

Попова Л.А.

д.э.н., доцент, заместитель директора по научной работе Института социально-экономических и энергетических проблем Севера ФИЦ Коми НЦ УрО РАН, Сыктывкар
popova@iespn.komisc.ru

ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Ключевые слова: здоровье населения, ожидаемая продолжительность жизни, причины смерти, городское и сельское население, самооценка здоровья, самосохранительное поведение, пандемия, Республика Коми.

Keywords: public health, life expectancy, causes of death, urban and rural population, health self-assessment, self-preservation behavior, pandemic, the Komi Republic.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье человека, как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только как отсутствие болезней и физических дефектов. Актуальность исследований в области общественного здоровья обусловлена заметным сокращением ожидаемой продолжительности жизни россиян и усилением роли характеристик здоровья в его величине в условиях пандемии COVID-19. В 2019 г., после 16 лет устойчивого роста, уровень продолжительности жизни достиг в Российской Федерации исторического максимума, составив 73,3 года¹. В 2020 г. произошло снижение показателя почти на два года: до 71,5 лет. При этом ожидаемая продолжительность жизни – это не только индикатор уровня и качества жизни населения и важнейшая составляющая развития человеческого потенциала, сегодня это национальный приоритет развития России. В 2018 г. в стране была заявлена цель – достижение к 2030 г. продолжительности жизни россиян 80 лет². На фоне нарастания эпидемиологической ситуации к середине 2020 г. она была скорректирована: согласно Указу Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г., на 2030 г. определен целевой показатель 78 лет³, который предполагает увеличение продолжительности жизни россиян за ближайшее десятилетие на 6,5 лет. Это потребует максимального использования имеющихся резервов роста продолжительности жизни, в том числе и связанных со здоровьем населения.

Субъекты Российской Федерации существенно различаются по величине продолжительности жизни населения. Рост начала 2000-х годов сопровождался заметной региональной конвергенцией показателя: уплотнением регионов к среднему уровню и сверху, и снизу⁴. Тем не менее, дифференциация остается очень значительной: разница между лучшим и худшим показателями составляет в 2020 г. 15,7 лет (81,5 лет в Ингушетии и 65,8 года в Чукотском автономном округе). В 60 из 85 субъектов федерации продолжительность жизни ниже среднероссийского уровня, отставание варьирует от 0,1 до 5,7 года. Дальнейшее подтягивание регионов-аутсайдеров – значимый фактор перелома проявившейся в условиях пандемии негативной тенденции, поэтому региональные исследования в области здоровья и продолжительности жизни населения имеют большое значение. Целью статьи является оценка состояния здоровья и стратегий самосохранительного поведения населения Республики Коми как факторов повышения продолжительности жизни.

Тренды продолжительности жизни населения Республики Коми в основном повторяют общероссийские, но уровень стабильно ниже, чем в среднем по стране (рис. 1). В периоды уменьшения продолжительности жизни россиян отставание регионального показателя увеличивалось до 3,3–3,6 лет, в благоприятные периоды – сокращалось до одного года. В условиях роста 2003–2019 гг., после первых лет заметного сближения республиканского показателя со среднероссийским, наблюдалась стагнация разницы приблизительно на уровне двух лет. В 2020 г. снижение продолжительности жизни населения Республики Коми, отразившее рост по возрастной смертности в условиях пандемии COVID-19, оказалось не столь значительным как в целом по стране. Величина показателя сократилась на один год (с 71,3 до 70,3 лет) – отставание регионального показателя от общероссийского уровня уменьшилось до 1,2 лет.

В первый год пандемии в России произошло повышение уровня смертности от большинства из шести основных групп причин смерти⁵. При росте общего коэффициента смертности населения на 19% смертность от болезней органов дыхания, в состав которых входит смертность от пневмоний, увеличилась на 64%, сердечно-сосудистых заболеваний – на 12%, болезней органов пищеварения – на 9%, немножко выросла также смертность от внешних причин (не-

¹ Официальный сайт Росстата. – <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

² Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». – <http://www.kremlin.ru/acts/news/57425>

³ Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 г. № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года». – <http://kremlin.ru/acts/news/63728>

⁴ Попова Л.А., Зорина Е.Н. Региональные резервы роста ожидаемой продолжительности жизни населения в условиях конвергенции ее уровня // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2019. – Т. 12, № 6. – С. 228–242. DOI: 10.15838/esc.2019.6.66.13

⁵ Официальный сайт Росстата. – <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

счастливых случаев, травм и прочих неестественных причин). Произошло незначительное снижение уровня смертности населения от новообразований и достаточно заметное (на 8%) от инфекционных и паразитарных болезней – хотя специалисты отмечают, что коронавирус приводит к обострению инфекционных заболеваний и усугубляет течение болезни¹.

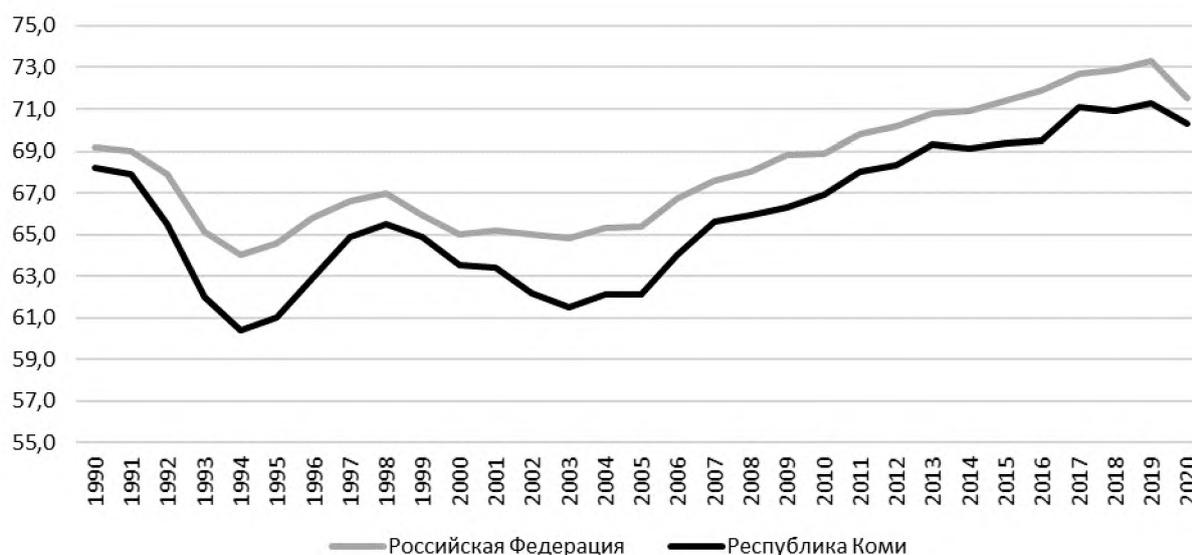


Рисунок 1.
Динамика ожидаемой продолжительности жизни населения России и Республики Коми в 1990–2020 гг., лет

В Республике Коми общий коэффициент смертности увеличился в 2020 г. не столь существенно – на 13,0%². Как и по России в целом, наиболее значительно в условиях пандемии вырос уровень смертности от болезней органов дыхания – на 23,2%. На втором месте в регионе увеличение смертности от инфекционных и паразитарных болезней – на 14,7%. Однако следует отметить, что в последнее десятилетие смертность от этой группы причин в Коми заметно ниже, чем в среднем по стране, показатель характеризуется негладкой динамикой, и рост 2020 г. вполне может быть зеркальной реакцией на значительное снижение в предшествующем 2019 г. На 5,9% повысился уровень смертности от болезней органов пищеварения, на 5,4% – от болезней системы кровообращения, на 4,0% – от внешних причин. Снижился в республике в 2020 г. только уровень смертности от новообразований (на 2,8%).

Непосредственно от коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19, обозначенной в Краткой номенклатуре причин смерти³ под номером 320 и вошедшей в состав прочих причин смерти, в 2020 г. в России умер 144691 человек⁴, что составило 6,8% от общего числа смертей. В Республике Коми процент смертей от COVID-19 несколько ниже – 6,4% (707 из 11066)⁵. С одной стороны, позитивную роль, очевидно, сыграла разреженная система расселения с низкой плотностью населения. С другой, – ранняя фиксация в столице республики крупного очага заражения новой коронавирусной инфекцией со случаями тяжелого течения болезни и летальными исходами, имевшая политические последствия и получившая широкий общественный резонанс с бурным обсуждением на электронных информационных площадках и в социальных сетях, что, на наш взгляд, способствовало немногочисленности в регионе ковид-диссидентов и сравнительно большей ответственности населения в соблюдении ограничительных мер.

Если рассматривать смертность от коронавирусной инфекции как отдельную группу причин смерти, то в 2020 г. она попала бы в число основных причин смертности населения, характеризующихся статистически значимым уровнем. В Республике Коми оказалась бы на пятом месте, пропустив вперед болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины и болезни органов пищеварения. По России в целом уровень смертности от коронавируса в 2020 г. больше смертности от внешних причин. Т.е. коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, в структуре основных причин смерти заняла бы в стране третье место после болезней системы кровообращения и новообразований – внешние причины, болезни органов пищеварения, болезни органов дыхания и инфекционные и паразитарные болезни следовали бы уже после нее.

Продолжительность жизни городского населения в России традиционно выше сельского показателя. В 2020 г. разница составляла 1,1 года. При этом более чем в половине российских регионов отставание сельского показателя

¹ https://news.rambler.ru/community/45771136-vrach-predupredil-rossiyan-o-rasprostraneni-strashnoy-bolezni/?utm_content=news_media&utm_medium=read_more&utm_source=copylink

² Демографический ежегодник Республики Коми. 2021: стат. сб. / Комистат. – Сыктывкар, 2021. – С. 81.

³ Краткая номенклатура причин смерти 2010 г., основанная на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. – <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

⁴ Официальный сайт Росстата. – <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

⁵ Демографический ежегодник Республики Коми. 2021: стат. сб. / Комистат. – Сыктывкар, 2021. – С. 76.

больше, чем в целом по стране, а в ряде субъектов, в том числе и Республике Коми, – значительно¹. Таким образом, возможности роста продолжительности жизни в регионах, и особенно в регионах-аутсайдерах, во многом связаны с преодолением отставания в сельской местности, обусловленного низким уровнем жизни сельского населения, более тяжелыми в среднем условиями труда, недостаточной комфортностью проживания на селе, доступностью коммунально-бытовых удобств и медицинской помощи и другими факторами².

Увеличение ожидаемой продолжительности жизни населения России начала 2000-х годов сопровождалось неоднозначной динамикой межпоселенческих различий. До 2009 г. рост городского показателя был заметно существенней – разница между городом и селом за 2003–2009 гг. увеличилась с 2,0 до 2,9 лет (рис. 2).

В последние годы опережающими темпами повышалась продолжительность жизни сельского населения – за 2009–2019 гг. межпоселенческие различия уменьшились до 1,5 лет. В 2020 г. дифференциация сократилась до 1,1 года, поскольку в первый год пандемии было зафиксировано более значительное уменьшение продолжительности жизни в городской местности. Как известно, лидерами по скорости распространения коронавирусной инфекции, обусловленной COVID-19, были сверхкрупные и крупные города с прилегающими урбанизированными территориями с высокой плотностью населения, что сопровождалось соответствующим ростом смертности за счет новой причины. В структуре смертности городского населения по причинам смерти удельный вес смертей от COVID-19 составил в 2020 г. 7,6% по сравнению с 4,4% в сельской структуре причин смерти³.

В Республике Коми, как уже отмечалось, межпоселенческие различия в величине продолжительности жизни существенней, чем в целом по России, что хорошо видно на рис. 2. В первый период роста начала 2000-х годов отставание сельского уровня от городского в Коми также заметно увеличилось – до 6,2 лет в 2010 г. После этого в основном прослеживался тренд к уменьшению отставания – не вполне последовательный из-за негладкой траектории сельского показателя, рассчитываемого на малой совокупности и сильно подверженного влиянию случайных событий – тем не менее, к 2019 г. разница между городом и селом уменьшилась до 5,0 лет. В первый год пандемии межпоселенческая дифференциация также сократилась: до 4,4 года, – поскольку новая инфекция, как и в целом по стране, в большей степени способствовала росту смертности городского населения. В городской местности республики доля дополнительных смертей, вызванных непосредственно COVID-19, составила в 2020 г. 7,3% от общего числа смертных случаев, в сельской – 4,1%⁴.

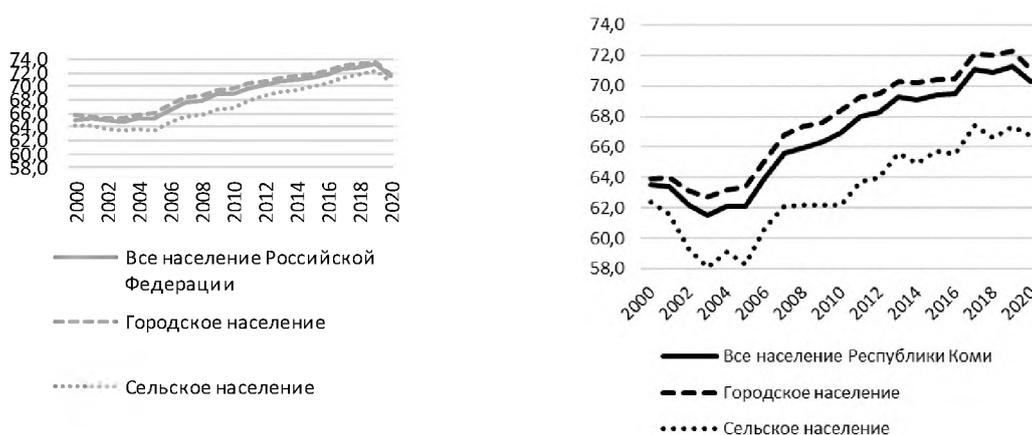


Рисунок 2.

Динамика ожидаемой продолжительности жизни городского и сельского населения России и Республики Коми в 2000–2020 гг., лет

Оценить уровень здоровья населения возможно на основе объективных показателей по заболеваемости из официальной статистики, и такие оценки часто делаются. Однако статистика заболеваемости прежде всего отражает статистику обращаемости населения в медицинские учреждения, т.е. сильно зависит как от особенностей поведения разных групп населения в сфере здоровьесбережения, так и от доступности учреждений здравоохранения. Поэтому уро-

¹ Попова Л.А., Зорина Е.Н. Региональные резервы роста ожидаемой продолжительности жизни населения в условиях конвергенции ее уровня // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2019. – Т. 12, № 6. – С. 228–242. DOI: 10.15838/esc.2019.6.66.13

² Денисенко М.Б. Вопросы изучения смертности и здоровья населения малых территорий // Смертность населения: тенденции, методы изучения, прогнозы. – М., 2007. – С. 148–175; Падиорковский В.В. Сельская Россия: приоритеты развития. – М., 2009; Нефедова Т.Г. Десять актуальных вопросов о сельской России. Ответы географа. – М., 2012; Денисенко М.Б., Николаева У.Г. Сельские сообщества Ближнего Севера: экономические уклады, модели социальных отношений, демографические процессы // Потенциал Ближнего Севера. Экономика, экология, сельские поселения. – М., 2014. – С. 73–122; Денисенко М.Б., Николаева У.Г. Что происходит с сельским населением на ближнем севере России? (на материале Костромской области) // Социологические исследования. – М., 2015. – № 12. – С. 70–81; Симагин Ю.А. Динамика смертности в муниципалитетах России в последние годы // Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник. Вып. 13. – М., 2018. – Ч. 1. – С. 792–796.

³ Официальный сайт Росстата. – <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

⁴ Демографический ежегодник Республики Коми. 2021: стат. сб. / Комистат. – Сыктывкар, 2021. – С. 79–80.

вень заболеваемости женщин, которые не только более ответственно относятся к своему здоровью, но и достаточно регулярно обращаются в медицинские учреждения в ходе реализации репродуктивной функции, заметно выше заболеваемости мужчин, а в то же время женский показатель продолжительности жизни практически на 10 лет больше мужского. Заболеваемость населения в городской местности, где медицинские учреждения намного доступней, в полтора раза выше, чем в сельской, в то время как продолжительность жизни городского населения стабильно превышает сельский показатель.

На наш взгляд, для анализа здоровья населения больше подходят самооценки состояния здоровья, полученные в результате социологических обследований. Более того, такие самооценки в максимальной степени соответствуют определению здоровья, данному ВОЗ. Поэтому для сравнения здоровья населения в городской и сельской местности Республики Коми мы воспользовались результатами обследования «Здоровье и качество жизни населения», которое было проведено нами в декабре 2020 г., в конце второй волны пандемии, когда большинство населения с ней уже столкнулось и имело возможность лишней раз задуматься о ценности здоровья. Посредством раздаточного анкетирования по квотированной выборке, охватывающей все 20 муниципальных образований региона, было опрошено 1533 человека в возрасте 15 лет и старше. 76,3% опрошенных относятся к городскому населению, 23,7% к сельскому, что соответствует распределению населения указанного возраста по типам поселений. Возрастная структура выборочного массива несколько моложе генеральной совокупности. По полу массив опрошенных также отличается от генеральной совокупности: заметным превышением удельного веса женщин ввиду крайне неохотного участия мужчин в социологических опросах. Однако возрастные и гендерные отклонения городской и сельской выборок от соответствующих генеральных совокупностей в целом схожи, что дает возможность провести межпоселенческие сравнения.

Всего в анкете 51 вопрос, половина из которых в той или иной степени относится к здоровью опрашиваемых и их модели самосохранительного поведения. Участникам обследования было предложено оценить свое физическое здоровье и психологическое самочувствие по шкале от 1 до 9 (чем лучше, тем выше балл). И то, и другое получило оценку, далекую от максимума, но заметно выше среднего. В целом по выборке физическое здоровье было оценено в 6,6 баллов: 6,7 баллов в городской местности, 6,4 – в сельской. Самооценки психологического самочувствия чуть выше: 6,7 баллов в целом, 6,7 у городского населения, 6,6 баллов у сельского. Как видим, сельские жители свое физическое здоровье оценивают несколько ниже горожан, в то время как психологическое самочувствие практически не отличается от городского.

Респондентам были заданы вопросы о некоторых показателях, характеризующих состояние их здоровья: наличии хронических заболеваний, весе, уровне артериального давления, глюкозы в крови, холестерина. Распределение ответов, полученных в городской и сельской местности, приведено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение ответов на вопросы о некоторых показателях здоровья, по данным обследования «Здоровье и качество жизни населения», %

| Показатели | Варианты ответов | Все население | Городское население | Сельское население |
|---------------------------------|------------------|---------------|---------------------|--------------------|
| Наличие хронических заболеваний | Да | 42,0 | 41,9 | 42,4 |
| | Нет | 44,4 | 43,8 | 46,0 |
| | Не знаю | 13,6 | 14,3 | 11,6 |
| Вес | В пределах нормы | 55,0 | 56,2 | 51,0 |
| | Выше нормы | 35,7 | 33,7 | 42,1 |
| | Ниже нормы | 5,0 | 5,5 | 3,3 |
| | Не знаю | 4,4 | 4,6 | 3,6 |
| Артериальное давление | В пределах нормы | 58,3 | 59,3 | 55,4 |
| | Выше нормы | 20,3 | 19,1 | 24,2 |
| | Ниже нормы | 9,9 | 9,7 | 10,5 |
| | Не знаю | 11,5 | 11,9 | 9,9 |
| Уровень глюкозы в крови | В пределах нормы | 67,9 | 67,6 | 68,9 |
| | Выше нормы | 4,6 | 4,4 | 5,2 |
| | Ниже нормы | 1,2 | 1,4 | 0,8 |
| | Не знаю | 26,2 | 26,6 | 25,1 |
| Уровень холестерина | В пределах нормы | 61,4 | 61,2 | 62,0 |
| | Выше нормы | 10,6 | 10,5 | 10,5 |
| | Ниже нормы | 0,4 | 0,4 | 0,3 |
| | Не знаю | 27,7 | 27,9 | 27,3 |

По данным табл. 1, в сельской местности заметно более значительный процент респондентов отметил отсутствие хронических заболеваний. Однако, на наш взгляд, в условиях новых вызовов в области здоровья, которые акцентировали внимание населения на вопросах здоровьесбережения, в вопросе о наличии хронических заболеваний вариант ответа «не знаю» можно объединить с отрицательным ответом: в таком случае, очевидно, нет симптомов, побуждающих обратиться в учреждение здравоохранения. С учетом этого допущения доля респондентов, не имеющих хронических заболеваний, в городской местности составляет 58,1%, в сельской – 57,6%. Как видим, различия статистически незначимы. Учитывая несколько более старую возрастную структуру опрошенных в сельской местности, можно сказать, что в распространенности хронических заболеваний среди городского и сельского населения различий практически нет.

В остальных вопросах о показателях здоровья вариант «не знаю», скорее, свидетельствует о неиспользовании возможностей диспансеризации. В 2013 г. в России стартовала новая кампания по всеобщей диспансеризации взрослого населения, которая направлена на выявление и профилактику заболеваний, обуславливающих основные причины смертности и инвалидности¹. Каждый гражданин, начиная с возраста 18 лет, раз в три года может по своему желанию бесплатно пройти медицинский осмотр врачами-специалистами и ряд медицинских обследований, некоторые группы граждан могут обследоваться ежегодно. Как видно из табл. 1, об уровне артериального давления, глюкозы в крови и холестерина, которые определяются при медицинском осмотре и сдаче анализов в рамках диспансеризации, оказались чаще не осведомлены горожане. При абсолютной доступности диспансеризации в городской местности это косвенно свидетельствует о несколько меньшей ответственности городского населения в области здоровьесбережения в плане отношений с системой здравоохранения.

По уровню глюкозы и холестерина различия в городской и сельской местности в целом незначительны. По холестерину показатели среди опрошенных в городе и селе практически не различаются. Повышенный уровень глюкозы в крови чаще встречается среди сельского населения, пониженный – среди городского. Главные отличия уровня здоровья населения в городской и сельской местности – это существенно более значительный на селе процент людей с избыточным весом (42,1% против 33,7% в городской местности) и давлением выше нормы (24,2% против 19,1% в городской местности), которое, как и повышенный уровень глюкозы в крови, зачастую имеет непосредственную связь с лишним весом.

Согласно классификации факторов обеспечения здоровья современного человека, разработанной экспертами ВОЗ еще в 1980-х годах, на 20% оно определяется условиями окружающей среды, на 10% – уровнем развития медицинской помощи, на 20% – наследственной предрасположенностью к болезням и на 50% – образом жизни человека. Иными словами, здоровье населения больше всего зависит от его образа жизни, отношения к своему здоровью, поведения в сфере сохранения здоровья, т.е. от распространенности в обществе моделей самосохранительного поведения, которое можно определить как сознательную деятельность индивида, направленную на поддержание оптимальных параметров биологического, психологического и социального здоровья и минимизацию субъективно осознаваемых рисков². В качестве синонимов самосохранительного поведения исследователями используются также термины «здоровьесберегающее поведение»³, «здоровьесберегающее поведение»⁴, «поведение, связанное со здоровьем»⁵, «витальное поведение»⁶, «жизнесохранительное поведение». Их общий смысл, несмотря на разброс в понятийном аппарате, сводится к приоритету для индивидов ценности здоровья, мотивации и активной деятельности по его сбережению⁷. В качестве структурных компонентов модели самосохранительного поведения можно рассматривать отношения с системой здравоохранения, активность образа жизни, характер питания и распространенность вредных привычек.

Выше на основе вопросов о характеристиках здоровья было сделано предположение о несколько меньшей ответственности горожан в отношениях с системой здравоохранения, однако прямой вопрос «Как часто Вы обращаетесь в учреждения здравоохранения?» его не подтвердил. Распределение ответов на этот вопрос показывает, что треть опрошенных и в городской, и в сельской местности обращаются в учреждения здравоохранения не только когда болеют, но и с профилактической целью. Это наиболее распространенный ответ. Вариант «Только когда болею», занимающий второе место, более распространен среди сельских жителей, в то время как регулярные профосмотры и прохождение плановой диспансеризации характернее для городского населения. Однако обследование показало, что к концу восьмого года новой кампании диспансеризации взрослого населения, которая концентрируется на четырех группах заболеваний, обуславливающих 75% смертей россиян: сердечно-сосудистых заболеваниях, хронических бронхолегочных патологиях, сахарном диабете и онкологии, – она еще не набрала необходимые темпы. Вариант ответа «Прохожу плановую диспансеризацию» встречается реже, чем ответ «Практически не обращаюсь к врачам»: его отметили лишь 11,5% респондентов в городской местности и 10,7% в сельской. Как видим, профилактическая модель самосохранительного поведения в отношениях с системой здравоохранения, при всей недостаточности ее развития, более характерна для городского населения республики.

¹ Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения». – <https://base.garant.ru/70170948/>

² Вангородская С.А. Самосохранительное поведение: проблема содержания понятия в отечественной социологии // Среднерусский вестник общественных наук. 2017. – Т. 12, № 4. – С. 20–29. DOI: 10.22394/2071-2367-2017-12-4-20-29

³ Волкова М.Б. Здоровьесберегающее поведение населения в условиях российских социально-экономических трансформаций: автореф. дис. ... канд. социол. наук. – Саратов, 2005. – 27 с.

⁴ Поздеева Т.В. Научное обоснование концепции и организационной модели формирования здоровьесберегающего поведения студенческой молодежи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 47 с.; Югова Е.А. Формирование здоровьесберегающей модели поведения у студентов высших учебных заведений // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2012. – № 2. – С. 29–34; Шабунова А.А., Шухатович В.Р., Корчагина П.С. Здоровьесберегающая активность как фактор здоровья: гендерный аспект // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2013. – № 3 (27). – С. 123–132; Зелионко А.В. Обоснование организационно-профилактических мероприятий по совершенствованию системы формирования здоровьесберегающего поведения и улучшения качества жизни населения: дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2016. – 193 с.

⁵ Рассказова Е.И., Иванова Т.Ю. Мотивационные модели поведения, связанного со здоровьем: проблема «разрыва» между намерением и действием // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2015. – Т. 12, № 1. – С. 105–130.

⁶ Юмагузин В.В., Винник М.В. Смертность от внешних причин в России и странах ОЭСР: оценка преждевременных потерь и условия их снижения // Вестник Башкирского университета. 2015. – № 3 (20). – С. 896–902.

⁷ Вангородская С.А. Самосохранительное поведение: проблема содержания понятия в отечественной социологии // Среднерусский вестник общественных наук. 2017. – Т. 12, № 4. – С. 20–29. DOI: 10.22394/2071-2367-2017-12-4-20-29

Два вопроса обследования «Здоровье и качество жизни населения» были посвящены активности образа жизни респондентов, их отношению к ЗОЖ. Они показывают, что городское население чаще, чем сельские жители (54,7% против 40,5%), придерживаются спортивного стиля жизни: регулярно или время от времени посещают бассейн, спортзал, ходят на лыжах, по меньшей мере, каждый день делают зарядку. Сельские жители гораздо чаще горожан (50,0 против 30,5%) склонны оценивать регулярный физический труд и работу на приусадебном или дачном участке лучшим средством для здоровья, т.е. адекватной заменой активному спортивному образу жизни. Однако следует признать, что это вовсе не равноценная замена, иначе ручной труд не приравнивался бы к тяжелым, вредным условиям занятости, а проблема сокращения удельного веса ручного труда не считалась бы не только крупной экономической задачей, необходимым условием роста производительности труда и эффективности экономики, но и значительной социальной задачей, необходимым условием повышения качества жизни населения. А труд на земле всегда тяжел. Он выполняется на открытом воздухе, при разных погодных условиях, далеко не всегда комфортных для человека и благоприятных для его здоровья: часто на жаре, в условиях интенсивной солнечной радиации, или под дождем, или уже после заморозков. Зачастую сопряжен с длительным положением человека внаклонку, когда кровь приливает к голове – что может не только приводить к повышению артериального давления, но и провоцировать инсульты. При этом работа на приусадебном или дачном участке осуществляется, как правило, вместо отдыха: в отпуске, в выходные, вечером после основной работы, которая в сельской местности сама по себе характеризуется более тяжелыми в среднем условиями, чем в городской. В результате сельские жители имеют не просто двойную занятость, но двойную тяжелую занятость, в основе которой лежит не столько любовь к огородничеству и повышение активности образа жизни, сколько чрезвычайно низкий уровень доходов сельского населения. При этом такая физически тяжелая занятость сопровождается значительным расходом калорий, которые требуют восполнения, и восполняются калорийной пищей (так называемое «здоровое питание» в большей степени характерно для горожан), приводя к избыточному весу. Все это, безусловно, не способствует поддержанию хорошего состояния здоровья сельских жителей.

И, наконец, рассмотрим, есть ли значимые межпоселенческие различия в распространенности так называемых вредных привычек: курения и употребления алкоголя и наркотиков, которые так же, как повышенный уровень артериального давления, высокий и очень высокий суммарный сердечно-сосудистый риск, нерациональное питание, избыточная масса тела, дислипидемия («плохой» холестерин), гипергликемия (повышенный уровень глюкозы в крови), низкая физическая активность и отягощенная наследственность по хроническим неинфекционным заболеваниям, являются модифицированными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний, а употребление алкоголя является важнейшим фактором смертности взрослого населения от внешних причин (несчастных случаев, травм и прочих неестественных причин).

Конечно, на вопросы о вредных привычках даже в анонимных анкетах население отвечает очень произвольно, особенно на вопросы об употреблении алкоголя, но все же некоторые выводы на основе обследования «Здоровье и качество жизни населения» сделать можно. При этом сразу следует оговорить, что с учетом особенностей выборки обследования полученные цифры не отражают истинных масштабов уровня курения и употребления алкоголя и наркотиков среди взрослого населения региона, однако, как отмечалось, отклонения по возрасту и полу городской и сельской выборки от соответствующих генеральных совокупностей сходные, поэтому для сравнения степени распространенности этих факторов риска среди городского и сельского населения они вполне годятся.

Обследование показало, что курение в большей мере является городской привычкой (табл. 2). Доля курящих горожан, несмотря на достаточно заметный процент бросивших курить, намного больше, чем процент среди сельских жителей. Никогда не куривших среди сельских опрошенных оказалось более 70%, в то время как среди городских – менее 60%.

Таблица 2

Распределение ответов на вопросы о вредных привычках, по данным обследования «Здоровье и качество жизни населения», %

| Вопрос | Варианты ответов | Все население | Городское население | Сельское население |
|---|-----------------------|---------------|---------------------|--------------------|
| Курите ли Вы? | Да | 17,5 | 19,0 | 12,7 |
| | Курил раньше | 20,4 | 21,5 | 16,5 |
| | Никогда не курил | 62,2 | 59,5 | 70,8 |
| Употребляете ли Вы алкоголь? | Да | 69,1 | 69,7 | 67,2 |
| | Раньше употреблял | 14,7 | 13,7 | 17,9 |
| | Никогда не употреблял | 16,2 | 16,7 | 14,9 |
| Пробовали ли Вы когда-нибудь наркотики? | Да | 4,0 | 4,0 | 3,9 |
| | Нет | 96,0 | 96,0 | 96,1 |

В уровне употребления наркотиков и алкогольной продукции значимых межпоселенческих различий обследование не выявило. В то же время доля населения, никогда не употреблявшего алкоголь, в сельской местности несколько ниже, чем в городской (14,9 против 16,7%), и сельские жители чаще предпочитают крепкие алкогольные напитки. Кроме того, статистика смертности по причинам смерти показывает, что доля смертности от внешних причин, которая в очень значительной степени связана с алкоголем, в сельской местности Республики Коми более чем на треть превышает аналогичную долю в городской¹, а коэффициент смертности от внешних причин – выше почти в два

¹ Демографический ежегодник Республики Коми. 2021: стат. сб. / Комистат. – Сыктывкар, 2021. – С. 67–69.

раза, в некоторые годы более чем в два раза¹. Это свидетельствует о том, что уровень употребления алкогольной продукции так же, как и крепость употребляемых алкогольных напитков, в сельской местности выше, чем в городской. Соответственно, употребление алкоголя является фактором не только повышенной смертности сельских жителей от внешних причин, но и дополнительным фактором риска для здоровья, приводящим к высокой смертности сельского населения от других причин, прежде всего от сердечно-сосудистых заболеваний, уровень которой на селе на 25–40% превышает уровень в городской местности². Свою роль вносит также по-прежнему широкое распространение употребления дешевой некачественной и суррогатной алкогольной продукции вследствие чрезвычайно низкого уровня жизни сельского населения.

Таким образом, в первый год пандемии COVID-19 на фоне снижения ожидаемой продолжительности жизни россиян произошло сокращение отставания продолжительности жизни населения Республики Коми от общероссийского уровня и отставания сельского показателя от городского как по стране, так и в регионе. В основе этого лежат характер расселения и плотность населения и модели его поведения при введении ограничительных мероприятий, определившие скорость распространения новой инфекции в первые месяцы пандемии.

Снижение продолжительности жизни населения было обусловлено ростом в 2020 г. уровня смертности от большинства из основных классов причин смерти и смертностью непосредственно от коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19, которая составила в Республике Коми 6,4% (в городской местности 7,3%, в сельской – 4,1%) от общего числа смертей по сравнению с 6,8% (соответственно, 7,6 и 4,4%) в целом по стране. Если рассматривать смертность от коронавируса как отдельную группу причин смерти, то в Коми она оказалась бы на пятом месте в структуре основных причин смерти, пропустив вперед болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины и болезни органов пищеварения. По России в целом заняла бы третье место после болезней системы кровообращения и новообразований.

Сельские жители региона оценили свое физическое здоровье в условиях пандемии COVID-19 несколько ниже, чем горожане. В распространенности хронических заболеваний межпоселенческих различий обследование «Здоровье и качество жизни населения» практически не выявило. Но обращает на себя внимание заметно более значительный среди сельского населения процент людей с повышенным уровнем артериального давления и глюкозы в крови, что во многом связано с избыточным весом, который отметили более 42% сельских респондентов.

Анализ межпоселенческих особенностей самосохранительного поведения позволяет сделать вывод, что кроме недостаточной доступности медицинских услуг, особенно экстренных и высокотехнологичных, и менее распространенной среди сельского населения профилактической модели самосохранительного поведения в отношении с системой здравоохранения, существенно более низкий уровень продолжительности жизни в сельской местности обуславливает оказывающая негативное влияние на характеристики здоровья двойная тяжелая занятость, являющаяся следствием низкого уровня жизни жителей села. Свою роль играют также повышенный уровень употребления алкогольной продукции, крепость употребляемых алкогольных напитков и их плохое качество, которые являются не только причиной значительной смертности на селе от внешних причин, но и дополнительным фактором риска для здоровья, приводящим к высокой преждевременной смертности от болезней системы кровообращения.

¹ Демографический ежегодник Республики Коми. 2021: стат. сб. / Комистат. – Сыктывкар, 2021. – С. 71–72.

² Там же, с. 71–72.