

Здоровый образ жизни как личностно-мотивационная установка и
самосохранительное поведение

Bryzgina I.

Healthy lifestyle as a personal attitude and self-preservation behavior

В социологии ставится проблема социального здоровья как составляющего элемента целостности личности – основополагающего критерия здоровья вообще. В социологии уровень жизни определяется, с одной стороны, степенью развития самих потребностей людей, а с другой – количеством и качеством жизненных благ и услуг, используемых для их удовлетворения.

Самосохранительное поведение представляет собой форму социального поведения, которая включает сознательные действия индивида по сохранению своего здоровья в биологическом, психологическом и социальном отношениях.

В рамках социологического исследования самосохранительного поведения большое внимание уделяется и изучению тех или иных аспектов здоровья или его отсутствия, отношения человека к собственному здоровью.

In sociology, raises the problem of social health as a component of personal integrity - a fundamental criterion of health in general. In sociology, the standard of living is determined on the one hand, the degree of development needs of the people themselves, and the other - the quantity and quality of vital goods and services used to meet them.

Health behavior is a form of behavior social that includes conscious actions of the individual to preserve their health in the biological, psychological and social relations.

As part of the sociological study of health behavior of a lot of attention is paid to the study of various aspects of the health, or lack thereof, of man's relationship to their own health.

ЗДОРОВЬЕ || КАЧЕСТВО ЖИЗНИ || ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ
|| САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

HEALTH || LIFE QUALITY || EMOCIONAL HEALTH || HEALTH
BEHAVIOR

В современном российском обществе важное значение приобретает здоровье и здоровый образ жизни с позиций гуманистических идеалов демократии, построения гражданского общества, национальной безопасности и эффективности системы здравоохранения. Масштабность изучения здоровья привела к тому, что постепенно из чисто медицинского аспекта здоровье и здоровый образ жизни стали предметом научного исследования гуманитарных наук, таких как философия, экономика, социология и др.

Существенную мотивацию изучения здоровья населения под углом социологии придают условия, в которых протекает процесс жизнедеятельности современного человека (непрерывающиеся социальные эксперименты, непродуманные преобразования в медицине, и т.п.). В научной среде уже доказано, что мониторинг состояния здоровья, его качество и объективность в рамках верно выбранной методологии исследования во многом задает дальнейшее социально-историческое развитие той ли иной страны [2].

Изучение здоровья населения с точки зрения социологии включает в себя исследование индивидуального здоровья граждан, здоровье исследуемой социальной группы и общества, социальный институт здравоохранения, коммуникативные аспекты, касающиеся здоровья и здорового образа жизни, а также законодательное регулирование взаимодействий различных субъектов в правовом пространстве сферы здравоохранения.

Особенность методики исследования качества жизни заключается в оценке не только медицинских показателей, но и оценке состояния здоровья, данную самим индивидом. Иными словами, эта методика сочетает объективные и субъективные показатели. Точка зрения индивида о качестве

своего здоровья на основе самооценки и позволяет реализовать такое сочетание.

Как показало всероссийское исследование в рамках проекта Исследований качества жизни в России (июнь-июль 2012 г.), взрослое население России может выполнить примерно три четверти объема максимальной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья. Женщина очень чувствительна к уровню дохода семьи с точки зрения его влияния на физическую активность. Для мужского населения связь данных двух параметров незначительна. Чем выше уровень образования, тем выше уровень физической активности взрослого населения России. Проблемы физического здоровья примерно на 40 % могут ограничивать повседневную жизнедеятельность взрослого населения. У мужчин заметное увеличение роли физических проблем в ограничении повседневной жизнедеятельности начинается после 44 лет, у женщин раньше – после 34 лет [6].

Проблемы, связанные с эмоциональным здоровьем так же могут ограничивать активность населения. Это и показали результаты исследования. Примерно на 32 % ограничивается повседневная жизнедеятельность мужского населения и на 45 % – женского населения России. Заметна особенность, что у женщин увеличивается роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности. У женщин она начинается в более раннем возрасте (от 35 до 44 лет), чем у мужчин (от 45 до 54 лет). Важно отметить, что состояние психического и психологического здоровья населения нашей страны на 41 % хуже идеального состояния. У неработающих людей уровень психического здоровья падает пропорционально показателям психического здоровья работающего населения [6].

Состояние здоровья (по самооценке взрослого населения России) на момент исследования находилось около точки стабильности (57 %). Увеличение уровня дохода на одного члена семьи приводит к более высокому изменению в положительную сторону самочувствия у женщин

относительно данных по самочувствию мужчин. У женского населения реакция (положительная) сильнее к росту уровня дохода семьи, нежели у мужчин. Главными показателями качества жизни взрослого населения России, являются: средний доход на одного члена семьи – преимущественно у женщин; профессиональная занятость – её воздействие особенно сильно на мужчин.

Социологическое изучение уровня жизни, в отличие от экономического, политического и т.д. кроме количественных показателей, определяет и то, насколько счастлив человек, насколько ему хорошо жить в существующем мире, насколько комфортно он себя чувствует. Для такого рода оценки пока не существует общепринятых индикаторов даже в социологии. Однако трудно возражать против того, что здоровье человека – главный критерий его полноценной жизнедеятельности. В социологии раскрывается проблема социального здоровья как составляющего элемента целостности личности – основополагающего критерия здоровья вообще. Уровень жизни может определяться не только степенью развития самих потребностей людей, но и количеством и качеством жизненных благ и услуг, которые человек активно использует для их удовлетворения.

Самосохранительное поведение представляет форму социального поведения. Оно включает сознательные действия человека по сохранению своего здоровья в биологическом, психологическом и социальном отношениях. Эта характерная особенность самосохранения позволяет рассмотреть его в русле теории иерархии потребностей А. Маслоу, где выделенные им потребности есть не что иное, как реализация «стержневой» потребности в самосохранении, которая пронизывает все пять уровней потребностей. Все потребности индивида можно свести к одной – потребности в самосохранительном поведении, но выражающей себя по-разному на различных уровнях самосохранения: на биологическом, психологическом и социальном. Корреляция высших человеческих потребностей с самосохранительным поведением, которое означает осознанное

отношение к своему здоровью выразил А. Маслоу, когда писал, что «существование на уровне высших потребностей предполагает более высокую биологическую продуктивность, большую продолжительность жизни, снижение заболеваемости, улучшение сна, аппетита и т. д.» [3].

Интегрируя уровни потребностей А. Маслоу к трем основным уровням, можно получить следующее разделение потребностей. Биологические потребности: в пище, отдыхе, тепле, потребность в безопасности, защите, порядке и т. д., которые характеризуют самосохранения в физиологическом смысле. Психологические потребности в: дружбе, уважении, одобрении, признании, где речь идет о самосохранении своего внутреннего мира. Социальные – это потребность в самоуважении, которое подразумевает достижение определенного социального статуса, свободы действий, и потребность в самоактуализации, самовыражении, что означает сохранение своего «я» в обществе [3].

Поскольку же в социологии и демографии уже был накоплен опыт изучения репродуктивного поведения, постольку казалось естественным применить к изучению поведенческого фактора смертности те же подходы, что использовались применительно к рождаемости, и, прежде всего, выработать само понятие «самосохранительное поведение» как научный термин, с помощью которого поведение включалось в изучение смертности, что и было сделано в ходе начавшегося в нашей стране в 1980-83 гг. в Центре по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова под руководством А.И. Антонова и продолженного затем в Институте социологических исследований АН СССР (ныне Институт социологии РАН) под руководством А.И. Антонова и В.А. Борисова изучения самосохранительного поведения.

В основу изучения самосохранительного поведения была положена концепция диспозиционной регуляции социального поведения, включающей в свою структуру потребности, диспозиции, ситуации и результаты. Эта структура представлена в схеме, разработанной А.И. Антоновым [1].

В ходе проведенных в первой половине 1980-х гг. в Центре по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова исследований были получены интересные результаты, которые могли бы стать основой для дальнейшего изучения самосохранительного поведения. Так же, были выявлены статистически значимые различия в предпочитаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами, противоположные, кстати, реальному соотношению мужской и женской смертности. Вопреки реальности и даже вопреки собственным представлениям о своем здоровье показатели желаемой и ожидаемой продолжительности жизни у мужчин оказались более высокими, чем у женщин. Точно также выявлена статистически значимая связь между семейным статусом респондентов и их представлениями о желаемой и ожидаемой продолжительности жизни. Семейные люди более оптимистически оценивают и свои желания, и свои ожидания относительно сроков своей жизни: соответственно 90,2 года у семейных и 88,3 года у одиноких по желаемой и 71,8 года и 62,7 года по ожидаемой продолжительности жизни [7].

В исследованиях самосохранительного поведения 2000-х годов по линии Института социологии РАН ученые пытались найти и эмпирические индикаторы мотивов длительности жизни. Очевидно, что задача эта является гораздо более сложной и, видимо, пока еще далекой от своего решения. Одним из удачных приемов, использованных в ходе упомянутых выше исследований, был следующий. Респондентам задавался вопрос: «Хотели бы Вы прожить, как можно дольше?» Ответившим на него «Да» или «Нет» предлагались соответствующие наборы подсказок - «причин», целью которых было выяснить, почему отвечающий, по его мнению, хочет или не хочет прожить, как можно дольше [5]. Интересно, что в 2013 году, каждый четвертый респондент из 1500 опрошенных людей разных регионов России ответил, что не хочет жить, как можно дольше, из-за боязни остаться одиноким и беспомощным. При этом у данной категории граждан желаемая

продолжительность жизни оказалась на 13 лет меньше, чем у тех, кто хочет жить, как можно дольше, чтобы испытать и увидеть в жизни, как можно больше, а также долго не расставаться со своими родными и близкими [4]. В целом, как и в случае с репродуктивным поведением, мотивы самосохранения можно разделить на экономические, социальные и психологические. Они, как всегда, связаны со средствами достижения индивидуальных экзистенциальных целей.

В рамках социологического исследования самосохранительного поведения большое внимание уделяется и изучению тех или иных аспектов здоровья или его отсутствия, отношения человека к собственному здоровью. В частности, большой интерес вызывают разработанные в ходе этих исследований методики, с помощью которых легко можно стратифицировать респондентов на группы в зависимости от того, что они считают главным для сохранения здоровья и продления сроков жизни – собственные усилия человека или же независящие от них обстоятельства. Оказалось, что по этому критерию все респонденты разделяются на две полярные совокупности, чье самосохранительное поведение отличается друг от друга во многих аспектах. При этом весьма интересно, что у мужчин и женщин распределение ответов на этот вопрос имеет прямо противоположный характер: среди мужчин выше доля тех, кто считает, что здоровье и продолжительность жизни зависят от условий жизни, среди женщин – от усилий самого человека. Из тех, кто считает, что здоровье и продолжительность жизни зависят от усилий самого человека, более активно и ведут себя в этом отношении. Они высказывают больший оптимизм в вопросе о сроках своей жизни, предпринимают больше усилий по улучшению показателей своего здоровья и им в меньшей мере свойственны вредные привычки. Среди женщин доля активных выше, чем среди мужчин [5].

В апреле 2015 года нами проведено авторское социологическое исследование на тему «Здоровый образ жизни как личностно-мотивационная

установка и самосохранительное поведение», в ходе которого было опрошено 118 студентов НИУ МГУ им. Н. П. Огарева (44,9 % мужчин и 55,1 % женщин) в возрасте от 18 до 30 лет (городская молодежь). В опросе принимали участие учащиеся 1-6 курсов.

Изначально мы попросили студентов оценить состояние своего здоровья. Оценили состояние своего здоровья как хорошее и удовлетворительное равное число респондентов (по 46,6 %), как плохое – только 0,8 %, а 5,9 % затруднились ответить.

Тревожным выглядит распределение ответов на вопрос о психологическом состоянии молодежи. У каждого третьего опрошенного молодого человека происходит рассеивание внимания, когда собранность моментально перетекает в апатию (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Как Вы оцениваете свое психологическое состояние?»

Вариант ответа	
Обычное состояние, выполняю какую-либо работу без особых усилий	6,4
Состояние собранности, повышенная готовность к работе	4,4
Наблюдается чувство усталости, рассеянности	6,9
Состояние собранности быстро сменяется апатией, внимание рассеивается	2,2

По мнению студенческой молодежи, в наибольшей степени влияют на здоровье человека следующие факторы:

- наследственность (61 %)
- вредные привычки (56,8 %);
- усилия самого человека (51,7 %);

- условия жизни (34,7 %);
- природная среда (25,4 %);
- качество медицинского обслуживания (21,2 %).

При этом схожих взглядов на степень влияния указанных факторов на здоровье человека придерживаются как мужчины, так и женщины.

Основными формами профилактики и сохранения своего здоровья у студентов являются:

- регулярные медицинские осмотры от вуза (работы) (35,6 %);
- самостоятельное лечение заболеваний (22,9 %);
- обращение в поликлинику (11,9 %) (таблица 2).

Таблица 2 – Распределение ответов респондентов на вопрос анкеты «Каким образом Вы следите за состоянием своего здоровья?»

Вариант ответа	%
Регулярно прохожу медицинские осмотры от вуза (работы)	35,6
Обращаюсь к знакомым врачам	9,3
Обращаюсь в районную поликлинику	11,9
Стараюсь вылечить сам(а)	22,9
Затрудняюсь ответить	20,3

Таким образом, социологическое изучение здоровья населения включает в себя исследование индивидуального здоровья граждан, здоровье исследуемой социальной группы и общества, социальный институт здравоохранения, коммуникативные аспекты, касающиеся здоровья и здорового образа жизни, а также законодательное регулирование взаимодействий различных субъектов в правовом пространстве сферы здравоохранения. Длительный период развития социологии здоровья как отрасли научного знания свидетельствует о ее научно-практической

значимости, важности в рамках социологической парадигмы, в аспекте мониторинга процессов, происходящих в системе здравоохранения, в сфере общественного здоровья и психического благополучия, что должно в конечном итоге привести к повышению качества и продолжительности жизни.

Самосохранительное поведение представляет собой форму социального поведения, которая включает осознанные действия индивида по сохранению своего здоровья в биологическом, психологическом и социальном отношениях. Социологические исследования самосохранительного поведения позволяют углубить имеющиеся знания о смертности и ее детерминации, вскрыть ее движущие силы и мотивы, укрепить теоретическую и эмпирическую базу для разработки более обоснованных прогнозов ее динамики. Дальнейшее развитие социологических исследований самосохранительного поведения, совершенствование их методологии и методики являются неперенным условием как прогресса социологии здоровья как научного направления, так и эффективности разработки и проведения демографической политики, направленной на снижение смертности, преодоление депопуляции и ее последствий, на обеспечение устойчивого расширенного воспроизводства населения.

Список литературы:

Антонов А. И. Микросоциология семьи : методология исследования структур и процессов : учеб. пособие для вузов / А. И. Антонов. – М.: Издательский дом Nota Bene, 2008. – 360 с.

Гордеева С. С. Социальные предпосылки становления социологии здоровья в современной России / С. С. Гордеева // Вестник Пермского университета. – 2011. – № 1. – С. 107–110

Маслоу А. Мотивация и личность / А. Маслоу. – СПб.: Питер, 2007. – 352 с.

Матрос Л. Г. Социальные аспекты проблемы здоровья / Л. Г. Матрос. – Новосибирск: Наука, 2014. – 159 с.

Самосохранительное поведение [Электронный ресурс]. – М., [2015]. – Режим доступа: <http://www.irbis.vogu.ru/repos/12320/HTML/119.htm>. – Загл. с экрана

Хасанова Р. Р. Самосохранительное поведение населения как фактор смертности и продолжительности жизни в трудоспособном возрасте / Р. Р. Хасанова // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2013. – № 4. – С. 43–45

Шушунова Т. Н. Самосохранительное поведение: методологические основания исследования / Т. Н. Шушунова // Вестник БНТУ. – 2009. – № 5. – С. 101–106