

*А.А. Ковалева*

### САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ В СИСТЕМЕ ФАКТОРОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

*Рассматривается значение самосохранительного поведения как фактора, оказывающего влияние на состояние здоровья. Особое внимание уделяется анализу таких факторов, как условия жизни, социально-экономические различия, экология, психологические факторы. Подробно описываются эмпирические показатели самосохранительного поведения молодежи, а также его связь со здоровым образом жизни. Дается определение типов культуры и направленности самосохранительного поведения. Описаны социологические исследования, проведенные в 2006–2007 гг. в Мурманской области, обобщены и проанализированы полученные данные.*

**Ключевые слова:** социология медицины, здоровье, болезнь как социальный феномен, самосохранительное поведение молодежи

**Key words:** sociology of medicine, health, illness as social phenomenon, self-care behavior of youth

Актуальность социологического осмысления самосохранительного поведения обусловлена тем, что в настоящее время проблемы здоровья населения приобретают особую значимость. Здоровье является интегрированным показателем биологических, социокультурных и экономических процессов, происходящих в обществе. Его роль велика в развитии как отдельной личности, так и общества в целом.

Здоровье может рассматриваться как междисциплинарная проблема, поскольку является интегральным понятием, отражающим качество жизни населения. Такой сложный феномен служит объектом исследования ряда наук и научных направлений, каждое из которых занимает свою «нишу». Как отмечает И.В. Журавлева, «здоровье населения — комплексный социально-гигиенический и экономический показатель, который интегрирует биологические, демографические и социальные процессы, свойственные человеческому обществу» (Журавлева 1998: 484).

До сих пор не существует однозначных определений понятий здоровья и болезни, хотя они являются основными категориями медицины и здравоохранения. Ключ к пониманию природы и характера здоровья и болезней лежит в проблеме соотношения социального и биологического в человеке. Здоровье сегодня рассматривается и как условие, и как одна из конечных целей социально-экономического развития, поэтому данному понятию должно быть придано статус социологической категории.

Проблемами здоровья и нездоровья в рамках социологии здоровья и болезни занимались многие известные классики социологии. Данная область научного знания включает широкий тематический спектр: концепция стигматизации Гоффмана, рассмотрение профессиональных особенностей здравоохранения Фрейдсона, социальных установок к вопросам смерти (П. Хендел, В. Мерфи), медицины как института социального контроля (Д. Такейт). В данный спектр входит концепция роли больного (*sick role*) Т. Парсонса. Определенный уровень здоровья, по мнению Т. Парсонса, является потребностью для общества, необходимым условием его существования. При этом Парсонс рассматривал роли врача и пациента как нормативные структуры. Проблемы здоровья и болезни связаны в его концепции с сохранением способностей членов общества выполнять свои роли. Эти способности имеют как физический аспект, так и мотивационный, которые тесно взаимосвязаны, «болезнь определена и биологически, и социально». Болезнь опасна для социальной системы, поскольку оказывает влияние на социальное равновесие. Ее можно рассматривать как один из способов уклонения от выполнения социальных обязанностей. Для того чтобы справиться с болезнью, необходим институт здравоохранения, который включает в себя постоянное воспроизведение «роли врача» и «роли больного».

Болезнь можно рассматривать как социальный феномен. Следствием такого понимания болезни является то, что индивид, сталкиваясь с болезнью, принимает на себя определенную роль — «роль больного». Данное понятие рассматривалось в работе Т. Парсонса «Социальная система». Данная концепция основывается на том, что болезнь является, по сути, социальным феноменом. Т. Парсонс понимал болезнь в большей степени как социальный статус, приписываемый индивиду. При этом статус оказывает воздействие на отношение личности с социальной группой, к которой она принадлежит, а также на отношение к ней общества в целом. «Роль больного» складывается как социальные ожидания и нормы, т. е. как общественная реакция на возникший статус больного. Другими словами, доказательством существования «роли больного» Т. Парсонс считал «существование ряда институциональных ожиданий и соответствующих мнений и санкций» (Parsons 1951). С одной стороны, «роль больного» обеспечивает человеку освобождение от ответственности, «он находится в положении, при котором о нем нужно заботиться» (Там же). С другой стороны, «роль больного» может стать привлекательной для человека. Т. Парсонс пишет, что привилегии и выгоды могут стать объектами «вторичной выгоды», которые положительно мотивируют пациента, обычно подсознательно, на получение или сохранение роли больного. Приобретение «роли

больного» может привести либо к необходимости заботиться о здоровье, либо к стремлению сохранить данную роль, потому что индивид, находящийся в «роли больного», имеет определенные выгоды и привилегии.

Индивид, обладающий хорошим состоянием здоровья, имеет больше возможностей повысить свой социальный статус, чем индивид, чье состояние здоровья характеризуется наличием заболеваний или патологий, вследствие чего у индивида возникает необходимость принятия определенных мер с целью изменения сложившейся ситуации. При этом существует несколько путей: самостоятельное лечение, обращение к нетрадиционной медицине, обращение к альтернативным формам помощи (аптека, родственники, знакомые), обращение к специалисту и т. д.

Первостепенная значимость социальных условий в формировании здоровья населения является сегодня специальным предметом внимания и исследования представителей многих научных направлений. А.В. Рубцов отмечает, что как за рубежом, так и в нашей стране имеются многочисленные убедительные доказательства социальной обусловленности здоровья, как по мере развития общества социальная сущность человека оказывает влияние, а зачастую и приводит к изменению его биологической природы (Рубцов 2005: 18). Многие тенденции развития общества не ориентированы на поддержание нормальных функций человеческого организма. Неблагоприятные сдвиги в здоровье зачастую связаны с низкой гигиенической, валеологической, экологической грамотностью, а также с поведенческой пассивностью.

Проблема сохранения здоровья населения является весьма острой. Как показывают исследования, на здоровье человека существенное влияние оказывают различные факторы: социальные, политические, экономические, экологические, психологические. Взаимодействуя между собой и усиливая тем самым друг друга, они при определенных условиях могут нанести ощутимый урон национальному генофонду.

Костин А.И. считает, что огромную роль в состоянии здоровья человека играют его условия жизни. «Условия жизни — это совокупность природных, производственных, экономических, социально-политических, социокультурных, этнических, психологических и других факторов, которые необходимы для поддержания здоровья и воспроизводства жизни индивида» (Костин 2005: 59). Для конкретного человека совокупность социально-гигиенических и социально-экономических факторов проявляется в виде условий его труда, отдыха, питания, реальных доходов, благоустройства его места проживания, образования, физического воспитания, уровня общей и санитарной культуры и т. д.

Значимыми факторами неравенства в здоровье являются социально-экономические различия. Неравенство населения в жизненных стандартах зачастую определяет неравенство и в использовании достижений медицины, что приводит к отсутствию возможности бороться с отклонениями от здоровья. Различия в жизненных условиях формируют неодинаковые возможности адаптации, способность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками.

Кроме того, на здоровье человека оказывают значимое влияние факторы окружающей среды. В настоящее время мы наблюдаем проблемы антропологического загрязнения внешней среды, которые стали результатом биологической направленности человеческой деятельности. Многочисленные изучения характера и степени влияния антропогенных деструктивных факторов среды на здоровье позволили выявить основные из них, такие как загрязнение атмосферного воздуха и наличие вредных веществ в основных продуктах питания. Велико и противоречиво влияние научно-технического прогресса на здоровье населения. Вследствие увеличения техногенного воздействия результаты человеческой деятельности формируют окружающую среду человека. Это понятие охватывает окружение физическое, биологическое, социально-экономическое. В данном контексте к болезням, связанным с отрицательными последствиями быстрых научно-технических изменений, относят заболевания, являющиеся следствием прямого воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды на организм человека. В то же время научно-технический прогресс оказывает глубокое влияние на здравоохранение. Появляются новые методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, что подняло медицину во многих странах на качественно иную ступень.

Важнейший фактор, оказывающий влияние на здоровье, — образ жизни, под которым понимается «устойчивый, сложившийся в конкретных общественно-экологических условиях способ жизнедеятельности человека» (Рубцов 2005: 18). Следует подчеркнуть, что образ жизни не тождественен условиям жизни. Материальные и нематериальные факторы опосредованно влияют и обуславливают образ жизни, но выбор его определяется индивидом в силу жизненных установок последнего. Имея определенный образ жизни, индивид может наносить непоправимый вред или, наоборот, приносить пользу своему здоровью. Это может определяться как внешними факторами, так и жизненными установками.

Категория «здоровье» находится в тесной связи с категорией «адаптация». Связь заключается в том, что здоровье рассматривают как форму приспособления, адаптации организма человека к условиям окружающей среды, взаимодействия с ней как с биосоциосистемой на основе всех уровней адаптации. Так, А.И. Костин отмечает, что «...здоровье, таким образом, предстает как процесс поддержания состояния биогенетического, психологического, физического и социального благополучия, при котором системы организма человека взаимно уравновешены, а также адаптированы к социальной и природной среде при отсутствии болезней и физических недугов» (Костин 2005: 61).

В России в связи с распространением рыночных отношений появился феномен дезадаптации личности, с которой связаны высокая социальная и территориальная миграция, снижение социальной активности, потеря социальных связей и ухудшение всех показателей здоровья населения.

Главнейшей причиной многих болезней является стресс, т. е. воздействие психологического фактора. В настоящее время происходит быстрое

нарастание социальных изменений, однако биологические процессы меняются крайне медленно. Это вызывает множество так называемых болезней цивилизации. Можно также отметить, что к факторам ухудшения здоровья россиян в конце XX в. относятся распад системы всеобщего бесплатного здравоохранения, перенос ответственности за здоровье с государственных структур на самих граждан, ухудшение качества жизни, сокращение затрат на медицину и социальную поддержку. Таким образом, как отмечает В.С. Шувалова, для России приобретают остроту вопросы сохранения здоровья общества в целом «в силу необходимости предотвращения деградации нации, обеспечения заботы о молодом поколении и поиска внутренних резервов поддержания здоровья, так как влияние внешних защитных факторов (экономических, социально-политических) ослабло» (Шувалова 2000: 75).

В каждой стране с учетом своих социально-экономических и национально-этнических особенностей разрабатывается и создается инфраструктура первичной медицинской помощи и системы формирования здорового образа жизни, а также контроля и за ее деятельностью, и за конечным результатом — здоровьем населения. И здесь нельзя не учитывать роль самосохранительного поведения как фактора, обуславливающего состояние здоровья. Самосохранительное поведение понимается как поведение, направленное на сохранение и поддержание здоровья, а также как совокупность сознательно совершаемых действий, детерминированных потребностью сохранения оптимальных параметров собственной жизнедеятельности. И.Б. Назарова считает, что «самосохранительное поведение — это не только своевременное обращение за квалифицированной помощью, но и определенный стиль жизни, предполагающий активные занятия физкультурой, отказ от курения и алкоголя, регулярные профилактические наблюдения» (Назарова 1998: 246). Понятие «самосохранительное поведение» включает в себя несколько составляющих: знания о человеке, о его психологических и физиологических характеристиках; самопознание, самоанализ собственного здоровья в соответствии с образом жизни, возрастом и т. д.; сила воли, желание реализовать свое сознание в повседневное самосохранительное поведение. Таким образом, в целом самосохранительное поведение означает определенный уровень осведомленности, компетентности индивида в области социальной валеологии, степень соответствия поступков человека требованиям здорового образа жизни.

Исследования самосохранительного поведения начались на Западе в начале 1970-х гг. и проводились в русле так называемой политики обеспечения здоровья (health promotion). Она была ориентирована на формирование у граждан осознания собственной активной позиции в создании условий, которые способствовали бы сохранению здоровья. Эта политика должна была заменить существовавшую пассивную роль населения в сфере здоровья, которая сводилась к приему лекарств. То есть был осуществлен радикальный концептуальный переход в политике здравоохранения от рассмотрения граждан как пассивных потребителей медицинских услуг к осознанию ими собственной активной позиции в создании условий, которые способствовали бы сохранению здоровья.

У нас в стране исследование самосохранительного поведения началось в 1980-х гг. Больших результатов в данной области добились социологи Института социологии РАН и МГУ (А.И. Антонов, И.В. Журавлева, Л.С. Шилова). Ими была разработана концепция самосохранительного поведения, система его показателей, комплекс факторов, влияющих на него. Была проведена серия эмпирических исследований по единой программе и методике в ряде городов и республик бывшего СССР. Обнаружилась удивительно сходная структура самосохранительного поведения у людей, живущих в противоположных (север–юг) климатогеографических поясах, имеющих разные культурно-исторические традиции и различные уровни физического здоровья.

Проблема самосохранительного поведения заключена в несоответствии, порой резко выраженном противоречии между сознанием и поведением. Зачастую индивиды имеют потребность в здоровье, однако она не осмыслена применительно к конкретным обстоятельствам, т. е. потребности индивида не реализуются в его поведении в сфере здоровья.

Результатом самосохранительного поведения населения является тот или иной уровень состояния здоровья и продолжительности жизни. Поведение человека в отношении к своему здоровью есть важный фактор, оказывающий влияние на физическое и психическое состояние, так как при сходных экологических, генетических, бытовых и других условиях люди чаще всего имеют разное здоровье.

С понятием самосохранительного поведения связано понятие культуры самосохранения. Л.С. Шилова пишет, что культура самосохранения ставит здоровье на высочайший уровень в личностной структуре жизненных ценностей, определяет активность в отношении к здоровью; исключение из жизни факторов риска заболеваний через грамотность и информированность позволяет нейтрализовать генетическую предрасположенность к заболеваниям, снабжает человека навыками поддержания здоровья и максимальной продолжительности жизни (Шилова 1999: 84). Формирование культуры самосохранения является одной из постоянных целей социальной политики в сфере здравоохранения.

Самосохранительное поведение включает в себя внимание к собственному здоровью, способность обеспечить индивидуальную профилактику его нарушений, сознательную ориентацию на здоровый образ жизни. Самосохранительное поведение характеризуют занятия физической культурой и спортом, отношение к алкоголю и курению, поведение в случае заболевания, обращаемость в медицинские учреждения за советами, в том числе профилактическими, уровень удовлетворенности состоянием своего здоровья, степень активности в поддержании здоровья. Важнейшей детерминантой мотивации личности на самосохранительное поведение являются социальные ценности здоровья и здорового образа жизни, при этом они должны быть фундаментальными, а не инструментальными. Здоровье должно восприниматься как цель, а не как средство. Ориентация на здоровый образ жизни в большей степени оказывает влияние на состояние здоровье индивида, позволяя зачастую нейтрализовать воздействие других факторов

(наследственность, окружающая среда, положение на социальной лестнице и др.). Самосохранительное поведение соотносится с такими видами поведения, как контактное, образовательное, репродуктивное, потребительское, курительное, алкогольное и пр.

Направленность самосохранительного поведения может быть как позитивной, так и негативной. Позитивная направленность предполагает наличие стремления сохранить и укрепить здоровье, негативная — его разрушить. Позитивная направленность поведения в сфере здоровья в большей степени соответствует здоровому образу жизни и предполагает внимание к своему здоровью, отсутствие вредных привычек, занятия спортом, высокий уровень осведомленности о возможных заболеваниях, обращение за советами в медицинские учреждения. При этом важным является обращение к врачам не только в крайних случаях и при возникновении серьезной болезни, а за профилактикой заболеваний. Негативная направленность поведения может выражаться как в осознанных действиях (например, когда здоровьем жертвуют ради того, чтобы не потерять престижную работу), так и в неосознанных (поведение человека при плохой информированности о симптомах заболеваний, о влиянии вредных привычек).

Реформы 1990-х гг. оказали в основном негативное воздействие на стратегии поведения населения в отношении здоровья. Среди основной массы населения расслоение по уровню доходов отразилось в первую очередь на условиях поддержания здоровья. «При низкой культуре самосохранения и инструментальной ценности здоровья массовой стратегией поведения в отношении здоровья стала его эксплуатация» (Шилова 2000: 136). В настоящее время по результатам некоторых исследований можно сделать заключение о чрезвычайно низкой фактической ценности здоровья, к тому же еще имеющей инструментальный, а не самоценный характер (здоровье, необходимое для чего-то более важного); о низкой культуре самосохранения и ответственности за собственное здоровье и здоровье близких. В большинстве своем люди начинают заботиться о здоровье только после его фактического или ожидаемого ухудшения или по совету врача (Журавлева 1998: 488). Кроме того, по причине введения платных услуг и их недоступности некоторым категориям граждан население вынуждено отказываться от качественных медицинских услуг и зачастую не в состоянии выполнить все предписания врача вследствие высокой цены на лекарства.

Общероссийские тенденции, связанные с ухудшением показателей состояния здоровья практически всех групп населения, обостряются за счет проживания населения в неблагоприятных природно-климатических условиях Кольского Севера. В этой связи необходимым становится социологическое осмысление представлений различных социальных групп о здоровье и здоровом образе жизни в пределах данного региона.

Эмпирическое исследование представлений населения о здоровье и здоровом образе жизни, которое носит пилотажный характер, было проведено в 2007 г. в г. Апатиты Мурманской области. Объектом исследования являются жители г. Апатиты в возрасте от 18 лет, а также врачи различной специализации.

ции, имеющие стаж работы более 20 лет. Анализу подлежат представления людей в возрасте старше 18 лет, так как это та часть населения, у которой уже сложились определенные установки в сфере здоровья.

Методом сбора первичной социологической информации был опрос. Жители г. Апатиты были опрошены с применением анкет. Исследование носило выборочный характер. Всего приняли участие 150 человек. При опросе врачей использовался метод полужурнализованного интервью. В ходе исследования было опрошено 7 врачей различной специализации, имеющих стаж работы от 20 до 46 лет.

При анализе представлений населения о здоровье и отношения к здоровью необходимо учитывать самооценку состояния здоровья. Каждый второй респондент оценивает свое здоровье как удовлетворительное, а 24 % жителей г. Апатиты считают, что вполне здоровы, при этом соотношение мужчин и женщин одинаково. Следует отметить, что больше половины респондентов (86,2 %), считающих себя вполне здоровыми, все же волнуют проблемы со здоровьем.

Больше половины опрошенных считают, что для сохранения здоровья важно вести здоровый образ жизни, из них 56,5 % — женщины. Следует также подчеркнуть, что больше половины респондентов, которые осознают важность здорового образа жизни, считают свой образ жизни здоровым. С целью поддержания и сохранения своего здоровья относительно большинство респондентов (40,3 %) воздерживаются от вредных привычек, своевременно обследуются у врача лишь 13,4 % опрошенных, из них 35 % считают свое здоровье слабым. Своевременно обследоваться у врача склонны в большей степени респонденты в возрасте от 30 до 49 лет. Что касается респондентов старше 50 лет, то из них лишь 5,3 % своевременно наблюдаются у врача, тогда как среди молодежи этот процент гораздо выше — 17,1. Рассматривая связь с гендерной принадлежностью, можно предположить, что не существует зависимости между полом респондента и своевременным обследованием у врача с целью сохранения своего здоровья. Достаточно высокий процент опрошенных не предпринимают никаких мер с целью сохранения своего здоровья. При этом не заботятся о своем здоровье как женщины, так и мужчины (46,7 и 53,3 % соответственно). Большинство из них (86,7 %) считают состояние своего здоровья удовлетворительным.

Предпринимая различные меры с целью сохранения своего здоровья, респонденты основываются преимущественно на личном опыте, однако достаточно высокая доля опрошенных полагаются на рекомендации врачей (35,1 %), преимущественно женщины.

При анализе отношения к здоровью необходимо учитывать, что именно респонденты понимают под здоровым образом жизни. В большинстве случаев здоровый образ жизни ассоциируется с отсутствием вредных привычек, сбалансированным питанием и занятиями спортом. Кроме того, небольшая часть респондентов отметили, что в понятие «здоровый образ жизни» входит материальное благополучие. Можно предположить, что данной части опрошенных зачастую недоступны возможности заботиться о своем здоро-



вье (занятия спортом, прием витаминов и т. д.). Это подтверждается тем, что данные респонденты оценили свой уровень доходов как низкий. Наблюдение у врача в качестве составляющей здорового образа жизни отметили лишь 7,3 % респондентов, соотношение мужчин и женщин при этом одинаково. Однако из тех, кто отметил важность наблюдения у врача, ни один респондент не обращается к врачу с целью профилактики, что позволяет сделать предположение о несоответствии мнений респондентов и их реального поведения.

Рассматривая самооценку образа жизни, следует подчеркнуть, что достаточно высокий процент молодежи (41) не могут назвать свой образ жизни здоровым. Среди респондентов среднего поколения процент согласившихся с тем, что ведут здоровый образ жизни, и процент не согласившихся с этим одинаков (42,3). Респонденты старше 50 лет склонны определять свой образ жизни как здоровый. Следовательно, можно предположить, что чем старше респондент, тем он в большей степени склонен оценивать свой образ жизни как здоровый.

Важным показателем отношения к здоровью является поведение во время болезни. Каждый второй респондент в случае болезни предпочитает лечиться самостоятельно, однако достаточно высокий процент (24,7) опрошиваемых обращается к врачу. Респонденты старше 50 лет склонны лечиться самостоятельно (48,2 %), достаточно высока доля тех, кто обращается к врачу (32,1 %), многие предпочитают обращаться в аптеку. Что касается респондентов от 18 до 29 лет, каждый второй из них лечится самостоятельно. Процент респондентов среднего возраста, которые предпочитают лечиться самостоятельно, выше (67,3). Таким образом, можно предположить, что респонденты трудоспособного возраста предпочитают не обращаться к врачу, поскольку заболеваемость среди респондентов этой категории ниже, чем среди старшего поколения, но в то же время они чувствуют меньше ответственности за свое здоровье, чем молодежь.

В зависимости от заинтересованности проблемами здоровья и поведения во время болезни можно выделить типологию респондентов по их отношению к здоровью и описать характеристики этих групп. Респондентов можно разделить на 2 крайних типа, которые условно можно назвать как «внимательно относящиеся к здоровью» и «невнимательно относящиеся к здоровью».

**Внимательных к своему здоровью** респондентов волнуют проблемы со здоровьем, и во время болезни или недомогания они обращаются к врачу (20 % от всех опрошенных). Большинство респондентов, которые ответственно относятся к своему здоровью, — представители старшего поколения, в основном женщины, респонденты со средним специальным и высшим образованием. В эту группу в основном входят рабочие и пенсионеры. Среди мер, которые предпринимают респонденты с целью сохранения своего здоровья, выделяются воздержание от вредных привычек, прогулки и внимание к качеству питания, при этом относительное большинство респондентов основываются на рекомендациях врачей. Здоровый образ жизни ассоциируется

прежде всего с отсутствием вредных привычек, сбалансированным питанием и соблюдением режима дня. Большинство респондентов оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное и считают свой образ жизни здоровым. При этом 10 % респондентов оценили состояние своего здоровья как очень слабое.

К типу *невнимательно относящихся к здоровью* принадлежат респонденты, которых не волнуют проблемы здоровья и которые в период болезни ничего не делают, ждут, когда она пройдет сама (0,7 %). Выделим промежуточные типы.

К *первому промежуточному типу* относятся респонденты, которых в некоторой степени волнуют проблемы здоровья и которые во время болезни или недомогания обращаются к альтернативным формам помощи (знахарям, родственникам, знакомым, в аптеку). В эту группу входят 7,3 % опрошенных, соотношение мужчин и женщин примерно одинаково. Склонны обращаться к альтернативным формам помощи в основном респонденты старшего поколения (54,4 %), а также молодежь. Относительное большинство респондентов в этой группе имеют среднее профессиональное образование, каждый второй — рабочий. Относительное большинство опрошенных оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное, однако в данной группе нет респондентов, которые оценивали бы состояние своего здоровья как очень слабое. Больше половины респондентов не считают свой образ жизни здоровым. Рассматривая меры, которые предпринимают респонденты с целью сохранения своего здоровья, следует отметить, что относительное большинство опрошенных принимают витамины или биологически активные добавки, а также ведут активный образ жизни, при этом каждый второй основывается на личном опыте. Здоровый образ жизни ассоциируется в первую очередь с рациональным питанием, физическим тонусом и соблюдением режима дня.

Ко *второму промежуточному типу* относятся те респонденты, которых время от времени волнуют проблемы здоровья, но в период болезни они предпочитают лечиться самостоятельно. Эта группа самая многочисленная. В нее входит 24,7 % опрошенных. Следует отметить, что нет выраженной тенденции, касающейся распределения представителей данного типа по полу. Так, соотношение мужчин и женщин, демонстрирующих рассматриваемый тип отношения к здоровью, практически одинаково. Что касается возраста, то почти половина респондентов в этой группе старше 50 лет (43,2 %), каждый второй имеет высшее образование. В этой группе одинаковое соотношение респондентов — специалистов с высшим образованием и рабочих. Большинство оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное, каждый второй считает свой образ жизни здоровым. Среди мер, которые предпринимаются с целью сохранения здоровья, чаще отмечаются ведение активного образа жизни и прогулки на свежем воздухе, при этом в большинстве случаев респонденты основываются на личном опыте. Здоровый образ жизни ассоциируется в большей степени с отсутствием вредных привычек, сбалансированным питанием и занятиями спортом.

Таким образом, сравнивая данные типы, можно сделать предположение, что существует связь между самооценкой состояния здоровья и отношением к здоровью, поскольку все респонденты, оценивающие состояние своего здоровья как «очень слабое», относятся к типу «внимательно относящихся к своему здоровью». Можно также предположить, что отсутствует связь между полом респондента и принадлежностью к тому или иному типу отношения к здоровью. Что касается возраста, то доля молодежи выше в первом промежуточном типе, т. е. молодежь в большей степени склонна обращаться к альтернативным формам помощи в случае болезни. Процент респондентов в возрасте от 30 до 49 лет практически одинаков среди «внимательно относящихся к здоровью» и во втором промежуточном типе, т. е. часть респондентов среднего возраста все же заботятся о своем здоровье. По мнению врачей, *«вот этот вот слой, у кого дети сейчас школьного возраста, и студенты, они на свое здоровье совсем не обращают внимания, потому что им нужно зарабатывать деньги»*. Итак, наблюдается несовпадение мнений врачей относительно активности населения в сфере здоровья и отношения к здоровью со стороны населения.

Примерно одинаковая доля респондентов в возрасте от 50 лет и старше относится к типу «внимательно относящихся к здоровью» и к первому промежуточному типу, что позволяет сделать предположение, что респонденты предпенсионного и пенсионного возраста склонны либо обращаться за помощью к врачам, либо пользоваться альтернативными формами помощи, а не лечиться самостоятельно.

Врачи отмечают, с одной стороны, что к ним обращаются даже здоровые люди с целью подтверждения хорошего состояния здоровья, с другой стороны, что пациенты к ним обращаются только когда уже больны. Кроме того, наблюдается противоречие в оценках активности населения относительно заботы о своем здоровье в советский период и в настоящее время. Врач функциональной диагностики отмечает, что *«в большинстве люди мало думали о своем здоровье»*, а по мнению другого врача, *«раньше больше люди занимались спортом и активнее оздоравливались, чем сейчас»*. В целом следует отметить, что, по мнению специалистов, большую роль в сохранении здоровья играла государственная политика, однако при этом все меры по поддержанию здоровья воспринимались формально и не до конца понималась их значимость.

Важно подчеркнуть, что врачи обращают внимание на рост среди молодежи заболеваемости, особенно сердечно-сосудистых заболеваний, что приводит к повышению частоты обращаемости в медицинские учреждения, однако при этом пациенты, по оценкам врачей, *«... стараются обходиться без больничных листов, без лечения. Боятся люди работу потерять»*. Данное обстоятельство позволяет сделать предположение, что здоровье является в большей степени инструментальной ценностью для населения, служит средством для достижения других целей. Пытаясь оставаться конкурентоспособным, в частности, на рынке труда, человек вынужден жертвовать своим здоровьем.

Культуру самосохранительного поведения можно разделить на высокую и низкую. Высокий уровень культуры самосохранения предполагает ориентацию на здоровый образ жизни. В данном исследовании высокий уровень культуры измерялся такими показателями, как заинтересованность в решении проблем здоровья, наличие мер, направленных на сохранение здоровья, обращение к врачу во время болезни и с целью профилактики. К рассматриваемому типу можно отнести 10 % опрошенных, в основном это мужчины, преобладающая возрастная группа — респонденты старше 39 лет. Что касается отношений с врачами, респонденты с высокой культурой самосохранительного поведения отметили, что, конечно, врач несет полную ответственность за их здоровье, но в то же время они сами участвуют в принятии решений относительно лечения.

Низкая культура самосохранительного поведения не была выявлена, так как в целом по массиву лишь 3,3 % опрошенных не озабочены проблемами здоровья. Рассматривая преобладающие элементы низкой культуры самосохранительного поведения (отсутствие мер по сохранению здоровья, необращение к врачам в случае болезни и обращение к ним лишь в крайних ситуациях), следует отметить, что они характерны для 8,7 % опрошенных. Это в основном мужчины, большинство респондентов в возрасте от 39 до 50 лет. Подавляющее большинство респондентов считают, что врач несет полную ответственность за их здоровье, в то же время они участвуют в принятии решений относительно лечения.

Особую актуальность в настоящее время приобретает социологическое осмысление моделей самосохранительного поведения молодежи, так как в составе населения заметно сократилась и продолжает уменьшаться численность людей молодого возраста, что ведет к значительному старению общества. Проблемой является то, что каждое следующее поколение обладает более плохим здоровьем, чем предыдущее. Ситуация усугубляется тем, что для молодежи характерно наличие вредных привычек. По данным социологического исследования, проведенного в 2006 г. среди школьников Мурманской области (Ковалева 2006: 63), 40,4 % старшеклассников признают, что курят, из них 36,4 % делают это каждый день, 9,6 % курят 20 и более раз в день. Что касается другой вредной привычки — употребления алкоголя, то больше половины опрошенных ответили, что употребляют алкоголь. Наиболее опасной вредной привычкой, на наш взгляд, является употребление наркотиков. Отношение к наркотикам также измерялось в ходе опроса. 13,9 % из опрошенных юношей и 8,8 % девушек отметили, что пробовали наркотики.

Кроме того, на основании факта неразвитости системы отдыха и оздоровления детей и молодежи, массового занятия физкультурой и спортом можно прогнозировать дальнейшее снижение уровня здоровья молодежи и населения в целом. Молодежь является в настоящее время одной из самых социально уязвимых частей населения, в связи с чем актуальным следует считать изучение самосохранительного поведения молодежи. В условиях социально-экономических преобразований подрастающее поколение оказа-

лось одной из наименее защищенных групп населения, что привело к обострению таких проблем, как беспризорность, безнадзорность, проституция, алкоголизм и наркомания, преступность, суицид и пр. Снижение качества жизни, хронические стрессы, отсутствие культуры здорового образа жизни, неопределенность личных перспектив приводят и к ухудшению физического здоровья подростков, и к социальному неблагополучию, неготовности к вступлению в самостоятельную жизнь, отказу от традиционных социальных ценностей. Таким образом, здоровье молодого человека определяет уровень, на который он выйдет и как индивид, и как личность.

### **Литература**

Бовина И.Б. Представления о здоровье и болезни в молодежной среде // Вопросы психологии. 2005. № 3. С. 90–97.

Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002.

Дробижева Л.М. Ценность здоровья и культура нездоровья в России // Безопасность Евразии. 2004. № 1. С. 33–43.

Журавлева И.В. Здоровье населения как междисциплинарная проблема: Становление социологии здоровья // Социология в России / Под ред. В.А. Ядова. М.: ИС РАН, 1998. С. 484–489.

Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. М.: ИС РАН, 2002.

Журавлева И.В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социологические исследования. 2000. № 5. С. 66.

Ковалева А.А. Представления о здоровье и самосохранительное поведение в молодежной среде (к постановке вопроса) // IX Региональная научная конференция КФ ПетрГУ: Тез. докл. Апатиты, 2006. С. 63–64.

Костин А.И. Демографические проблемы и здоровье человека в политике глобальных изменений // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 12. Политические науки. 2005. № 4. С. 59.

Назарова И.Б. Субъективные и объективные оценки состояния здоровья населения // Социологический журнал. 1998. № 3, 4. С. 246–249.

Рубцов А.В. Здоровье как социальная ценность // Экономика здравоохранения. 2005. № 1. С. 18.

Шилова Л.С. Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5. С. 84.

Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Там же. 2000. № 11. С. 136.

Шилова Л.С. Подростки и молодежь в России — перспективная группа распространения социальных заболеваний // Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики / Под ред. Л.С. Шиловой, Л.В. Ясной. М.: ИС РАН, 2000. С. 111–143.

Шувалова В.С., Шиняева О.В. Здоровье учащихся и образовательная среда // Социологические исследования. 2000. № 5. С. 75.

Parsons T. The Social System // <http://www.mdx.ac.uk/www/study/xpar.htm>.