

Здоровьесберегательные установки как фактор самосохранительного поведения: подходы к изучению и опыт типологии*



**Александра Владимировна
КОРОЛЕНКО**

Вологодский научный центр Российской академии наук
Вологда, Российская Федерация
e-mail: coretra@yandex.ru
ORCID: 0000-0002-7699-0181; ResearcherID: I-8201-2016

Аннотация. В условиях концептуального перехода политики здравоохранения от рассмотрения граждан как пассивных потребителей медицинских услуг к осознанию ими собственной активной позиции в сохранении здоровья принципиально важным становится понимание сложившихся у населения типов установок на заботу о здоровье. Цель исследования заключалась в типологии населения по характеру здоровьесберегательных установок и изучении ее влияния на распространение практик здорового образа жизни. Проанализированы и обобщены подходы к трактовке здоровьесберегательной мотивации и классификации мотивов заботы о здоровье. Рассмотрен опыт применения кластерного анализа в исследованиях поведения в отношении здоровья. Установлено, что в большинстве из них в качестве показателей для осуществления типологии используются непосредственно самосохранительные практики, тогда как не менее важная ценностно-мотивационная составляющая чаще всего остается вне поля зрения. Наше исследование призвано заполнить этот пробел. Информационной базой выступили результаты социологического мониторинга физического здоровья населения Вологодской области 2020 года. Мотивы заботы о здоровье рассматривались в неразрывной взаимосвязи со степенью заботы о здоровье и ответственностью за него. Для типологии населения использован метод кластерного анализа (иерархический и метод k-средних). В ходе кластеризации выявлены три группы

* Статья подготовлена в рамках темы государственного задания № 0168-2019-0011 «Демографическое развитие территорий».

Для цитирования: Короленко А.В. Здоровьесберегательные установки как фактор самосохранительного поведения: подходы к изучению и опыт типологии // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2021. Т. 14. № 4. С. 59–76. DOI: 10.15838/esc.2021.4.76.4

For citation: Korolenko A.V. Health-saving attitudes as a factor promoting self-preservation behavior: Approaches to the study and experience in typology. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2021, vol. 14, no. 4, pp. 59–76. DOI: 10.15838/esc.2021.4.76.4

населения по характеру здоровьесберегательных установок: 1) ответственные, но немотивированные, мало заботящиеся или не заботящиеся о здоровье, 2) разделяющие ответственность, мотивированные и заботящиеся о здоровье, 3) ответственные, мотивированные и заботящиеся о здоровье. Определен социально-демографический портрет представителей каждого кластера. Представители третьего кластера ведут наиболее здоровый образ жизни, тогда как более половины респондентов первого кластера не предпринимают никаких мер в отношении здоровья. Результаты исследования имеют выраженное практическое значение в части управления самосохранительным поведением населения.

Ключевые слова: здоровьесберегательные установки, забота о здоровье, мотивация, ответственность за здоровье, практики здорового образа жизни, типология, социологический опрос, кластерный анализ.

Введение

В последние десятилетия в России наблюдается концептуальный переход политики здравоохранения от рассмотрения граждан как пассивных потребителей медицинских услуг к осознанию ими собственной активной позиции в сохранении здоровья [1]. В западных странах этот переход произошел заметно раньше — еще в 70-х гг. XX века в рамках политики обеспечения здоровья (health promotion) [2, с. 168]. Данный факт актуализирует более детальное изучение отношения населения к собственному здоровью, в том числе индивидуальных здоровьесберегательных установок. Как отмечает д.с.н. И.В. Журавлева, отношение к здоровью — одно из центральных понятий социологии здоровья, субъективную сторону которого характеризуют *мотивы деятельности в сфере здоровья* [3, с. 37, 40]. Чаще всего под ними подразумевается совокупность внешних и внутренних стимулов, побуждающих индивида к деятельности по сохранению здоровья и реализации здоровьесберегающего поведения [4, с. 23]. Мотивы заботы о здоровье связаны с осознанием важности удовлетворения потребности в самосохранении, обусловлены уровнем развития самосохранительных норм, культуры, сферы здравоохранения, общественного сознания. Они инициируют поведение личности для удовлетворения потребности в сохранении здоровья, способствуют выбору стратегии самосохранительного поведения, регулируют поведение на основе выстроенной мотивационной модели [5, с. 17]. Мотивация в сфере здоровья во многом предопределяет формирование соответствующих установок в отношении здоровья, интерес к нему, а также выбор форм и инструментов ведения здорового (или нездорового) образа жизни [6, с. 20].

Помимо мотивации *забота индивида о своем здоровье* во многом определяется *степенью ответственности за его состояние*, которая формируется под действием сложившейся социальной нормы [3, с. 72]. Именно поэтому в ряде зарубежных и отечественных исследований при изучении установок в отношении здоровья неразрывно с мотивацией рассматривается *личная ответственность за здоровье*. Проблема индивидуальной ответственности за здоровье как неотъемлемого элемента отношения к здоровью поднималась в работах В. Коккера и Т. Абеля [7], Й. Иваневича и М. Матесона [8], И.В. Журавлевой, Л.С. Шиловой [3; 9], Н.Л. Русиновой и Дж.В. Браун [10] и др.

В ряде отечественных исследований доказано преобладание у россиян инструментального характера ценности здоровья [3; 11–13], то есть здоровье для населения чаще всего является не самоцелью (фундаментальной ценностью), а лишь инструментом достижения значимых целей в жизни. Структура мотивации в сфере здоровья складывается в течение жизни человека и отражает особенности его социализации: так, если для молодежи здоровье видится в основном как инструментальная ценность, то по мере взросления и ухудшения состояния организма, напротив, возрастает его фундаментальная значимость [3, с. 59]. Чаще всего здоровье становится главным жизненным приоритетом к пожилому возрасту, когда у человека уже имеются хронические болезни и недуги. Данный факт актуализирует необходимость повышения фундаментальной ценности здоровья, стимулирования мотивации к заботе о нем с раннего возраста. Мотивация к здоровому поведению должна стать устойчивым процессом —

одной из линий развития человека на протяжении всей жизни, а не состоянием в конкретном отрезке времени [14, с. 116].

Кроме того, выявленный в российских исследованиях разрыв между заявляемой людьми высокой ценностью здоровья и ее низкой практической реализацией [15, с. 223] обуславливает актуальность изучения индивидуальных особенностей здоровьесберегательных установок, в частности их различных типов среди населения.

Здоровьесберегательные установки, включая мотивацию к заботе о здоровье, выступают «спусковым» механизмом самосохранительного поведения, являются наиболее «гибким» его элементом, в большей степени подлежат регулированию и коррекции, поэтому их изучение может послужить основой для разработки управленческих инструментов в направлении формирования желаемых моделей поведения в сфере укрепления здоровья.

Цель нашей работы заключалась в типологии населения по характеру здоровьесберегательных установок и изучении ее влияния на распространение практик здорового образа жизни. Для достижения цели были реализованы следующие *задачи*: обобщены теоретико-методологические подходы к изучению установок на заботу о здоровье, в частности здоровьесберегательной мотивации; осуществлена типология населения по характеру здоровьесберегательных установок на данных социологического опроса населения Вологодской области; изучены социально-демографические параметры выявленных типов, а также распространенность среди них практик здорового образа жизни.

Теоретические аспекты исследования

Поскольку мотивация к здоровьесбережению является основополагающим компонентом заботы о здоровье и выступает внутренним субъективным механизмом регуляции самосохранительного поведения, то при обзоре научных подходов к изучению здоровьесберегательных установок внимание будет акцентировано именно на ней.

Мотивация к заботе о здоровье впервые выступила в качестве объекта исследования в рамках *социальной психологии*. Одной из самых распространенных за рубежом стала *концепция*

убеждения в пользе здоровья (И. Розенсток, М. Беккер) [16], согласно которой мотивы (или так называемые стимулы) являются движущей силой здравоохранительных действий (*табл. 1*). Именно мотивы определяют изменение поведения индивида в отношении собственного здоровья, исходя из того, принесет оно ему «выгоду» или нет.

В соответствии с *теорией обоснованных действий* И. Айзена, М. Фишбеина поведение в отношении здоровья прежде всего определяется установкой и субъективной нормой [17]. Если установка представляет собой мнение индивида о возможных последствиях его поведения, его результатах, то субъективная норма — не что иное, как оценка возможной реакции других людей на подобное поведение, выражающаяся, в том числе, в *личностной мотивации соответствия социальным ожиданиям*. Таким образом, здоровьесберегательная мотивация в данном случае является важным регулятором социальных норм поведения в отношении здоровья.

Мотивация к заботе о здоровье в рамках социальной психологии рассматривается в тесной взаимосвязи с категорией «*потребность в здоровье*». Согласно *динамической концепции потребностей* А. Маслоу мотивы определяются потребностями, которые имеют несколько уровней: первый и низший уровень — физиологический (потребность в пище, воде, обеспечении гомеостаза); второй — потребность в свободе, безопасности; третий — потребность в любви и сопричастности; четвертый — потребность в уважении; пятый и высший уровень — потребность в самореализации [18]. Каждая новая потребность возникает лишь при удовлетворении нижележащей. Исходя из данной иерархии потребность в здоровье является компонентом высшего уровня. Потребность в здоровье реализуется в деятельности по заботе о здоровье, выбор которой человек осуществляет под влиянием сформировавшихся мотивов. Потребности и мотивы оказывают влияние друг на друга. Однако если потребности могут отражаться на разных уровнях — биологическом, физиологическом, психологическом, то мотивы возникают на высшем уровне отражения потребностей — их осознании [3, с. 72].

Таблица 1. Научные подходы к трактовке здоровьесберегательной мотивации

Научное направление/школа		Авторы	Трактовка мотивации
Психология здоровья	Концепция потребностей	А. Маслоу	Мотивы здоровьесбережения = потребности в самореализации (в реализации здоровья), самосохранении на всех уровнях: биологическом, психологическом, социальном
	Концепция убеждения в пользу здоровья	И. Розенсток, М. Беккер	Здравоохранительные действия рассматриваются с точки зрения системы «затраты – выгоды», при этом движущая сила действий – мотивы (стимулы). Изменение поведения происходит в результате следования мотивам, приносящим «выгоду» в ситуациях, когда человек стоит перед выбором из конфликтующих мотивов.
	Теория обоснованных действий	И. Айзен, М. Фишбейн	Поведение в отношении здоровья определяется установкой и субъективной нормой. Установка (отношение) представляет собой мнение индивида о возможных последствиях его поведения и оценку (позитивную или негативную) его результатов. Субъективная норма – мнение о возможной реакции других людей на подобное поведение и личностная мотивация соответствия таким ожиданиям. То есть мотивация является важным регулятором норм поведения в отношении здоровья.
	Концепция «психологии отношений»	В.Н. Мясищев, Р.А. Березовская	Здоровьесберегательная мотивация является неотъемлемой частью отношения к здоровью. Ценностно-мотивационный компонент играет роль связующего звена между когнитивным и поведенческим компонентами отношения к здоровью. Мотивация связана с внутренним принятием ценности здоровья и определением степени активности в сохранении и развитии собственного здоровья.
	Деятельностный подход	Н.В. Яковлева и др.	Мотивация на заботу о здоровье – один из компонентов поведения в сфере здоровьесбережения наряду с самооценкой здоровья, установками на здоровьесбережение, системой здоровьесберегающих действий
Социология здоровья	Концепция ССП. Ценностно-мотивационный подход	А.И. Антонов, М.С. Бедный, В.С. Зотин, В.М. Медков, И.В. Журавлева, Л.С. Шилова, Л.Ю. Иванова, Г.А. Ивахненко	Мотивы здоровьесбережения являются компонентом самосохранительного поведения и рассматриваются в неразрывной взаимосвязи с потребностями в сохранении жизни и здоровья на всех этапах жизненного цикла. Мотивы здоровьесбережения – это, прежде всего, мотивы длительности жизни.
Социальная демография		И.Б. Назарова, А.А. Шабунова, В.Р. Шухатович, О.Н. Калачикова, П.С. Корчагина, А.В. Короленко	Здоровьесберегательная мотивация – составляющая самосохранительного поведения. Мотивы заботы о здоровье указывают на истинные причины выбора здоровьесберегающего поведения.
Источник: составлено автором.			

Исходя из положений концепции «психологии отношений» (В.Н. Мясищев, Р.А. Березовская) здоровьесберегательная мотивация – неотъемлемая часть отношения к здоровью [15; 19]. При этом ценностно-мотивационный компонент, в который она входит, играет роль связующего звена между когнитивным и поведенческим компонентами отношения к здоровью. Мотивация здоровьесбережения связана с внутренним принятием ценности здоровья и определением степени активности в его сохранении и развитии [15, с. 223].

В отечественной социальной психологии при исследовании самосохранительного поведения также распространен *деятельностный подход*. Так, например, в работах Н.В. Яковлевой и ее соавторов мотивация на заботу о здоровье рассматривается как одна из составляющих поведения в сфере здоровьесбережения наряду с самооценкой здоровья, установками на здоровьесбережение, системой здоровьесберегающих действий [20–22].

В рамках *социологии здоровья* получила развитие *концепция самосохранительного поведения*

(А.И. Антонов, М.С. Бедный, В.С. Зотин, В.М. Медков, И.В. Журавлева, Л.С. Шилова, Л.Ю. Иванова, Г.А. Ивахненко и др.). Согласно ее положениям, мотивы здоровьесбережения выступают компонентом самосохранительного поведения и рассматриваются в неразрывной взаимосвязи с потребностями в сохранении и укреплении здоровья на всех этапах жизненного цикла человека. Таким образом, здоровьесберегательные мотивы, прежде всего, представляют собой мотивы длительности жизни. Заложенный в основу данной концепции ценностно-мотивационный подход во многом опирается на категории теории потребностей социальной психологии, но вместе с тем рассматривает здоровьесберегательную активность как разновидность непосредственно демографического поведения, а следовательно, признает ее вклад в детерминацию ключевых демографических параметров: смертности, продолжительности жизни и рождаемости населения [23, с. 253].

Исследование мотивации самосохранительного поведения развивается и в работах социально-демографической направленности (И.Б. Назаровой [24], А.А. Шабуновой, В.Р. Шухатович [25; 26], О.Н. Калачиковой, П.С. Корчагиной [27], А.В. Короленко [23] и др.). В их рамках здоровьесберегательные мотивы трактуются шире, отражая не только мотивы дожития, но и большой спектр причин выбора мер, предпринимаемых в отношении собственного здоровья.

В научной литературе встречаются разные подходы к классификации здоровьесберегательных мотивов (табл. 2). Так, например, д.ф.н. А.И. Антонов подразделяет их на экономические, социальные и психологические¹. При этом, как уже отмечалось ранее, самосохранительные мотивы отождествляются с потребностью в определенных сроках жизни (потребность в долголетьи). Экономические мотивы связаны с достижением определенных экономических целей, а именно с повышением или

Таблица 2. Подходы к классификации здоровьесберегательных мотивов

Авторы	Типы мотивов
А.И. Антонов, Т.Н. Шушунова, Е.С. Ревякин	<ul style="list-style-type: none"> - экономические (связаны с достижением определенных экономических целей), - социальные (связаны с достижением целей, заключающихся в повышении или сохранении человеком определенного социального статуса), - психологические (определяют достижение сугубо личных, внутренних целей личности)
Т.В. Карасева, Е.В. Руженская	<ul style="list-style-type: none"> - мотивы образа жизни (гуманистические, реабилитации и рекреации, личностного престижа и достижения), - личностно-профессионального развития (познавательные, саморазвития, профессионального самосовершенствования), - социального окружения (идентификации, социализации, самоутверждения, связанные с чувством долга), - прагматические (конкуренентоспособность, соответствие профессионально значимым качествам, учебные, негативная мотивация), - гедонические (эмоциональные, психофизиологические, рефлексивно-волевые)
И.В. Журавлева, Н.В. Лаконова	<ul style="list-style-type: none"> - ухудшение состояния здоровья, - страх перед возможным заболеванием, - желание быть сильнее и здоровее, - влияние информации от медицинских работников, - воздействие информации из СМИ, - поведение и пример окружающих, школьное образование, семейные традиции (воспитание)
Н.С. Григорьева, Т.В. Чубарова	<ul style="list-style-type: none"> - мотив сохранения здоровья (когда важно просто сохранить то, что есть, и не совершать действий, которые могут причинить вред здоровью), - мотив предотвращения болезни (который может исходить из простого нежелания болеть, ходить в поликлинику, тратить деньги на лекарства и время на процедуры и т. д.), - мотив потери трудоспособности (может быть препятствием для учебы или развития карьеры), - мотив получения удовлетворения от состояния своего здоровья, способности физически совершенствоваться, заниматься спортом, танцами и др.
Источник: составлено автором.	

¹ Антонов А.И. Микросоциология семьи: учебник. М.: ИНФРА-М, 2005. С. 330.

сохранением индивидом его экономического положения, получением материальных выгод. Здоровье в данном случае рассматривается индивидом как экономическая категория, требующая значительных инвестиций, и ассоциируется с набором возможностей, связанных с трудовой деятельностью и получением дохода [5, с. 18]. *Социальные мотивы* связаны с достижением целей, заключающихся в повышении или сохранении человеком определенного социального статуса. Они во многом определяются сложившимися в обществе социокультурными нормами. *Психологические мотивы* определяют достижение сугубо личных, внутренних целей личности (личная заинтересованность прожить до определенного возраста) [28]. Этой же классификации придерживаются Т.Н. Шушунова [5], Е.С. Ревякин [28] и др.

Исследователи Т.В. Карасева и Е.В. Руженская выделяют следующие типы мотивов заботы о здоровье: мотивы *образа жизни* (гуманистические, реабилитации и рекреации, личностного престижа и достижения), *личностно-профессионального развития* (познавательные, саморазвития, профессионального самосовершенствования), *социального окружения* (идентификации, социализации, самоутверждения, связанные с чувством долга), *прагматические* (конкурентоспособность, соответствие профессионально значимым качествам, учебные, негативная мотивация) и *гедонические* (эмоциональные, психофизиологические, рефлексивно-волевые) [4].

В работах д.с.н. И.В. Журавлевой и ее соавторов встречается другая классификация, в которой здоровьесберегательные мотивы рассматриваются как факторы-стимулы самосохранительного поведения и подразделяются на такие типы, как *ухудшение состояния здоровья, страх перед возможным заболеванием, желание быть сильнее и здоровее, влияние информации от медицинских работников, воздействие информации из СМИ, поведение и пример окружающих, школьное образование, семейные традиции (воспитание)* [3; 29].

Д.полит.н. Н.С. Григорьева и д.э.н. Т.В. Чубарова классифицируют здоровьесберегательные мотивы на *мотивы сохранения здоровья, предотвращения болезни, потери трудоспособности и получения удовлетворения от состояния своего*

здоровья, способности физически совершенствоваться, заниматься спортом, танцами и др. [30, с. 205].

В данной работе для типологизации населения по характеру здоровьесберегательных установок были отобраны следующие показатели: спектр мотивов, побуждающих заботиться о здоровье, степень выраженности заботы о здоровье (степень мотивации), признание ответственности за собственное здоровье (уровень самодетерминации личности).

Методологические аспекты исследования

Типология населения по отдельным параметрам здоровьесберегательного поведения посредством статистических методов, в частности кластерного анализа, уже осуществлялась в множестве работ. Так, например, на материалах волны голландского когортного исследования SMILE посредством кластерного анализа были определены три группы населения по пяти аспектам образа жизни (отказ от курения, употребление алкоголя, потребление фруктов, потребление овощей и физические упражнения): нездоровые (низкая вероятность физической активности, потребления овощей и фруктов, умеренная вероятность соблюдения нормы потребления алкоголя и курения), здоровые (высокая вероятность соблюдения нормы физической активности и потребления алкоголя, умеренная вероятность соблюдения нормы курения, потребления овощей и фруктов) и плохо питающиеся (низкая вероятность соблюдения нормы по физическим нагрузкам и потребления овощей и фруктов, высокая вероятность соблюдения нормы курения и употребления алкоголя) [31]. Ч. Чан и С. Леунг с помощью кластерного анализа данных опроса жителей Гонконга выявили две модели населения в отношении занятий физкультурой и правильного питания — «здоровый» и «менее здоровый» [32].

В отечественном исследовании А.В. Зелионко и его соавторы посредством кластерного анализа выделили три группы риска населения по уровню медицинской информированности и мотивированности к здоровьесберегающему поведению (благополучия, относительного и абсолютного риска) [33]. В работе Е.П. Аммосовой и ее соавторов кластерный анализ методом k-средних позволил подразделить совокупность респондентов на две группы в зависимости от

установок в отношении собственного здоровья (пассивная позиция, активная позиция) [34]. В исследовании Н.М. Васильевой и М.Д. Петраш с помощью кластеризации проведена типология медицинского персонала в зависимости от конкретных самосохранительных практик и самооценок здоровья (некурящие и не занимающиеся спортом с высокими и средними самооценками здоровья; курящие, но занимающиеся спортом и оценивающие здоровье как среднее; некурящие, занимающиеся спортом и оценивающие состояние здоровья как хорошее) [35]. На данных социологического опроса работников предприятий с применением кластерного анализа Е.А. Рязанова определила три типа рискогенного поведения: «низкий уровень рискогенности, пассивный», «средний уровень рискогенности, активный» и «высокий уровень рискогенности» [36]. Я.М. Рошиной на основе данных РМЭЗ НИУ ВШЭ, отражающих практики стиля жизни в отношении здоровья, методом кластерного анализа k-средних были выделены восемь типов стиля жизни, различающихся степенью негативных воздействий на здоровье, а также выраженностью различных его факторов [37].

Несмотря на большое количество исследований в направлении типологии населения по характеру здоровьесберегательного поведения, в большинстве из них в качестве показателей для ее осуществления используются непосредственно самосохранительные практики, тогда как не менее важная ценностно-мотивационная составляющая, от которой непосредственно зависит принятие решения об осуществлении тех или иных действий в отношении здоровья, чаще всего остается вне поля зрения. Наше исследование призвано заполнить этот пробел и расширить представления о сложившихся у населения типах здоровьесберегательных установок. Учет при осуществлении типологии населения таких аспектов, как характер мотивации к заботе о здоровье, степень ее выраженности и ответственность за состояние здоровья, представляет собой выраженную научную новизну.

Информационной базой исследования выступили результаты очередного этапа социологического мониторинга физического здоровья населения Вологодской области, проведенного

Вологодским научным центром РАН в 2020 году в форме раздаточного анкетирования. Опросом было охвачено население в возрасте 18 лет и старше, проживающее на территории двух крупных городов – Вологды и Череповца, а также 8 муниципальных районов области. Объем выборки составил 1500 человек. Ошибка выборки не превышает 5% (выборка квотная по полу и возрасту).

С целью типологизации населения по характеру здоровьесберегательных установок был использован *метод кластерного анализа*, который позволяет выделить в массиве данных наиболее схожие между собой объекты и объединить их в группы. В нашем исследовании *мотивы заботы о здоровье* рассматривались в неразрывной взаимосвязи со *степенью заботы о здоровье и ответственностью за него* и оценивались с помощью соответствующих вопросов анкеты и закодированных переменных (*табл. 3*). На первом этапе отбирались переменные для кластеризации, они приводились к единому виду (стандартизация). На втором шаге на случайной выборке (30 наблюдений) осуществлялся иерархический кластерный анализ (для определения количества кластеров), после чего на третьем этапе – итеративный кластерный анализ методом k-средних (для типологии всей совокупности респондентов). Вычислительные меры сходства объектов по выделенным признакам производилось с помощью метода Варда. В качестве меры расстояния использовался квадрат Евклидова расстояния. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета прикладных программ IBM SPSS STATISTICS 22.

Основные результаты

Типология населения по характеру здоровьесберегательных установок. По результатам проведенного кластерного анализа респонденты были разделены на три группы (*табл. 4*). В первую попали опрошенные, не мотивированные на заботу о здоровье, как следствие, мало заботящиеся или вовсе не заботящиеся о нем, но, тем не менее, признающие личную ответственность за собственное здоровье (*ответственные, но немотивированные, мало заботящиеся или не заботящиеся о здоровье – 41%*). Данный тип населения представляется наиболее уязвимым в части сохранения здоровья, поскольку слабая

Таблица 3. Показатели, отражающие здоровьесберегательные установки респондентов

Элемент анкеты	Степень заботы о здоровье	Характер мотивации	Ответственность за здоровье
Вопрос анкеты	В какой мере Вы заботитесь о своем здоровье?	Если Вы заботитесь о своем здоровье, то что побуждает Вас это делать?	Кого Вы считаете ответственным за Ваше здоровье?
Характеристики (варианты ответа)	- Очень забочусь - В основном забочусь - Мало забочусь - Совсем не забочусь (не мотивированы)*	- 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	- Считаю себя ответственным за свое здоровье - Семью, родственников - Государство - Медицинских работников - Работодателя
*Выбирающие данный вариант не отвечали на вопрос о мотивах заботы о здоровье. Источник: составлено автором по анкете мониторинга физического здоровья населения Вологодской области 2020 г.			

Таблица 4. Характеристики и наполнение кластеров населения в зависимости от здоровьесберегательных установок

№ кластера	Характеристики здоровьесберегательных установок			Наполнение кластера	
	Степень заботы о здоровье	Характер мотивации	Ответственность за здоровье	Абс.	%
1	Мало заботятся о здоровье или не заботятся вовсе	-	Признают личную ответственность за здоровье	610	40,7
2	В основном или очень заботятся о здоровье	Потребность в хорошем самочувствии	Ответственность за здоровье возлагают как на себя, так и на мед. работников	667	44,5
3	В основном или очень заботятся о здоровье	Желание повысить (сохранить) работоспособность; нежелание доставлять хлопоты, быть обузой близким; потребность в хорошем самочувствии; нежелание сталкиваться с медициной; страх заболеть	Признают личную ответственность за здоровье	223	14,8
Источник: составлено автором.					

здоровьесберегательная мотивация или ее полное отсутствие даже при осознании личной ответственности за состояние здоровья не могут обеспечить эффективное выполнение практик здорового образа жизни.

Во второй группе оказались те, кто преимущественно заботится о своем здоровье, руководствуясь, главным образом, потребностью в хорошем самочувствии, и возлагает ответствен-

ность за его состояние не только на себя, но и на медицинских работников (*разделяющие ответственность, мотивированные и заботящиеся о здоровье* – 45%). По всей видимости, для данной категории населения здоровье является инструментальной ценностью, средством для достижения целей, о чем свидетельствует опора при заботе о здоровье исключительно на потребность в хорошем самочувствии.

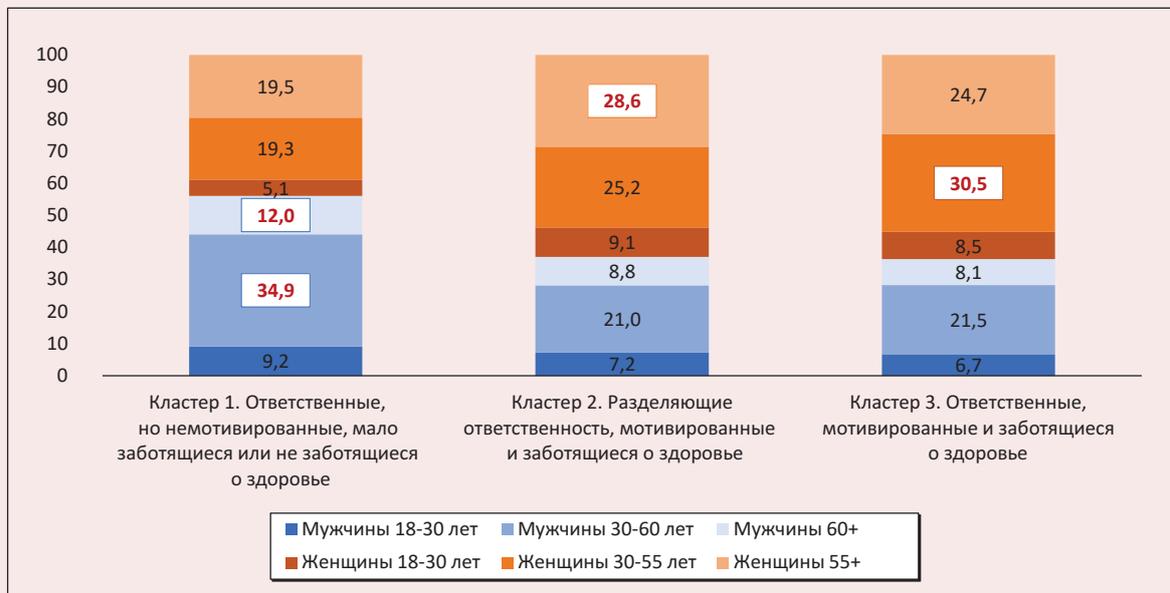
Третью группу составили те, кто считает ответственным за собственное здоровье только себя, заботится о здоровье в полной мере, ориентируясь на широкий спектр мотивов: желание повысить (сохранить) работоспособность, потребность в хорошем самочувствии, нежелание доставлять хлопоты близким, сталкиваться с медициной, страх болезни (*ответственные, мотивированные и заботящиеся о здоровье – 15%*). Этот тип населения представляется наиболее благополучным в плане поддержания собственного здоровья, поскольку располагает всеми необходимыми здоровьесберегательными установками: личной ответственностью за состояние здоровья, выраженной мотивацией, опирающейся на комплекс мотивов экономической, социальной, психологической направленности.

Социально-демографические характеристики выделенных типов. При изучении выявленных типов населения по характеру здоровьесберегательных установок представляется важным

рассмотреть их социально-демографический профиль в разрезе половозрастных характеристик, образовательного и семейного статуса, уровня доходов, территории проживания.

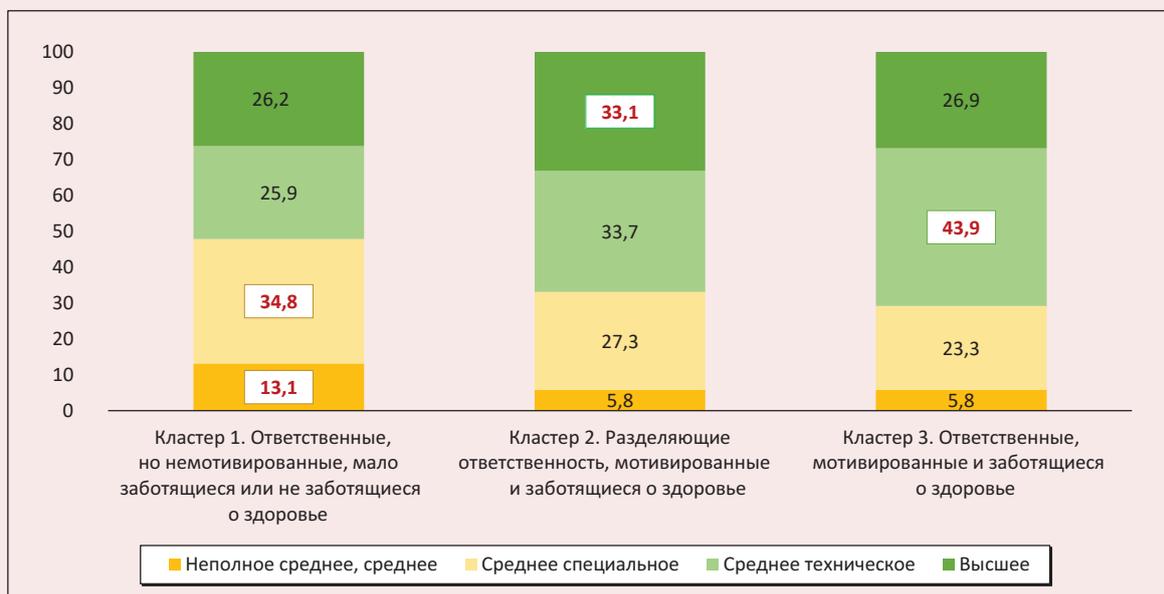
Проанализируем половозрастные особенности выявленных типов респондентов. Так, среди представителей первого кластера оказалось заметно больше мужчин (56% против 37 во втором кластере и 36 в третьем), тогда как во втором и третьем кластерах, напротив, – женщин (63 и 64% соответственно; *рис. 1*). При этом в составе первого кластера чаще встречались мужчины возрастной группы 30–60 лет (35% против 21 во втором кластере и 22 в третьем), а также 60 лет и старше (12% против 9 во втором кластере и 8 в третьем). В свою очередь среди представителей второго кластера больше женщин в возрасте 55 лет и старше (29% против 20 в первом кластере и 25 в третьем). К третьему кластеру чаще относились женщины среднего возраста – 30–55 лет (31% против 19 в первом кластере и 25 во втором).

Рис. 1. Кластеры населения по характеру здоровьесберегательных установок в разрезе половозрастных групп, %



Источник: расчеты автора.

Рис. 2. Кластеры населения по характеру здоровьесберегательных установок в разрезе уровня образования, %



Источник: расчеты автора.

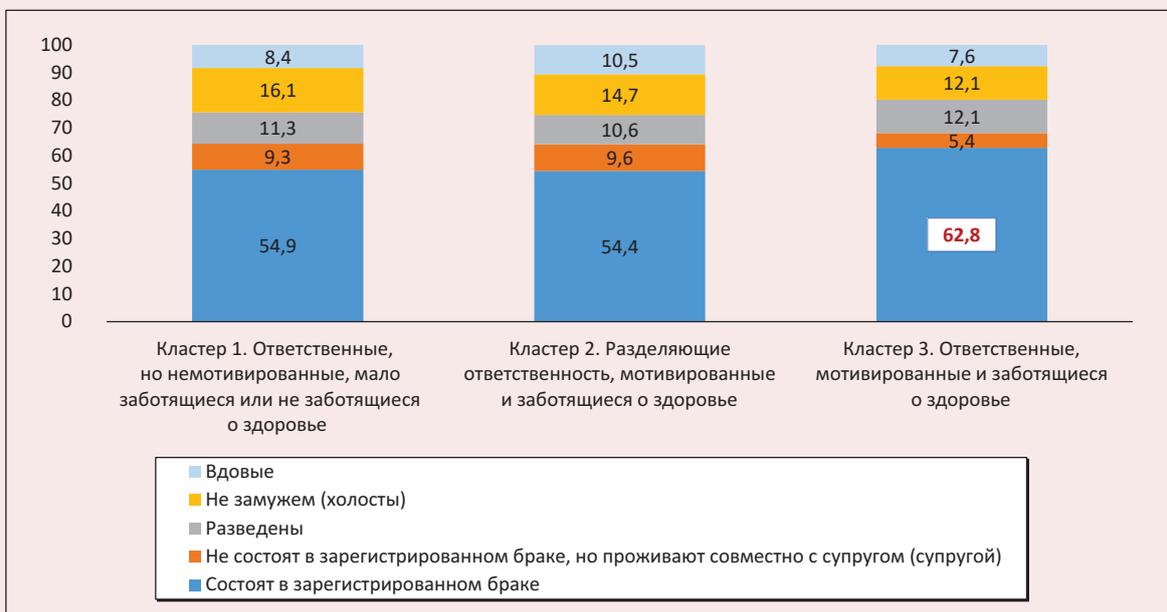
Что касается различий в образовательном статусе, то в первом кластере чаще встречались люди с неполным средним и средним образованием (13% против 6 во втором и третьем кластерах), а также средним специальным (35% против 27 во втором кластере и 23 в третьем; *рис. 2*). Среди представителей второго кластера заметно больше лиц, получивших высшее образование (33% против 26 в первом кластере и 27 в третьем). Для респондентов третьего кластера в большей степени свойственно наличие среднего технического образования (44% против 26 в первом кластере и 34 во втором).

Анализ дифференциации кластеров по брачно-семейному статусу респондентов не обнаружил статистически значимых различий ($\chi^2 = 13,310$, $p = 0,347$). Тем не менее обращает на себя внимание факт преобладания состоящих в официальном браке среди представителей третьего кластера (63% против 55 в первом кластере и 54 во втором; *рис. 3*). Во многом наблюдаемая картина объясняется возрастной спецификой его контингента: почти на треть он состоит из женщин средней возрастной группы

(30–55 лет), подавляющее большинство которых проживает в официальном брачном союзе (65%).

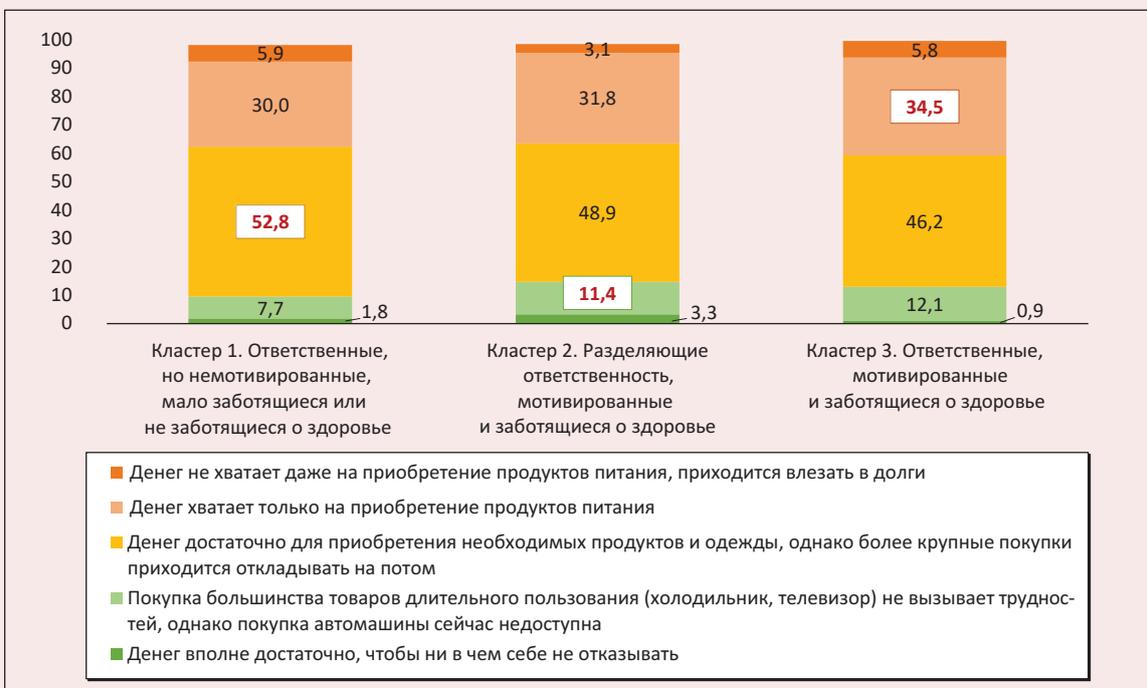
Рассматривая различия кластеров по уровню покупательной способности доходов, стоит отметить следующее. В первом кластере респонденты чаще говорили о том, что располагаемых денежных средств им достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом (53% против 49 во втором кластере и 46 в третьем; *рис. 4*). Более трети представителей третьего кластера находятся в затруднительном материальном положении, когда денег хватает только на приобретение продуктов питания (35% против 32 во втором и 30 в первом). Во втором кластере оказалось больше респондентов, наиболее положительно характеризующих уровень своего благосостояния – для них покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей или же они вовсе ни в чем себе не отказывают (15% против 10 в первом кластере и 13 в третьем).

Рис. 3. Кластеры населения по характеру здоровьесберегательных установок в разрезе брачно-семейного статуса, %



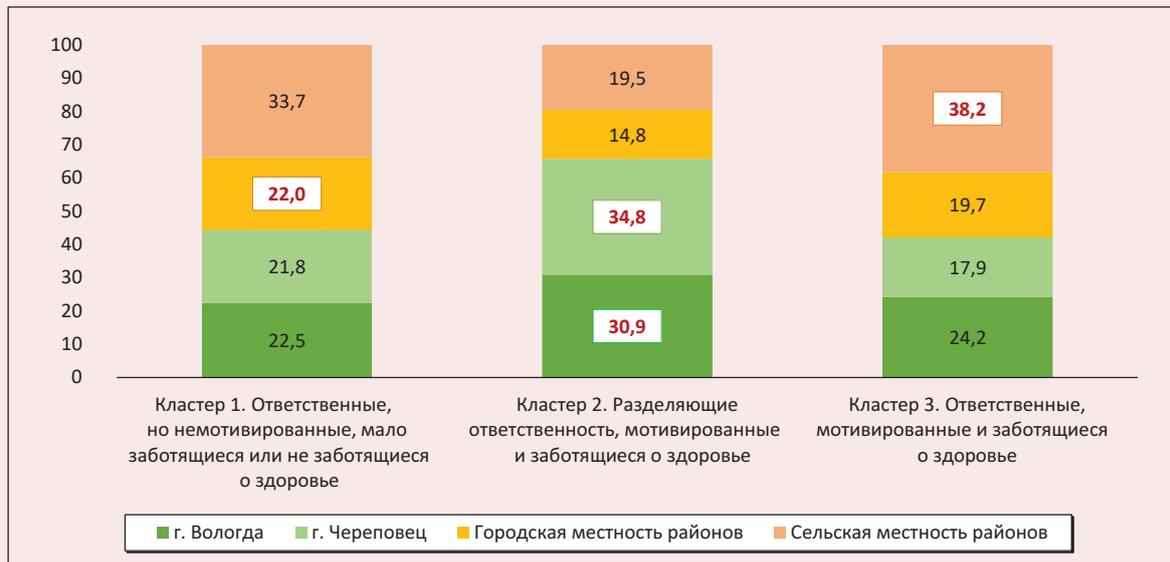
Источник: расчеты автора.

Рис. 4. Кластеры населения по характеру здоровьесберегательных установок в разрезе покупательной способности доходов, %



Источник: расчеты автора.

Рис. 5. Кластеры населения по характеру здоровьесберегательных установок в разрезе территории проживания респондентов, %



Источник: расчеты автора.

Кроме того, обнаружена выраженная дифференциация кластеров по территории проживания входящих в их состав респондентов. Так, среди представителей первого кластера оказалось больше жителей районных городов области (22% против 15 во втором кластере и 20 в третьем; *рис. 5*). Большинство респондентов второго кластера – население крупных городов (66% против 44 в первом кластере и 42 в третьем), в частности областного центра – г. Вологды (31% против 22 в первом и 23 в третьем) и промышленного центра – г. Череповца (35% против 22 и 18). В состав третьего кластера заметно чаще попадали респонденты из сельской местности муниципальных районов области (38% против 34 в первом кластере и 20 во втором). Перенос ответственности за здоровье на медицинских работников представителями второго кластера, большинство из которых составляет население крупных городов, может быть обусловлен более высокими запросами горожан к системе здравоохранения [3, с. 138].

Установки в отношении заботы о здоровье являются важной движущей силой реализации здоровьесберегательных практик. Как показал проведенный анализ, наибольшую активность

в части всех практик здорового образа жизни проявляют представители третьего кластера: они значительно чаще отказываются от курения (57% против 44 во втором и 22 в первом кластерах), посещают баню, сауну (51% против 26 и 16), своевременно обращаются за медицинской помощью (47% против 44 и 15), ходят пешком (46% против 24 и 13), заботятся о качестве питьевой воды (41% против 27 и 11), соблюдают режим и рацион питания (34% против 28 и 10) и т. д. (*табл. 5*). В свою очередь все здоровьесберегательные меры оказались наименее популярны у респондентов первого кластера, среди которых наибольшим оказался удельный вес ничего не предпринимающих для сохранения и укрепления собственного здоровья (54% против 18 во втором и 12 в первом кластерах). Во многом наблюдаемая картина объясняется гендерными различиями в установках по отношению к здоровью: среди мужского населения региона по сравнению с женским значительно выше доля тех, кто отказывается от каких-либо мер по его сохранению и укреплению (37% против 25). А более половины представителей первого кластера – как раз мужчины (56%).

Таблица 5. Распространенность практик здорового образа жизни в кластерах по характеру здоровьесберегательных установок, %

Практики ЗОЖ*	Кластер 1. Ответственные, но немотивированные, мало заботящиеся или не заботящиеся о здоровье	Кластер 2. Разделяющие ответственность, мотивированные и заботящиеся о здоровье	Кластер 3. Ответственные, мотивированные и заботящиеся о здоровье
Не курят	21,8	44,2	57,4
Обращаются к врачу при первых признаках болезни, регулярно проходят медицинский осмотр	14,6	43,9	47,1
Посещают баню, сауну	15,9	25,9	50,7
Стараются больше ходить пешком, совершают прогулки в местах отдыха	13,1	24,0	46,2
Используют бытовые приборы для очистки питьевой воды, покупают бутилированную воду, пользуются водой из специальных источников (родников, колодцев)	10,8	27,0	40,8
Соблюдают режим питания, стараются, чтобы рацион был сбалансированным	9,7	27,9	34,1
Соблюдают умеренность в потреблении алкоголя	12,5	16,9	33,6
Стараются организовать свободное время с пользой для здоровья, саморазвития, самореализации	8,5	19,0	37,2
Стараются оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых	8,5	14,7	36,3
Стараются контролировать свое психическое состояние	5,4	14,2	35,0
По возможности проходят курс лечения в санатории, на курорте и т. п.	2,5	13,3	14,8
Активно занимаются физической культурой, закаливанием организма	3,9	18,4	16,6
Ничего специально не предпринимают	53,8	12,3	18,4

* Ответы на вопрос «Что Вы лично предпринимаете для сохранения и укрепления своего здоровья?». Сумма ответов не равна 100%, т. к. при ответе предлагался выбор всех подходящих вариантов.
Источник: расчеты автора.

Обсуждение результатов

Полученные результаты исследования, в частности социально-демографические особенности здоровьесберегательных установок населения, во многом перекликаются с данными других отечественных исследований. Так, более низкая мотивация на заботу о здоровье у мужчин по сравнению с женщинами ранее подтверждалась в работах И.Б. Назаровой [38], Л.Ю. Ивановой [39], И.П. Поповой [40], С.С. Гордеевой [41], Н.И. Паутовой и И.С. Паутова [42]. Факт улучшения характеристик заботы о собственном здоровье по мере повышения уровня образования был доказан в трудах А.А. Ковалевой [12], А.А. Вяльшиной [43], С.А. Вангородской [6] и др. Взаимосвязь уровня жизни с установками в отношении здоровья обосновывалась во многих работах. Так, например, как показало исследование С.А. Вангородской, по мере увеличения благосостояния

возрастает интерес респондентов к своему здоровью, происходит рост его значения в рейтинге ценностных диспозиций [6].

Однако некоторые выявленные закономерности не соотносятся с ранее полученными выводами. Например, в работах И.Б. Назаровой [38], И.С. Паутова [44] доказана менее активная позиция сельского населения по отношению к своему здоровью по сравнению с городскими жителями, что связывается с более низкой доступностью в сельской местности медицинских услуг, объектов физкультуры и спорта. Тогда как наиболее ответственную позицию в отношении собственного здоровья в нашем исследовании продемонстрировали, напротив, не городские, а сельские жители.

Несмотря на то что отечественными учеными А.И. Антоновым и В.М. Медковым [45], А.И. Кузьминым [46], А.Б. Синельниковым [47], П.М. Козыревой и А.И. Смирновым [48]

было подтверждено позитивное влияние семейного статуса (официального брака) на установки в отношении здоровья, в нашем случае данная закономерность не обнаружена. Наблюдаемые расхождения свидетельствует как о региональной специфике самосохранительных установок населения, так и о необходимости более детального изучения их различий на уровне индивида.

Проведенное исследование вносит вклад в развитие как фундаментальной, так и прикладной науки. Его теоретическая значимость заключается в обобщении подходов к трактовке здоровьесберегательной мотивации и ее наполнению, к выделению ее структурных компонентов (степень заботы о здоровье, характер мотивации, ответственность за здоровье). Практическая значимость и научная новизна сосредоточены в типологии населения по характеристикам здоровьесберегательной мотивации, что особенно важно для понимания поведенческих паттернов населения в отношении собственного здоровья и, как следствие, для поиска инструментов управления ими.

Заключение

Кластерный анализ, проведенный на данных социологического опроса жителей Вологодской области, позволил выявить три типа населения по характеру здоровьесберегательных установок: ответственные, но немотивированные, мало заботящиеся или не заботящиеся о здоровье; разделяющие ответственность, мотивированные и заботящиеся о здоровье и ответственные, мотивированные и заботящиеся о здоровье. По итогам рассмотрения половозрастных, образовательных, территориальных и иных параметров кластеров для каждого из них определен *социально-демографический портрет*:

1 кластер «Ответственные, но немотивированные, мало заботящиеся или не заботящиеся о здоровье» — преимущественно мужчины среднего или старшего возраста, проживающие в районах области (чаще в районных городах), имеющие неполное среднее, среднее или среднее специальное образование, чаще характеризующие свое благосостояние как «располагаемых денежных средств достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом».

2 кластер «Разделяющие ответственность, мотивированные и заботящиеся о здоровье» — преимущественно женщины 55 лет и старше, жители крупных городов (Вологды и Череповца), с высшим образованием, чаще высоко оценивающие свой уровень благосостояния.

3 кластер «Ответственные, мотивированные и заботящиеся о здоровье» — преимущественно женщины среднего возраста (30–55 лет), проживающие в сельской местности районов области, со средним техническим образованием, чаще отмечающие, что денежных средств им хватает только на приобретение продуктов питания.

Кроме того, исследование позволило установить, что представители третьего кластера в большей степени привержены здоровому образу жизни — среди них наибольшее распространение получили все самосохранительные практики (отказ от вредных привычек, правильное питание, физическая и медицинская активность и др.), тогда как более половины респондентов первого кластера не предпринимают никаких мер в отношении собственного здоровья. Исходя из этого, можно заключить, что личная ответственность за собственное здоровье, выраженная забота о его состоянии, ориентация на широкий спектр здоровьесберегательных мотивов способствуют наибольшему вовлечению населения в практики здорового образа жизни, тогда как низкая мотивация к заботе о здоровье или ее отсутствие, напротив, с большей вероятностью способствуют отказу от любых самосохранительных мер.

Результаты проведенного исследования помогают лучше понять сложившиеся у населения типы здоровьесберегательных установок, оценить их влияние на приверженность здоровому образу жизни, что имеет большое практическое значение для управления самосохранительным поведением, в частности для определения поведенческих групп риска населения, а также корректировки установок в отношении здоровья. Так, например, для представителей первого кластера (ответственные, но немотивированные, мало заботящиеся или не заботящиеся о здоровье) принципиально важным становится целенаправленное стимулирование мотивации к ведению здорового образа жизни, повышение информированности

по разным направлениям знания о здоровьесбережении (о поведенческих факторах риска, в т. ч. вредных привычках, и их влиянии на здоровье; о способах преодоления факторов риска и «оздоровления» образа жизни; о разнообразии здоровьесберегательных практик). Работа с представителями второго кластера (разделяющие ответственность, мотивированные и заботящиеся о здоровье) должна быть ориентирована на повышение личной ответственности за здоровье и фундаментальной значимости здоровья посредством информирования о комплексном характере влияния его состояния на все аспекты человеческой жизни. Для представителей третьего кластера (ответственные, мотивированные и заботящиеся о здоровье) важно поддержание высокого уровня мотивированности к заботе о здоровье. Однако их более уязвимое материальное положение по сравнению с остальными создает угрозу для сохранения позитивных здоровьесберегательных установок.

Несмотря на возросшее внимание государства к вопросу стимулирования населения к ведению здорового образа жизни, сложившийся в государственной политике подход акцентирует внимание преимущественно на личном поведении человека, зачастую не учитывая его социальный контекст (уровень и условия жизни). В результате, как отмечают Н.С. Григорьева и Т.В. Чубарова, возникает дисбаланс в политических стратегиях государства и личных стратегиях граждан. Даже если человек осознает необходимость изменения поведения в отношении здоровья, он может не иметь институциональных возможностей это сделать. Например, низкие доходы не позволят пользоваться услугами платных спортивных комплексов или покупать продукты высшего качества и т. д. [30, с. 203]. Таким образом, важным условием для успешной реализации политики мотивации к здоровому образу жизни должно стать решение проблемы недостаточного уровня и качества жизни граждан.

Литература

1. Сабгайда Т.П., Сергиевская А.Л. Детерминанты отношения успешных студентов к сохранению своего здоровья // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. № 4 (20). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/331/30/>
2. Журавлева И.В. Почему не улучшается здоровье россиян? // Вестник Института социологии РАН. 2012. № 6. С. 163–176.
3. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. 238 с.
4. Карасева Т.В., Руженская Е.В. Особенности мотивации ведения здорового образа жизни // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 5. С. 23–24.
5. Шушунова Т.Н. Самосохранительное поведение студенческой молодежи: социологический анализ (на примере минских вузов). Минск: Право и экономика, 2010. 114 с.
6. Вангородская С.А. Факторы самосохранительного поведения населения региона (по результатам эмпирических исследований) // Научный результат. Социология и управление. 2018. Т. 4. № 2. С. 13–26. DOI: 10.18413/2408-9338-2018-4-2-0-2
7. Cockerham W., Abel T., Lüschen G. Max Weber, formal rationality and health lifestyles. *The Sociological Quarterly*, 1993, vol. 34 (3), pp. 413–428.
8. Ivanovich Y., Matteson M. Promoting the individual's health and well being. In: *Causes, Coping and Consequences of Street at Work*. Chichester etc.: Wiley, 1989. Pp. 267–299.
9. Отношение населения к здоровью: монография / И.В. Журавлева, Л.С. Шилова, В.З. Коган, О.С. Копина. М.: Институт социологии РАН, 1993. 178 с.
10. Русинова Н.Л., Браун Дж.В. Социальное неравенство и здоровье в Санкт-Петербурге: Ответственность и контроль над здоровьем // Журнал социологии и социальной антропологии. 1999. № 1. С. 103–114.
11. Максимова Т.М. Социальный градиент в формировании здоровья населения. М.: ПЕР СЭ, 2005. 240 с.
12. Ковалева А.А. Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. Т. XI. № 2. С. 179–191.
13. Журавлева И.В., Иванова Л.Ю., Ивахненко Г.А. Студенты: поведенческие риски и ценностные ориентации в отношении здоровья // Вестник Института социологии РАН. 2012. № 6. С. 112–129.

14. Субъект труда и организационная среда: проблемы взаимодействия в условиях глобализации: монография / под ред. А.Л. Журавлева, Т.А. Жалагиной, Е.А. Журавлевой, Е.Д. Короткиной. Тверь: Твер. гос. ун-т, 2019. 340 с.
15. Березовская Р.А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. Психология. Социология, Педагогика. 2011. № 1. С. 221–226.
16. Becker A., Rosenstock I. Compliance with medical advice. *Health Care and Human Behavior*, 1984, pp. 175–208.
17. Ajzen I., Fishbein M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1980. 278 p.
18. Маслоу А.Г. По направлению к психологии бытия. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 270 с.
19. Мясищев В.Н. Психологические отношения: избранные психологические труды / под ред. А.А. Бодалева. М.; Воронеж, 1995. 356 с.
20. Яковлева Н.В. Исследование индивидуальных различий здоровьесберегающей деятельности личности // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 202–214.
21. 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>
22. Яковлева Н.В., Фаустова А.Г., Фролов А.И. Психологические подходы к исследованию мотивации здорового образа жизни // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электронный научный журнал. 2014. № 2 (5). URL: <http://humjournal.rzgm.ru/art&id=77>
23. 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
24. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения. М.: МАКС Пресс, 2007. 526 с.
25. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. 408 с.
26. 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.
27. Калачикова О.Н., Корчагина П.С. Основные тенденции самосохранительного поведения населения региона // Проблемы развития территории. 2012. № 5 (61). С. 72–82.
28. Ревякин Е.С. Самосохранительное поведение: понятие и сущность // Вестник ИГЭУ. 2006. Вып. 1. С. 1–4.
29. Журавлева И.В., Лакомова Н.В. Социальная обусловленность здоровья подростков во временном аспекте // Социологическая наука и социальная практика. 2019. № 2 (26). С. 133–152. DOI: 10.19181/snsp.2019.7.2.6414
30. Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. Мотивация в системе государственного регулирования (на примере формирования здорового образа жизни) // Государственное управление. Электронный вестник. 2018. № 70. С. 194–219.
31. De Vries H., Van't Riet J., Spigt M., Metsemakers J., Van den Akker M., Vermunt J.K., Kremers S. Clusters of lifestyle behaviors: Results from the Dutch SMILE study. *Preventive Medicine*, 2008, vol. 46 (3), pp. 203–208. DOI: 10.1016/j.ypmed.2007.08.005
32. Chan C.W., Leung S.F. Lifestyle health behavior of Hong Kong Chinese: Results of a cluster analysis. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 2015, vol. 27 (3), pp. 293–302. DOI: 10.1177/1010539514555214
33. Формирование групп риска населения по уровню гигиенической информированности и мотивированности к здоровьесберегающему поведению / А.В. Зелионко, В.С. Лучкевич, В.Н. Филатов, И.А. Мишкич // Гигиена и санитария. 2017. Т. 96. № 4. С. 313–319. DOI: 10.47470/0016-9900-2017-96-4-313-319
34. Социальные факторы и ценностно-мотивационные ориентиры здоровьесберегающего поведения сельских жителей Якутии / Е.П. Аммосова, Т.М. Климова, Р.Н. Захарова, А.И. Федоров, М.Е. Балтахинова, Л.А. Гаврильева // Сибирский медицинский журнал. 2019. Т. 157. №. 2. С. 50–54.

35. Васильева Н.М., Петраш М.Д. Социально-психологические детерминанты самосохранительного поведения медицинского персонала на начальных этапах профессиональной деятельности // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. 2013. № 1 (1). С. 48–55.
36. Рязанова Е.А. К проблеме типологии рискогенного поведения (анализ на примере промышленного предприятия Пермского края) // Анализ риска здоровью. 2016. № 2. С. 68–75.
37. Рощина Я.М. Стиль жизни в отношении здоровья: имеет ли значение социальное неравенство? // Экономическая социология. 2016. Т. 17. № 3. С. 13–36.
38. Назарова И.Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 57–69.
39. Иванова Л.Ю. Самосохранительное поведение и его гендерные особенности // Россия реформирующаяся: Ежегодник – 2005 / Отв. ред. Л.М. Дробижева. М.: Институт социологии РАН, 2006. С. 110–133.
40. Попова И.П. Поведение в отношении здоровья и материальное положение: гендерные аспекты (на данных лонгитюдного опроса) // Здравоохранение Российской Федерации. 2007. № 1. С. 47–49.
41. Гордеева С.С. Гендерные различия в отношении к здоровью: социологический аспект. 2010. Вып. 2 (2). С. 113–120.
42. Паутова Н.И., Паутов И.С. Гендерные особенности самооценки здоровья и его восприятия как социокультурной ценности (по данным 21-й волны RLMS-HSE) // Женщина в российском обществе. 2015. № 2 (75). С. 60–75.
43. Вяльшина А.А. Влияние уровня образования на состояние здоровья сельского населения // Социальные аспекты здоровья населения. 2020. № 1 (66). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1133/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-1-6
44. Паутов И.С. Анализ взаимосвязей между самооценкой здоровья, социальными практиками, влияющими на здоровье, и типом поселения на примере современной России // Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2015. Т. 10. № 1. С. 93–99.
45. Антонов А.И., Медков В.М. Второй ребенок. М.: Мысль, 1987. 299 с.
46. Кузьмин А.И. Семья на Урале (демографические аспекты выбора жизненного пути). Екатеринбург: Наука: Урал. изд. фирма, 1993. 235 с.
47. Синельников А.Б. Влияние семейного и демографического статуса на состояние здоровья и его самооценку // Социальные аспекты здоровья населения. 2012. № 6 (28). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/443/30/lang,ru/>
48. Козырева П.М., Смирнов А.И. Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода // Социологические исследования. 2020. № 4. С. 70–81. DOI: 10.31857/S013216250009116-0

Сведения об авторе

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

Korolenko A.V.

Health-Saving Attitudes as a Factor Promoting Self-Preservation Behavior: Approaches to the Study and Experience in Typology

Abstract. Under the conditions of conceptual transition of public health policy from considering citizens as passive consumers of medical services to their awareness of their own active position in health preservation, it becomes fundamentally important to understand the types of health care attitudes of the population. The aim of the study was to make a typology of the population according to the nature of health-saving attitudes and to study its influence on the dissemination of healthy lifestyle practices. We have analyzed and summarized approaches to the interpretation of health-saving motivation and

classification of health care motives. We reviewed the experience of applying cluster analysis in studies of health behavior. We found that most of them use self-preservation practices as indicators for typology, while the equally important value-motivational component is most often left out of sight. Our study is designed to fill this gap. The results of the sociological monitoring of the physical health of the Vologda Oblast population in 2020 served as the information base. The motives of health care were considered in inseparable interrelation with the degree of health care and responsibility for it. We used the cluster analysis method (hierarchical and k-means method) to make a typology of the population. In the course of clustering we identified three groups of population according to the nature of health saving attitudes: 1) responsible, but unmotivated, caring little or no concern for health, 2) sharing responsibility, motivated and caring for health, 3) responsible, motivated and caring for health. We defined a socio-demographic portrait of representatives of each cluster. Representatives of the third cluster lead the healthiest way of life, while more than half of the respondents of the first cluster do not take any measures in relation to health. The results of the study have an explicit practical value in terms of managing self-preservation behavior.

Key words: health-saving attitudes, health care, motivation, responsibility for health, healthy lifestyle practices, typology, sociological survey, cluster analysis.

Information about the Author

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

Статья поступила 09.03.2021.