

Модели самосохранительного поведения населения: подходы к изучению и опыт построения



**Александра Владимировна
КОРОЛЕНКО**

Вологодский научный центр РАН
Вологда, Российская Федерация, 160014, ул. Горького, д. 56а
E-mail: coretra@yandex.ru

Аннотация. По мере того как страны совершают эпидемиологический переход, неизбежно возрастает вклад в формирование здоровья населения поведенческих факторов риска, которые все чаще несут в себе вызовы низкой физической и медицинской активности, нарушения режима и рациона питания, несбалансированности труда и отдыха, потребления табака и алкоголя, высоких стрессовых нагрузок. В России ситуация осложняется незавершенностью эпидемиологического перехода, а также ростом заболеваемости и смертности от эндогенных и квази-эндогенных причин. Целью статьи стал анализ методологических подходов к изучению самосохранительного поведения и построение описывающих его моделей для населения Вологодской области. Отечественными учеными А.И. Антоновым, В.А. Борисовым, И.В. Журавлевой, Л.С. Шиловой, Г.И. Ивахненко, Т.В. Шушуновой, Е.А. Юговой предпринимались попытки выделения моделей самосохранительного поведения, учитывающих все или отдельные его элементы (потребности, установки, мотивы и действия), но не рассматривающих их в единой системе. Для конструирования моделей в представленном исследовании использовался метод «дерева» принятия решений с применением данных социологического опроса, что позволило выделить 8 возможных вариантов. Как выявлено, у 57% населения Вологодской области встречается стратегия, для которой характерно признание здоровья главной ценностью, наличие мотивации на заботу о нем и применение каких-либо здоровьесберегательных практик. Остальные содержат те или иные поведенческие риски: у 21% респондентов здоровье не входит в число жизненных приоритетов, у 15% отсутствует мотивация на ведение здорового образа жизни, а 29% не предпринимают

Для цитирования: Короленко А.В. Модели самосохранительного поведения населения: подходы к изучению и опыт построения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2018. Т. 11. № 3. С. 248–263. DOI: 10.15838/esc.2018.3.57.16

For citation: Korolenko A.V. Patterns of population's self-preservation behavior: research approaches and building experience. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2018, vol. 11, no. 3, pp. 248–263. DOI: 10.15838/esc.2018.3.57.16

никаких действий по сохранению и улучшению собственного здоровья. Установлено, что отсутствие здоровья в системе жизненных ценностей, низкая мотивированность на заботу о нем, пассивность в части применения мер самосохранения напрямую связаны с распространением саморазрушительных практик (употребление алкоголя, курение, неправильное питание и низкая физическая активность). На следующем этапе запланирован опрос жителей Вологодской области, результаты которого позволят углубить исследование за счет более подробного изучения моделей самосохранительного поведения на уровне отдельных групп, расширения спектра рассматриваемых поведенческих факторов риска.

Ключевые слова: самосохранительное поведение, социолого-демографический подход, модели поведения, поведенческие факторы риска.

Введение

За последние полвека большинство развитых государств мира продемонстрировали огромные успехи в борьбе с неинфекционными причинами смертности (главным образом с болезнями системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения, новообразованиями, внешними причинами), что позволило увеличить средний возраст смерти от данных классов причин, а также значительно повысить величину ожидаемой продолжительности жизни населения, тем самым осуществив «вторую эпидемиологическую революцию» [1].

Наблюдаемые тенденции снижения уровня смертности и роста продолжительности жизни населения объясняются с позиции концепции эпидемиологического перехода, который представляет собой исторически обусловленную смену одного типа патологии, определяющего характер заболеваемости и смертности населения, другим её типом, одной структуры болезней и причин смерти – другой. По мере того как на место инфекционных и паразитарных заболеваний в качестве ключевой причины заболеваемости и смертности населения приходят хронические неинфекционные болезни, неизбежно возрастает вклад в формирование здоровья поведенческих факторов риска, которые все чаще несут в себе вызовы низкой физической и медицинской активности, нарушения режима и рациона питания, несбалансированности труда и отдыха, потребления табака и алкоголя, высоких стрессовых нагрузок.

В России ситуация осложняется тем, что эпидемиологический переход, с одной стороны, носит незавершенный характер, то есть сохраняются черты «традиционной» струк-

туры патологии: остаются на высоком уровне показатели заболеваемости и смертности от инфекционных и паразитарных болезней, болезней органов пищеварения и дыхания, с другой стороны, наблюдается рост заболеваемости и смертности от эндогенных и квази-эндогенных причин (сердечно-сосудистых заболеваний, новообразований) [2, с. 475]. Однако если на снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и рака в последние годы государство обращает пристальное внимание: строятся современные кардиологические и онкологические центры, объявляются годы борьбы с данными заболеваниями (например, 2015-й – Год борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями), ежегодно проводятся крупные конференции и симпозиумы по данным вопросам, – то проблема смертности от внешних причин ввиду значительно меньших масштабов распространения уходит на второй план. В качестве приоритета здесь выступают преимущественно задачи снижения смертности от дорожно-транспортного травматизма [3, с. 896], но при всей важности этой причины она обуславливает лишь 10% всех смертей от внешних причин [2, с. 493]. Тогда как остальные внешние причины – повреждения с неопределёнными намерениями, самоубийства, убийства и отравления алкоголем – непосредственно характеризуют психосоциальное состояние общества и его отдельных индивидов [4, с. 51].

Как на федеральном, так и на региональном уровнях реализуются программы развития здравоохранения на 2014–2020 годы, в которых среди целевых индикаторов присутствуют

показатели смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, дорожно-транспортных происшествий и туберкулеза¹. По данным за 2017 г. целевые ориентиры федеральной Программы не были достигнуты лишь по показателю смертности населения от новообразований (превышение целевого на 1%), в то время как в Вологодской области – по двум показателям: смертности от болезней системы кровообращения (превышение целевого на 7%) и новообразований (превышение целевого на 6%; табл. 1). Таким образом, в настоящее время воздействие предпринимаемых административно-государственных мер по снижению смертности, при всей их масштабности, воздействие оказывается недостаточным для решения данной проблемы, что переносит «вектор» ее рассмотрения в область личной ответственности населения за собственное здоровье.

В этой связи особую актуальность приобретают вопросы изучения особенностей поведения, обуславливающего состояние здоровья и срок жизни индивида, с целью выявления его стратегий и возможностей управления ими. В научной среде этот вид демографического поведения получил название *самосохранительного*

поведения. Данный термин впервые стал употребляться в отечественной социологии и социологической демографии с начала 70-х гг. XX века (исследования А.И. Антонова, В.М. Медкова, В.А. Борисова, В.А. Зотина, Т.В. Лифарь, И.В. Журавлевой, Л.С. Шиловой, Е.Б. Бабина, М.С. Бедного, Л.В. Шибут) для описания готовности личности к сохранению собственной жизни и здоровья, к продлению существования вплоть до глубокой старости². В тот же период Ю.П. Лисициным, О.В. Гринициным, А.М. Изуткиным, И.Ф. Матюшиным в рамках медицинского подхода применялся термин «здоровый образ жизни» (или «образ жизни, содействующий укреплению здоровья»), отражающий особенности поведенческой активности человека в отношении собственного здоровья. Зарубежными специалистами поведение людей с целью самосохранения начинает изучаться в 1970-е гг. – сначала в рамках концепции «обеспечения здоровья» («health promotion») [5, с. 8], а позже появляются аналогичные термины: «здоровое поведение» (health behavior), «поведение, связанное со здоровьем» (health-related behavior), «здоровый стиль жизни» (healthy lifestyle) [6, с. 42-43; 7, с. 262-263].

Таблица 1. Целевые индикаторы снижения смертности в рамках реализации федеральной и региональной программ развития здравоохранения в 2014–2020 гг. по данным за 2017 г.

Целевые индикаторы снижения смертности (умерших на 100 тыс. чел. нас.)	Ожидаемый результат на 2017 г.	Фактический результат на 2017 г.	Выполнение
Россия			
Смертность от болезней системы кровообращения	663,0	584,7	✓
Смертность от дорожно-транспортных происшествий	11,2	10,1	✓
Смертность от новообразований (в т.ч. злокачественных)	194,4	196,9	✗
Смертность от туберкулеза	11,8	6,2	✓
Вологодская область			
Смертность от болезней системы кровообращения	712,8	762,8	✗
Смертность от дорожно-транспортных происшествий	8,5	7,4	✓
Смертность от новообразований (в т.ч. злокачественных)	200,5	213,3	✗
Смертность от туберкулеза	6,8	2,8	✓

¹ Развитие здравоохранения на 2014–2020 годы: государственная программа Российской Федерации: утв. пост. Правительства РФ от 15.04.2014 № 294 / Министерство здравоохранения Российской Федерации. URL: <http://www.gosminzdrav.ru/>; Развитие здравоохранения в Вологодской области на 2014–2020 годы: государственная программа: утв. пост. Правительства области от 28.10.2013 № 1112 / Департамент здравоохранения Вологодской области. URL: <http://depzdrav.gov35.ru/>

² Антонов А.И., Борисов В.А. Лекции по демографии: учебник. М. : Академический Проект; Альма Матер, 2011. С. 417.

В современных исследованиях в качестве синонимичных термину «самосохранительное поведение» используются следующие:

– «здоровоохранительное поведение» (М.В. Волкова [8]);

– «здоровьесберегающее поведение» (А.В. Зелионко [9], А.А. Шабунова, В.Р. Шухатович [10], Н.В. Яковлева [11]);

– «витальное поведение» (В.В. Юмагузин, Н.В. Винник [3]);

– «поведение, связанное со здоровьем» (Е.И. Рассказова, Т.Ю. Иванова [12]).

Кроме того, распространение получили термины, характеризующие противоположные самосохранению деструктивные практики в отношении собственного здоровья, такие как:

– «саморазрушительное поведение» (Т.В. Шипунова [13], В.Г. Резапкина [14]);

– «девиантный тип здравоохранительного поведения» (М.В. Волкова [8]).

Суть всех их, несмотря на разброс в понятийном аппарате, сводится к приоритету для индивидов ценности здоровья, мотивации и активной деятельности по его сбережению [15, с. 23].

Поскольку в современных условиях всё большую роль в детерминации заболеваемости и смертности населения начинает играть поведенческий фактор, связанный с отношением человека к собственному здоровью и продолжительности собственной жизни, представляется актуальным изучение индивидуальных характеристик и стратегий самосохранительного поведения. *Целью* данной работы стал анализ методологических подходов к изучению самосохранительного поведения и построение описывающих его моделей для населения Вологодской области с учетом неразрывной взаимосвязи всех его компонентов.

Теоретические аспекты исследования

В научной среде самосохранительное поведение (ССП) изучается в рамках *медицинского, психологического и социолого-демографического подходов*. Медицинский подход приравнивает данный тип поведения к здоровому образу жизни (гигиеническому или санитарному поведению), т.е. деятельности личности, отдельных групп людей, наиболее характерной для кон-

кретных социально-экономических, политических, экологических и прочих условий, направленной на сохранение и улучшение, укрепление здоровья [16]. Приверженцы этого подхода видят в качестве ключевого компонента ССП *медицинскую активность*, тогда как остальные параметры признают вторичными, соподчиненными ей (*табл. 2*). В медицинском подходе учитываются не мотивы и ценности самосохранения, а лишь сама здоровьесберегательная деятельность индивида.

В социальной психологии самосохранительное (здоровьесберегающее) поведение трактуется с трех позиций: 1) как акт принятия решения; 2) как стадийный процесс; 3) как деятельность. Чаще всего оно рассматривается как специфическая регуляционная деятельность по обеспечению оптимального для личности уровня индивидуального здоровья [11]. В рамках первого направления зарубежными исследователями М. Бекером и Л. Майманом ещё в 1970–1980-е гг. была разработана *модель представлений о здоровье (health belief model)*. Она описывает поведение субъекта как результат сложения индивидуальных знаний, связанных со здоровьем: воспринимаемого риска, представления о серьезности проблемы, возможных выгод и препятствий на пути принятия данного образца поведения [17]. Ключевыми компонентами *модели планируемого поведения (model of planned behavior)* М. Фишбайна и А. Айзена становятся оценка ожиданий, обоснованность действия, нормы, которыми руководствуется субъект, контроль воспринимаемого поведения [18].

К наиболее популярным моделям, рассматривающим самосохранительное поведение как стадийный процесс, относятся *модель принятия мер предосторожности* Н. Вайнштейна и П. Сэндмена (*precaution adoption process model*) [19] и *транстеоретическая модель изменений поведения* Дж. Прохазки и К. ДиКлементе (*transtheoretical model*) [20]. Согласно им этапы ССП представляют собой качественно различные виды поведения, представлений и переживаний. Факторы, опосредующие переходы между стадиями, меняются в зависимости от того, на какой из них в данный момент находится индивид [11].

Таблица 2. Теоретические подходы к интерпретации самосохранительного поведения и его структуры

Подход	Ученые	Интерпретация ССП	Компоненты ССП
Медицинский	Ю.П. Лисицын, О.В. Гриницын, А.М. Изуткин, И.Ф. Матюшин	Самосохранительное поведение приравнивается к здоровому образу жизни (или гигиеническому поведению), т.е. <u>деятельности личности</u> , отдельных групп людей, наиболее характерной для конкретных социально-экономических, политических, экологических и прочих условий, направленной на сохранение и улучшение, укрепление здоровья	1. Ключевой элемент – <u>медицинская активность</u> 2. <u>Подчиненные ему элементы</u> (нормы ЗОЖ): - гигиена труда и техника безопасности; - отказ от курения и злоупотребления алкоголем; - психогигиеническая и психотерапевтическая самопомощь; - физическая активность; - сбалансированное питание; - своевременное обращение за мед. помощью; - навыки оказания первой помощи.
Психологический	М. Бекер, Л. Майман, М. Фишбайн, А. Айзен, Дж. Прохазка, К. ДиКлемементе, Н.В. Яковлева, Н.Н. Уланова, Л.Г. Уляева	Самосохранительное поведение (чаще называется здоровьесберегательным) рассматривается по-разному: - <u>как акт принятия решений</u> (М. Бекер, Л. Майман, М. Фишбайн, А. Айзен) - <u>как стадийный процесс</u> (Н. Вайнштейн, П. Сэндмен, Дж. Прохазка, К. ДиКлемементе) - <u>как деятельность</u> (Н.В. Яковлева, Н.Н. Уланова, Л.Г. Уляева)	Основные компоненты ССП: 1. мотивация; 2. оценка текущего состояния здоровья (самооценка); 3. цели (установки); 4. система действий; 5. контроль результата.
Социолого-демографический	А.И. Антонов, В.М. Медков, В.А. Борисов, В.А. Зотин, Т.В. Лифарь, И.В. Журавлева, Л.С. Шилова, Е.Б. Бабин, Л.В. Шибут, И.С. Вялов, Г.А. Ивахненко, В.Я. Шклярчук, Л.Ю. Иванова, А.А. Шабунова	Самосохранительное поведение – это <u>система действий и отношений личности</u> , направленных на сохранение здоровья в течение всего жизненного цикла и продление сроков жизни.	1. Потребности (в здоровье и долголетию). 2. Установки (самооценка здоровья, ценность здоровья, социально одобряемые нормы). 3. Мотивы. 4. Действия (меры): - мед. активность; - физ. активность; - соблюдение режима труда и отдыха; - сексуальное поведение; - соблюдение режима питания; - соблюдение режима труда и отдыха; - наличие вредных привычек; - противодействие стрессу.

Источники: составлено автором с использованием: Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшин И.Ф. Медицина и гуманизм. М.: Медицина, 1984; Яковлева Н.В. Здоровьесберегающее поведение человека: социально-психологический дискурс // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электронный научный журнал. 2013. № 3. URL: <http://humjournal.rzgm.ru/en/art?id=50>; Яковлева Н.В. Исследование индивидуальных различий здоровьесберегающей деятельности личности // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3; Glanz K., Rimer B., Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research and practice. San Francisco: Jossey-Bass, 2008. P. 42; Антонов А.И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов): учеб. пособие для вузов. М.: Издательский Дом «Nota Bene», 1998. 360 с.; Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социологические исследования. 2000. № 11. С. 134–140.

В отечественной социальной психологии для исследования самосохранительного поведения применяется деятельностный подход. Н.В. Яковлева выделяет пять компонентов поведения в сфере здоровьесбережения: мотивация; самооценка здоровья; цели (установки) на здоровьесбережение; система здоровьесберегающих действий; контроль результата [21, с. 203]. Преимуществом этого подхода служит признание приоритета ценностно-мотивационной составляющей в самосохранении. Однако психологический подход не рассматривает

ССП как демографическое поведение, а следовательно, не подразумевает его взаимосвязь с демографическими процессами.

В рамках *социолого-демографического подхода*, который успешно развивался в отечественной науке и оформился в концепцию самосохранительного поведения, такое поведение понимается как система действий и отношений личности, направленных на сохранение здоровья в течение всего жизненного цикла и продление сроков жизни. Причём сторонники данного подхода, определяя компоненты

структуры ССП, используют, с одной стороны, ценностно-мотивационный подход, опирающийся на категории социальной психологии (побуждения, установки, мотивы и действия), с другой стороны, они трактуют поведение в области самосохранения как разновидность непосредственно демографического поведения, а следовательно, признают его вклад в детерминацию ключевых демографических параметров: смертности, продолжительности жизни и рождаемости населения.

На первом этапе разработки концепции самосохранительного поведения (1970–1980-е гг.) внимание исследователей, как и при изучении репродуктивного поведения, было сосредоточено на потребностях, а именно на выявлении предпочитаемых (идеальных, желаемых и ожидаемых) лет жизни. В дальнейшем концепция ССП развивалась в трудах И.С. Вялова, И.В. Журавлевой, Л.С. Шиловой, Г.А. Ивахненко, В.Я. Шклярчук, Л.Ю. Ивановой, которые разработали структуру и систему показателей самосохранительного поведения, выявили опосредующие его факторы. Вопросы его детерминации и взаимосвязи его компонентов рассматривали Е.М. Андреев, В.М. Школьников, В.А. Бирюков [7, с. 264]. Проблема сохранения здоровья в индивидуальных практиках населения активно разрабатывалась белорусскими социологами и демографами В.Р. Шухатович, Т.Н. Шушуновой, Н.А. Барановским, А.А. Злотниковым.

Наиболее обоснованным и проработанным подходом к изучению самосохранительного поведения, его факторов и структурных компонентов, на наш взгляд, является социолого-демографический подход, опирающийся как на принципы социальной психологии в отношении наполнения ССП, так и на теоретические разработки социологии и демографии, признающие самосохранительное поведение частью демографического поведения, которое определяет динамику процессов рождаемости и смертности. В нашей работе мы будем придерживаться данного подхода и под моделью самосохранительного поведения понимать *совокупность потребностей, установок, мотивов и вытекающих из них конкретных действий индивидуального здоровья.*

Методология

Большой вклад в разработку методологии изучения самосохранительного поведения внес А.И. Антонов, под руководством которого в 1980–1986 гг. коллективом ученых МГУ им. М.В. Ломоносова, а затем и Института социологии в регионах бывшего СССР проводились крупные социологические опросы по выявлению мотивов и установок населения на сбережение индивидуального здоровья и долголетие. Исследования А.И. Антонова, В.М. Медкова, В.К. Зотина, Т.В. Лифарь, И.В. Журавлевой, Л.С. Шиловой, Е.Б. Бабина, Л.В. Шибут опирались на схему диспозиционной регуляции поведения [22], согласно которой итоги самосохранительного поведения зависят не только от условий жизни, но и от того, как они субъективно определяются индивидом в массе повседневных ситуаций.

Чаще всего при изучении самосохранительного поведения ученые ограничиваются рассмотрением таких его отдельных аспектов, как место здоровья в системе жизненных ценностей, самооценка здоровья, медицинская и физическая активность, наличие вредных привычек, стрессоустойчивость организма, характер и режим питания и т.д., что не позволяет сформировать представление о сложившихся среди населения совокупных стратегиях поведения. Попытки построения моделей, описывающих здоровьесберегательные действия индивидов, предпринимались учеными значительно реже, в основу их закладывались различные признаки. Например, в исследованиях А.И. Антонова³, В.А. Борисова, И.В. Журавлевой, Л.С. Шиловой, Г.И. Ивахненко в качестве таких показателей выступали характер установок респондентов на идеальную, желаемую и ожидаемую продолжительность жизни (пессимисты и оптимисты) и гендерная принадлежность (мужская и женская модели) [23; 24; 25]; в работах Т.В. Шушуновой – характер мотивации (негативная или позитивная) и уровень ориентации при формировании поведения на самосохранение (биологическая, социальная и психологическая) [5]; Е.А. Юговой – отсутствие/наличие

³ Антонов А.И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов) : учеб. пособие для вузов. М. : Nota Bene, 1998. 360 с.

чие вредных привычек, рациональное питание, физическая активность, режим труда и отдыха, психогигиена и профилактика заболеваний (неустойчивая, полустрогая, стабильная, устойчивая модели [26]; табл. 3).

Преимущество перечисленных типологий заключается в том, что все они используют социологические методы для получения информации о характеристиках ССП и учитывают ценностно-мотивационный аспект здоровьесбережения. Вместе с тем они не отражают компонентов самосохранительного поведения (потребности, установки, мотивы и действия) в единой системе. Именно поэтому задачей нашего исследования стала разработка моделей, учитывающих ключевые элементы ССП и опирающихся на данные социологических опросов населения.

Для конструирования моделей мы использовали метод «дерева» принятия решений, в основе которого лежит схематическое отражение разветвляющегося по каким-либо условиям процесса принятия решений. Этот метод применяют тогда, когда результат одного решения

заставляет индивида принять следующее, которое, в свою очередь, влияет на принятие третьего, четвертого и т.д., вплоть до достижения конечного результата⁴.

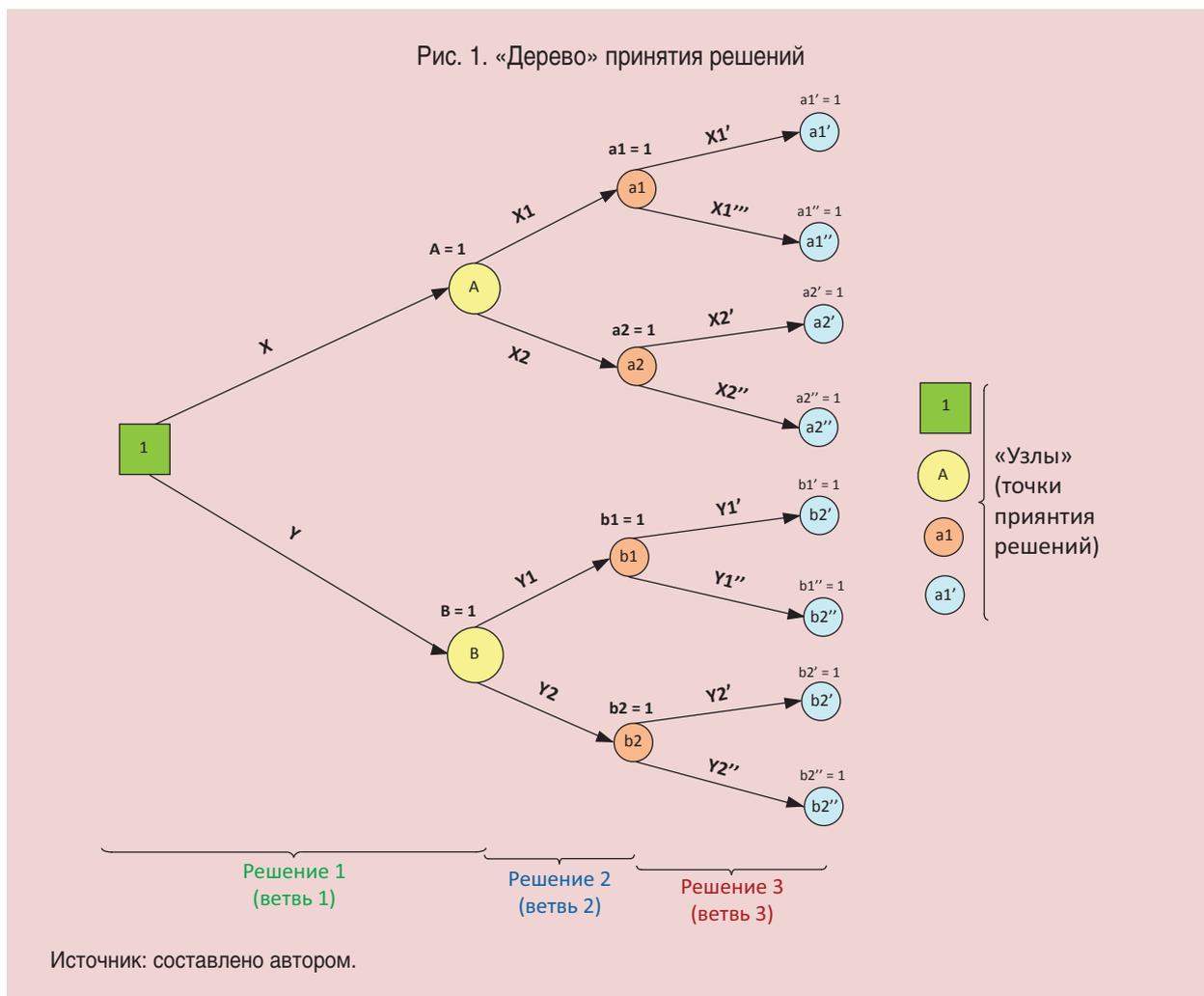
Составными элементами «дерева» решений являются «узлы» и «ветви» вариантов принятия решений (рис. 1). «Ветви» обозначают возможные альтернативные решения, которые могут быть приняты, и возможные исходы, возникающие в результате этих решений. «Узлы» обозначают точки, где принимаются решения.

В представленном исследовании была принята следующая последовательность решений: ценность здоровья → потребность в здоровье и мотивация на заботу о нем → принятие мер по сохранению и укреплению здоровья. Нами подразумевалось, что ценность здоровья характеризует базовую установку индивида по отношению к данной категории. От ценности здоровья в идеальной ситуации зависит потребность в нём и мотивация на заботу о нём, которые, в свою очередь, влияют на осуществление человеком конкретных самосохранительных действий.

Таблица 3. Методические подходы к выделению моделей самосохранительного поведения

Ученые	Признаки элементов модели	Модели
А.И. Антонов, В.А. Борисов, И.В. Журавлева, Л.С. Шилова, Л.Ю. Иванова	1. Характер установок респондентов на идеальную, желаемую и ожидаемую продолжительность жизни (негативная или позитивная) 2. Гендерная принадлежность (мужская и женская модели)	«Пессимисты» и «Оптимисты» Мужская и женская «линии» ССП
Т.В. Шушунова	1. Характер мотивации (негативная или позитивная) 2. Уровень ориентации при формировании поведения на самосохранение: биологическая (Б), социальная (С) и психологическая (П)	Б+П+С+ «Позитивист» Б+П+С- «Реалист» Б+П-С+ «Карьерист» Б-П+С+ «Общественник» Б-П+С- «Конформист» Б-П-С+ «Моралист» Б+П-С- «Потребитель» Б-П-С- «Негативист»
Е.А. Югова	1. Отсутствие/наличие вредных привычек 2. Рациональное питание 3. Физическая (двигательная) активность 4. Режим труда и отдыха 5. Психогигиена и профилактика заболеваний	Неустойчивая модель Полустрогая модель Стабильная модель Устойчивая / здоровьесберегающая модель
Источники: составлено автором с использованием: Антонов А.И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов). М.: Nota Bene, 1998. С. 315; Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социологические исследования. 2000. № 11. С. 134–140; Шушунова Т.Н. Самосохранительное поведение студенческой молодежи: социологический анализ (на примере минских вузов). Минск: Право и экономика, 2010. 114 с.; Югова Е.А. Формирование здоровьесберегающей модели поведения у студентов высших учебных заведений // Вестник СПбГУ. 2012. № 2. С. 32.		

⁴ Ярьес О.Б., Панышин И.В. Методы принятия управленческих решений : учеб. пособие. Владимир: Владим. гос. ун-т им. Столетовых, 2011. С. 42–43.



Таким образом, стартовой точкой принятия решений стало *место здоровья в системе жизненных ценностей*, отражающее отношение индивида к своему здоровью как главному условию сохранения жизни (табл. 4). В зависимости от распределения ответов респондентов на вопрос «Что для Вас является главной ценностью?» были выделены две «ветви»: население, для которого здоровье является главной ценностью, и население, у которого оно не входит в число жизненных приоритетов. Следующий «узел» предполагал *наличие (или отсутствие) мотивации на заботу о здоровье*, которая выступает побудителем личности к активным действиям, направленным на укрепление собственного здоровья и продление жизни [5, с. 17]. В соответствии с тем, имеет ли человек какие-либо социальные (желание иметь детей, быть примером для близких, хорошо выглядеть,

нежелание быть обузой), психологические (нежелание сталкиваться с медициной, потребность в хорошем самочувствии, страх заболеть, ухудшение здоровья) или экономические (желание сохранить, повысить трудоспособность, достичь значимых целей) мотивы, побуждающие заботиться о здоровье, выделялись «ветви»: население, мотивированное на заботу о здоровье, и население, не мотивированное на заботу о нем. При этом, на наш взгляд, наличие мотивов одновременно отражает и потребность в сохранении здоровья или, в случае ответа «не забочусь о своём здоровье», отсутствие таковой. В дальнейшем разделение «ветвей» осуществлялось на основании распределения ответов на вопрос о *действиях, предпринимаемых для сохранения и укрепления своего здоровья*: население, практикующее подобные меры, и население, не соблюдающее каких-либо мер.

Когда «дерево» было построено, все решения были указаны на нем, просчитывались доли каждого из вариантов, их величины проставлялись над «ветвями». В нашем исследовании веса определялись исходя из распределения ответов респондентов на специальные вопросы анкеты, отражающие отдельные элементы самосохранительного поведения (табл. 4). В соответствии с положениями теории вероятности каждый «узел» принятия решений брался равным 1, следовательно, каждая «ветвь» приобретала определенный вес, выраженный в долях единицы.

Распространенность моделей самосохранительного поведения, т.е. доля каждой модели в их общем числе, рассчитывалась путем перемножения весов всех «ветвей» принятия решений до конечных «узлов» (см. рис. 1):

$$\omega = X \cdot X1 \cdot X1' \cdot \dots \cdot 100\% ,$$

где ω – распространенность модели, $X, X1, X1'$ – веса «ветвей» «дерева» принятия решений (%).

К ограничениям метода субъективных оценок следует отнести вероятность искажения респондентами предоставляемых сведений под

Таблица 4. Показатели для построения моделей самосохранительного поведения

Элементы ССП	Вопросы анкеты	Показатели для построения точек принятия решений
Установки (отношение к здоровью)	Что для Вас является главной ценностью?*	1. Доля респондентов, выбравших здоровье в качестве главной ценности 2. Доля респондентов, не выбравших здоровье в качестве главной ценности
Потребность в самосохранении и мотивация на заботу о здоровье	Что побуждает Вас заботиться о своём здоровье? **	3. Доля респондентов, мотивированных на заботу о здоровье (выбравших все подходящие ответы): – желание иметь здоровых детей; – желание повысить (сохранить) работоспособность; – нежелание доставлять хлопоты, быть обузой близким; – нежелание сталкиваться с медициной; – потребность в хорошем самочувствии; – страх заболеть; – стремление быть примером для своих детей, близких; – стремление достичь значимых целей в жизни (в работе, учебе); – стремление к долголетию; – стремление хорошо выглядеть, нравиться; – ухудшение здоровья, болезнь; – другое.
		4. Доля респондентов, не мотивированных на заботу о своём здоровье (выбравших ответ «не забочусь о своём здоровье»)
Действия (меры) по сохранению и укреплению здоровья	Что Вы лично предпринимаете для сохранения и укрепления своего здоровья? **	5. Доля респондентов, предпринимаящих какие-либо меры по сохранению и укреплению собственного здоровья (выбравших все подходящие ответы): – активно занимаюсь физической культурой, закаливанием организма; – использую бытовые приборы для очистки питьевой воды, покупаю бутилированную воду, пользуюсь водой из специальных источников; – контролирую свой вес; – не курю; – обращаюсь к врачу при первых признаках болезни, регулярно прохожу медицинский осмотр; – по возможности прохожу курс лечения в санатории, на курорте и т.п.; – посещаю баню, сауну; – соблюдаю умеренность в потреблении алкоголя; – стараюсь больше ходить пешком, совершаю прогулки в местах отдыха; – стараюсь контролировать своё психическое состояние; – стараюсь оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых; – стараюсь организовать своё свободное время с пользой для здоровья, саморазвития, самореализации; – другое.
		6. Доля респондентов, не предпринимаящих каких-либо мер по сохранению и укреплению собственного здоровья (выбравших ответ «ничего специально не предпринимаю»)
* Вопрос предполагал выбор до 3-х вариантов ответа. ** Вопрос предполагал выбор всех подходящих вариантов ответа. Источник: составлено автором.		

воздействием таких факторов, как качество разработки опросника, профессионализм анкетера или интервьюера, время и место проведения опроса, качество организации самой процедуры и т.п. Это стоит учитывать при интерпретации результатов социологического исследования [27]. Несмотря на перечисленные недостатки, рассматриваемый метод признан достаточно надежным и рекомендован ВОЗ для мониторинга состояния здоровья населения в качестве дополнительного инструмента оценки общественного здоровья [28, с. 51]. Благодаря данным социологических опросов становится возможным анализ особенностей самосохранительного поведения населения, его индивидуальных стратегий и движущих мотивов и факторов.

Конструирование индивидуальных стратегий поведения в части самосохранения позволит выявить факторы риска нездоровья населения и в дальнейшем оценить возможности управленческого воздействия на них, что, посредством ряда специальных мер, будет способствовать обеспечению желательных параметров качества населения, а следовательно, и процесса воспроизводства.

Результаты

Информационной базой исследования послужили данные очередного этапа мониторинга физического здоровья населения Вологодской области, выполненного ФГБУН ВолНЦ РАН в 2016 году⁵. Мониторинг проводится на территории региона с 2002 г. с целью выявления ключевых факторов здоровья населения, в том числе параметров его самосохранительного поведения, в частности уровня физической и медицинской активности, характера питания, соблюдения режима труда и отдыха, наличия

вредных привычек в повседневных практиках, а также оценок доступности и качества медицинских услуг, условий жизни (экологических, жилищных, трудовых).

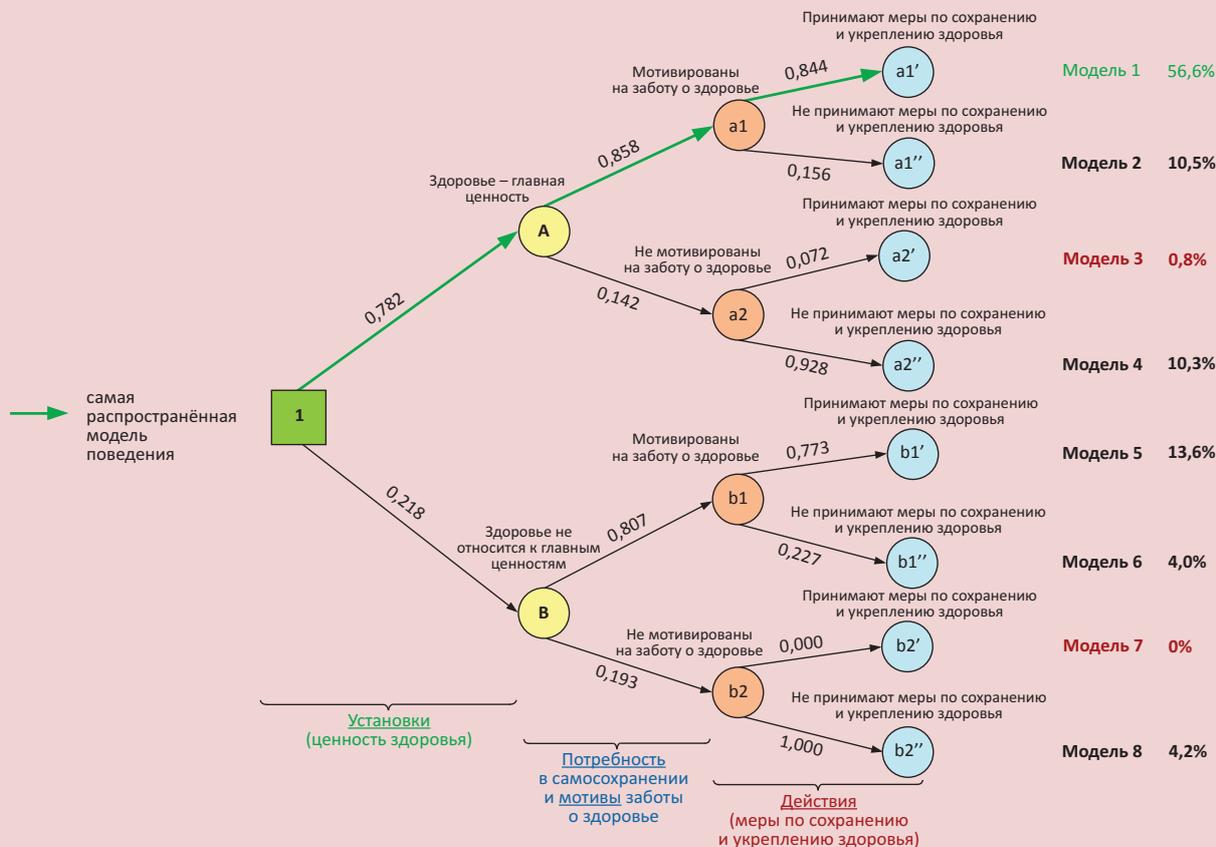
Построение «дерева» принятия решений позволило выделить 8 возможных вариантов моделей самосохранительного поведения (рис. 2). Как оказалось, среди населения Вологодской области наиболее распространена стратегия, для которой характерно признание здоровья главной ценностью, наличие мотивации на заботу о нем и применение каких-либо здоровьесберегательных практик (57%). Вместе с тем 14% респондентов, хотя здоровье не фигурирует в системе их жизненных ценностей, заботятся о нем и предпринимают конкретные действия в этом направлении (модель 5). Однако 11% опрошенных, несмотря на то, что они понимают ценность собственного здоровья и что у них присутствуют мотивы, побуждающие к заботе о нем, не практикуют никаких здоровьесберегательных мер (модель 2). А у 10% населения значимость здоровья сочетается с отсутствием мотивации на здоровый образ жизни и специальные самосохранительные действия (модель 4).

Другие модели поведения встречались значительно реже. Для 4% респондентов характерна самая неблагоприятная модель 8: здоровье не позиционируется как главная ценность, отсутствуют какие-либо стимулы и практики здоровьесбережения. Примечательно, что среди опрошенного населения не была зафиксирована стратегия поведения индивида, когда в своих жизненных практиках он использует меры по укреплению и сохранению здоровья, но при этом не ценит его и не мотивирован на его сбережение.

Далее рассмотрим взаимосвязь поведенческих детерминант с компонентами самосохранения. В настоящее время в качестве главных причин наиболее распространенных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные и сахарный диабет) выступают такие предотвратимые поведенческие факторы риска, как *употребление табака, отсутствие физической активности, неправильное питание и чрезмерное употребление алкоголя*. Именно они обуславливают четыре основных метаболических

⁵ Мониторинг физического здоровья населения Вологодской области проводится на территории городов Вологды, Череповца и восьми муниципальных районов Вологодской области. Объем выборки — 1500 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением, пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города), пропорции половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 5%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

Рис. 2. Модели самосохранительного поведения населения Вологодской области



Источник: составлено автором по данным мониторинга физического здоровья населения Вологодской области 2016 г.

(физиологических) изменения: повышенное артериальное давление, избыточную массу тела (ожирение), гипергликемию и гиперлипидемию [29, с. 13].

Как показывают данные социологического опроса, среди жителей Вологодской области, не относящих здоровье к ключевым жизненным ценностям, по сравнению с людьми, причисляющими его к таковым, оказалась значительно выше доля тех, кто употребляет алкогольные напитки (70% против 62%), курит (41% против 29%), не придерживается практик правильного питания (38% против 28%), а также не занимается пешими прогулками более 30 минут (28% против 14%; табл. 5).

Среди опрошенных, не мотивированных на заботу о здоровье, по сравнению с мотивированными лицами также заметно выше доля употребляющих алкоголь (81% против 61%),

курящих (62% против 26%), не применяющих практики правильного питания (72% против 23%) и не занимающихся основными видами физической активности: ходьбой более 30 минут (31% против 15%), физкультурой и спортом (91% против 67%), бегом (97% против 83%), утренней зарядкой (95% против 64%).

Закономерно, что респонденты, не принимающие никаких мер по сохранению и укреплению собственного здоровья, в большей степени по сравнению с применяющими их склонны к потреблению спиртного (75% против 59%) и курению (56% против 22%), значительно чаще игнорируют какие-либо практики здорового питания (65% против 16%) и все виды физической активности (ходьбу – 29% против 12%, физкультуру и спорт – 87% против 64%, бег – 92% против 82%, утреннюю зарядку – 90% против 60%).

Таблица 5. Взаимосвязь ключевых факторов риска с компонентами самосохранительного поведения населения

Факторы риска	Ценность здоровья		Мотивация на заботу о здоровье		Меры по сохранению и укреплению здоровья	
	Здоровье – главная ценность	Здоровье не относится к главным ценностям	Мотивированы	Не мотивированы	Принимают	Не принимают
Алкоголь						
Употребляют	62,2	69,7	60,7	81,2	59,2	75,3
Не употребляют	37,8	30,3	39,3	18,8	40,8	24,7
Курение						
Курят	28,8	41,3	26,0	62,4	21,7	55,8
Не курят	71,2	58,7	74,0	37,6	78,3	44,2
Физическая активность						
1. Ходьба более 30 минут						
Ежедневно или несколько раз в неделю	79,5	62,5	78,4	61,8	80,9	63,3
Редко (несколько раз в месяц)	6,3	9,9	7,1	7,0	6,9	7,4
Не занимаются	14,2	27,6	14,6	31,1	12,2	29,3
2. Занятия физкультурой и спортом						
Ежедневно или несколько раз в неделю	17,5	22,9	21,6	2,6	24,1	5,2
Редко (несколько раз в месяц)	10,4	11,1	11,3	6,2	11,8	7,5
Не занимаются	72,2	66,0	67,1	91,2	64,1	87,3
3. Бег						
Ежедневно или несколько раз в неделю	7,1	8,5	8,5	1,3	9,4	2,6
Редко (несколько раз в месяц)	7,0	9,5	8,5	2,2	8,4	5,4
Не занимаются	85,9	82,0	82,9	96,5	82,2	92,0
4. Утренняя зарядка						
Ежедневно или несколько раз в неделю	20,5	16,1	22,5	3,5	25,8	4,2
Редко (несколько раз в месяц)	10,9	13,9	13,4	1,3	13,8	5,9
Не занимаются	68,7	70,0	64,2	95,2	60,4	89,9
Питание						
Придерживаются практик правильного питания	72,2	61,8	77,5	27,9	84,3	34,6
Не придерживаются практик правильного питания	27,8	38,2	22,5	72,1	15,7	65,4

Источник: данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области 2016 г.

Таким образом, отсутствие здоровья в системе жизненных ценностей, низкая мотивированность на заботу о нем, пассивность в части применения мер самосохранения с большой долей вероятности способствуют закреплению в поведенческих паттернах населения деструктивных в отношении здоровья практик: употребления алкоголя, курения, неправильного питания и низкой физической активности. У 21% респондентов здоровье не входит в число жизненных приоритетов, у 15% отсутствует мотивация на здоровый образ жизни, а 29% не предпринимают никаких действий по сохранению и улучшению собственного здоровья.

Исходя из выявленной специфики самосохранительного поведения жителей Вологодской области представляются целесообразными следующие меры по профилактике поведенческих факторов риска, сохранению и укреплению здоровья, направленные на повышение его ценности, усиление мотивации населения на ведение ЗОЖ, увеличение активности в части применения здоровьесберегательных мер. К их числу относится следующее:

1. Разработка и внедрение целевой региональной программы профилактики поведенческих факторов риска, мероприятия которой

должны быть ориентированы на разные модели самосохранительного поведения населения.

2. Введение системы мониторинга самосохранительного поведения населения региона в рамках реализации целевой программы профилактики поведенческих факторов риска по ряду индикаторов ССП: самооценка здоровья, оценка значимости его факторов, место здоровья в системе ценностей, мотивация на ведение ЗОЖ, принятие мер по сохранению и укреплению здоровья, характер физической активности, питания, наличие вредных привычек.

3. Повышение информированности населения через СМИ о важности поддержания и укрепления здоровья, о влиянии на него негативных факторов риска и о возможностях их предупреждения. В связи с возрастающей ролью потенциала социальных сетей и блогосферы в плане информирования населения, в том числе по тематике здоровья [30], перспективным представляется их использование в качестве инструментов формирования у жителей региона самосохранительных установок и практик.

4. Разработка и внедрение в курсы учебных организаций (дошкольных, школ, средних профессиональных и высших учебных заведений) образовательных программ, направленных на формирование ответственного отношения к здоровью, практик ведения ЗОЖ, профилактику поведенческих факторов риска.

5. Привлечение общественных организаций к деятельности в сфере укрепления здоровья населения и учет общественных инициатив.

6. Активное привлечение населения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, к организации отдыха и досуга, профилактике факторов риска нездоровья путем проведения специализированных массовых мероприятий на региональном и муниципальном уровнях. При этом принципиально важна систематичность данных мероприятий.

Заключение. Выполненное нами исследование дало возможность сделать ряд важных выводов.

Во-первых, наиболее аргументированным теоретико-методологическим подходом к изучению самосохранительного поведения населения является социолого-демографический

подход, с одной стороны, использующий принципы социальной психологии к наполнению компонентов ССП (потребности, установки, мотивы, действия), с другой – признающий самосохранительное поведение частью демографического поведения, определяющего динамику процессов рождаемости и смертности.

Во-вторых, сложившиеся в научной среде подходы к построению моделей самосохранительного поведения учитывают все или отдельные его элементы, однако далеко не всегда рассматривают их в единой системе.

В-третьих, предложенный метод «дерева» принятия решений для построения моделей самосохранительного поведения, охватывающий все его структурные компоненты, а именно установки, мотивы, потребности и практики ЗОЖ, позволяет отследить сформировавшиеся у населения стратегии самосохранения.

В-четвертых, у 57% населения Вологодской области встречается модель ССП, для которой характерно признание здоровья главной ценностью, наличие мотивации на заботу о нем и применение каких-либо здоровьесберегательных практик. Вместе с тем остальные модели содержат те или иные поведенческие риски. Так, у 21% респондентов здоровье не входит в число жизненных приоритетов, у 15% отсутствует мотивация на ведение ЗОЖ, а 29% не предпринимают никаких действий по сохранению и улучшению собственного здоровья.

В-пятых, отсутствие здоровья в системе жизненных ценностей, низкая мотивированность на заботу о нем, пассивность в части применения мер самосохранения напрямую связаны с распространением таких саморазрушительных практик, как употребление алкоголя, курение, неправильное питание и низкая физическая активность.

Несмотря на выполнение задач, поставленных на данном этапе исследования, остается ряд требующих решения вопросов: каковы стратегии поведения населения с учетом реализации конкретных самосохранительных практик; чем различаются модели ССП разных социально-демографических групп населения; каковы возможности управленческого влияния на каждую из них. На 2018 г. запланировано проведение очередного этапа мониторинга физического здоровья населения Вологодской

области. Его результаты позволят углубить исследование за счет более подробного изучения моделей самосохранительного поведения на уровне отдельных групп населения, расширения спектра рассматриваемых поведенческих факторов риска.

Литература

1. Вишневский А.Г. Смертность в России: несостоявшаяся вторая эпидемиологическая революция // Демографическое обозрение. 2014. № 4. URL: <http://demreview.hse.ru/2014--4/150227447.html> (дата обращения: 06.02.2018).
2. Вишневский А.Г., Васин С.А. Причины смерти и приоритеты политики снижения смертности в России // Экономический журнал ВШЭ. 2011. № 4. С. 472–496.
3. Юмагузин В.В., Винник М.В. Смертность от внешних причин в России и странах ОЭСР: оценка преждевременных потерь и условия их снижения // Вестник Башкирского университета. 2015. № 3(20). С. 896–902.
4. Короленко А.В., Морев М.В. О демографических последствиях суицидальной смертности // Суицидология. 2015. № 4. С. 48–60.
5. Шушунова Т.Н. Самосохранительное поведение студенческой молодежи: социологический анализ (на примере минских вузов). Минск : Право и экономика, 2010. 114 с.
6. Glanz K., Rimer B., Viswanath K. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco : Jossey-Bass, 2008. 552 p.
7. Ображей О.Н., Подвальская В.С. Актуальность изучения самосохранительного поведения населения // Социологический альманах. 2010. № 1. С. 262–269.
8. Волкова М.В. Здоровоохранительное поведение населения в условиях российских социально-экономических трансформаций : дис. на соиск. уч. ст. канд. социолог. наук: 22.00.03. Саратов, 2005. 269 с.
9. Зелионко А.В. Обоснование организационно-профилактических мероприятий по совершенствованию системы формирования здоровьесберегающего поведения и улучшению качества жизни населения: дис. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук : 14.02.03. СПб., 2016. 193 с.
10. Шабунова А.А., Шухатович В.Р., Корчагина П.С. Здоровьесберегательная активность как фактор здоровья: гендерный аспект // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2013. № 3 (27). С. 123–132.
11. Яковлева Н.В. Здоровьесберегающее поведение человека: социально-психологический дискурс // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. № 3. С. 70–79.
12. Рассказова Е.И., Иванова Т.Ю. Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема «разрыва» между намерением и действием // Психология: журнал Высшей школы экономики. 2015. Т. 12. № 1. С. 105–130.
13. Шипунова Т.В., Ковалева А.А. Поведение в сфере здоровья в контексте аномического приспособления // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2011. № 2. С. 343–350.
14. Резапкина В.Г. Саморазрушительное поведение: причины и профилактика // Академический вестник Академии социального управления. 2017. № 2 (24). С. 18–24.
15. Вангородская С.А. Самосохранительное поведение: проблема содержания понятия в отечественной социологии // Среднерусский вестник общественных наук. 2017. Т. 12. № 4. С. 20–29. DOI: 10.22394/2071-2367-2017-12-4-20-29
16. Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшкин И.Ф. Медицина и гуманизм. М. : Медицина, 1984. 278 с.
17. Becker M.H., Maiman L.A. Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Medical Care*, 1975, vol. 13, pp. 10–24.
18. Ajzen I., Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice Hall, 1980. 278 p.
19. Weinstein N., Sandman P. The precaution adoption process model. *Health behavior and health education*. San Francisco : Jossey-Bass, 2002, pp. 121–143.

20. Prochaska J., DiClemente C., Velicer W., Rossi J. Standardized, Individualized, Interactive, and Personalized Self-Help Programs for Smoking Cessation. *Health Psychology*, 1993, vol. 12, pp. 399–405.
21. Яковлева Н.В. Исследование индивидуальных различий здоровьесберегающей деятельности личности // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 202–214.
22. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности: диспозиционная концепция. 2-е расшир. изд. М.: ЦСПиМ, 2013. 376 с.
23. Шилова Л.С. Трансформация женской модели самосохранительного поведения // Социологические исследования. 2000. № 11. С. 134–140.
24. Журавлева И.В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социологические исследования. 2000. № 5. С. 66–74.
25. Ивахненко Г.И. Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения // Социологические исследования. 2006. № 7. С. 78–81.
26. Югова Е.А. Формирование здоровьесберегающей модели поведения у студентов высших учебных заведений // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2012. № 2. С. 29–34.
27. Короленко А.В., Калачикова О.Н. Физическое здоровье в субъективных оценках населения Вологодской области: территориальный аспект // Социальное пространство. 2017. № 1. URL: <http://sa.vscs.ac.ru/article/2186> (дата обращения: 09.02.2018).
28. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. 408 с.
29. Накитанда А.О., Швиреб Г., Армстронг Т. Растущее бремя неинфекционных заболеваний и роль физической активности // Профилактическая медицина. 2014. № 1. С. 12–17.
30. Груздева М.А. Инструменты формирования самосохранительных практик населения: социальные сети и блогосфера // Социальное пространство. 2017. № 4. URL: <http://sa.vscs.ac.ru/article/2378> (дата обращения: 15.02.2018).

Сведения об авторе

Александра Владимировна Короленко – младший научный сотрудник, Вологодский научный центр РАН (160014, Российская Федерация, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: coretra@yandex.ru)

Korolenko A.V.

Patterns of Population's Self-Preservation Behavior: Research Approaches and Building Experience

Abstract. As countries make their epidemiological transition, the contribution of behavioral risk factors to population's health is increased; they include challenges of low physical and medical activity, diet and sleep violations, imbalance of work and rest, tobacco and alcohol consumption, and high stress loads. In Russia, the situation is complicated by incomplete epidemiological transition, as well as increased morbidity and mortality from endogenous and quasi-endogenous causes. The purpose for the article is to analyze methodological approaches to studying the self-preservation behavior and build models describing it for the population of the Vologda Oblast. Russian scholars A.I. Antonov, V.A. Borisov, I.V. Zhuravleva, L.S. Shilova, G.I., Ivakhnenko, T.V. Shushunova, and A.E. Lugovoy attempt to highlight the patterns of self-preservation behavior taking into account all or some of its elements (needs, attitudes, motives and actions), but not considering them in a single system. For constructing models the present study applied the method of decision tree using data from sociological surveys, which helps identify eight possible options. As revealed, 57% of the population in the Vologda Oblast demonstrate the strategy characterized by recognizing health as the main value, people's concern for their health and presence

of health-preserving practices. The rest demonstrate certain behavioral risks: 21% of respondents do not consider health as one of their life priorities, 15% – are not motivated to choose a healthy lifestyle, and 29% do not take any actions to preserve and improve their own health. It was established that lack of health in the system of life values, low concern for health, passive use of self-preservation measures are directly related to the spread of self-destructive practices (alcohol abuse, smoking, unhealthy diet and low physical activity). At the next stage, a survey of residents in the Vologda Oblast is planned, the results of which will help deepen the research study by a more detailed study of patterns of self-preservation behavior at the level of individual groups, expanding the range of behavioral risk factors under study.

Key words: self-preservation behavior, socio-demographic approach, behavior patterns, behavioral risk factors.

Information about the Author

Aleksandra V. Korolenko – Junior Researcher, Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences (56a, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation, e-mail: coretra@yandex.ru)

Статья поступила 01.03.2018.