom "Bukvoed" publ., 2006. 400 p. (In Russ.)
12. Karp L.L., Potapchuk T.B. Problem of euthanasia: pro and contra. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2004. No. 2 (238). P. 136–137. (In Russ.)
13. Lavrikova I.N. Tver doctors: attitudes toward euthanasia. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 1999. No. 5. P. 95–98. (In Russ.)
14. Lopasteiskii D.S. *Otnoshenie vrachei i patsientov k evtanazii v sovremennoi Rossii*. [Physicians' and patients' attitudes toward euthanasia in contemporary Russia.] Volgograd: GOUVPO "Volgogradskii gosudarstvennyi meditsinskii universitet" publ., 2006. 136 p. (In Russ.)
15. Magun V., Rudnev M. Basic values of Russians and other Europeans. *Voprosy ekonomiki*. 2010. No. 12. P. 107–130. (In Russ.)
16. Malyaeva E.O. Is legalization of euthanasia possible in Russia? *Meditsinskoe pravo*. 2004. Vol. 1. No. 55. P. 27–35. (In Russ.)
17. Mikirtichan G.L., Suvorova R.V. Attitudes of the students of medicine to euthanasia. *Sotsiologicheskii zhurnal*. 1996. No. 1–2. P. 190–193. (In Russ.)
18. Miretskaya E.I. Problematic issues of euthanasia legalization in Russia. *Yuridicheskaya nauka i praktika: Vestnik Nizhegorodskoi akademii MVD Rossii*. 2014. No. 4. P. 256–259. (In Russ.)
19. Mokhov S.V. Handling the Ambiguity and Stigma: Ethnography of a Local Funeral Market. *Ekonomicheskaya sotsiologiya*. 2017. Vol. 18. No. 1. P. 28–50. (In Russ.) DOI: 10.17323/1726-3247-2017-1-28-50
20. Nikol'skii E.V., Panishchev A.L. Euthanasia as a phenomenon of anthropological catastrophe. *Biznes v zakone*. 2011. No. 4. P. 193–198. (In Russ.)
21. New Orthodox. 2006. *WCJOM*. Accessed 14.07.2018. URL: <<https://wciom.ru/index.php?id=238&uid=4979>>. (In Russ.)
22. Right to death: is euthanasia justified? 2012. *FOM*. Accessed 14.07.2018. URL: <<http://fom.ru/Zdorove-i-sport/10469>>. (In Russ.)
23. Remizova A. *Konkurentnaya validnost' shkaly o moral'nykh ustanovkakh v tseennostnykh issledovaniyakh. Vypusknaya kvalifikatsionnaya rabota*. [Competitive validity of the moral attitudes scale in value research. Final qualifying work.] Moscow: NIU VShE publ., 2018. 75 p. (In Russ.)
24. Russians about assistance for incurably sick. *Levada-Center*. Accessed 14.07.2018. URL: <<https://www.levada.ru/2018/06/15/rossiyane-o-pomoshhi-neizlechimo-bolnym/>>. (In Russ.)
25. Russians about euthanasia and suicide: data from a recent survey. 2002. *ROMIR*. Accessed 20.06.2018. URL: <<http://www.temadnya.ru/spravka/30apr2002/1291.htm>>. (In Russ.)
26. Semenov V.E. Euthanasia as a topic of bioethical discourse. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo Gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsial'noi raboty*. 2015. Vol. 23. No. 1. P. 125–134. (In Russ.)
27. Sotskov E.A., Volodina T.B. Euthanasia: pro and contra. *Sovremennye problemy prava, ekonomiki i upravleniya*. 2015. No. 1. P. 120–126. (In Russ.)
28. Filippov Yu.N., Abaeva O.P. Towards demand of euthanasia in the modern society. *Meditsinskoe pravo*. 2008. No. 1. P. 7–10. (In Russ.)
29. Shirokanova A.A. Individualization of morality in post-soviet youth. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2009. No. 12 (308). P. 121–125. (In Russ.)
30. Yudin B., Yasnaya L. *When the hope is gone. Bioetika: printsipy, pravila, problemy*. [Bioethics: principles, rules, problems.] Ed. by B.G. Yudin. Moscow: Editorial URSS, 1998. P. 372–377. (In Russ.)
31. Billet J. Proposal for Questions on Religious Identity. *European Social Survey Core Questionnaire Development. Chapter 9*. 2002. Accessed 25.01.2019. URL: <http://www.europeansocialsurvey.org/index.php?option=com_content&task=view&id=62&Itemid=96>.

32. Blauner R. *Death and social structure. Psychiatry*. 1966. Vol. 29. No. 4. P. 378–394. DOI: 10.1080/00332747.1966.11023480
33. Blendon R.J., Benson J.M., Hero J.O. Public Trust in Physicians — U.S. Medicine in International Perspective. *New England Journal of Medicine*. 2014. Vol. 371. No. 17. P. 1570–1572. DOI: 10.1056/NEJMp1407373
34. Burdette A.M., Hill T.D., Moulton B.E. Religion and Attitudes Toward Physician-Assisted Suicide and Terminal Palliative Care. *Journal for the Scientific Study of Religion*. Vol. 44. No. 1. P. 79–93. DOI: 10.1111/j.1468-5906.2005.00266.x
35. Clery E., McLean S., Phillips M. *Quickening death: the euthanasia debate. British Social Attitudes: Perspectives on a Changing Society : The 23rd Report*. Ed. by A. Park, M. Johnson, M. Phillips, K. Thomson, J. Curtice. London: SAGE Publications, National Centre for Social Research, 2007. 448 p.
36. Cohen J., et al. European public acceptance of euthanasia: Socio-demographic and cultural factors associated with the acceptance of euthanasia in 33 European countries. *Social Science & Medicine*. 2006. Vol. 63. No. 3. P. 743–756. DOI: 10.1016/j.socscimed.2006.01.026
37. Hendry M., et al. Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying. *Palliat Med*. 2013. Vol. 27. No. 1. P. 13–26. DOI: 10.1177/0269216312463623
38. Higgins E.T. Beyond pleasure and pain. *American Psychologist*. 1997. Vol. 52. No. 12. P. 1280–1300. DOI: 10.1037/0003-066X.52.12.1280
39. Kemmelmeier M., et al. Individualism, Authoritarianism, and Attitudes toward Assisted Death: Cross-Cultural, Cross-Regional, and Experimental Evidence. *Journal of Applied Social Psychology*. 2002. Vol. 32. No. 1. P. 60–85. DOI: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb01420.x
40. Keown J. *Euthanasia, Ethics and Public Policy: An Argument Against Legalisation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. 342 p. DOI: 10.1017/CBO9780511495335
41. Köneke V. Trust increases euthanasia acceptance: a multilevel analysis using the European Values Study. *BMC Medical Ethics*. 2014. Vol. 15. P. 86. DOI: 10.1186/1472-6939-15-86
42. Marcoux I., Mishara B.L., Durand C. Confusion Between Euthanasia and Other End-of-Life Decisions: Influences on Public Opinion Poll Results. *Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique*. 2007. Vol. 98. No. 3. P. 235–239.
43. Monforte-Royo C., et al. What Lies behind the Wish to Hasten Death? A Systematic Review and Meta-Ethnography from the Perspective of Patients. *PLOS ONE*. 2012. Vol. 7. No. 5. P. 1–16. DOI: 10.1371/journal.pone.0037117
44. Rudnev M., Magun V., Schwartz S. Relations Among Higher Order Values Around the World. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2018. Vol. 49. Iss. 8. P. 1165–1182. DOI: 10.1177/0022022118782644
45. Rudnev M., Savelkaeva A. Public Support for the Right to Euthanasia: Impact of Traditional Religiosity and Autonomy Values Across 37 Nations. *International Journal of Comparative Sociology*. 2018. Vol. 60. No. 4. P. 301–318. DOI: 10.1177/0020715218787582
46. Rudnev M., Savelkaeva A. *Public Support for the Right to Euthanasia: The Competing Roles of Values and Religiosity Across 35 Nations: SSRN Scholarly Paper ID 2757670*. Rochester, NY: Social Science Research Network, 2016. 34 p.
47. Schwartz S.H. Universals in the Content and Structure of Values: Theoretical Advances and Empirical Tests in 20 Countries. *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol. 25. Ed. by M.P. Zanna. New York: Academic Press, 1992. P. 1–65.
48. Schwartz S.H., et al. Extending the Cross-Cultural Validity of the Theory of Basic Human Values with a Different Method of Measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 2001. Vol. 32. No. 5. P. 519–542. DOI: 10.1177/0022022101032005001

49. Schwarzenegger C., et al. Attitudes towards Euthanasia and Assisted Suicide in Switzerland — Results of a National Study. Ed. by A. Kuhn, M. Pierro, F. Aebi Marcelo, C. Schwarzenegger, A. Donatsch, D. Jositsch. *Kriminologie, Kriminalpolitik und Strafrecht aus internationaler Perspektive, Festschrift für Martin Killias zum 65. Geburtstag*, Bern: Stämpfli Verlag, 2013. P. 425–446.
50. Shlapentokh V. Trust in public institutions in Russia: The lowest in the world. *Communist and Post-Communist Studies*. 2006. Vol. 39. No. 2. P. 153–174. DOI: 10.1016/j.postcomstud.2006.03.004
51. Sudnow D. *Passing on: The social organization of dying*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1967. 175 p.
52. Thomasma D.C., et al. *Asking to Die: Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Springer Science & Business Media, 2008. 573 p.
53. Vauclair C.-M., Fischer R. Do cultural values predict individuals' moral attitudes? A cross-cultural multilevel approach. *European Journal of Social Psychology*. 2011. Vol. 41. No. 5. P. 645–657.
54. Veatch R.M. Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age. *Hastings Center Report*. 1972. Vol. 2. No. 3. P. 5–7. DOI: 10.2307/3560825
55. Verbakel E., Jaspers E. A Comparative Study on Permissiveness Toward Euthanasia: Religiosity, Slippery Slope, Autonomy, and Death with Dignity. *Public Opinion Quarterly*. 2010. Vol. 74. No. 1. P. 109–139. DOI: 10.1093/poq/nfp074
56. Worthen L.T., Yeatts D.E. Assisted Suicide: Factors Affecting Public Attitudes. *Omega (Westport)*. 2001. Vol. 42. No. 2. P. 115–135. DOI: 10.2190/8MC9-6L24-44Q3-8WTB

Received: 22.07.2018.
