

Экономика территорий

© Корчагина П.С., Калачикова О.Н.

САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В статье раскрываются основные тенденции самосохранительного поведения населения Вологодской области, а также показано влияние самосохранительных практик населения на его состояние здоровья. На основании выявленных факторов, влияющих на самосохранительное поведение, предложены направления нивелирования негативных форм.

Самосохранительное поведение, здоровье населения, Вологодская область.

Согласно мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, здоровье населения зависит от четырёх составляющих: наследственности (15–20%), окружающей среды (20–25%), образа жизни (50 – 55%) и здравоохранения (10 – 15%) [6]. Всё более значимым в детерминации заболеваемости и смертности становится поведенческий фактор, отношение людей к своему здоровью и продолжительности жизни [5, с. 263].

Проблема самосохранительного поведения перемещается в центр научного знания в период массовой индустриа-

лизации и модернизации производства, когда ценность человека не только в гуманистическом, но и в денежном выражении становится всё более высокой. Под термином «самосохранительное поведение» (ССП) отечественные демографы понимают систему действий и отношений, направленных на сохранение и поддержание здоровья в течение жизни, а также установку продления её срока [1, с. 273].

Представленность и разнообразие форм структурных элементов СПП населения оценивалась нами с помощью социологического исследования, про-



КОРЧАГИНА Полина Сергеевна
младший научный
сотрудник ИСЭРТРАН
pavla_87@mail.ru



КАЛАЧИКОВА Ольга Николаевна
младший научный
сотрудник ИСЭРТРАН
onk82@yandex.ru

ведённого на территории Вологодской области в 2012 году¹.

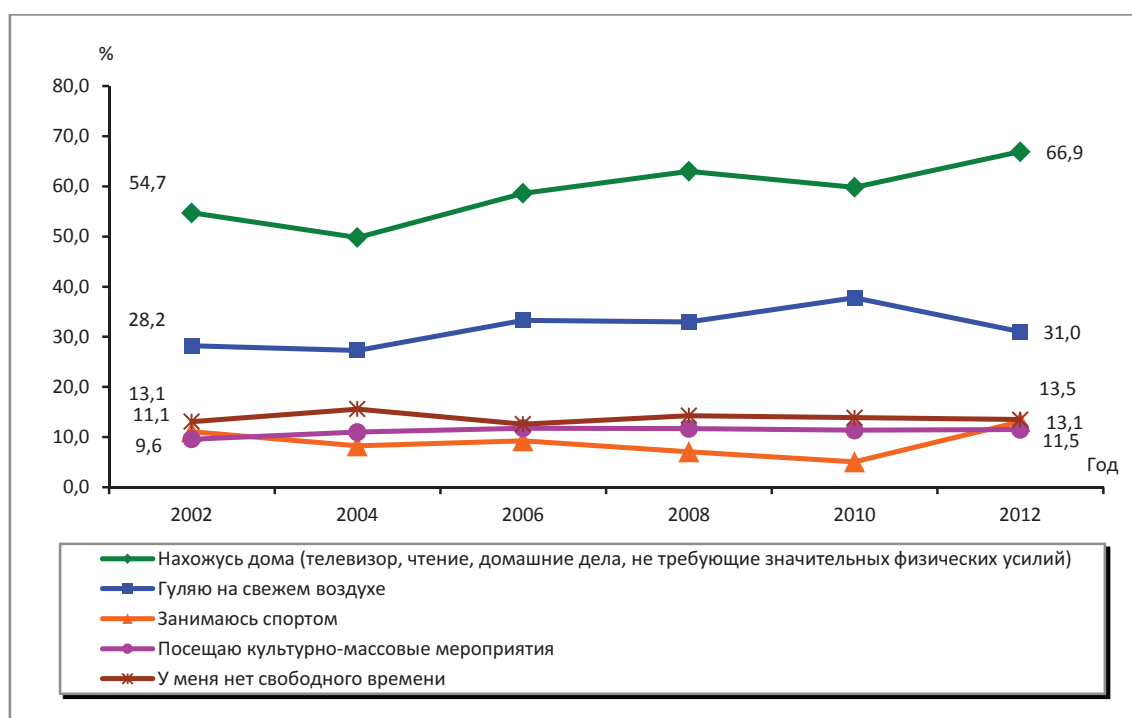
Одними из основополагающих частей структуры самосохранительного поведения обозначились действия самосохранительного характера [4, с. 73]. Для их анализа было выделено семь основных показателей: двигательная (физическая) активность, вредные привычки, сексуальная активность, режим труда и отдыха, питание, стрессоустойчивость и медицинская активность. В данной статье более подробно рассмотрим отдельные показатели ССП и их влияние на здоровье.

Мониторинг общественного здоровья, проводимый в Вологодской области ИСЭРТ РАН с 2002 года, позволил выявить

тенденции изменения отдельных показателей проявления самосохранительных действий. Так, при ответе на вопрос: «Как Вы обычно проводите своё свободное время?» 55 – 60% жителей Вологодской области указали, что смотрят дома телевизор, читают, выполняют домашние дела, не требующие значительных физических усилий (рис. 1).

При этом за последние 10 лет удельный вес населения, проводящего свой досуг в форме прогулок на свежем воздухе, увеличился с 28% (в 2002 году) до 31% (в 2012 году). Доля жителей области, занимающихся спортом и посещающих спортивные клубы, фитнес-центры, спортивные залы, заметно не изменилась.

Рис. 1. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы обычно проводите своё свободное время?» (% от числа опрошенных)



Источник: Данные мониторинга здоровья и самосохранительного поведения населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

¹ Исследование ССП проводилось с помощью массового раздаточного анкетирования населения. Объём выборочной совокупности составил 1500 человек; выборка квотная по полу и возрасту с пропорциональным размещением единиц наблюдения. Ошибка выборки не превышает 3%. В представленной работе также были использованы данные ежегодного мониторинга физического здоровья населения Вологодской области, который осуществляется ИСЭРТ РАН с 2002 года и имеет аналогичные характеристики.

Отсутствие оздоровительной физической активности или её низкий уровень оказывают существенное влияние на здоровье населения. Малоподвижный образ жизни повышает риск развития многих хронических болезней, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и некоторых видов злокачественных новообразований. Болезни не только причиняют страдания людям, но и наносят значительный финансовый ущерб обществу. В то же время регулярные физические упражнения способствуют хорошему самочувствию и защищают от депрессии.

Занятия физической культурой и спортом имеют прямую и очень тесную взаимосвязь со здоровьем человека. Те, кто регулярно занимается спортом, имеют более высокий индекс самооценки здоровья², а также реже болеют хроническими заболеваниями по сравнению с теми, кто спортом не занимается (табл. 1).

Для оценки влияния поведенческих факторов на здоровье населения можно использовать анализ при помощи логистической регрессии³. Коэффициент шансов (OR), рассчитываемый этим методом, позволяет оценивать степень влияния того или иного социально-экономического фактора на состояние здоровья населения.

Согласно данным регрессионного анализа, хронические заболевания также чаще возникают у тех, кто игнорирует активный образ жизни и занятия спортом (табл. 2).

Важнейшую роль в сохранении и укреплении здоровья человека играет питание. Связь между здоровьем и питанием по результатам исследования проявилась отчётливо.

Основная часть населения региона на протяжении последнего десятилетия оценивает качество своего питания как нормальное (рис. 2).

Таблица 1. Взаимосвязь здоровья населения и частоты занятий физической культурой и спортом (2012 г.)

Как часто Вы занимаетесь физической культурой и спортом?	Индекс самооценки здоровья	Имеются ли у Вас длительно протекающие (хронические) заболевания или состояния? (в %)	
		Да	Нет
Ежедневно	0,641	32,4	67,6
2 – 3 раза в неделю	0,633	27,6	72,4
Несколько раз в месяц	0,648	29,5	70,5
Примерно раз в месяц	0,648	19,4	80,6
Примерно раз в год	0,624	27,3	72,7
Сейчас не занимаюсь	0,600	34,9	65,1
Никогда не занимался(ась)	0,570	40,5	59,5

Источник: Данные мониторинга здоровья и самосохранительного поведения населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

² За индекс самооценки здоровья (ИСЗ) была принята субъективная оценка населением его состояния с учётом среднего от суммы применяемой балльной оценки (1 – очень плохое, 2 – плохое, 3 – удовлетворительное, 4 – довольно хорошее, 5 – очень хорошее), умноженных на их долю в совокупности опрошенных.

ИСЗ = $(1 \times q_1 + 2 \times q_2 + 3 \times q_3 + 4 \times q_4 + 5 \times q_5) : 5$, где q_i – доля респондентов, выбравших ответ i . В полученной шкале колебания индексы здоровья составляют от 0,2 до 1,0. При интерпретации данных ИСЗ следует учитывать, что его значение до 0,6 соответствует низкой самооценке здоровья; 0,61 – 0,8 – средней; 0,81 – 1,0 – высокой самооценке здоровья.

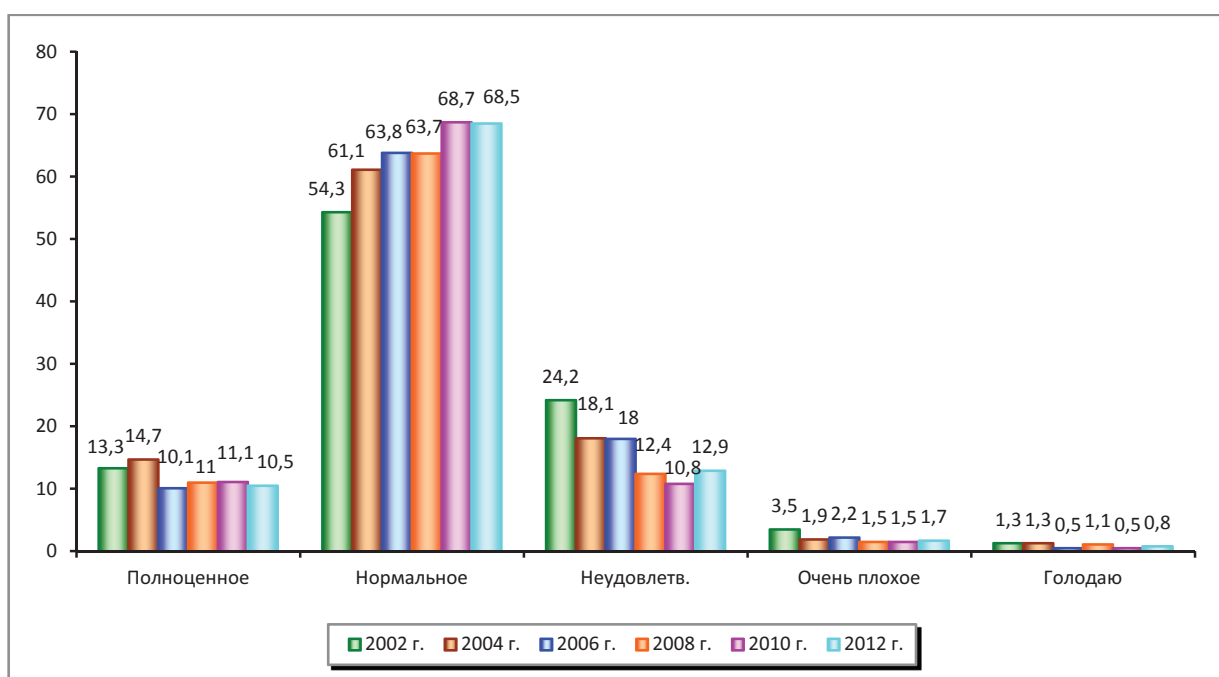
³ Логистическая регрессия позволяет предсказывать наличие или отсутствие исследуемой характеристики (например, плохое здоровье) у индивида, если известен набор его характеристик. В качестве независимой переменной в модели логистической регрессии выступает дихотомическая переменная, принимающая значение «один», если индивид имеет плохое здоровье, и значение «ноль» – в противном случае. Показатель является значимым, если уровень значимости. CL – 95% доверительный интервал.

Таблица 2. Риск возникновения хронических заболеваний в зависимости от частоты занятия спортом

Занятия спортом	Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	p*
Ежедневно	1,00		
Сейчас не занимаюсь	1,26	(1,01-1,57)	0,04
Никогда не занимаюсь	1,60	(1,25-2,05)	0,002

* Показатель является значимым, если уровень значимости $p < 0,05$.

Рис. 2. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как вы оцениваете своё питание?» (в % от числа опрошенных)



Источник: Данные мониторинга здоровья и самосохранительного поведения населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

За период с 2002 по 2012 г. доля тех, кто имеет нормальное питание, выросла на 14 процентных пунктов. Снижается доля тех, кто характеризует питание как неудовлетворительное (13% в 2012 году против 24% – в 2002 году). Однако по-прежнему лишь каждый десятый житель области считает своё питание полноценным.

Качество питания оказывает значительное влияние на здоровье населения региона: жители области, оценивающие питание как «полноценное», имеют более высокий индекс самооценки здоровья по сравнению с теми, кто имеет плохое питание (табл. 3).

Связь качества питания и наличия хронических заболеваний прослеживается при применении логистической регрессии. Так, при неудовлетворительных оценках питания риск иметь хроническое заболевание возрастает более чем в два раза (табл. 4).

В самосохранительном поведении населения Вологодской области значимо выражены действия саморазрушительного характера, такие как табакокурение, чрезмерное потребление алкоголя, неправильный режим труда и отдыха и т. д.

Важнейшим деструктивным фактором демографического, социального и эконо-

Таблица 3. Влияние качества питания на здоровье населения Вологодской области

Оценка качества питания жителями области	Величина индекса самооценки здоровья					
	2002 г.	2004 г.	2006 г.	2008 г.	2010 г.	2012 г.
Полноценное	0,788	0,779	0,717	0,734	0,766	0,861
Нормальное	0,642	0,660	0,661	0,666	0,683	0,642
Неудовлетворительное	0,566	0,599	0,629	0,603	0,600	0,512
Очень плохое	0,514	0,587	0,590	0,591	0,613	0,517

Источник: Данные мониторинга здоровья и самоохранительного поведения населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Таблица 4. Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от качества питания

Оценка питания	Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	p*
Полноценное	1,00		
Неудовлетворительное	1,58	(1,03-2,41)	0,03
Очень плохое	2,24	(1,06-4,68)	0,04

* Показатель является значимым, если уровень значимости $p < 0,05$.

мического развития служит алкоголизация общества. Как показывают исследования, тяжёлые алкогольные проблемы являются главной причиной того, что уровень смертности россиян катастрофически высок.

Доля потребляющих алкогольные напитки в 2012 году составила 78% от всего населения региона, что превышает данный показатель за 2002 год на 34% (рис. 3).

В 2012 году несмотря на увеличение удельного веса тех, кто потребляет алкогольную продукцию, частота употребления снизилась; ежедневно употребляли алкоголь почти 4% населения, что меньше, чем 3 года назад, на 4 п. п.; только по выходным – 38%, что также меньше, чем в 2009 году, на 14 п. п. (табл. 5).

Связь здоровья с потреблением алкогольной продукции проявляется очень тесно, о чём свидетельствует высокий уровень значимости при регрессионном анализе, результаты которого показали, что население, потребляющее алкоголь, в два раза чаще даёт своему здоровью негативные характеристики и имеет хронические заболевания (табл. 6).

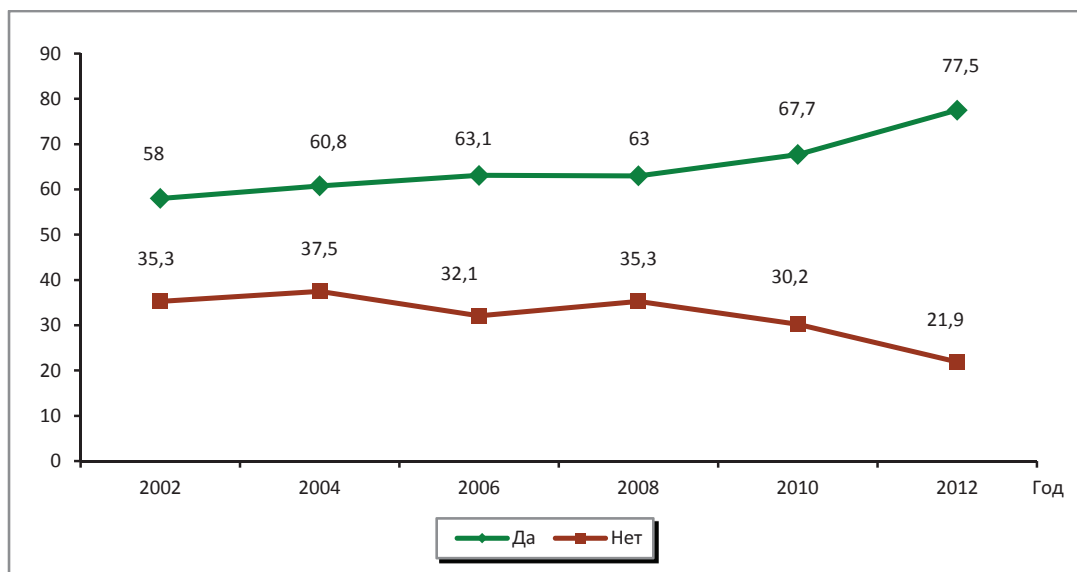
Причём наибольшее влияние на состояние здоровья населения оказывает частота употребления крепких алкогольных напитков (табл. 7). Те, кто ежедневно употребляет крепкий алкоголь, имеют в четыре раза больший риск иметь плохое здоровье по сравнению с теми, кто употребляет алкоголь до 3-х раз в месяц.

Согласно результатам мониторинга состояния здоровья населения Вологодской области, за период с 2002 по 2012 г. удельный вес курящего населения в регионе неоднократно возрастал и сокращался, составив на 2012 год чуть больше трети от общего числа жителей в возрасте старше 18 лет (рис. 4).

Связь курения и состояния здоровья проявляется достаточно отчётливо, о чём свидетельствуют данные регрессионного анализа с высоким уровнем значимости. Так, курящее население в два раза больше рискует иметь плохое здоровье и хронические заболевания (табл. 8).

При дальнейшем анализе современного образа жизни населения было выявлено, что всего лишь 5% жителей региона в повседневности не имеют деструктивных составляющих самоохранительного

Рис. 3. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных)



Источник: Данные мониторинга здоровья и самосохранительного поведения населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Таблица 5. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы употребляете алкогольные напитки, то как часто?»* (в % от числа употребляющих)

Вариант ответа	Вид и доза алкогольного напитка							
	пиво (более 1 бутылки)		некрепленое вино (более 200 мл)		крепкое вино (более 100 мл)		крепкие спиртные напитки (более 50 мл)	
	2009 г.	2012 г.	2009 г.	2012 г.	2009 г.	2012 г.	2009 г.	2012 г.
Ежедневно	4,7	2,3	0,6	0,5	0,8	0,3	1,5	0,6
По выходным	29,1	25,8	7,8	4,5	4,9	2,5	9,5	5,3
По праздникам	18,1	11,3	38,0	39,9	29,4	28,8	46,8	42,8
До 3-х раз в месяц	7,8	11,4	7,3	8,3	5,9	8,9	9,7	9,7
Не употребляю данный вид алкогольного напитка	40,3	49,2	46,3	46,8	59	59,5	32,5	41,6

* Вопрос в данной формулировке задаётся с 2009 г.
Источник: Данные мониторинга здоровья и самосохранительного поведения населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Таблица 6. Риск ухудшения общего состояния здоровья и возникновения хронических заболеваний в зависимости от употребления алкогольных напитков

Употребление алкогольных напитков	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)			Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	p*	OR	CL	p*
Нет	1,00			1,00		
Да	2,09	(1,47-2,95)	0,0001	1,66	(1,32-2,09)	0,0001

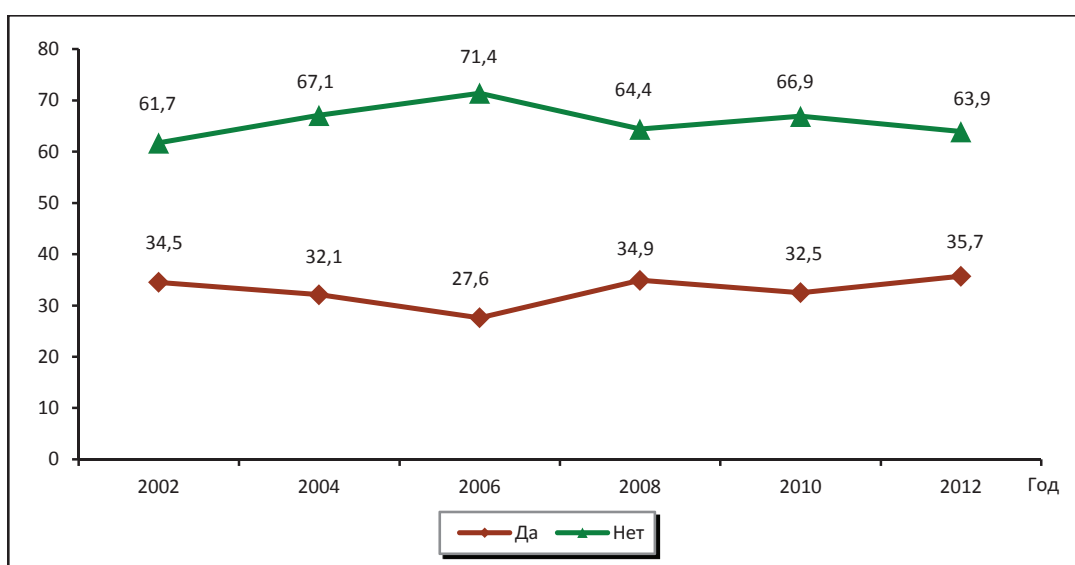
* Показатель является значимым, если уровень значимости $p < 0,05$.

Таблица 7. Риск ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от частоты употребления крепких алкогольных напитков

Употребление крепких алкогольных напитков	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)		
	OR	CL	p*
До 3-х раз в месяц	1,00		
Ежедневно	4,42	(1,18-16,6)	0,03
По выходным	0,34	(0,13-0,9)	0,03
По праздникам	0,73	(0,40-1,34)	0,3

* Показатель является значимым, если уровень значимости $p < 0,05$.

Рис. 4. Распределение ответов на вопрос: «Курите ли Вы в настоящее время?» (в % от числа опрошенных)



Источник: Данные мониторинга здоровья и самоохранительного поведения населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Таблица 8. Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от курения

Курение	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)			Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	p*	OR	CL	p*
Не курят	1,00			1,00		
Курят	2,20	(1,44-3,38)	0,0003	1,85	(1,45-2,36)	0,0001

* Показатель является значимым, если уровень значимости $p < 0,05$.

поведения, то есть в поведении 95% населения присутствует хотя бы один элемент разрушительного характера.

Таким образом, анализ результатов исследования позволил установить, что большая часть населения Вологодской

области реализует саморазрушительные поведенческие практики, которые в свою очередь имеют сильное влияние на их здоровье. Возникает своего рода противоречие: имея потребность в здоровье, население не всегда осмысливает

её применительно к конкретным обстоятельствам, то есть потребности не реализуются в поведении в сфере здоровья. Реализация потребности в здоровье на практике становится одной из главных проблем здоровьесбережения современного общества.

В результате изучения данной проблемы были выделены субъективные и объективные факторы, влияющие на выбор самоохранных стратегий. Среди субъективных сильное положительное влияние на самоохранный образ жизни оказывают стремление (установка) к долгой жизни, нахождение в зарегистрированном браке, положительный опыт родителей, высшее образование, умственный труд как характеристика основной работы. С увеличением возраста населения наблюдается рост позитивных показателей самоохранный поведения.

Место проживания также оказалось значимым при выборе стратегий самоохранный поведения по отдельным его параметрам. Объективными же факторами стали наличие инфраструктуры и её доступность, а также доходы населения.

На наш взгляд, цели демографической политики в области здоровьесбережения и формирования самоохранный поведения населения можно представить в следующем виде (рис. 5).

В соответствии с вышеизложенными тенденциями, проблемами и факторами самоохранный поведения для достижения целей демографической политики, по нашему мнению, является целесообразным рассмотрение и внедрение следующих мероприятий для распространения здоровьесберегающих практик среди населения Вологодской области и других регионов России.

Рис. 5. Декомпозиция целей демографической политики в сфере здоровьесбережения населения



1. Для повышения доступности объектов инфраструктуры здоровьесбережения и профилактики болезней необходимо разработать программы:

- способствующие повышению доступности услуг спортивных сооружений (система льгот, накопительных дисконтных карт, в том числе для низкодходных групп населения и проч.);

- содействующие развитию спортивно-оздоровительной инфраструктуры в шаговой доступности (в каждом микрорайоне городов);

- обеспечивающие спортивными объектами сельской местности и их полноценное функционирование (наличие оборудования и квалифицированных кадров).

2. Поскольку брачное состояние является существенным фактором здоровьесбережения, следует расширить деятельность по укреплению института семьи, для чего:

- внести коррективы в законодательную базу, регулирующую вступление в брак и его расторжение; для принятия более взвешенного решения желательно увеличить период ожидания регистрации как браков, так и разводов до 3 месяцев;

- расширить практику заключения брачного контракта; при подаче заявления было бы желательно разъяснить будущим супругам преимущества заключения брачного контракта, направить к специалисту в данной области; оптимальным вариантом стало бы открытие кабинета юриста при органах ЗАГС (или сотрудничество на договорной основе);

- расширить практику психологической помощи гармонизации внутрисемейных отношений, использовать все возможные механизмы информирования населения о предоставляемых услугах;

- включить в образовательные программы курсы «Этика и психология семейной жизни», «Семьеведение» и пр.

(на выбор школ) в рамках регионального компонента;

- создать серию роликов социальной рекламы просемейной тематики, разработать механизмы поощрения создания телевизионной продукции, содержащей положительный образ полной среднедетной семьи [2, 3].

3. Учитывая значимость и период формирования самоохранительных установок, а также образования и характера работы, с нашей точки зрения, целесообразно:

- в рамках нового стандарта школьного образования в программе обязательного курса «Безопасность жизнедеятельности» усилить информационный и ценностный компоненты здоровьесбережения;

- вновь включить в образовательные программы учреждений профессионального образования курсы «Валеология», «Гигиена»;

- привлечь региональные СМИ, общественные организации, профсоюзы, руководство предприятий и организаций, органы власти к пропаганде позитивных самоохранительных стратегий.

4. Принимая во внимание отсутствие навыков самоорганизации, стрессопротекции, мотивацию негативных форм самоохранительного поведения, связанную с психологическими проблемами, необходимо:

- наладить работу психологической службы, целью которой будет гармонизация жизнедеятельности населения;

- обеспечить материальную и физическую доступность услуг психологической службы; учитывая специфику территорий (крупные города и сельская местность), организовать альтернативные способы работы (индивидуальные консультации, тренинги, семинары, телефоны доверия) с широким распространением информации о данных услугах;

– разработать административно-организационный механизм контроля выполнения и эффективности нормативно-правовых актов, регулирующих продажу алкогольных напитков и табачных изделий.

Мы полагаем, что принятие административных и экономических механизмов, таких, например, как лишение водительских прав за повторное задержание

в нетрезвом виде во время управления транспортным средством, повышение размера штрафа за продажу алкоголя или табака детям, в совокупности с воспитательными мерами способны значительно повлиять на изменение общественно одобряемых норм самосохранительного поведения, формирование ответственного отношения населения к своему здоровью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов, А.И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов) [Текст] / А.И. Антонов. – М.: Издательский Дом «Nota Bene», 1998. – 360 с.
2. Доброхлеб, В.Г. Региональные возможности регулирования репродуктивного поведения населения / В.Г. Доброхлеб, А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова // Регион: экономика и социология. – 2012. – № 3. – С. 108-119.
3. Калачикова, О.Н. Тенденции и перспективы демографического развития России и Вологодской области / О.Н. Калачикова, А.А. Шабунова, М.А. Ласточкина // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2012. – № 23. – С. 143-153.
4. Калачикова, О.Н. Основные тенденции самосохранительного поведения населения региона [Текст] / О.Н. Калачикова, П.С. Корчагина // Проблемы развития территории. – 2012. – № 5 (61). – С. 72-82.
5. Ображей, О.Н. Актуальность изучения самосохранительного поведения населения [Текст] / О.Н. Ображей, В.С. Подвальская // Социологический альманах. – 2010. – № 1. – С. 263-268.
6. Тихомирова, И.А. Физиологические основы здоровья [Электронный ресурс] / И.А. Тихомирова. – Режим доступа: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met73/met73.html> (дата обращения: 20.04.2011).