

УДК 314.04(470.12+476)

ББК 60.542.5(2Рос-4Вол+4Бел)

© Шабунова А.А., Шухатович В.Р., Корчагина П.С.

Здоровьесберегающая активность как фактор здоровья: гендерный аспект *

В статье представлены некоторые результаты анализа здоровьесберегающего поведения населения двух стран – Республики Беларусь и Российской Федерации (на примере Вологодской области) в разрезе гендерного аспекта. Целью статьи является выделение особенностей поведения у мужчин и женщин при выборе ими стратегий здоровьесберегающей активности, которые, в свою очередь, влияют на состояние здоровья.

Результаты международного мультидисциплинарного исследования позволяют утверждать, что гендер обуславливает выбор стратегии здоровьесберегающего поведения.

Здоровье, здоровьесберегающая активность, гендер, самооценка здоровья, мужчины, женщины, население Вологодской области, население Беларуси.



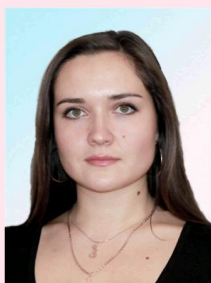
**Александра Анатольевна
ШАБУНОВА**

доктор экономических наук, зам. директора, зав. отделом ИСЭРТ РАН
aas@vscc.ac.ru



**Виолетта Руслановна
ШУХАТОВИЧ**

зав. сектором Института социологии НАН Беларуси
violetta_sh@mail.ru



**Полина Сергеевна
КОРЧАГИНА**

младший научный сотрудник ИСЭРТ РАН
polina_korchagina@bk.ru

* Работа подготовлена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда и Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований, проект «Демографическая безопасность России и Беларуси: проблемы и перспективы», №13-22-01002/13.

Одним из важных факторов, оказывающих влияние на сохранение численности и качества населения, является здоровье. Оно в значительной степени определяет уровень смертности и качество будущего поколения, предопределяя тем самым демографическое развитие государства.

Россия и Беларусь — страны постсоветского пространства, имеющие общие тенденции демографического развития и здоровья населения. Анализ общих закономерностей демографического развития, здоровья и стратегий поведения населения этих государств помогает сформировать более эффективные меры по решению имеющихся демографических проблем.

Всемирная организация здравоохранения признает, что существуют различия в факторах, определяющих здоровье и бремя болезней у женщин и мужчин, и акцентирует особую важность изучения динамики гендерных аспектов здоровья, на которую в течение длительного времени не обращалось внимания [2].

Понятие «гендер» (gender) заимствовано из английского языка и переводится на русский язык как «род»; прилагательное «гендерный» используется для описания тех характеристик женщин и мужчин, которые являются социально приобретенными,

тогда как «пол» — для описания биологически предопределенных. Поведенческие черты и установки, которые мальчики и девочки приобретают в процессе социализации, составляют гендерную индивидуальность и определяют гендерные роли [2].

В то же время большинство работ, посвященных изучению здоровья населения двух стран, зачастую при формулировке рекомендаций органам власти и социальным структурам по совершенствованию механизмов воздействия, способствующих сокращению смертности и улучшению качества человеческого потенциала, не учитывают гендерные различия в выборе поведенческих стратегий касательно своего здоровья.

Одним из индикаторов демографического развития является ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ). Здоровье населения как Беларуси так и России характеризуется низким уровнем ожидаемой продолжительности жизни: разница между ними и странами-лидерами в показателях ОПЖ составляет 6–8 лет у женщин, 12–14 лет у мужчин (табл. 1). В 2011 г. в Беларуси показатель ОПЖ при рождении составил 70,6 года (для мужчин — 64,7, для женщин — 76,7), в России — 70 лет (для мужчин — 64 года, для женщин — 76).

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность жизни населения в гендерном разрезе, в 2011 г. (число лет)

Субъекты	Все население	Мужчины	Женщины	Разница Ж/М
<i>Ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении</i>				
Российская Федерация	70,0	64,0	76,0	12
Республика Беларусь	70,6	64,7	76,7	12
Страны ЕС	80,1	77,2	83,0	5,8
<i>Ожидаемая продолжительность жизни населения в возрасте 65 лет</i>				
Российская Федерация	14,8	12,1	16,7	4,6
Республика Беларусь	14,9	11,8	17,1	5,3
Страны ЕС	19,5	17,6	21,2	3,6
Источники: Беларусь и Россия, 2012: стат. сб. / Постоянный Комитет Союзного государства; Национальный статистический комитет Республики Беларусь; Федеральная служба государственной статистики; редколлегия: И.А. Костевич [и др.]: Офиц. изд. — М.: Росстат, 2012. — 190 с.; Европейская база данных «Здоровье для всех» [Эл. рес.] / ВОЗ; 2012. — Режим доступа: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html				

На протяжении уже более 10 лет сохраняется высокий разрыв в показателях ожидаемой продолжительности жизни женщин и мужчин (12 лет) как в Беларуси [3], так и в России [5].

Смертность от внешних причин в трудоспособном возрасте у мужчин выходит на 1-е место в России и на 2-е место в Беларуси. За период с 2009 по 2011 г. наблюдалось существенное снижение этого показателя и в Беларуси, и России – всего населения (со 146,2 до 142,5 в РБ и с 329,3 до 291,8 в РФ). При этом данный показатель значительно разнится у мужчин и женщин. Так, например, в 2011 г. в России коэффициент смертности от внешних причин составил среди мужчин 273 случая на 100 тыс. человек, а среди женщин – 59,6. В Беларуси аналогичный показатель составил среди мужчин 241,6 случая на 100 тыс. человек, среди женщин – 56,4; в трудоспособном возрасте различия по полу еще более выраженные: у мужчин – 274,8; у женщин – 47,9 [3].

Многие причины, определяющие отставание в показателях здоровья постсоветских государств от стран Западной Европы, еще недостаточно изучены. Однако ведущие аналитики сходятся во мнении, что примерно 30% отставания связано с различиями в благосостоянии, 50% – с факторами, обусловленными образом жизни, 10% – с загрязнением окружающей среды и вероятностью профессиональных заболеваний, 10% – с недостатками медицинских услуг профилактического и лечебного характера [11].

В сложившейся ситуации важно знать, в какой мере сами люди стремятся к сохранению здоровья, уделяют ли внимание вопросам физической культуры и рационального питания, своевременно ли обращаются за медицинской помощью, имеются ли различия в отношении к своему здоровью у мужчин и женщин.

В данной работе представлены некоторые результаты анализа здоровьесберегающего поведения населения на базе международного мультидисциплинарного исследования здоровья жителей двух стран, проведенного в 2011 г. в Беларуси¹ и на территории Вологодской области² (одного из крупных регионов Российской Федерации)³. Целью статьи является выделение особенностей поведения у мужчин и женщин при выборе ими стратегий поведения, которые влияют на состояние их здоровья.

В качестве эмпирических индикаторов отношения населения к здоровью выбраны: 1) самооценка здоровья, как основной источник информации об изменениях,

¹ Национальный опрос населения Беларуси проводился Институтом социологии НАН Беларуси в 2011 г. Объем выборки – 2101 человек. Выборка случайная маршрутная с контролем квот населения в возрасте 16 лет и старше в соответствии с зоной проживания, полом, возрастом и образованием. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: в выборке пропорционально представлено население Минской (с выделением Минска), Могилевской, Витебской, Гродненской, Гомельской и Брестской областей; городское и сельское население; внутри областей пропорционально представлено население шести «зон» (1 – Минск и областные центры, 2 – города с численностью населения от 100 до 250 тысяч человек, 3 – города с численностью населения от 50 до 100 тысяч человек; 4 – города с численностью населения от 10 до 50 тысяч человек; 5 – поселки городского типа с населением менее 10 тысяч человек; 6 – сельское население). В каждой «зоне» пропорционально представлено население в соответствии с такими характеристиками, как пол, возраст, образование.

² Опрос общественного мнения о состоянии здоровья населения проводился ИСЭРТ РАН в 2011 г. на территории г. Вологды, Череповца и восьми районов Вологодской области. Объем выборки – 1500 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением, между жителями населенных пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города), пропорций половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 3%.

³ Изучение здоровья и его сбережения с использованием специального инструментария должно базироваться на локальных исследованиях, относящихся к некоторой территории, хорошо представляющей страну. Вологодская область является типичным регионом России и может демонстрировать аналогичные тенденции и процессы, характерные для страны в целом.

Таблица 2. Самооценки здоровья населения Беларуси и Вологодской области, 2011 г., по полу (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Республика Беларусь			Вологодская область		
	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины	Все население
<i>Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в настоящее время?</i>						
Хорошее и скорее хорошее	36,7	20,9	28,1	48,7	37,5	42,5
Удовлетворительное	46,2	52,2	49,4	36,2	42,6	39,8
Скорее плохое и плохое	12,6	22,1	17,7	12,0	18,7	15,7
Затрудняюсь ответить	4,6	4,4	4,3	3,0	1,2	2,0
<i>Как изменилось состояние Вашего здоровья за прошедший год?</i>						
Улучшилось	5,5	4,6	5,1	9,2	7,5	8,3
Осталось прежним	63,5	51,8	57,1	64,1	56,3	59,7
Ухудшилось	22,2	36,1	29,7	20,5	30,1	25,8
Затрудняюсь ответить	8,9	7,3	7,8	6,3	6,1	6,2
<i>Имеются ли у Вас хронические заболевания?</i>						
Да	28,9	43,4	36,8	18,2	29,3	24,4
<i>Имеются ли у Вас последствия серьезных заболеваний, травм, ограничивающие трудоспособность?</i>						
Да	7,2	6,3	6,7	10,7	8,7	9,6
<i>Имеется ли у Вас инвалидность?</i>						
Да	4,4	5,6	5,1	6,6	7,9	7,3

происходящих на микроуровне; 2) мотивы заботы о здоровье, указывающие на истинные причины выбора здоровьесберегающего поведения; 3) здравоохранительная активность (пассивность) населения, отражающая реальный выбор личности в вопросах сохранения здоровья⁴.

Использование социологических показателей наряду со статистическими, такими как ожидаемая продолжительность жизни, смертность, заболеваемость, повышает корректность общей оценки состояния здоровья на популяционном уровне. Социологические методики позволяют исследовать самооценки здоровья разных слоев населения, чтобы выявить наиболее благополучные из них с учетом стратегий поведения и группы риска, с целью разработки адресных предложений и рекомендаций, направленных на улучшение ситуации.

⁴ Базой для сравнительного анализа послужили данные опроса, проведенного в Беларуси и Вологодской области, полученные на основе авторских разработок В.Р. Шухатович.

Метод самооценок здоровья (несмотря на некоторые ограничения) признан достаточно надёжным и рекомендован ВОЗ для мониторинга здоровья внутри отдельных стран и для межстрановых сравнений. Самооценка здоровья как интегральный показатель включает в себя оценку не только наличия или отсутствия симптомов заболевания, но и психологического благополучия в целом.

И в Беларуси, и России заметны существенные гендерные различия в самооценках здоровья населения (табл. 2). У мужчин они значительно лучше, чем у женщин: почти вдвое выше доля оценок «хорошее» и «скорее хорошее» и почти вдвое ниже доля оценок «скорее плохое» и «плохое»; мужчины в полтора раза реже отмечали, что их здоровье за последний год ухудшилось.

Среди 37% населения Республики Беларусь, указавшего на наличие хронических заболеваний, 29% мужчин и 43% женщин. В Вологодской области диспропорция похожая: 18% мужчин и 29% женщин.

В обеих странах наблюдается рассогласованность между статистическими показателями (ОПЖ, смертность) и самооценками здоровья по полу: на уровне самооценок здоровье женщин хуже, чем мужчин, в то время как на уровне статистических показателей фиксируется противоположная ситуация: здоровье мужчин значительно хуже, чем женщин.

Данный феномен, проявляющийся в том, что ОПЖ у мужчин на 12 лет меньше, а индивидуальный потенциал здоровья женщин в среднем на 10% ниже, известный российский ученый и социальный политик Н.М. Римашевская называет «гендерным парадоксом здоровья». Она объясняет его действием объективных и субъективных, биологических и социальных факторов: большей ответственностью женщин за попечение детей и большей природной выносливостью; меньшей склонностью мужчин к витальному (самосохранительному поведению) и большей склонностью к риску; мужчины обладают большей энергией, но более беззащитны перед стрессом: организм мужчины – спринтер, организм женщины – стайер [8]. Социальные факторы, влияющие на здоровье, Римашевская связывает с двойной нагрузкой женщин и большими рисками, которые берут на себя мужчины.

При изучении стратегий поведения, направленного на сохранение здоровья и продление сроков жизни, было выявлено, что женщины уделяют внимание вопросам здорового образа жизни и пытаются ему следовать в большей степени, нежели мужчины.

Образ жизни принято считать определяющим фактором влияния на здоровье человека [9]. Как общесоциальная категория «здоровый образ жизни» характеризует: а) степень реализации возможностей конкретного общества (индивида, социальной группы) в обеспечении здоровья; б) степень социального благополучия как

единства уровня и качества жизни; в) степень эффективности функционирования социальной организации в ее соотношении с ценностью здоровья.

Здоровьесберегающую активность мы рассматриваем как социальную активность, которая характеризуется сознательностью, целеполаганием, предвосхищением результата. Здоровый образ жизни предполагает активное умение справляться с трудностями и противостоять рискам, связанным со здоровьем.

В представленном анализе в качестве показателей отношения населения к здоровью были выбраны: 1) мотивы заботы о здоровье, программирующие и предсказывающие направления активности индивида; 2) здоровьесберегающая (здоровоохранительная) активность (пассивность) населения, отражающая реальный выбор личности в вопросах сохранения здоровья.

Результаты проведенного исследования подтвердили гипотезу о том, что в группах респондентов с наиболее высокими самооценками здоровья распространенность показателей здоровьесберегающей активности выше, чем у имеющих низкие самооценки (табл. 3). Среди отметивших, что они «ничего специально не предпринимают для сохранения и укрепления своего здоровья», более чем в 2 раза выше доля лиц, оценивающих свое здоровье как «плохое», чем среди тех, кто оценил его как «хорошее» или «скорей хорошее».

Активные занятия физкультурой и закаливание организма, контроль веса, оздоровление в санатории, на курорте, посещение бани, соблюдение умеренности при употреблении алкоголя, прогулки пешком, оптимальное сочетание трудовых нагрузок и отдыха, организация своего свободного времени с пользой для здоровья, контроль за своим психическим состоянием чаще отмечены в группах с наиболее высокими самооценками здоровья и реже – в группах с наиболее низкими самооценками.

Таблица 3. Распространенность показателей самосохранительной активности в группах населения с различными самооценками здоровья (в % от числа опрошенных)

Что Вы лично предпринимаете для сохранения и укрепления своего здоровья?	Субъект	Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?					Все население
		Хорошее	Скорее хорошее	Удовлетворительное	Скорее плохое	Плохое	
Активно занимаюсь физической культурой, закаливанием организма	БР	29,5	22,4	10,8	4,4	4,8	13,5
	ВО	34,1	13,1	5,7	4,8	4,3	12,3
Использую бытовые приборы для очистки питьевой воды, покупаю бутилированную воду, пользуюсь водой из специальных источников	БР	21,2	24,6	23,9	17,5	13,0	21,7
	ВО	25,3	34,3	30,2	27,5	20,3	29,3
Контролирую свой вес	БР	33,9	27,4	27,3	18,7	17,8	26,2
	ВО	22,9	24,2	18,4	14,4	13,0	19,8
Не курю	БР	59,3	54,7	58,0	56,1	56,1	57,0
	ВО	43,4	42,8	43,2	43,1	40,6	42,7
По возможности, оздоравлиюсь в санатории, на курорте и т.п.	БР	14,6	15,9	13,7	12,6	8,8	13,7
	ВО	8,8	9,0	10,6	15,0	13,0	10,3
Посещаю баню, сауну	БР	31,7	37,6	31,1	22,4	18,6	30,4
	ВО	32,9	38,7	32,5	23,4	15,9	32,3
Соблюдаю умеренность в употреблении алкоголя	БР	49,7	49,2	52,4	43,7	31,6	49,0
	ВО	25,7	25,5	27,5	26,9	13,0	25,9
Стараюсь больше ходить пешком, совершаю прогулки в местах отдыха	БР	41,5	28,8	36,1	32,6	23,2	34,4
	ВО	21,7	22,2	30,8	28,1	21,7	26,2
Стараюсь контролировать свое психическое состояние	БР	33,8	25,4	27,2	20,3	14,8	26,3
	ВО	15,7	13,7	12,7	9,6	8,7	13,0
Стараюсь оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых	БР	32,8	29,4	29,1	26,2	23,1	28,9
	ВО	20,9	16,2	20,6	20,4	5,8	18,7
Стараюсь организовать свое свободное время с пользой для здоровья, саморазвития, самореализации	БР	29,8	22,5	20,5	10,2	8,2	19,9
	ВО	20,5	16,8	13,1	10,2	14,5	14,9
Ничего специально не предпринимаю	БР	13,5	18,1	21,1	21,9	31,0	20,5
	ВО	14,9	18,6	26,3	28,7	39,1	23,4

БР – Республика Беларусь; ВО – Вологодская область.

Межстрановой анализ выявил, что по сравнению с россиянами белорусы более склонны вести здоровый образ жизни: так, например, они в значительно большей мере стараются не курить (57% против 42%), оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых (29% против 19%), следить за умеренностью употребления алкоголя (49% против 26%), а также контролировать свое психическое состояние (26% против 13%; см. табл. 3).

На наш взгляд, различия в показателях ожидаемой продолжительности жизни населения основных социально-демографических групп (мужчины и женщины) могут быть объяснены существенными

различиями в отношении к своему здоровью. Рассмотрим распространенность показателей, характеризующих отношение к здоровью, в исследуемых группах – мужчин и женщин.

Результаты исследования показали, что женщины Беларуси и России в большей степени, чем мужчины, проявляют бережное отношение к своему здоровью: в ответах на вопросы о питании, саморазвитии и самореализации, организации своего свободного времени они чаще отмечали соблюдение умеренности в употреблении алкоголя и реже – в курении (табл. 4). В целом женщины более заботливы в отношении к своему здоровью.

Таблица 4. Здоровьесберегающая активность населения, по полу (в % от числа опрошенных)

Что Вы лично предпринимаете для сохранения и укрепления своего здоровья?	Республика Беларусь			Вологодская область		
	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины	Все население
Активно занимаюсь физической культурой, закаливанием организма	17,3	10,4	13,5	17,1	8,4	12,3
Контролирую свой вес	16,0	34,8	26,2	11,4	26,5	19,8
Не курю	45,3	66,9	57,0	33,5	50,1	42,7
Обращаюсь к врачу при первых признаках болезни, регулярно прохожу медицинский осмотр	20,6	29,4	25,4	12,6	22,2	17,9
По возможности, оздоравливаюсь в санатории, на курорте и т.п.	12,8	14,4	13,7	7,4	12,7	10,3
Посещаю баню, сауну	34,0	27,3	30,4	33,5	31,3	32,3
Соблюдаю умеренность в употреблении алкоголя	45,7	51,7	49,0	23,3	28,0	25,9
Стараюсь больше ходить пешком, совершаю прогулки в местах отдыха	29,0	38,9	34,4	20,5	30,8	26,2
Стараюсь контролировать свое психическое состояние	22,4	29,6	26,3	11,6	14,1	13,0
Стараюсь оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых	27,9	29,8	28,9	16,1	20,7	18,7
Стараюсь организовать свое свободное время с пользой для здоровья, саморазвития, самореализации	17,4	22,0	19,9	12,6	16,6	14,9
Ничего специально не предпринимаю	23,9	17,6	20,5	30,2	18,0	23,4

Мужчины обеих исследуемых территорий чаще, чем женщины, указывали, что активно занимаются физической культурой, закаливанием организма, посещают баню, сауну. В то же время среди мужчин в полтора раза больше доля курящих; почти вдвое меньше тех, кто уделяет внимание организации своего питания. Анализ данных таблицы показывает, что поведение в отношении своего здоровья у мужчин в большей степени, чем у женщин, провоцирует риски сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и заболеваний органов пищеварения, которые являются ведущими причинами смертности среди мужчин трудоспособного возраста.

Судя по данным исследования, основным мотивом заботы о своем здоровье для населения Беларуси и Вологодской области, как мужчин, так и женщин, является потребность в хорошем самочувствии (табл. 5). Для женщин более характерен такой мотив, как стремление хорошо выглядеть, нравиться.

В обеих странах практически по всем заявленным в опросе побудителям к здоровьесбережению доля женщин, их выбравших, превышает долю мужчин, за исключением вариантов ответа «Стремление достичь значимых целей в жизни» и «Желание иметь здоровое потомство».

При межполовом сравнении двух стран видно, что женщинам Беларуси больше свойственны мотивы сохранения собственного здоровья «Потребность в хорошем самочувствии» (55% против 45%), «Стремление хорошо выглядеть, нравиться» (41% против 30%), «Нежелание доставлять хлопоты, быть обузой близким» (40% против 31%).

Проведенный анализ показал, что в целом население обеих стран имеет одинаковые мотивы для здоровьесбережения. В то же время для белорусов, в отличие от вологжан, более значимым являются «Нежелание доставлять хлопоты, быть обузой близким» (37% против 26%), «Потребность в хорошем самочувствии»

Таблица 5. Мотивы заботы о здоровье, по полу (в % от числа опрошенных)

Что побуждает Вас заботиться о своем здоровье?	Республика Беларусь			Вологодская область		
	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины	Все население
Желание иметь здоровое потомство	23,1	20,5	21,7	22,7	19,6	21,0
Желание повысить (сохранить) работоспособность	28,7	25,5	27,0	22,0	22,2	22,1
Нежелание доставлять хлопоты, быть обузой близким	33,1	40,1	36,9	20,8	30,5	26,2
Потребность в хорошем самочувствии	46,1	55,4	51,2	32,9	45,4	39,9
Страх заболеть	17,1	27,0	22,4	17,1	17,7	17,5
Стремление быть примером для своих детей, близких	16,9	20,6	18,9	13,4	18,0	15,9
Стремление достичь значимых целей в жизни (в работе, учебе)	13,9	9,3	11,4	13,1	9,6	11,1
Стремление к долголетию	17,6	21,2	19,5	21,2	24,0	22,7
Стремление хорошо выглядеть, нравиться	23,8	40,9	33,1	19,7	29,5	25,1
Ухудшение здоровья, болезнь	16,2	21,3	19,0	13,2	14,9	14,1
Не забочусь о своем здоровье	11,2	4,0	7,3	20,5	8,5	13,8

(51% против 40%), «Стремление хорошо выглядеть, нравиться» (33% против 25%). В свою очередь, среди населения Вологодской области на 4% выше удельный вес тех, кто отметил в числе таких мотивов «Стремление к долголетию» (23% против 20%), однако в 2 раза выше доля тех, кого ничто не побуждает заботиться о здоровье, т.к. они в принципе «Не заботятся о своем здоровье» (14% против 7%).

Как известно, важным способом сохранения здоровья является своевременное обращение за квалифицированной медицинской помощью. Судя по результатам нашего исследования, при возникновении первых признаков болезни к врачу обращается: 11,5% населения Вологодской области – всегда, еще 35% – не всегда, но в большинстве случаев. Более 40% жителей региона предпочитают самолечение и обращаются к врачам только в случае значительного ухудшения состояния.

Наряду с обращением за квалифицированной помощью во время болезни требуется и профилактика заболеваний как часть

правильного поведения в отношении здоровья. В исследовании мы обратили внимание на то, с какой именно целью респонденты посещали медицинские учреждения в году, предшествующем году опроса, на основании чего были сформированы группы, имеющие сходные стратегии поведения в отношении своего здоровья.

Оказалось, что 17% опрошенных региона обращались к врачу с профилактической целью, еще 14% – при прохождении профосмотра. Можно считать, что это группа активных и относительно активных граждан, заботящихся о своем здоровье самостоятельно или при помощи государства и работодателя. Чаще всего это люди трудоспособного возраста, с хорошей или удовлетворительной оценкой здоровья. Женщины чаще, чем мужчины, обращались к врачу с профилактической целью.

Другая группа – граждане, поддерживающие свое здоровье (46%), обращающиеся к доктору в период плохого самочувствия.

К ним преимущественно относятся лица, имеющие плохую самооценку здоровья (73% против 33% с хорошей); принадлежащих к группе 20% наиболее обеспеченных (53% против 32% среди 20% наименее обеспеченных); старше трудоспособного возраста (60% против 36% в возрасте моложе 30 лет). Как показало исследование, мужчины реже женщин обращаются за медицинской помощью в период болезни (41% против 51%).

Третью группу составляют пассивные жители региона, невнимательно относящиеся к своему здоровью. Они или не обращались к врачу, так как лечились самостоятельно (11%), или не помнят цели визита в больницу (можно считать, что не были там 4%), или не обращались к врачу, т.к. не болели (8%). Среди представителей этой группы чаще встречаются молодые люди. Самолечение в большей степени характерно для представителей 20% менее обеспеченных (15% против 10% среди 20% более обеспеченных). Среди тех, кто не обращается к врачу, подавляющее большинство оценивает свое здоровье как хорошее (23% против 4% с плохим здоровьем). Мужчины почти в два раза чаще не обращаются к врачу, т.к. не болеют (10% против 6%).

Подобные результаты получены и в других исследованиях: так, например, по данным РЭМЭЗ, в течение последних трех месяцев в медицинское учреждение или просто к специалисту для профилактического обследования обратилось около 20% населения. Причем несколько активнее ведут себя обеспеченные люди: среди тех, чей доход выше медианного, доля обратившихся составляет 19%, ниже медианного — 14%.

Анализ глубинных интервью, проведенных в соответствии с методикой EQ-5D, подтверждает количественные данные и позволяет определить основные характе-

ристики людей, обратившихся за медицинской помощью в учреждения здравоохранения: относительно высокий уровень дохода; серьезные проблемы со здоровьем (резкое ухудшение здоровья, обострение болезни); высокий уровень заботы о здоровье [6, 7].

Итак, исследование показало, что здоровьесберегающее поведение и медицинская активность населения двух стран имеют сходные характеристики (позиции). В целом здоровьесберегающую активность населения Беларуси и Вологодской области можно охарактеризовать как недостаточную: выявлена низкая распространенность занятий физической культурой и недостаточная профилактическая медицинская активность, высокая распространенность табакокурения и неумеренного употребления алкогольных напитков.

Во многом выбор стратегии здоровьесберегающего поведения обусловлен гендерными особенностями. Для женщин в большей степени характерна здоровьесберегательная активность, а мужчины чаще выбирают рискованное поведение. Проведенный анализ подтвердил, что мужчинам присуще «неплохое» здоровье и наличие предпосылок к продолжительной жизни, но они прилагают недостаточно усилий для его сохранения. Подтверждением тому служит высокая доля смертности от внешних причин среди мужчин в трудоспособном возрасте. Это в значительной степени обусловливает гендерную разницу в ОПЖ при рождении. Еще одним подтверждением является то, что разница в ОПЖ в возрасте 65 лет между мужчинами и женщинами существенно ниже, чем в ОПЖ при рождении (5 лет, а не 12; см. табл. 1).

Под влиянием глобальных изменений (урбанизация, миграция) многие традиции сохранения здоровья, сформированные на протяжении веков, постепенно утрачиваются.

Нормы и ценности самосохранительного поведения, релевантные современному образу жизни, как у населения Беларуси, так и у жителей Вологодской области только еще формируются и недостаточно прочно вошли в культуру повседневной жизни.

На наш взгляд, необходимо целенаправленное информирование населения о факторах долголетия, обусловленных образом жизни, с учетом биологических и социальных особенностей людей (пол, возраст, конституция, характер труда и т.д.). Масштабы и сложность проблем, касающихся здоровья в его связи с образом жизни, выходят за рамки медицинского знания и

требуют привлечения специалистов различных научных направлений, относящихся к человековедению.

При формировании мер и механизмов повышения здоровьесберегательной активности необходимо уделять должное внимание вопросу формирования здоровьесберегательной культуры среди населения с учетом гендерных особенностей, что будет способствовать изменению негативных трендов общественного здоровья и послужит основой для экономического роста, повышения социальной стабильности и демографической безопасности как страны, так и отдельно взятого региона.

Литература

1. Беларусь и Россия, 2012: статистический сборник [Текст] / Постоянный Комитет Союзного государства; Национальный статистический комитет Республики Беларусь; Федеральная служба государственной статистики; редколлегия: И.А. Костевич [и др.]: Официальное издание. – М.: Росстат, 2012. – 190 с.
2. Гендерная политика ВОЗ. Включение гендерной проблематики в деятельность ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения, 2002 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/Russianwhole.pdf> (дата обращения: 3.06.2013).
3. Демографический ежегодник Республики Беларусь: статистический сборник / Национальный статистический комитет Республики Беларусь. – Минск, 2012. – 500 с.
4. Европейская база данных «Здоровье для всех», ВОЗ. 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html
5. Корчагина, П.С. Тренды общественного здоровья населения региона (на примере Вологодской области) [Текст] / П.С. Корчагина // Проблемы развития территорий. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2013. – №2(64). – С. 75-86.
6. Назарова, И.Б. Здоровье занятых: причины потерь и возможности сбережения [Текст] / И.Б. Назарова // Управление здравоохранением. – 2007. – №20. – С. 9-22.
7. Назарова, И.Б. Здоровье занятого населения [Текст] / И.Б. Назарова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 526 с.
8. Римашевская, Н.М. Радикальное изменение негативного тренда здоровья в России [Текст] / Н.М. Римашевская // Народонаселение. – 2010. – №1. – С. 4-10.
9. Рынок труда и социальная политика в Центральной и Восточной Европе. Переходный период и дальнейшее развитие [Текст]. – М., 1997. – С. 114.
10. Социально-демографические аспекты развития трудового потенциала [Текст] / А.А. Шабунова, Г.В. Леонидова, В.Р. Шухатович, М.И. Артюхин // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2012. – №2. – С. 71.
11. 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).
12. Шухатович, В.Р. Здоровый образ жизни / В.Р. Шухатович // Энциклопедия социологии. – Минск.: Книжный Дом, 2003. – 1312 с.