

УДК 314.4, 314.044 (470.12)

ББК 60.7

© Калачикова О.Н.

© Корчагина П.С.

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА

В статье обоснована роль самосохранительного поведения в формировании здоровья населения, определена его структура, представлены результаты анализа самосохранительных установок и действий населения Вологодской области.

Здоровье населения, здоровьесбережение, самосохранительное поведение.

В России с 1992 года происходит сокращение численности населения. К 2011 году естественная убыль составила более 13 млн. человек. Ожидаемая продолжительность жизни населения страны – 67,8 года, по оценкам ВОЗ, сопоставима с уровнем жизни бедных стран Африки. Отмечается значительный рост заболеваемости населения. Уровень первичной заболеваемости в 2010 году по сравнению с 2000 годом вырос на 10% и составил 779,6 на 1 тыс. человек населения Российской Федерации [13].

Существующие социальные условия препятствуют реализации биологических возможностей человека, заложенных природой, в соответствии с которыми развитие индивида и позитивные сдвиги в его здоровье должны продолжаться до 35-летнего возраста.

Между тем в конце 70-х годов XX века пик здоровья был отмечен лишь в 25 лет, а затем его состояние ухудшалось. К концу 80-х годов пик здоровья приходился на 16 лет, а в преддверии нового века человек оставался с тем потенциалом здоровья, с которым он рождался. Это означает, что социальные факторы вызывают состояние «упущенного» здоровья. В то же время сопоставление реального и биологического потенциала организма раскрывает возможности воздействия общества на улучшение здоровья [9].

Здоровье населения, по мнению экспертов ВОЗ, зависит от четырёх составляющих: наследственности (15 – 20%), окружающей среды (20 – 25%), образа жизни (50 – 55%) и здравоохранения (10 – 15%) [10]. Всё более значимым в детерминации заболеваемости и смертности



КАЛАЧИКОВА Ольга Николаевна
младший научный сотрудник
ИСЭРТ РАН
onk82@yandex.ru



КОРЧАГИНА Полина Сергеевна
младший научный сотрудник
ИСЭРТ РАН
polina_korchagina@bk.ru

становится поведенческий фактор, отношение людей к своему здоровью и продолжительности жизни [8].

Проблема самосохранительного поведения перемещается в центр научного знания в период массовой индустриализации и модернизации производства, когда ценность человека не только в гуманистическом, но и в денежном выражении становится всё более высокой. Под термином «самосохранительное поведение» (ССП) отечественные демографы понимают систему действий и отношений, направленных на сохранение и поддержание здоровья в течение жизни, а также установку продления её срока [1].

В качестве основных индикаторов, характеризующих самосохранительное поведение, исследователи выделяют:

- место здоровья в системе ценностных ориентаций;
- самооценку здоровья;
- мотивы, побуждающие заниматься здоровьем;
- изменение отношения к здоровью на протяжении жизни и его причины;
- представления о факторах, влияющих на здоровье;
- самооценку того, насколько образ жизни является здоровым;
- намерения по оздоровлению своего образа жизни; представления о том, что мешает вести более здоровый образ жизни;
- действия, касающиеся важных сторон (компонентов) самосохранения (питание, занятия физической культурой, стрессоустойчивость, активность в сфере медицины, вредные привычки, предупреждение заболеваний, предрасположенность к которым может передаваться по наследству);
- интерес к информации о здоровье и здоровом образе жизни;
- мнение о лучшей, желаемой и ожидаемой продолжительности жизни [2; 3; 4; 6; 12].

Обобщив существующие теоретико-методологические разработки, можно представить следующую структуру самосохранительного поведения (рис. 1).

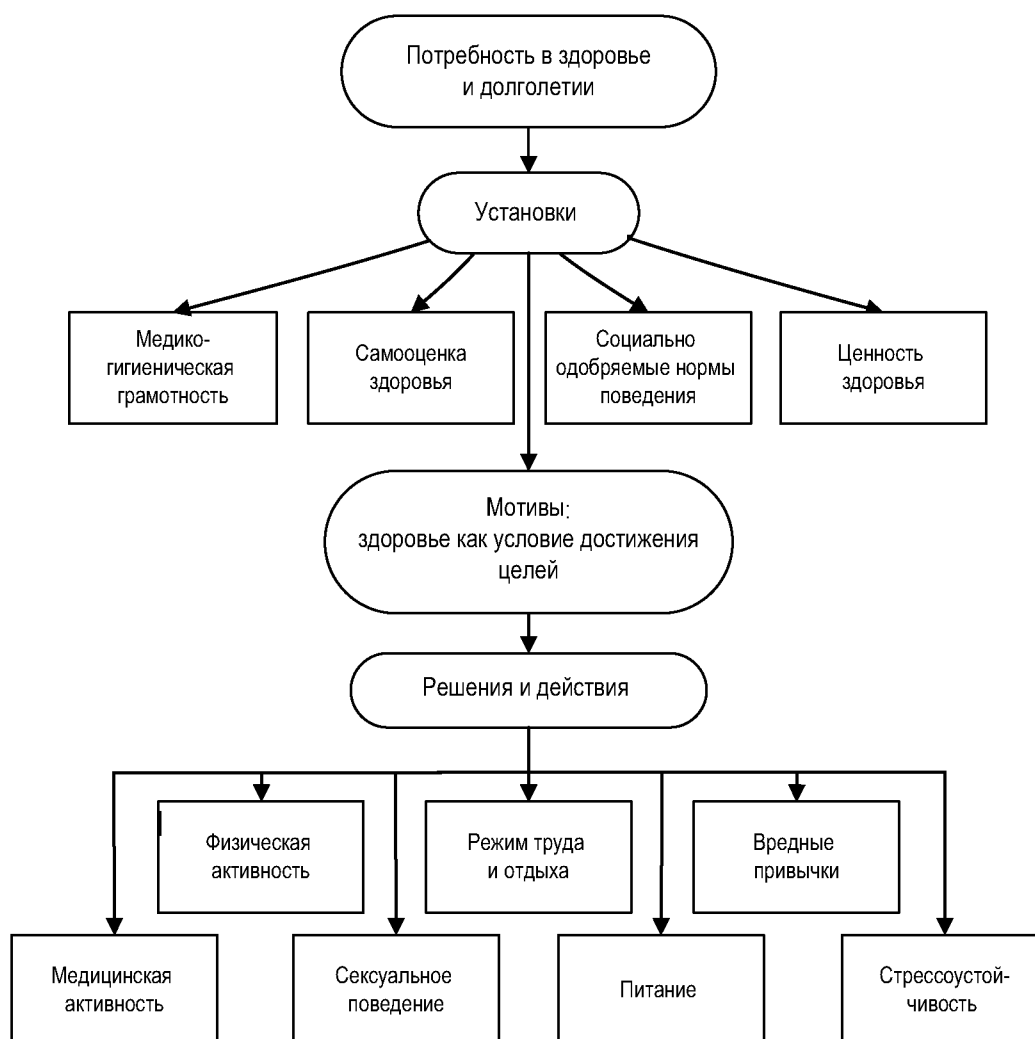
Самосохранительное поведение, как и здоровье, можно рассматривать как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Мы проанализировали распространённость в популяции таких параметров ССП, как потребность в долголетьи, самосохранительные установки (представления населения о состоянии своего здоровья; о том, как следует поступать для здоровьесбережения; мотивы самосохранительного выбора) и их реализацию в самосохранительных (или саморазрушительных) действиях. Представленность и разнообразие форм структурных элементов ССП населения оценивалась нами с помощью социологического исследования, проведённого на территории Вологодской области в 2012 году¹.

Самосохранительные установки.

Установка на долголетие является относительным показателем потребности в здоровьесбережении. Потребность в долголетьи широко распространена: 87% населения региона хотели бы прожить дольше, причём основными мотивами долголетия стали стремление испытать и увидеть в жизни как можно больше (65%), нежелание расставаться со своими родными и близкими (60%). Респонденты, указавшие на отсутствие подобного желания, объясняют это тем, что не хотят быть беспомощными (48%), а также в старости стать обузой своим родным и близким (44%).

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

Рисунок 1. Структура самосохранительного поведения



Большая часть населения считает, что продолжительность жизни должна составлять 70 – 80 лет. Рассматривая мнение населения относительно продолжительности жизни в разрезе возрастных групп, можно сделать вывод о различиях между поколениями: у лиц старше 30 и до 55 (60) лет ориентации на долголетие представлены меньше, чем у населения более младших и старших возрастных категорий.

От того, желают ли люди прожить как можно дольше, зависит степень выраженности самосохранительных действий. Доля населения, предпринимающего профилактические меры, больше

среди тех, кто имеет установку на долголетие, чем среди тех, кто такой установкой не обладает (табл. 1). В среднем распространённость самосохранительных поведенческих практик колеблется от 13 до 44%.

Установки населения по отношению к вредным привычкам являются индикатором соблюдения общественных норм и грамотности в данных вопросах. Так, 56% населения Вологодской области считают возможным умеренное употребление алкоголя во время праздников, 46% называют курение вредной привычкой, но относятся к нему равнодушно, 42% жителей региона полагают

Таблица 1. Профилактические действия по здоровьесбережению и установка на долголетие (в % от числа занимающихся профилактикой, без учёта затруднившихся ответить)

Профилактические действия по здоровьесбережению	Наличие установки на долголетие		В среднем по выборке
	да	нет	
Активно занимаюсь физической культурой, закаливанием организма	14,3	8,0	13,4
Использую бытовые приборы для очистки питьевой воды, покупаю бутилированную воду, пользуюсь водой из специальных источников (родников, колодцев)	29,5	16,7	28,0
Контролирую свой вес	20,4	16,1	19,8
Не курю	45,7	28,7	43,5
Обращаюсь к врачу при первых признаках болезни, регулярно прохожу медицинский осмотр	24,5	16,1	23,5
По возможности оздоравливаюсь в санатории, на курорте и т. п.	10,2	13,2	10,6
Посещаю баню, сауну	32,6	31,6	32,3
Соблюдаю умеренность в потреблении алкоголя	31,1	15,5	29,2
Стараюсь больше ходить пешком, совершаю прогулки в местах отдыха	24,6	16,1	23,5
Стараюсь контролировать своё психическое состояние	16,4	13,8	16,0
Стараюсь оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых	20,1	9,8	18,8
Стараюсь организовать своё свободное время с пользой для здоровья, саморазвития, самореализации	18,0	8,6	16,8
Ничего специально не предпринимаю	21,4	33,3	22,8

Рассчитано по данным опроса изучения демографического поведения населения, ИСЭРТ РАН. Вопросы задавались в 2012 году.

Таблица 2. Наличие у респондентов вредных привычек и отношение к ним (% от числа опрошенных, без учёта затруднившихся ответить)

Варианты ответа	Наличие вредной привычки	
	имеется	не имеется
Как Вы относитесь к употреблению спиртных напитков?		
Считаю недопустимым	20	80
Считаю допустимым употребление пива и слабоалкогольных напитков	89	11
Считаю возможным умеренное употребление во время праздников	87	13
Считаю допустимым любое употребление	88	12
Как Вы относитесь к курению?		
Считаю недопустимой вредной привычкой, отношусь отрицательно	9	91
Считаю вредной привычкой, но отношусь равнодушно	49,5	50,5
Не считаю вредной привычкой, отношусь положительно	83	17
Как Вы относитесь к употреблению наркотиков?		
Хорошо	100	0
Плохо	95	5
Нейтрально	77	23

так же, но отрицательно оценивают данное пристрастие (табл. 2). В то же время 17% мужчин не считают курение вредной привычкой и 9% допускают употребление алкоголя в любых количествах, при этом доля женщин, согласившихся с указанными утверждениями, в 2 раза ниже.

Сопоставление самосохранительных установок и наличия вредных привычек у населения позволяет утверждать, что умеренное употребление алкоголя и курение приемлемы в обществе. Менее толерантно население относится к употреблению наркотиков (91% негативных оценок, см. табл. 2).

Каждый пятый житель региона верит в то, что наркоманию можно вылечить самостоятельно при сильном желании, а 30% затруднились в выборе ответа, что свидетельствует о низкой медико-гигиенической грамотности в данном вопросе.

Представления о ведении сексуальной жизни консервативны. Жители Вологодской области считают возможным вступление в половые связи до брака, но только с любимым человеком (67%). Оптимальным возрастом для начала сексуальных отношений называют 18 – 20 лет (61%). Также значительная часть населения региона (63%) имеет верные представления о влиянии аборта на женский организм.

Большая часть населения Вологодской области обладает установками на здоровьесбережение, которые оказывают влияние на выбор самохранительной стратегии. Однако распространены неверные представления о допустимости действий саморазрушительного характера, таких как потребление алкоголя, табакокурение.

Самосохранительные действия.

Согласно результатам социологического исследования, доля лиц, потребляющих алкогольные напитки, в Вологодской области в 2012 году составила 78% от всего населения региона, что превышает данный показатель за 2002 год на 20 п.п. (рис. 2). Некоторое увеличение потребления населением алкоголя зафиксировано в кризисный период (с 2008 года). В то же время произошло снижение частоты употребления алкогольных напитков по объёму, превышающему критически допустимый (за период с 2011 по 2012 год).

В 2012 году ежедневно употребляли алкоголь почти 4% населения, что меньше, чем 3 года назад, на 4 п.п.; только по выходным – 38%, что также ниже, чем в 2009 году, на 14 п.п. (табл. 3). Можно предположить, что данный эффект стал результатом действия Закона Вологодской области об ограничении продаж крепких алкогольных напитков после 21.00 и программ по формированию здо-

Рисунок 2. Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных)

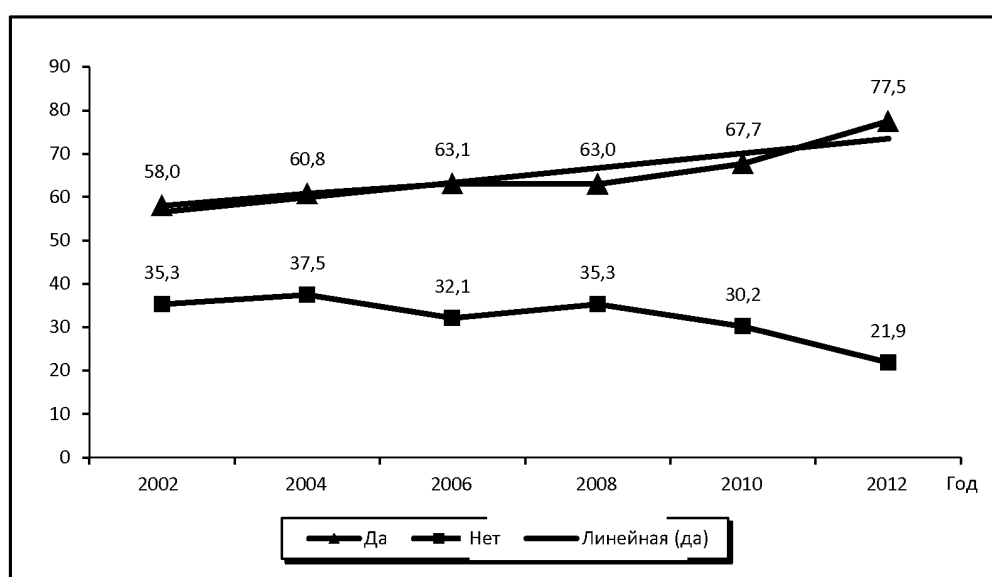
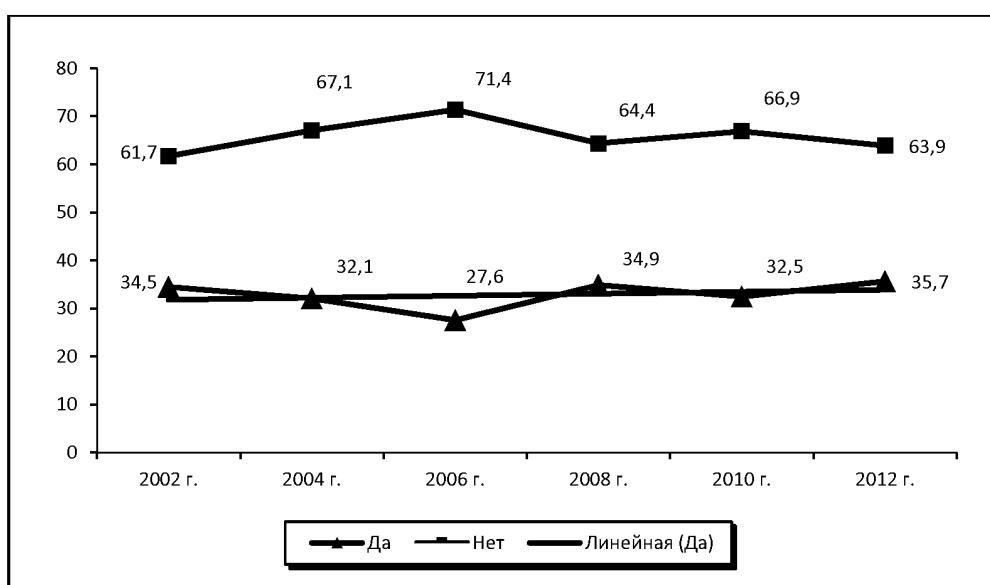


Таблица 3. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы употребляете алкогольные напитки, то как часто?» (в % от числа употребляющих)

Вариант ответа	Вид и объём потребления алкогольного напитка							
	пиво (более 1 бутылки)		некрепленое вино (более 200 мл)		крепкое вино (более 100 мл)		крепкие спиртные на- питки (более 50 мл)	
	2009 г.	2012 г.	2009 г.	2012 г.	2009 г.	2012 г.	2009 г.	2012 г.
Ежедневно	4,7	2,3	0,6	0,5	0,8	0,3	1,5	0,6
По выходным	29,1	25,8	7,8	4,5	4,9	2,5	9,5	5,3
По праздникам	18,1	11,3	38,0	39,9	29,4	28,8	46,8	42,8
До 3-х раз в месяц	7,8	11,4	7,3	8,3	5,9	8,9	9,7	9,7

Рисунок 3. Распределение ответов на вопрос: «Курите ли Вы в настоящее время?» (в % от числа опрошенных)



рового образа жизни, реализуемых на территории области [7]². Таким образом, несмотря на увеличение удельного веса тех, кто потребляет алкогольную продукцию, частота употребления спиртных напитков снизилась.

Доля курящего населения в регионе неустойчива, испытывает колебания в течение всего периода исследования. Однако тренд изменения данного пока-

зателя свидетельствует об увеличении числа курящих. В 2012 году их количество составило 36% от общего числа жителей в возрасте от 18 лет (рис. 3).

Существуют гендерные различия в потреблении алкоголя и табакокурении. Мужчины более подвержены этим вредным привычкам. За 10 лет отмечено увеличение распространения вредных привычек у мужчин по сравнению с женщинами (табл. 4). Среди молодых людей (как мужчин, так и женщин) вредные привычки распространены шире, чем в старших возрастных группах, вместе с тем женщины всех возрастных категорий курят значительно меньше, чем мужчины.

² Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения Вологодской области реализует ряд проектов, направленных на популяризацию здорового образа жизни и отказ от вредных привычек, целевые программы «Здоровый ребёнок», «Формирование здорового образа жизни населения Вологодской области на 2009 – 2012 гг.».

Таблица 4. Употребление алкогольных напитков, курение
(гендерно-возрастной разрез, в % от числа опрошенных)

Возрастная группа	Употребление алкоголя				Курение			
	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
	2002 г.	2012 г.	2002 г.	2012 г.	2002 г.	2012 г.	2002 г.	2012 г.
До 30 лет	72,2	85,5	66,0	86,2	50,9	55,2	29,5	36,5
От 30 до 60 лет	77,7	84,3	64,6	75,9	56,9	53,8	24,9	24,8
Старше 60 лет	67,7	74,1	32,0	63,5	44,7	48,1	5,7	8,4
Всего	74,7	83,2	57,8	77,7	53,4	53,3	22,0	21,8

Большая часть населения региона соблюдает режим труда и отдыха. Свыше половины жителей (60%) не работают по выходным, 70% имеют ежегодный отпуск. В то же время треть опрошенных трудится свыше 40 часов в неделю, столько же имеет вторичную занятость. Причём увеличение длительности рабочего времени в неделю лишь у 36% населения объясняется дополнительной занятостью, 65% «перерабатывают» на основном месте работы.

Проблемой является и отсутствие свободного времени: лишь 25% населения имеют 10 и более часов на досуг (включая сон). При этом его использование не служит здоровьесбережению. При ответе на вопрос «Как Вы обычно проводите своё свободное время?» 65% жителей Вологодской области указали, что сидят дома у телевизора, компьютера, читают или выполняют домашние дела, не требующие значительных физических усилий (рис. 4). Доля населения, предпочитающего прогулки на свежем воздухе, составила 31%, занимающегося физкультурой и спортом – 11%.

По сравнению с 2002 в 2012 году на 10 п.п. увеличился удельный вес жителей, выбирающих пассивные формы досуга (65%), хотя 55% осознают, что для сохранения и улучшения собственного здоровья необходима регулярная физическая активность.

Одним из проявлений негативного самосохранительного поведения явля-

ется абортное поведение. По данным исследования, 58% женщин прибегали к искусственному прерыванию беременности. С возрастом увеличивается и доля женщин с аборт в анамнезе, и кратность абортного вмешательства (табл. 5).

Это обусловлено кумулятивным эффектом (накапливается опыт половой жизни, что повышает вероятность и кратность абортного выбора). Кроме того, в случае наступления незапланированной беременности женщины в возрасте старше 35 лет, как правило, прибегают к данному способу регулирования детности, поскольку репродуктивные планы у большей части данной возрастной группы выполнены, а контрацептивное поведение характеризуется широким распространением естественных методов [11].

По данным исследования 2012 года, из всех женщин, имеющих хирургическое прерывание беременности в анамнезе, 22% прибегали к нему однократно, 11 – двукратно, 4% имеют 3 аборта и 5% – 4 и более³.

Следующим проявлением самосохранительного поведения является использование средств контрацепции.

³ По данным обследования репродуктивного поведения женщин, проведённого в 2009 году ИСЭРТ РАН совместно с Институтом здоровья семьи, единично встречаются значения 10, 11, 12, 15, 17, 23 раза повторных прерываний беременности в анамнезе женщин.

Рисунок 4. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы обычно проводите своё свободное время?» (% от числа опрошенных)

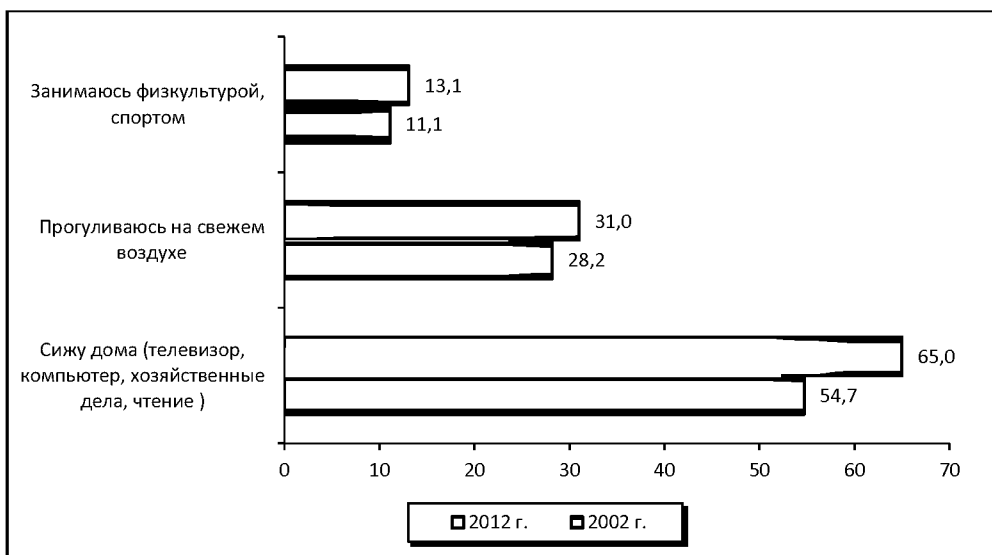


Таблица 5. Доля женщин, утвердительно ответивших на вопрос: «Делали ли Вы когда-нибудь аборт для прерывания беременности?» (в % от числа опрошенных)

Возрастная группа, лет	В среднем	Кратность			
		1	2	3	4 и более
От 18 до 25	11,6	8,4	3,2	0,0	0
От 25 до 30	37,7	24,7	6,5	5,2	1,3
От 30 до 35	40,4	25,5	6,4	5,3	3,2
От 35 до 40	57,6	31,8	16,5	3,5	5,9
От 40 до 45	49,2	18,6	20,3	1,7	8,5
От 45 до 49	68,5	22,2	22,2	9,3	14,8
В среднем	58,4	21,8	11,2	3,9	4,7

По результатам исследования, вообще не пользуются контрацептивными средствами 5% населения, живущего половой жизнью⁴; всегда пользуются каким-либо методом 35%.

В целом для сексуального поведения населения характерно снижение возраста сексуального дебюта (2005 год – 17,3 лет, 2012 год – 16,3 лет; табл. 6), причём почти в половине случаев (48,5%) – это незащищённый половой контакт.

Существует дисбаланс между самосохранительными установками и действиями. При распространении позитивных

представлений о здоровьесбережении у 95% населения в поступках присутствует хотя бы один элемент саморазрушительного поведения.

Сопоставление самооценки здоровья и поведенческих практик позволяет утверждать, что здоровьесберегающие действия способствуют сохранению здоровья. Среди населения, оценивающего своё здоровье как очень хорошее и довольно хорошее, доля подверженных вредным привычкам и не заботящихся о своём здоровье меньше, чем среди тех, кто считает его плохим и очень плохим (табл. 7).

Таким образом, проблема самосохранительного поведения заключена в несоответствии, порой резко выраженном

⁴ По данным российского обследования «Родители и дети, мужчины и женщины», проведённого в 2007 году, не пользовались контрацептивными средствами 19,7% населения, живущего половой жизнью.

Таблица 6. Средний возраст сексуального дебюта (лет)

Возрастные группы	2005 г.	2012 г.
18 – 29 лет	17,0	15,3
30 – 39 лет	17,5	16,7
40 – 49 лет	17,8	17,4
Средний показатель	17,3	16,3

Таблица 7. Соотношение самооценки здоровья и выраженности отдельных параметров саморазрушительного поведения среди населения (в % от числа опрошенных)

Параметры саморазрушительного поведения	самооценка здоровья				
	очень хорошее	довольно хорошее	удовлетворительное	плохое	очень плохое
Употребление алкоголя	75,5	77,1	79,4	67,5	80,0
Курение	32,1	39,5	34,1	31,7	33,3
Употребление наркотиков	15,1	7,4	5,2	6,3	13,3
Отсутствие заботы о здоровье	5,7	22,3	22,5	33,3	33,3
Несоблюдение режима питания	11,3	18,1	20,0	30,2	20,0
Рабочая неделя более 40 часов	18,9	31,3	31,9	25,4	33,4
Аборт в анамнезе 3 раза и более	14,3	3,3	14,6	12,5	16,7
Отсутствие двигательной активности	22,6	21,6	26,1	38,9	20,0

противоречии между сознанием и поведением [5]. Реализация самосохранительных установок на практике становится одной из главных проблем здоровьесбережения современного общества. На фоне сложившейся системы установок на сохранение здоровья и продление сроков жизни население выбирает далёкую от идеальной стратегию самосохранительного поведения.

В ходе исследования было выявлено, что большая часть населения Вологодской области обладает определёнными позитивными самосохранительными установками, но при этом не реализует их на практике. Действия самосохранительной направленности в отличие от установок выражены у меньшей части населения региона.

В результате изучения факторов, влияющих на выбор самосохранительных стратегий, были выделены субъективные и объективные. Среди субъективных факторов сильное положительное влияние на самосохранительное поведение оказывает стремление (установка) к долгой жизни, нахождение в заре-

гистрированном браке, положительный опыт родителей, высшее образование, умственный труд как характеристика основной работы. С увеличением возраста населения наблюдается рост позитивных показателей самосохранительного поведения. Место проживания также оказалось значимым при выборе стратегий самосохранительного поведения по отдельным его параметрам. Объективными же факторами стали наличие инфраструктуры и её доступность, доходы населения.

Особо значимой проблемой оказалось отсутствие у населения навыков самоорганизации и снятие стрессового состояния саморазрушительными действиями (употребление алкоголя, курение, переедание).

В соответствии с вышеизложенными тенденциями, проблемами и факторами самосохранительного поведения целесообразным, на наш взгляд, является рассмотрение и внедрение следующих мероприятий для распространения здоровьесберегающих практик среди населения Вологодской области.

В связи с недоступностью объектов инфраструктуры здоровьесбережения и профилактики болезней:

- разработать программу, направленную на повышение доступности услуг спортивных сооружений (система льгот, накопительных дисконтных карт, в том числе для низкодоходных групп населения и проч.);
- разработать программу содействия развитию спортивно-оздоровительной инфраструктуры в шаговой доступности (в каждом микрорайоне городов);
- разработать программу обеспечения спортивными объектами сельской местности и их полноценного функционирования (наличие оборудования и квалифицированных кадров).

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

- ✓ внести коррективы в законодательную базу, регулиующую вступление в брак и его расторжение; для принятия более взвешенного решения желательно увеличить период ожидания регистрации как браков, так и разводов до 3 месяцев;
- ✓ расширить практику заключения брачного контракта; при подаче заявления было бы желательно разъяснить будущим супругам преимущества заключения брачного контракта, направить к специалисту в данной области; оптимальным вариантом стало бы открытие кабинета юриста при органах ЗАГС (или сотрудничество на договорной основе);
- ✓ расширить практику психологической помощи гармонизации внутрисемейных отношений; использовать все возможные механизмы информирования населения о предоставляемых услугах;
- ✓ включить в образовательные программы курсы «Этика и психология

семейной жизни», «Семьеведение» и пр. (на выбор школ) за счёт регионального компонента;

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

Учитывая значимость и период формирования самосохранительных установок, а также образования и характера работы, на наш взгляд, целесообразно:

- в рамках нового стандарта школьного образования в программе обязательного курса «Безопасность жизнедеятельности» усилить информационный и ценностный компоненты здоровьесбережения;
- вновь включить в образовательные программы учреждений профессионального образования курсы «Валеология», «Гигиена»;
- привлечь региональные СМИ, общественные организации, профсоюзы, руководство предприятий и организаций, органы власти к пропаганде позитивных самосохранительных стратегий.

Принимая во внимание отсутствие навыков самоорганизации, стрессопротекции, негативные формы самосохранительного поведения, связанные с психологическими проблемами, необходимо:

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

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

На наш взгляд, принятие административных и экономических механизмов, таких, например, как лишение водительских прав за повторное задержание

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

Литература

1. Антонов, А.И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов) [Текст] / А.И. Антонов. – М.: Издательский Дом «Nota Bene», 1998. – 360 с.
2. Журавлева, И.В. Самосохранительное поведения подростков и заболевания, передающиеся половым путём [Текст] / И.В. Журавлева // Социс. – 2000. – № 5. – С. 66-74.
3. Иванова, Л.Ю. Самосохранительное поведение и его гендерные особенности [Текст] / Л.Ю. Иванова // Россия реформирующаяся. Ежегодник – 2005 / отв. ред. Л.М. Дробижева. – М.: Институт социологии РАН, 2006. – С. 110-133.
4. Кашуркина, С.С. Самосохранительное поведение детей и молодёжи как социальная проблема [Текст] / С.С. Кашуркина. – Казань: РИЦ «Школа», 2006. – 84 с.
5. Ковалева, А.А. Самосохранительное поведение населения: социологический анализ [Электронный ресурс] // Материалы докладов XV Международной конференции студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов» / отв. ред. И.А. Алешковский, П.Н. Костылев, А.И. Андреев. – Режим доступа: http://lomonosov.econ.msu.ru/2008/19_22.pdf
6. Назарова, И.Б. Здоровье занятого населения [Текст]: монография / И.Б. Назарова; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 526 с.
7. Об ограничении времени розничной продажи алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15 процентов объёма готовой продукции на территории Вологодской области [Электронный ресурс]: Закон Вологодской области от 3 ноября 2010 г. № 2399-03. – Режим доступа: http://www.vologdazso.ru/db/docs/1039589_1.1.pdf (дата обращения 13.08.2012).
8. Ображей, О.Н. Актуальность изучения самосохранительного поведения населения [Текст] / О.Н. Ображей, В.С. Подвальская // Социологический альманах. – 2010. – № 1. – С. 263-268.
9. Римашевская, Н.М. Модернизация России: здоровье россиян и демографическая ситуация [Электронный ресурс] / Н.М. Римашевская // Демоскоп. – 2012. – № 509-510. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0509/nauka02.php>
10. Тихомирова, И.А. Физиологические основы здоровья [Электронный ресурс] / И.А. Тихомирова. – Режим доступа: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met73/met73.html> (дата обращения: 20.04.2011).
11. Шабунова, А.А. Рождаемость и воспроизводство населения территории [Текст]: монография / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011. – 148 с.
12. Шилова, Л.С. Стресс, здоровье и изменение самосохранительного поведения населения Москвы за годы реформ [Текст] // Россия: риски и опасности «переходного» общества / под ред. О.Н. Яницкого. – М., 1998. – С. 161-191.
13. World Development Indicators / World Bank, 2006, 2011. – URL: <http://www.worldbank.org>