

УДК 314:316.62

**СООТНОШЕНИЕ САМОСОХРАНИТЕЛЬНЫХ УСТАНОВОК И  
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ****THE RATIO OF SELF-PRESERVATION ATTITUDES AND BEHAVIOURAL  
ACTIVITY IN THE FIELD OF HEALTH****С.А. Вангородская  
S.A. Vangorodskaya***Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85**Belgorod State National Research University, 85 Pobeda St., Belgorod, 308015, Russia**E-mail: Vangorodskaya@bsu.edu.ru*

*Аннотация.* В статье рассматривается проблема соотношения самосохранительных установок и активности населения в отношении сохранения и укрепления здоровья. Показана роль установок в структуре самосохранительного поведения. Представлены результаты массового опроса, проведенного на территории Белгородской области с целью выявления различных аспектов самосохранительного поведения населения региона. Проанализировано выявленное в результате исследования противоречие между установками на высокую продолжительность жизни и низкой поведенческой активностью населения по сохранению здоровья. Показано, что в условиях коммерциализации системы здравоохранения деятельность по сохранению здоровья связана в массовом сознании с необходимостью существенных материальных затрат и инициируется только при утрате здоровья. Сделан вывод о необходимости формирования моделей поведения, предполагающих более активное участие индивида в реализации самосохранительных установок.

*Resume.* The article discusses the problem of correlation of self-preservation attitudes and activism in relation to the preservation and strengthening of health. The role of plants in the structure of self-preservation behavior. Presents the results of a poll conducted on the territory of Belgorod region with the purpose of revealing different aspects of self-preservation behavior of the population of the region. Analyzed identified in the study of the contradiction between the installations, high life expectancy and low behavioral activity of the population health. It is shown that in the conditions of commercialization of the health system activities for the preservation of health is connected in mass consciousness with the need for significant material costs, and is only triggered when the loss of health. The conclusion about the necessity of forming patterns of behaviour involving more active participation of the individual in the realization of self-preservation installations.

*Ключевые слова:* социальные установки, самосохранительное поведение, продолжительность жизни, самосохранительные установки, самооценка здоровья, население региона.

*Key words:* social attitudes, health behavior, life expectancy, installation of self-preservation, self-reported health, the population of the region.

В настоящее время одним из важнейших приоритетов государственной политики здравоохранения Российской Федерации является задача формирования культуры самосохранительного поведения населения, предполагающей, в том числе, повышение ответственности человека за сохранение своего здоровья. Решение данной задачи в значительной степени зависит от грамотной политики государства по формированию соответствующих установок населения на сознательную деятельность по укреплению здоровья и увеличению продолжительности жизни.

Проблема формирования и изменения социальных установок занимает важнейшее место при изучении любых процессов, в которых доминирующее значение принадлежит деятельности отдельной личности, социальных групп или общностей. Определяя социальную установку как «специфическое состояние, возникающее у субъекта под воздействием объективной ситуации удовлетворения потребности», Д.Н. Узнадзе указывал на то, что установка – это явление динамического характера, выражающееся в определенной активности и побуждающее субъекта к определенному поведению [Узнадзе, 2004, с. 73].

Самосохранительные установки наряду с брачно-семейными и репродуктивными входят в число так называемых демографических установок, то есть тех внутренних регуляторов «действий и поступков человека, которые на внешнем уровне проявляются в виде определённого поведения в сфере брака и семьи, деторождения, поддержания индивидуального здоровья» [Антонов, 2013, с.134]. С другой стороны, самосохранительные установки являются одним из важнейших элементов в струк-



туре самосохранительного поведения, предшествуя «поведенческим актам и стратегиям, способным влиять на состояние здоровья и продолжительность жизни» [Симаева, Алимпиева, 2011, с.101].

Установки самосохранительного поведения традиционно изучаются в социологии посредством выявления идеального, желаемого и ожидаемого числа лет жизни. При этом, идеальное число лет отражает когнитивную компоненту самосохранительной установки отдельного индивида (т.е. ориентацию на социальные нормы в отношении продолжительности жизни), желаемое число – когнитивно-эмоциональную составляющую (социально-психологическую потребность в определенной продолжительности жизни), ожидаемое число лет – практическую компоненту (установку на определенную деятельность (или отсутствие деятельности) в отношении сохранения здоровья как результат соотношения потребности в определенной продолжительности жизни с остальными потребностями человека, а также с внешними обстоятельствами жизни). По мнению И.В. Журавлевой, необходимость изучения предпочтений относительной продолжительности жизни обусловлена тем, что данные показатели «могут в определенной степени указывать на возможные направления изменения характера самосохранительного поведения» [Журавлева, 2006, с.90].

В 2012-2013 гг. по репрезентативной региональной выборке нами был проведен массовый социологический опрос взрослого населения Белгородской области (N=800) методом анкетирования. Признаками квотирования стали: пол, возраст, тип поселения. Одной из задач анкетирования было выявление самосохранительных установок как одного из компонентов самосохранительного поведения населения региона.

В качестве рабочей гипотезы выступало предположение о том, что согласованность когнитивной, когнитивно-эмоциональной и практической составляющих самосохранительной установки отражает ее гармоничность в целом, а фактическое самосохранительное поведение зависит от выбора человека между двумя группами потребностей – «перспективной» потребностью в максимально долгой продолжительности жизни и ежедневными потребностями, многие из которых фактически приводят к ее сокращению. При этом мы принимали во внимание тот факт, что выбор между двумя данными группами происходит на фоне внешних факторов, способствующих или препятствующих тому или иному выбору.

Ответ на открытый вопрос «Какова, по вашему мнению, наилучшая продолжительность жизни для человека вообще?» предполагал получение информации об идеальных, с точки зрения респондентов, сроках жизни человека. В качестве рабочей гипотезы было выдвинуто предположение о том, что ответы респондентов будут превышать числовые значения, характеризующие среднюю продолжительность жизни реального человека. Согласно полученным данным, наибольшее число респондентов ограничило свой выбор диапазоном от 80 до 100 лет. Так, 22,16% респондентов в качестве идеальной продолжительности жизни человека выбрали возраст 80 лет, 16,37% – 90 лет, каждый седьмой из опрошенных (13,53%) указал в качестве идеальной продолжительности жизни 100 лет, и 11,73% респондентов – 85 лет. Остальные ответы получили значительно меньшее количество выборов.

Следующий вопрос «Если бы у вас была возможность выбора, то какое число лет жизни вы предпочли бы для себя при самых благоприятных условиях?» был направлен на выявление индивидуальной потребности респондентов в длительности собственной жизни. Результаты оказались сопоставимыми с ответами на предыдущий вопрос и практически идентичными в процентном отношении. Наибольшее число респондентов (20,85%) в качестве идеальной для себя продолжительности жизни указали возраст 80 лет, 17,25% – 90 лет, 13,65% – 100 лет, и, наконец, 11,97% – 85 лет.

Третий вопрос «Как вы думаете, до какого примерно возраста вам удастся дожить, учитывая условия вашей жизни?» был призван выявить представления респондентов о продолжительности собственной жизни с учетом реальных обстоятельств. Результаты продемонстрировали тот факт, что показатели практической компоненты близки к идеальной и желаемой продолжительности жизни и также находятся в диапазоне 80-100 лет.

Таким образом, около половины опрошенных в качестве идеальной, желаемой и ожидаемой продолжительности жизни указали возраст от 80 до 90 лет. Учитывая тот факт, что ожидаемая продолжительность жизни в 2012 году составляла 70,23 года для обоих полов [Андреев, Кваша, Харькова, 2014], логично было бы предположить, что желание респондентов прожить дольше среднестатистической нормы демонстрирует выбор в ежедневной деятельности здоровьесберегающих стратегий поведения.

Вместе с тем, проведенное исследование в очередной раз указало на наличие противоречий между установками на продолжительную жизнь и неготовностью принять на себя ответственность за сохранение и укрепление здоровья. В частности, отвечая на вопрос «Какие из перечисленных факторов оказывают наибольшее влияние на состояние здоровья человека?», более половины респондентов (57,97%) назвали экологическую обстановку, а на втором и третьем местах оказались «наследственность» (46,79%) и «качество получаемых медицинских услуг» (35,48%). Такой фактор, как «усилия самого человека» посчитали значимым менее трети опрошенных (30,46%), поставив его, таким образом, на последнее, пятое место.

Аналогичные результаты были получены при ответе на вопрос «Каковы, на Ваш взгляд, причины низкой продолжительности жизни в России?», в рамках которого 45,35% опрошенных выбрали вариант «неблагоприятная экологическая обстановка, испорченная природа», 39,02% в качестве одной из основных причин назвали «отсутствие заботы государства о людях», а 43,54% – «низкий уро-

вень медицинского обслуживания, платную медицину». В то же время на такие причины, как «безответственное отношение людей к своему здоровью» и «отсутствие у россиян традиции заботиться о своем здоровье» указали лишь 28,93% и 17,70% опрошенных.

В этой связи нельзя не согласиться с Г.В. Антоновым, который, комментируя результаты аналогичных исследований, приходит к выводу, что эти данные «отражают лишь распространённое среди подавляющего большинства населения современной России заблуждение, согласно которому о здоровье человека должен проявлять заботу кто угодно (государство, работодатель, система здравоохранения и т. д.), только не сам его обладатель» [Антонов, 2013, с. 142].

С другой стороны, отвечая на вопрос о том, кто, по мнению респондентов, являются самыми здоровыми людьми в нашей стране, на первом и третьем местах по числу выборов оказались варианты ответов «люди без вредных привычек» (41,70%) и «те, кто постоянно уделяет внимание своему здоровью» (28,31%). Это свидетельствует о существовании в сознании населения декларируемых установок, сформированных, в том числе, под влиянием средств массовой информации, и оказывающих лишь косвенное влияние на собственную активность респондентов в отношении сохранения и укрепления здоровья.

Проблема несоответствия самосохранительных установок и реального поведения в сфере здоровья так или иначе поднимается всеми исследователями, занимающимися выявлением особенностей самосохранительного поведения различных категорий населения. Так, например, К.Ю. Колбасина и А.В. Алимпиева, анализируя результаты эмпирического исследования поведения в сфере здоровья студенческой молодежи, делают предположение о том, что причиной несогласованности между установками и реальным поведением могут выступать «противоречия между эмоциональной и когнитивной составляющими аттитюда» [Колбасина, Алимпиева, 2012, с.73]. В то же время авторы считают, что учитывая взаимосвязанность всех элементов самосохранительного аттитюда, «изменение одного из элементов системы ... способно привести к трансформации всей установки в целом, а значит и поведения» [Колбасина, Алимпиева, 2012, с.70].

Кроме того, в этой связи целесообразно обратиться к концепции диспозиционной регуляции поведения В.А. Ядова. Размышляя об источниках диспозиционно-поведенческих несогласований в рамках данной концепции, В.С. Магун в числе прочих выделяет:

- 1) помехи, связанные с ограниченностью объективных и субъективных ресурсов человека – его «возможностей» и «способностей»;
- 2) существование иных диспозиций, более адекватных уровню реального поведения;
- 3) несоответствие диспозиций реальных и осознаваемых, реальных и декларируемых [Магун, 2013, с.150-153].

Основываясь на результатах нашего исследования, можно прокомментировать данные положения следующим образом.

Что касается ограниченности объективных и субъективных ресурсов человека, то, в условиях коммерциализации здравоохранения в сочетании с той ролью, которую отводит ему большая часть населения в вопросах здоровьесбережения, деятельность по сохранению здоровья неразрывно связана в общественном сознании либо с утратой здоровья (здоровье как ресурс) либо с наличием высокого уровня материальной обеспеченности (деньги как ресурс).

Так, согласно данным опроса, проведенного фондом «Общественное мнение» в 2013 году, о здоровье больше всего заботятся те, кому это действительно необходимо («пожилые люди, пенсионеры») (этот вариант ответа выбрали 22% опрошенных), «люди, имеющие проблемы со здоровьем» (11%) или те, у кого есть материальная возможность – «богатые, имеющие средства люди» (17%). Вариант «те, кто внимателен к своему здоровью, хочет быть здоровым, думает о своем будущем» выбрали всего 11% опрошенных. При этом, 54% из числа участников опроса указали, что они заботятся о своем здоровье, но чаще это проявляется в посещении врачей и приеме лекарств, а не в здоровом образе жизни.

В рамках проведенного нами исследования, отвечая на вопрос «Каковы, на Ваш взгляд, причины низкой продолжительности жизни в России?», наибольшее число опрошенных (52,33%) указали на низкий уровень жизни населения, низкие зарплаты и пенсии, а 43,54% выбрали вариант ответа «низкий уровень медицинского обслуживания, платная медицина».

В этой связи закономерным выглядит тот факт, что, отвечая на вопрос «В каких случаях Вы обращаетесь за медицинской помощью?», 37,50% из числа жителей Белгородской области, участвующих в исследовании, ответили, что стараются делать это в случае крайней необходимости и очень плохом самочувствии, 36,07% – если это состояние длится несколько дней, а 16,93% опрошенных предпочитают вообще заниматься самолечением, избегая квалифицированной помощи.

Безусловно, готовность к проявлению активности в сфере сохранения здоровья не может оцениваться безотносительно к субъективной оценке состояния здоровья. Начиная с середины XX века, данный показатель (измеряемый с помощью вопроса «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?») регулярно входит в инструментарий эпидемиологических и медицинских обследований здоровья в Европе и по всему миру. Всемирная организация здравоохранения признала его достаточно надежным и рекомендовала для мониторинга здоровья внутри отдельных стран, хотя, несмотря на кажущуюся простоту измерения, показатель самооценки состояния здоровья (self-rated health) является достаточно сложным в интерпретации [Рамонов, 2012, с.108].



Как показали результаты проведенного нами исследования, оценивая таким образом свое здоровье, лишь 15,71% предпочли вариант ответа «Здоровье среднее (довольно часто болею или чувствую себя нездоровым (-ой))». Более половины опрошенных (51,54%) выбрали вариант ответа «Здоровье удовлетворительное (иногда болею или чувствую себя нездоровым (-ой))», а четвертая часть опрошенных (24,81%) – «Здоровье хорошее (никогда не болею или болею очень редко, обычно хорошо себя чувствую)». Таким образом, совокупно 72,37% респондентов не вполне довольны своим здоровьем на данный момент, и, тем не менее, их действия по сохранению здоровья носят нерегулярный и ярко выраженный пассивный характер – как ответная мера на его ухудшение.

Объяснение полученным результатам можно найти, если обратиться к анализу ответов респондентов на другие вопросы анкеты. Так, отвечая на вопрос о наиболее важных для себя ценностях, максимальное число опрошенных на первое место поставили крепкое здоровье (61,65%) и свою семью (61,26%), а на третье – высокий доход, позволяющий ни в чем себе не отказывать (48,65%). Долгую жизнь в качестве ценности выбрало менее четверти опрошенных (23,17%).

В этой связи выглядит вполне логичным тот факт, что, согласно результатам исследования, значительное число опрошенных высказали намерение предпринимать активные действия в отношении сохранения своего здоровья только в случае болезни, когда встает реальный выбор между необходимостью обращения к врачу (сопряженному с материальными расходами и, в некоторых случаях, риском потерять работу) и желанием побыстрее вернуться «в строй», чтобы продолжать зарабатывать на достойную жизнь для себя и членов своей семьи. Исходя из этого, при ответе на вопрос «Что Вы делаете, когда заболели?», только 39,59% респондентов ответили, что обращаются в муниципальную поликлинику (больницу). 23,78% опрошенных заявили, что предпочитают лечиться самостоятельно, а 40,49% выбрали вариант ответа «Начинаю лечиться сам, а если улучшений нет, обращаюсь к врачу».

Таким образом, результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что реализация сложившихся на сегодняшний день установок на сохранение здоровья и продление сроков полноценной жизни находится в противоречии с поведенческой активностью, направленной фактически на разрушение здоровья и сокращение продолжительности жизни. Представления значительной части населения Белгородской области о доминировании объективных факторов (экологии, наследственности, системы здравоохранения), определяющих состояние здоровья населения, нивелируют значимость личной ответственности за его сохранение и укрепление. В этих условиях усилия всех заинтересованных сторон должны быть направлены на устранение данного противоречия и формирование моделей поведения, предполагающих более активное участие индивида в реализации самосохранительных установок.

### Список литературы References

1. Андреев Е., Кваша Е., Харьков Т. 2014. Продолжительность жизни в России: восстановительный рост. Демоскоп Weekly. Электронная версия бюллетеня «Население и общество», 621-622. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0621/demoscope621.pdf> (10 февраля 2017).
2. Андреев Е., Кваша Е., Харьков Т. 2014. Life expectancy in Russia: recovery growth. Demoscope Weekly. The electronic version of the Bulletin «Population and society», 621-622. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2014/0621/demoscope621.pdf> (accessed 10 February 2017). (in Russian)
3. Антонов Г. В. 2013. Демографические установки населения и факторы их формирования. Научный диалог. История. Социология. Экономика. 1(13): 133-153.
4. Antonov G. V. 2013. The demographic attitudes of the population and factors of their formation. Scientific dialogue. History. Sociology. Economy. 1(13): 133-153. (in Russian)
5. Журавлева И.В. 2006. Отношение к здоровью индивида и общества. М., Наука, 238.
6. Zhuravleva I. V. 2006. The attitude to health of individual and society. Moscow, Nauka, 238. (in Russian)
7. Колбасина К.Ю., Алимпиева А.В. 2012. Установка студентов вуза на самосохранительное поведение в отношении питания: опыт эмпирического исследования. Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта, 11: 69-73.
8. Kolbasina K. Yu., Alimpiev V. A. 2012. Installation of University students on health behavior in relation to nutrition: experience of empirical research. Bulletin of Baltic Federal University. I. Kant, 11: 69-73. (in Russian)
9. Магун В.С. 2013. Об источниках диспозиционно-поведенческих рассогласований. В кн.: Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности : Диспозиционная концепция. М., ЦСПиМ: 150-157.
10. Magoon V. S. 2013. About the sources of dispositional-behavioral mismatches. In the book: Self-regulation and forecasting of social behavior of personality : Dispositional concept. Moscow, CSPiM: 150-157. (in Russian)
11. Рамонов А.В. 2012. Анализ статуса здоровья населения России с использованием интегральных показателей. Социологические исследования, 3: 104-116.
12. Ramonov A. V. 2012. Analysis of the health status of the population of Russia with the use of integrated indicators. Sociological studies, 3: 104-116. (in Russian)
13. Симеева И.Н., Алимпиева А.В. 2011. Охрана здоровья и образование: институциональный подход. Ч. 2. Калининград, Балтийский федеральный университет им. И. Канта, 2011, 162.
14. Simaeva I. N., Alimpiev A. V. 2011. Health and education: an institutional approach. Part 2. Kaliningrad, Baltic Federal University. I. Kant, 2011, 162. (in Russian)
15. Узнадзе Д.Н. 2004. Общая психология. М., Смысл; СПб., Питер, 413.
16. Uznadze D. N. 2004. General psychology. M., Sense, SPb., Piter, 413. (in Russian)