

Самосохранительное поведение населения: поколенческий аспект*



**Лариса Алексеевна
ПОПОВА**

Институт социально-экономических и энергетических проблем Севера
ФИЦ Коми НЦ УрО РАН
Сыктывкар, Российская Федерация
e-mail: popova@iespn.komisc.ru
ORCID: 0000-0003-0549-361X; ResearcherID: O-6876-2017



**Татьяна Васильевна
МИЛАЕВА**

Институт социально-экономических и энергетических проблем Севера
ФИЦ Коми НЦ УрО РАН
Сыктывкар, Российская Федерация
e-mail: Tasha20012001@inbox.ru
ORCID: 0000-0002-1675-2915; ResearcherID: G-3938-2016



**Елена Николаевна
ЗОРИНА**

Институт социально-экономических и энергетических проблем Севера
ФИЦ Коми НЦ УрО РАН
Сыктывкар, Российская Федерация
e-mail: zorina@iespn.komisc.ru
ORCID: 0000-0003-1788-9224; ResearcherID: J-8612-2018

* Статья подготовлена при финансовой поддержке РФФИ, проект № 19-010-00881 «Продолжительность жизни российского населения: возможности достижения «80 плюс».

Для цитирования: Попова Л.А., Милаева Т.В., Зорина Е.Н. Самосохранительное поведение населения: поколенческий аспект // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2021. Т. 14. № 5. С. 261–276. DOI: 10.15838/esc.2021.5.77.15

For citation: Popova L.A., Milaeva T.V., Zorina E.N. Self-preservation behavior: generational aspect. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 2021, vol. 14, no. 5, pp. 261–276. DOI: 10.15838/esc.2021.5.77.15

Аннотация. Цель исследования – выявление особенностей самосохранительного поведения у разных реальных поколений россиян для оценки вектора их трансформации и перспектив динамики продолжительности жизни. Актуальность темы определяется значительным отставанием России от развитых стран по уровню продолжительности жизни населения, во многом обусловленным поведенческим фактором. К научной новизне можно отнести адаптацию теории поколений Хоува и Штрауса для исследования поколенческих особенностей поведения населения в области здоровья. Выдвинутые гипотезы о характере моделей самосохранительного поведения пяти десятилетних реальных когорт населения и сборного поколения родившихся до 1955 года включительно были верифицированы результатами социологического обследования. Относительно соотношения моделей самосохранительного поведения двух самых старших когорт сформулированная гипотеза не подтвердилась, что может быть обусловлено позитивной трансформацией моделей здоровьесберегающего поведения с возрастом вследствие изменений в состоянии здоровья, а также в составе населения старших когорт из-за высокой преждевременной смертности в группах с самым неблагоприятным образом жизни. Относительно четырех молодых реальных поколений исследование подтвердило выдвинутые гипотезы, показав, что благоприятные социально-экономические и демографические условия, антиалкогольные и антитабачные мероприятия 2000-х годов и пропаганда активного здорового образа жизни в целом имеют положительный результат в плане воздействия на характер самосохранительного поведения молодых когорт населения, что свидетельствует о возможности влияния на поведенческие факторы здоровья на стадии его формирования. Позитивный вектор трансформации поколенческих закономерностей самосохранительного поведения, особенно четко проявляющийся у мужчин, позволяет надеяться на восстановление и продление растущей динамики продолжительности жизни россиян с вероятностью достижения в перспективе целевых показателей при условии закрепления благоприятных поведенческих паттернов в области здоровьесбережения.

Ключевые слова: продолжительность жизни населения, поведенческие факторы здоровья, здоровый образ жизни, самосохранительное поведение, саморазрушительное поведение, теория поколений, реальное поколение.

Введение

В условиях пандемии COVID-19 произошло заметное повышение смертности населения России. Общий коэффициент увеличился в 2020 году до 14,6 на 1000 человек населения по сравнению 12,3‰ в 2019 году. Ожидаемая продолжительность жизни после 16-летнего периода роста, который привел к увеличению показателя на 8,5 лет (с 64,8 в 2003 году до 73,3 года в 2019) с достижением максимальных в истории страны значений, сократилась почти на два года – до 71,5 лет¹. На фоне развития эпидемиологической ситуации уже к середине 2020 года были скорректированы заявленные в 2018 году национальные цели в области продолжительности жизни населения, которые предусматривали повышение к 2024 году ожидаемой продолжительности жизни россиян до 78 лет, к

2030 г. – до 80 лет². Согласно Указу Президента Российской Федерации от 21 июля 2020 г., целевой показатель 78 лет определен на 2030 год³.

Даже после корректировки это очень непростая задача, особенно с учетом предшествующего весьма существенного роста показателя, когда были в значительной степени использованы относительно легко реализуемые возможности его повышения, и провала 2020 года, отразившего влияние новых сильнодействующих негативных условий. Но поставленная в области продолжительности жизни российского на-

¹ Официальный сайт Росстата. URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения 12.07.2021).

² О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года: Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/news/57425> (дата обращения 12.07.2020).

³ О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года: Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 г. № 474. URL: <http://kremlin.ru/acts/news/63728> (дата обращения 12.07.2020).

селения цель — это не абстракция, это уровень, который на протяжении длительного времени характерен для значительного числа государств. По данным ООН, в 2019 году ожидаемая продолжительность жизни при рождении была выше 78 лет в 45 странах мира, в том числе в 27 европейских государствах, среди которых Албания и Эстония⁴. Продолжительность жизни населения Европейского союза в целом уже с 2004 года устойчиво превышает 78 лет, с 2011 — 80 лет. В 2019 году показатель для обоих полов достиг в ЕС-27 уровня 81,3 года (84,0 года для женщин, 78,5 лет для мужчин). По 26 странам ЕС-27 (кроме Ирландии), а также по странам ЕАСТ (Исландия, Лихтенштейн, Норвегия, Швейцария) Евростат опубликовал предварительные данные за 2020 год — в 22 из этих 30 европейских государств ожидаемая продолжительность жизни даже после снижения в условиях пандемии превышает 78 лет⁵.

Достижение поставленной цели (приближение к ее достижению) зависит от множества факторов, которые обуславливают отставание России по продолжительности жизни от развитых стран, и не в последнюю очередь от образа жизни населения, отношения граждан к своему здоровью, их поведения в сфере сохранения здоровья, распространенности в обществе здоровьесберегающих, самосохранительных моделей поведения. Отечественными исследователями часто отмечается широкое распространение среди населения страны гигиенически нерациональных и вредных привычек и стереотипов поведения: злоупотребления алкоголем, курения, нерационального питания и переедания, несвоевременного обращения за медицинской помощью⁶, — и несформированность поведенческих паттернов, отвечающих за сохранение здоровья и увеличение сроков активной жизни [1]. При этом широко известна классификация факторов обеспечения здо-

ровья современного человека, разработанная экспертами Всемирной организации здравоохранения еще в 1980-х годах, в соответствии с которой более 50% факторов (а по последним данным — порядка 70%) лежит в зоне ответственности самого индивида [2]. Значительная продолжительность жизни, долголетие прежде всего связаны с сохранением здоровья в течение всей жизни человека, что определяет актуальность изучения существующего на уровне индивидуального и общественного сознания отношения к здоровью.

Трансформация моделей самосохранительного поведения может стать одной из форм укрепления здоровья и увеличения продолжительности жизни населения России [1], поэтому особый интерес, на наш взгляд, вызывает исследование отношения к здоровью у разных реальных поколений по году рождения (коhort). Устойчивый рост продолжительности жизни населения возможен лишь при формировании у молодых поколений населения более позитивных моделей самосохранительного (здоровьесберегающего) поведения, чем у старших коhort, и их реализации в течение жизни. В статье поставлена цель выявить особенности самосохранительного поведения у разных реальных коhort россиян, что позволит оценить вектор трансформации существующих в обществе моделей самосохранительного поведения и перспективы динамики ожидаемой продолжительности жизни населения.

Теоретические основы исследования самосохранительного поведения

Интерес научного сообщества к проблемам здоровья и обуславливающему его поведению стал неуклонно расти во второй половине XX века, когда в результате завершения первого этапа эпидемиологического перехода в развитых странах на первые места в структуре заболеваемости и смертности населения вышли болезни, вызванные эндогенными (внутренними) поведенческими причинами. В связи с этим актуальность приобрели вопросы изучения особенностей поведения, влияющих на состояние здоровья и продолжительность жизни человека, с целью выявления его стратегий и возможностей управления ими. В отечественной социологии и психологии этот вид демографического поведения получил название самосохранительного поведения. Термин впервые

⁴ Life expectancy and Healthy life expectancy, data by country. World Health Organization (2020). URL: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.688> (дата обращения 13.07.2020).

⁵ Statistics | Eurostat. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00205/default/table?lang=en> (дата обращения 13.07.2020).

⁶ Современная демография: учеб. пособие / А.Я. Кваши и др.; под ред. А.Я. Кваши, В.А. Ионцева. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1995. С. 47–49.

стал употребляться в социологии и социологической демографии с начала 1970-х годов для описания готовности личности к сохранению собственной жизни и здоровья, к продлению существования вплоть до глубокой старости.

Зарубежными специалистами поведение людей с целью самосохранения сначала изучалось в рамках концепции «обеспечения здоровья» (health promotion) [3], позже появились термины «здоровое поведение» (health behavior), «поведение, связанное со здоровьем» (health-related behavior), «здоровый стиль жизни» (healthy lifestyle) [4]. Большинство зарубежных исследований здорового образа жизни следуют его определению как любой деятельности, совершаемой человеком, считающим себя здоровым, с целью предотвращения заболевания или обнаружения его на бессимптомной стадии [5]. На основе предположения о том, что поведение, направленное на профилактику (health-protecting) и поддержание (health-promoting) здоровья, можно рассматривать как взаимодополняющие компоненты здорового образа жизни, была предложена модель укрепления здоровья (health promotion model) – парадигма для объяснения поведения, направленного на поддержание здоровья. Оздоровляющее поведение, по мнению авторов, направлено на повышение уровня благополучия (well-being), самоактуализации (self-actualization) и самореализации (personal fulfillment) личности [6]. В качестве поддерживающего компонента укрепляющего здоровье поведения выступает позитивный подход к жизни, так как именно он способствует реализации потенциала. Для мониторинга здорового образа жизни группой исследователей был разработан профиль здорового образа/стиля жизни (health-promoting lifestyle profile – HPLP) [6; 7], который включает оценку шести аспектов поведения, связанного со здоровьем: «духовный рост» (spiritual growth) – сосредоточение на развитии внутренних ресурсов; «межличностные отношения» (interpersonal relations) – использование коммуникации для достижения чувства близости с другими; «питание» (nutrition) – выбор здорового ежедневно рациона питания; «физическая активность» (physical activity); «ответственность за здоровье» (health responsibility); «управление стрессом» (stress management).

В некоторых зарубежных исследованиях используется термин «самосохранительное (самозащитное) поведение» (self-protective behavior, self-preservation behavior), обычно не рассматривающийся как синоним понятия «здоровый образ жизни». Самосохранительное поведение включает в себя меры предосторожности, используемые людьми для уменьшения риска нанесения ущерба своему здоровью. При этом понятие может использоваться буквально, как несущее предмет самозащиты: например, не выходить ночью на улицу, запирают двери на ночь, избегать посещения мест с повышенной опасностью и т. д. [8; 9; 10]. В целом в зарубежных исследованиях, посвященных изучению самосохранительного поведения, этот термин применяется в большей мере при изучении профессиональных групп в контексте отношения к своему здоровью, затрагивая вопросы, связанные с риском получения травм на производстве, т. е. самосохранительное поведение рассматривается как определенный набор действий человека в профессиональной деятельности, направленных на поддержание продуктивности человека и сохранение целостности организма [11].

В отечественном научном сообществе самосохранительное поведение исследуется в рамках медицинского, психологического и социолого-демографического подходов. Медицинский подход приравнивает такой тип поведения к здоровому образу жизни (или образу жизни, содействующему укреплению здоровья), отражающему особенности поведенческой активности человека в отношении собственного здоровья, т. е. учитываются не мотивы и ценности самосохранения, а лишь сама здоровьесберегающая деятельность человека [12]. В социальной психологии самосохранительное (здоровьесберегающее) поведение трактуется с трех позиций: как акт принятия решения; как стадийный процесс; как деятельность. Обычно оно рассматривается в качестве специфической регуляционной деятельности по обеспечению оптимального для личности уровня индивидуального здоровья [13]. Т. е. в отличие от зарубежных исследований, в которых самосохранительное поведение прежде всего связано со снижением риска получения травм разного генезиса на производстве, в отечественной психологии

самосохранительное поведение рассматривается как поведение, ориентированное на здоровье и предупреждение развития заболеваний.

В рамках социолого-демографического подхода самосохранительное поведение понимается как система действий и отношений личности, направленных на сохранение здоровья в течение всего жизненного цикла и продление сроков жизни. Первые отечественные теоретические и эмпирические социологические исследования, в ходе которых изучались представления людей о желаемой и ожидаемой продолжительности жизни в комплексе с условиями, способствующими ее увеличению, были проведены в 1984–1990 гг. под руководством А.И. Антонова. Большинство отечественных исследователей этого социального феномена (И.С. Вялов, И.В. Журавлева, Л.С. Шилова) придерживаются предложенного А.И. Антоновым определения самосохранительного поведения в качестве системы действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла, на продление срока жизни в пределах этого цикла⁷.

Д.С. Корниенко связывает самосохранительное поведение с активностью, направленной на поддержание физического и психологического здоровья [14]. В.Я. Шклярчук определяет его как совокупность знаний, мотивов, убеждений, системы действий и отношений, которые организуют и направляют волевые усилия личности на сохранение здоровья, здоровый образ жизни в течение полного жизненного цикла, на продление творческого долголетия [15]. С.А. Вангородская определяет самосохранительное поведение как сознательную деятельность индивида, направленную на поддержание оптимальных параметров биологического, психологического и социального здоровья и минимизацию субъективно осознаваемых рисков [2].

В современных исследованиях в качестве синонимов термина «самосохранительное поведение» используются также «здоровоохранительное поведение»⁸, «здоровьесберегающее

поведение»⁹ [16; 17], «поведение, связанное со здоровьем» [18], «витальное поведение», «жизнесохранительное поведение». Их общий смысл, несмотря на разброс в понятийном аппарате, сводится к приоритету для индивидов ценности здоровья, мотивации и активной деятельности по его сбережению [2].

Ряд отечественных авторов отождествляют определение «самосохранительное поведение» (self-protective behavior) с понятием «здоровый образ жизни». Попытка осмысления этих понятий в контексте психологии здоровья, их сопоставления и выделения сходств и различий предпринята М.Д. Петраш и И.Р. Муртазиной [19], которые полагают, что указанные определения тесно связаны друг с другом, но не тождественны. По мнению авторов, самосохранительное поведение является неотъемлемым элементом здорового образа жизни. Понятие «здоровый образ жизни» более широкое, чем самосохранительное поведение, и может быть определено как совокупность внешних и внутренних условий жизнедеятельности человека, способствующих более продолжительной работе всех систем его организма, а также совокупность действий, направленных на сохранение и укрепление здоровья (самосохранительное поведение) и гармоническое развитие личности.

К настоящему моменту проведено достаточно большое количество эмпирических исследований самосохранительного поведения. На базе Центра социологических исследований Белгородского государственного национального исследовательского университета реализуется научный проект, связанный с изучением рисков и трендов самосохранительного поведения населения центральных регионов Российской Федерации с целью выявления влияния социально-политических, социально-экономических, инфраструктурных и социально-психологических групп факторов формирования моделей самосохранительного поведения [1; 2; 20]. В сотрудничестве с коллегами из других рос-

⁷ Антонов А.И. Микросоциология семьи (методология исследования структур и процессов). М.: Nota Bene, 1998. 313 с.

⁸ Волкова М.Б. Здоровоохранительное поведение населения в условиях российских социально-экономических трансформаций: автореф. дис. ... канд. социол. наук. Саратов, 2005. 27 с.

⁹ Поздеева Т.В. Научное обоснование концепции и организационной модели формирования здоровьесберегающего поведения студенческой молодежи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. 47 с.; 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.

сийских и белорусских научных организаций исследования самосохранительного поведения как основы формирования здоровья населения, его региональных особенностей, специфики в сельской местности, гендерных аспектов здоровьесбережения проводятся сотрудниками Вологодского научного центра РАН [17; 21–25]. Изучением проблем сохранения здоровья, ориентации населения на здоровый образ жизни, самосохранительного поведения молодежи, самосохранительного поведения на территориях, пострадавших от ЧАЭС, а также практик саморазрушительного поведения (алкоголизма, табакокурения, наркомании) занимаются сотрудники Института социологии НАН Беларуси [3; 17; 26]. Поколенческий аспект изучения самосохранительного поведения охватывает прежде всего исследования в молодежной аудитории¹⁰ [3; 26–29], которые, безусловно, имеют наибольшее значение для оценок перспектив здоровья и продолжительности жизни населения. В то же время недостаток сравнительных межпоколенческих исследований самосохранительного поведения, которые предоставляют базу сравнения для таких оценок, актуализирует проведение исследования, посвященного особенностям самосохранительного поведения разных реальных когорт населения. Особую актуальность изучение самосохранительного поведения населения приобретает в условиях пандемии COVID-19 [25; 30].

Материалы и методы

Методологической основой исследования являются общенаучные методы анализа, синтеза, сравнения, обобщения. Для реализации цели и задач применены системный подход, сравнительный анализ, социологические методы исследования, когортный метод демографического анализа, табличный прием визуализации данных. Теоретической базой исследования выступают научные работы ведущих демографов, медиков, социологов, психологов, посвященные изучению вопросов продолжительности жизни населения, общественного здоровья, самосохранительного поведения, теория поко-

лений Хоува и Штрауса. Информационной базой послужили официальные данные Росстата и результаты социологического обследования «Здоровье и качество жизни населения», проведенного в декабре 2020 года в Республике Коми. Посредством раздаточного анкетирования по квотированной выборке, охватывающей все 20 муниципальных образований республики, 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. Доля опрошенных в молодых – от 15 до 54 лет – возрастах превышает аналогичную долю в совокупности населения старше 15 лет практически равномерно за счет каждой пятилетней возрастной группы. Поскольку возрастная (поколенческая) принадлежность опрошенных является главным разрезом анализа результатов обследования, особенности возрастной структуры выборочного массива будут учтены. А принимая во внимание важность молодых возрастных групп для определения вектора трансформации моделей самосохранительного поведения населения, такое распределение можно считать удачным. Мужчины неохотно принимают участие в обследованиях, поэтому по полу массив опрошенных также отличается от генеральной совокупности. Для того чтобы очистить результаты обследования от влияния гендерного дисбаланса выборки, мы включали гендерную принадлежность в качестве дополнительного разреза анализа. Анкета содержит 51 вопрос, 25 из них в той или иной степени относятся к здоровью опрашиваемых и их модели самосохранительного поведения, в качестве структурных компонентов которой в исследовании рассматриваются отношения с системой здравоохранения, активность образа жизни, питание и распространенность вредных привычек. Для сравнительного межпоколенческого анализа особенностей самосохранительного поведения были выбраны вопросы, в которых в максимальной степени элиминируется влияние возраста: распространенность вредных привычек, обладающих значительной устойчивостью с возрастом, а также активного спортивного стиля жизни, который при отсутствии влияния сильнодей-

¹⁰ Поздеева Т.В. Научное обоснование концепции и организационной модели формирования здоровьесберегающего поведения студенческой молодежи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. 47 с.

ствующих негативных факторов также является привычкой, сохраняющейся на протяжении всей жизни. Обработка и анализ социологических данных проведены с помощью программ MS Statistica и MS Excel.

Результаты и обсуждение

Для анализа поколенческого аспекта самосохранительного поведения населения использованы некоторые положения теории поколений Хоува и Штрауса [31; 32], в основу которой заложено утверждение о том, что ключевым элементом определения временных рамок любого поколения является категория ценностей. В теории поколений выделяются не просто возрастные группы, а поколенческие группы населения со схожими основными ценностями, сформировавшимися под влиянием социальных, экономических и политических условий, т. е. окружающей общественной среды и норм семейного воспитания, характерных для периода социализации представителей поколения. Состоятельность теории поколений была подтверждена на примере США, однако она оказалась сомнительной для других стран, поскольку процесс формирования ценностей разных поколений зависит от особенностей социально-экономического и политического развития различных государств. С учетом специфики исторического развития теорию поколений можно адаптировать к реалиям другой страны, но при этом должны учитываться также и цели анализа. Например, И.М. Гуровой и С.Ш. Евдокимовой теория поколений Хоува и Штрауса была адаптирована для исследования формирования и развития трудового потенциала России [33]. На основе анализа основных исторических событий нашей страны было выделено и описано пять поколений, различающихся цен-

ностными ориентирами, потребностями и интересами, отношением к труду, мотивациями и прочими установками, которые важно учитывать для совершенствования трудовых возможностей. При анализе поколенческих особенностей самосохранительного поведения населения периодизация российских поколений будет несколько иной, поскольку на модели самосохранительного поведения влияют другие факторы. Кроме того, следует учитывать, что особенности самосохранительного поведения разных поколений, формирующиеся под влиянием условий, характерных для периода социализации, меняются с возрастом в связи с объективными изменениями состояния здоровья.

Перейдя от возрастных групп опрошенных в обследовании «Здоровье и качество жизни населения» к годам их рождения и приблизительному периоду завершения социализации (т. е. достижения 15 лет), рассмотрим шесть реальных поколений населения по году рождения: старше 65 лет в целом (включающее родившихся вплоть до 1955 года) и пять более молодых десятилетних когорт населения, которые, на наш взгляд, могут различаться моделями самосохранительного поведения, поскольку характеризуются заметной дифференциацией условий формирования (табл. 1). Несомненно, обозначенные границы реальных поколений очень условны. Главная задача анализа – определить вектор трансформации самосохранительного поведения населения как основу перспективных тенденций ожидаемой продолжительности жизни.

Опрошенные в декабре 2020 года респонденты в возрасте 65 лет и старше родились до 1955 года включительно. Их социализация

Таблица 1. Реальные поколения с заметной дифференциацией условий формирования моделей самосохранительного поведения

№ п/п	Возрастная группа респондентов	Годы рождения	Период завершения социализации	Условия формирования моделей самосохранительного поведения
1	65 лет и старше	до 1955 г.	до 1970 г.	Неблагоприятные
2	55–64 года	1956–1965 гг.	1971–1980 гг.	Более благоприятные по сравнению с предыдущим поколением
3	45–54 года	1966–1975 гг.	1981–1990 гг.	Более благоприятные по сравнению с предыдущим поколением
4	35–44 года	1976–1985 гг.	1991–2000 гг.	Крайне неблагоприятные
5	25–34 года	1986–1995 гг.	2001–2010 гг.	Более благоприятные по сравнению с предыдущим поколением
6	15–24 года	1996–2005 гг.	2011–2020 гг.	Более благоприятные по сравнению с предыдущим поколением

пришлась на военные и послевоенные годы, когда смертность населения в значительной степени определялась неблагоприятными внешними факторами и экзогенными болезнями, у самых молодых представителей завершилась к концу 1960-х годов, когда болезни системы кровообращения только вышли в России на первое место в структуре причин смерти, но при этом на втором месте закрепились внешние причины (несчастные случаи и пр.), т. е. внимание к поведенческим аспектам здоровья в обществе пока не оформилось. Поэтому высока вероятность, что у представителей старших поколений сформировались не самые благоприятные модели самосохранительного поведения. Однако к 65 годам они, безусловно, претерпели заметную позитивную трансформацию в связи с возрастными изменениями в состоянии здоровья, требующими более ответственного отношения к нему. Кроме того, учитывая специфику российской смертности по возрасту и причинам смерти, можно утверждать, что до старших возрастов доживают даже не столько самые здоровые представители поколений, сколько самые ответственные в плане самосохранительного поведения.

Респонденты в возрасте 55–64 года родились в 1956–1965 гг., социализировались в основном в 1970-е годы, когда в отечественных средствах массовой информации стала появляться демографическая статистика, до этого практически засекреченная, в обществе уже обратили внимание на начавшуюся стагнацию продолжительности жизни населения, на значительное отставание мужского показателя, на распространенность среди населения малоподвижного образа жизни (гиподинамии) и вредных привычек. Предположительно, модели самосохранительного поведения у поколения 1956–1965 годов рождения (учитывая отмеченную выше условность границ рассматриваемых в статье реальных когорт, правильнее будет называть его поколением второй половины 1950-х – первой половины 1960-х годов рождения) в момент формирования были более позитивными, чем у старших когорт, кроме того, они также имели большую вероятность испытать положительные изменения, связанные с возрастом.

Наибольший интерес с точки зрения целей анализа, на наш взгляд, представляют четыре молодые десятилетние когорты, довольно существенно различающиеся условиями, в которых в основном происходило формирование моделей самосохранительного поведения.

Опрошенные в возрасте 45–54 года родились в 1966–1975 гг., социализировались в 1980-е годы, характеризующиеся заметным вниманием общества к демографическим проблемам в целом, начиная с Постановления 1981 г. «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей»¹¹, которое часто называют единственным полномасштабным мероприятием демографической политики советского периода. В середине десятилетия в стране прошла антиалкогольная кампания¹², которая впоследствии больше подвергалась критике, но краткосрочные ее результаты оказались весьма впечатляющими: в 1986–1987 гг. продолжительность жизни российского населения впервые превысила 70 лет. Кроме того, борьба с пьянством велась не только запретительными мерами – в стране после долгого перерыва появились регулярные средства массовой информации и постоянно действующие организации, пропагандирующие трезвый образ жизни. Иными словами, общий настрой общества в период социализации поколения второй половины 1960-х – первой половины 1970-х годов рождения можно считать благоприятствующим формированию более позитивных моделей самосохранительного поведения, чем у родившихся в предшествующее десятилетие.

Респонденты в возрасте 35–44 года родились в 1976–1985 гг., период их социализации пришелся в основном на 1990-е годы, кризисные во всех отношениях. В это время наблюдался глубокий общественно-политический, социально-экономический, нравственно-психологический и демографический кризис.

¹¹ О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей: Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР № 235 от 22.01.1981. // СП СССР, 1981. № 13. Ст. 75.

¹² Об усилении борьбы с пьянством: Указ Президиума Верховного Совета СССР от 16 мая 1985 г. № 2458-XI. URL: <http://docs.cntd.ru/document/9007335> (дата обращения 19.07.2021).

Отмена государственной винной монополии привела к наполнению алкогольного рынка низкокачественной продукцией. Самогоноварение для личного потребления, получившее широкое распространение после Указа 1985 г., приняло товарную форму. Стремительно падавшие в условиях безработицы и массовых задержек заработной платы доходы населения привели к небывалому росту потребления суррогатной алкогольной продукции. Пьянство и алкоголизм существенно помолодели. Появился термин «пивной алкоголизм». Заметным явлением в российском обществе стала наркомания. Как следствие, в 1993 году смертность от группы несчастных случаев поднялась в России на второе место в структуре причин смерти. В 1994 году ожидаемая продолжительность жизни российского населения опустилась до минимального после завершения первого этапа эпидемиологической революции уровня 64,0 года. Этот крайне неблагоприятный фон, признаки которого можно продолжать перечислять, на наш взгляд, способствовал формированию у поколения второй половины 1970-х — первой половины 1980-х годов рождения самых низких стандартов самосохранительного поведения по сравнению с остальными рассматриваемыми когортами.

Участники обследования в возрасте 25–34 года родились в 1986–1995 гг., социализировались в основном в первое десятилетие 2000-х годов, характеризующееся повышением уровня жизни населения, началом устойчивого улучшения демографической ситуации и реализации современной российской социально-демографической политики. 1 января 2006 года стартовал приоритетный национальный проект «Здоровье». В условиях существенного снижения смертности от травматизма смертность от внешних причин в 2006 году опустилась на третье место в структуре причин смертности российского населения. В январе 2007 года появилась совершенно новая мера демографической политики в области рождаемости — материнский капитал на второго ребенка, сделавшая хорошую рекламу демографическим вопросам в целом. В октябре 2007 года была утверждена «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», в которой задачи в области смертности были поставлены на первое место и за-

ложены конкретные ориентиры по повышению уровня продолжительности жизни россиян к 2015 году до 70 лет, к 2025 году — до 75 лет¹³. Кроме того, в 2000-х годах были предприняты важные шаги в борьбе с курением и алкогольным наследием 1990-х годов. Подписанный в 2001 году Федеральный закон «Об ограничении курения табака»¹⁴ предусматривал запрет на продажу табачных изделий несовершеннолетним, ограничение рекламы табачной продукции, запрет на ее реализацию в образовательных, медицинских, культурных и спортивных учреждениях, на расстоянии ста метров от школ, колледжей и вузов и другие мероприятия. Принятые в законе нормы впоследствии неоднократно дорабатывались, в 2010 году была подписана «Национальная стратегия противодействия курению». В 2005 году укреплена система управления производством, распределением и продажей спирта, введены обязательная акцизная марка на всех алкогольных напитках и запрет на продажу напитков крепостью более 15% спирта в определенных общественных местах. В 2008 году запрещена реклама алкоголя на всех видах транспорта и введен рост акцизов на 10% в год. В 2010 году была принята национальная программа действий по борьбе с алкоголизмом на период до 2020 года, установлена минимальная розничная цена на напитки крепче 28 градусов и введена нулевая терпимость к употреблению алкоголя водителями (так называемое «ноль промилле»). Проводимые мероприятия и благоприятные по сравнению с 1990-ми годами условия социализации, на наш взгляд, способствовали формированию более позитивных моделей демографического, в том числе самосохранительного, поведения у поколения второй половины 1980-х — первой половины 1990-х годов рождения по сравнению с когортой второй половины 1970-х — первой половины 1980-х годов рождения.

Респонденты в возрасте 15–24 года родились в 1996–2005 гг. и социализировались в основном на протяжении 2011–2020 гг. Десятиле-

¹³ Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. URL: <http://document.kremlin.ru/doc.asp?ID=041941> (дата обращения 12.07.2021).

¹⁴ Об ограничении курения табака: Федеральный закон от 10.07.2001 г. № 87-ФЗ. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/17153> (дата обращения 19.07.2021).

тие характеризуется наращиванием демографической политики и в области рождаемости (введение регионального материнского капитала и пр.), и в области смертности, включая реализацию региональных программ модернизации здравоохранения, национальной программы действий по борьбе с алкоголизмом на период до 2020 года, национальной стратегии противодействия курению, запуск новой кампании по всеобщей диспансеризации взрослого населения, усиление пропаганды здорового образа жизни и пр. В стране продолжается реализация шагов по преодолению алкогольного наследия 1990-х и ужесточаются антитабачные мероприятия. В 2011 году был усилен контроль, увеличена тяжесть административной ответственности за продажу алкоголя несовершеннолетним, введен запрет на продажу алкоголя на заправках. В 2012 году запрещена продажа пива в отдельных местах, реклама алкоголя в интернете и в электронных СМИ. В 2013 году запрещена реклама алкоголя в любых печатных СМИ, произошло увеличение точности алкотестеров и тяжести наказания за вождение в нетрезвом виде, принят Федеральный закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака»¹⁵, который ввел полный запрет на курение табака в общественных местах, ужесточил требования к дизайну упаковки (в частности, на сигаретных пачках появились устрашающие картинки и надписи), продолжил практику прогрессивного повышения налогов, усиления антитабачных кампаний, запрета на все виды рекламы, спонсорства и продвижения табачной продукции. В 2014 году были увеличены штрафы за продажу алкоголя несовершеннолетним и введена уголовная ответственность за повторное нарушение. В 2015 году для регистрации спиртосодержащей продукции на розничном уровне введена ЕГАИС – автоматизированная система, предназначенная для государственного контроля над объемом производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции. Весной 2020 года в условиях пандемии COVID-19 в России,

¹⁵ Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака: Федеральный закон от 23.02.2013 г. № 15-ФЗ. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70221478/> (дата обращения 19.07.2021).

как и во всех странах, был применен локдаун, т. е. жесткие карантинные ограничения с целью купирования роста заболеваемости населения новой коронавирусной инфекцией, продемонстрировавший, что здоровье и жизнь человека в современном обществе ценятся выше экономических потерь. Такой фон, на наш взгляд, содействовал формированию у когорты второй половины 1990-х – первой половины нулевых годов рождения еще более благоприятных моделей самосохранительного поведения, чем у поколения, родившегося в предшествующее десятилетие.

Наши гипотезы об особенностях характера самосохранительного поведения рассматриваемых шести когорт были верифицированы на основе результатов социологического обследования «Здоровье и качество жизни населения», проведенного в декабре 2020 года. Безусловно, не все вопросы по здоровью, сформулированные в обследовании, годятся для анализа в поколенческом разрезе, поскольку заметное влияние на состояние здоровья поколений и распространенность практик самосохранительного поведения оказывает возраст. Больше всего для межпоколенческого анализа особенностей самосохранительного поведения, на наш взгляд, подходят вопросы, касающиеся распространенности элементов саморазрушительного поведения, так называемых вредных привычек, обладающих значительной устойчивостью с возрастом, а также распространенности активного спортивного стиля жизни, который при отсутствии влияния сильнодействующих негативных факторов также является привычкой, сохраняющейся на протяжении всей жизни. Эти вопросы позволяют в максимальной степени элиминировать влияние возраста.

Ответы на вопрос «Употребляете ли Вы алкоголь?» (табл. 2) в целом подтвердили гипотезу о наиболее благоприятной модели самосохранительного поведения у самого молодого из рассматриваемых нами реальных поколений, сформировавшейся в основном уже в последнее десятилетие. Почти 35% представителей когорты 1996–2005 годов рождения (32% среди мужчин и 36% среди женщин) ответили, что никогда не пробовали алкоголь. На момент опроса им было от 15 до 24 лет, а почти 80% респондентов обследования, употребляющих (употреблявших) алкоголь, отмечали, что первый опыт у них состоялся до 20 лет.

Таблица 2. Распределение в рассматриваемых реальных поколениях ответов на вопрос «Употребляете ли Вы алкоголь?», %

Вариант ответа	Всего	Реальные поколения, годы рождения					
		1996-2005	1986-1995	1976-1985	1966-1975	1956-1965	до 1955
Да	69,1	51,9	74,8	77,0	72,8	76,5	67,3
Раньше употреблял	14,7	13,3	14,8	12,6	18,7	15,7	21,2
Никогда не употреблял	16,2	34,8	10,4	10,4	8,5	7,8	11,5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Отчасти этот вопрос подтвердил также гипотезу о низких стандартах самосохранительного поведения поколения 1976–1985 годов рождения, социализация которого в основном пришлась на 1990-е годы. Но процент употребляющих алкоголь среди респондентов из этой когорты ненамного превышает уровень у более молодого поколения 1986–1995 годов рождения, а с учетом бросивших – совсем не отличается. Следовательно, можно предположить, что модели самосохранительного поведения, по всей видимости, формируются несколько раньше заложенных в нашей гипотезе 15 лет (например, Хоув и Штраус придерживаются возраста 12 лет), и у старших представителей поколения 1986–1995 годов рождения они сложились отчасти под влиянием поздних 1990-х годов, которые, как и первая половина десятилетия, характеризовались крайне неблагоприятными тенденциями уровня и образа жизни населения в условиях гиперинфляции, последовавшей за дефолтом 1998 года.

Подтверждает вопрос об употреблении алкоголя и относительно благоприятную не только в сравнении с поколением 1976–1985 годов рождения, но и по сравнению с более старшим поколением родившихся в 1956–1965 годах, модель самосохранительного поведения когорты 1966–1975 годов, сформировавшуюся в основном в 1980-е годы. Эти выявленные для четырех молодых когорт закономерности более четко выражены среди мужчин, но и у женщин также прослеживаются.

Модели самосохранительного поведения старших поколений, как уже отмечалось, находятся под сильным воздействием возраста, а также изменения состава населения из-за высокой преждевременной смертности в группах с самым неблагоприятным образом жизни, в том числе в плане злоупотребления алкогольной продукцией. Во всяком случае, ответы на вопрос об употреблении алкоголя не подтверждают выдвинутое нами предположение относительно соотношения моделей самосохранительного поведения двух старших из рассматриваемых когорт.

Гипотезу о закономерностях характера самосохранительного поведения среди четырех молодых поколений: постепенное ухудшение от молодых поколений к когорте 1976–1985 годов рождения с дальнейшим улучшением у когорты 1966–1975 годов – в целом подтвердили ответы опрошенных на вопрос «Курите ли Вы?» (табл. 3). Более 67% респондентов, принадлежащих к самому молодому из рассматриваемых реальных поколений (61% среди мужчин и 70% среди женщин), никогда не курили. Процент снижается до поколения 1976–1985 годов рождения и вновь увеличивается у когорты 1966–1975 годов. В каждом реальном поколении весьма значительный процент бросивших курить. Т. е. благоприятный в последние годы характер трансформации здоровьесберегающего поведения в плане табакокурения прослеживается не только в поколенческом аспекте, но и в динамике по жизни поколений.

Таблица 3. Распределение в рассматриваемых реальных поколениях ответов на вопрос «Курите ли Вы?», %

Вариант ответа	Всего	Реальные поколения, годы рождения					
		1996-2005	1986-1995	1976-1985	1966-1975	1956-1965	до 1955
Да	17,5	17,0	18,0	20,9	17,9	10,5	7,7
Курил раньше	20,4	15,8	20,0	23,2	24,7	17,6	21,2
Никогда не курил	62,2	67,2	62,0	55,9	57,4	71,9	71,2
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Но в отличие от употребления алкоголя вопрос о курении не выявляет относительно благоприятный характер самосохранительного поведения поколения 1966–1975 годов рождения по сравнению с более старшей когортой 1956–1965 годов. На наш взгляд, это связано не только с тем, что до старших возрастов доживают наиболее ответственные в плане здоровьесберегающего поведения представители поколений (что, в частности, показывает значительный процент среди участников опроса никогда не куривших мужчин в возрастах старше 60 лет), но и с тем, что примерно с когорты второй половины 1960-х – первой половины 1970-х годов рождения курение становится достаточно распространенным среди женщин.

Распределение ответов на вопрос «Как Вы можете оценить Ваш образ жизни?» (табл. 4) также подтверждает наиболее активную модель здоровьесберегающего поведения у самой молодой когорты 1996–2005 годов рождения, которая сформировалась в период усиления пропаганды здорового образа жизни. Почти четверть представителей этого поколения отметили, что придерживаются спортивного режима, у всех остальных когорт этот вариант ответа встречается реже среднего по массиву. В совокупности с вариантом «Время от времени посещаю спортзал, бассейн, хожу на лыжах и пр.», особенно распространенного среди женщин,

этот подсказ формирует у поколения 1996–2005 годов рождения более 50% ответов, у поколения 1986–1995 годов рождения – более 45% ответов. С регулярно выполняемой зарядкой – порядка 60% у обеих молодых когорт. У более старших поколений соответствующие цифры заметно снижаются. У женщин распространенность активного спортивного досуга ниже, но поколенческие закономерности в целом такие же, как у мужчин.

Таким образом, основная для целей анализа гипотеза исследования о том, что две самые молодые когорты из рассматриваемых шести реальных поколений взрослого населения отличаются наиболее благоприятными моделями самосохранительного поведения, получила подтверждение на основе отражающих ответственность за здоровье вопросов, характеризующих отношение к алкоголю, табакокурению и активному спортивному стилю жизни.

Заключение

Здоровье человека во многом определяется его образом жизни и жизненными установками. От того, какого образа жизни человек придерживается, какую форму активности предпочитает, зависит его долголетие. Модели демографического, в том числе и самосохранительного, поведения населения находятся под сильным влиянием условий их формирования. Выдвинутые с применением наработок теории поко-

Таблица 4. Распределение в рассматриваемых реальных поколениях ответов на вопрос «Как Вы можете оценить Ваш образ жизни?», %

Вариант ответа	Всего	Реальные поколения, годы рождения					
		1996–2005	1986–1995	1976–1985	1966–1975	1956–1965	до 1955
Я придерживаюсь спортивного режима (спортзал, бассейн, лыжи и пр.)	14,2	24,3	12,0	11,7	8,9	9,2	7,7
Каждый день делаю зарядку	11,0	8,0	15,6	8,6	11,1	15,0	21,2
Время от времени посещаю спортзал, бассейн, хожу на лыжах и пр.	26,1	27,3	33,2	25,7	25,5	19,6	7,7
Спортом не увлекаюсь, но регулярно занимаюсь физическим трудом	21,2	16,5	22,4	21,8	26,4	25,5	9,6
Лучшее средство для здоровья – дачный участок: с весны до осени работаю на даче	14,9	6,3	11,6	14,9	16,6	34,6	30,8
Часто гуляю на свежем воздухе, занимаюсь скандинавской ходьбой и пр.	18,5	19,0	16,4	15,5	17,4	28,8	23,1
У меня малоподвижный образ жизни	21,5	21,6	18,8	23,2	21,3	19,6	26,9
Другое	1,2	1,5	0,4	1,4	1,7	0,0	1,9
Всего	128,6	124,6	130,4	122,7	128,9	152,3	128,8
Нет ответа	1,4	1,0	1,2	1,4	2,1	2,0	0,0

лений Хоува и Штрауса гипотезы о характере моделей самосохранительного поведения пяти десятилетних реальных когорт и сборного поколения родившихся до 1955 года включительно были верифицированы результатами социологического обследования.

Относительно соотношения моделей самосохранительного поведения двух старших из рассматриваемых шести когорт (родившихся до середины 1950-х годов и во второй половине 1950-х – первой половине 1960-х годов) выдвигнутая гипотеза результатами социологического исследования не подтвердилась. На наш взгляд, это может быть обусловлено тем, что модели самосохранительного поведения старших поколений сильно трансформировались с возрастом вследствие изменений в состоянии здоровья, а также в составе когорт из-за высокой преждевременной смертности в группах населения с самым неблагоприятным образом жизни.

Относительно четырех молодых реальных поколений исследование подтвердило выдвинутые нами гипотезы. Оно показало, что у поколения второй половины 1970-х – первой половины 1980-х годов рождения в условиях системного кризиса 1990-х годов сформировались самые неблагоприятные модели самосохранительного поведения в плане употребления алкогольной продукции и курения (что подтвердило и распределение ответов на вопрос «Пробовали ли вы когда-нибудь наркотики?»): хуже,

чем у более старшей когорты второй половины 1960-х – первой половины 1970-х годов рождения, стандарты здоровьесберегающего поведения которой сложились в относительно благополучные 1980-е годы, и значительно хуже, чем у поколений второй половины 1980-х – первой половины 1990-х годов и особенно второй половины 1990-х – первой половины нулевых годов рождения, у которых сформировались наиболее позитивные модели поведения в области здоровья. Таким образом, благоприятные социально-экономические и демографические условия, антиалкогольные и антитабачные мероприятия 2000-х годов и пропаганда активного здорового образа жизни в целом имеют положительный результат в плане воздействия на характер самосохранительного поведения молодых поколений, что свидетельствует о возможности влияния на поведенческие факторы здоровья на стадии его формирования.

Позитивный вектор трансформации поколенческих закономерностей самосохранительного поведения, особенно четко проявляющийся у мужчин, позволяет надеяться на восстановление и продление положительной динамики продолжительности жизни населения России с возможностью достижения в перспективе целевых показателей при условии закрепления благоприятных поведенческих паттернов, отвечающих за сохранение здоровья и увеличение сроков активной жизни.

Литература

1. 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
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. Шушунова Т.Н. Самосохранительное поведение студенческой молодежи: социологический анализ (на примере минских вузов). Минск: Право и экономика, 2010. 114 с.
4. Glanz K., Rimer B., Viswanath K. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 2008. 552 p.
5. Kasl S.V., Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior. I–II. *Archives of Environmental Health*, 1966, no. 12, pp. 246–266, 531–541.
6. Walker S.N., Schrist K.R., Pender N.J. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 1987, no. 36, pp. 76–81.
7. Walker S.N., Hill-Polerecky D.M. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. In: *Unpublished manuscript. Nebraska: University of Nebraska Medical Center*, 1996, pp. 120–126.

8. Lane J., Gover A.R., Dahod S. Fear of violent crime among men and women on campus: The impact of perceived risk and fear of sexual assault. *Violence and Victims*, 2009, vol. 24, pp. 172–192.
9. Orchowski L.M., Untied A.S., Gidycz C.A. Reducing risk for sexual victimization: An analysis of the perceived socioemotional consequences of self protective behaviors. *Journal of Interpersonal Violence*, 2012, vol. 27, pp. 1743–1761.
10. Wilcox P., Jordan C.E., Pritchard A.J. A multidimensional examination of campus safety: Victimization, perceptions of danger, worry about crime, and precautionary behavior among college women in the post-Clery era. *Crime & Delinquency*, 2007, vol. 53, pp. 219–254.
11. David M. DeJoy. Theoretical Models of Health Behavior and Workplace Self-Protective Behavior. *Journal of Safety Research*, 1996, vol. 27, no. 2, pp. 61–72.
12. Лисицын Ю.П., Изуткин А.М., Матюшкин И.Ф. Медицина и гуманизм. М.: Медицина, 1984. 278 с.
13. Яковлева Н.В. Здоровьесберегающее поведение человека: социально-психологический дискурс // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2013. № 3. С. 70–79.
14. Корниенко Д.С. Взаимосвязь характеристики «поиск ощущений» с характеристиками самосохранительного поведения // Вестник ПГГПУ. Серия 1. Психологические и педагогические науки. 2014. С. 5–16.
15. Шклярчук В.Я. Здоровье в системе самосохранительного поведения рабочих // Известия Саратовского ун-та. 2008. Т. 8. Вып. 2. С. 44–47.
16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. Петраш М. Д., Муртазина И. Р. Понятие «здоровый образ жизни» в психологических исследованиях // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология и педагогика. 2018. Т. 8. Вып. 2. С. 152–165.
20. Самосохранительное поведение россиян: диспозиции и риски / И.С. Шаповалова [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № 28 (1). С. 44–51. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-1-44-51>
21. Калачикова О.Н., Корчагина П.С. Основные тенденции самосохранительного поведения населения региона // Проблемы развития территории. 2012. № 5 (61). С. 72–82.
22. Корчагина П.С., Калачикова О.Н. Самосохранительное поведение как фактор формирования здоровья населения // Вопросы территориального развития. 2013. № 2 (2).
23. Груздева М.А., Калачикова О.Н. Особенности самосохранительного поведения сельского населения // Синергия. 2018. № 4. С. 64–71.
24. Ростовская Т.К., Шабунова А.А., Князькова Е.А. Самосохранительное поведение россиян: оценка состояния здоровья и возможности долгожительства // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № 28 (6). С. 1275–1280. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-6-1275-1280>
25. Шабунова А.А. Здоровье и самосохранительное поведение в контексте COVID-19 // Социальное пространство. 2020. Т. 6. № 3. DOI: [10.15838/sa.2020.3.25.1](https://doi.org/10.15838/sa.2020.3.25.1)
26. Shukhatovich V.R. Professional Identity as Factor in Young People’s Health: Search for New Indicators of Healthy Lifestyle and «Growth Points» of Human Potential. In: *Comparative study of young people’s health in Russia, Belarus and Poland*. Lublin, 2017, pp. 65–74.
27. Журавлева И.В. Самосохранительное поведение подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социологические исследования. 2000. № 5. С. 66–74.
28. Ивахненко Г.И. Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения // Социологические исследования. 2006. № 7. С. 78–81.
29. Алимпиева А.В. Самосохранительное поведение детей и молодежи: результаты диагностики // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2011. Вып. 4. С. 76–83.

30. Шимановская Я.В. Самоохранительное поведение жителей города Москвы в период пандемии COVID-19 // Вопросы управления. 2020. № 5. С. 29–35.
31. Howe N., Strauss W. Generations: The history of America's future, 1584 to 2069. New York: William Morrow and Co, 1991. 538 p.
32. Strauss W., Howe N. The Fourth Turning: An American Prophecy – What the Cycles of History Tell Us About America's Next Rendezvous with Destiny. New York: Broadway Books, 1997. 461 p.
33. Гурова И.М., Евдокимова С.Ш. Теория поколений как инструмент анализа, формирования и развития трудового потенциала // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2016. Т. 7. № 3. С. 150–159. DOI: 10.18184/2079-4665.2016.7.3.150.159

Сведения об авторах

Лариса Алексеевна Попова – доктор экономических наук, доцент, заместитель директора по научной работе, Институт социально-экономических и энергетических проблем Севера, ФИЦ Коми научный центр Уральского отделения Российской академии наук (167982, Российская Федерация, г. Сыктывкар, ул. Коммунистическая, д. 26; e-mail: popova@iespn.komisc.ru)

Татьяна Васильевна Милаева – старший научный сотрудник, кандидат психологических наук, Институт социально-экономических и энергетических проблем Севера, ФИЦ Коми научный центр Уральского отделения Российской академии наук (167982, Российская Федерация, г. Сыктывкар, ул. Коммунистическая, д. 26; e-mail: Tasha20012001@inbox.ru)

Елена Николаевна Зорина – научный сотрудник, Институт социально-экономических и энергетических проблем Севера, ФИЦ Коми научный центр Уральского отделения Российской академии наук (167982, Российская Федерация, г. Сыктывкар, ул. Коммунистическая, д. 26; e-mail: zorina@iespn.komisc.ru)

Popova L.A., Milaeva T.V., Zorina E.N.

Self-Preservation Behavior: Generational Aspect

Abstract. The purpose of the research is to identify features of self-preservation behavior in different actual generations of Russians to assess the vector of their transformation and the prospects for life expectancy dynamics. The relevance of the topic is determined by the significant lag between Russia and developed countries in terms of life expectancy, largely due to behavioral factors. The scientific novelty consists in the fact that we can adapt the Strauss-Howe generational theory to study generational characteristics of population behavior related to health. By the results of a sociological survey, we have verified the hypotheses about the nature of self-preservation behavior models of five ten-year-old actual cohorts of the population and the combined generation born before 1955 inclusive. Regarding the ratio of self-preservation behavior models of the two oldest cohorts, the paper does not confirm the formulated hypothesis, which may be due to the positive transformation of health-preservation behavior models as people became older, due to changes in health status, as well as in the population of the older cohorts due to high premature mortality in groups with the most unfavorable lifestyle. Regarding four young actual generations, the study has confirmed the hypotheses showing that favorable socio-economic and demographic conditions, anti-alcohol and anti-smoking measures of the 2000s and promotion of an active healthy lifestyle in general have a positive effect in terms of influencing the nature of self-preservation behavior of young cohorts, which indicates the possibility of influencing behavioral health factors at the stage of its formation. The positive vector of transformation of generational patterns of self-preserving behavior, especially clearly manifested in men, allows us to hope for the restoration and prolongation of the growing dynamics of the life expectancy of Russians with the probability of achieving targets in the future, provided that favorable behavioral patterns in the field of health conservation are consolidated.

Key words: life expectancy, behavioral health factors, healthy lifestyle, self-preservation behavior, self-destructive behavior, generational theory, actual generation.

Information about the Authors

Larisa A. Popova – Doctor of Sciences (Economics), Associate Professor, Deputy Director for Science, Institute for Socio-Economic and Energy Problems of the North, Komi Science Center, Ural Branch, Russian Academy of Sciences (26, Kommunisticheskaya Street, Syktyvkar, 167982, Russian Federation; e-mail: popova@iespn.komisc.ru)

Tat'yana V. Milaeva – Candidate of Sciences (Psychology), Senior Researcher, Institute for Socio-Economic and Energy Problems of the North, Komi Science Center, Ural Branch, Russian Academy of Sciences (26, Kommunisticheskaya Street, Syktyvkar, 167982, Russian Federation; e-mail: Tasha20012001@inbox.ru)

Elena N. Zorina – Researcher, Institute for Socio-Economic and Energy Problems of the North, Komi Science Center, Ural Branch, Russian Academy of Sciences (26, Kommunisticheskaya Street, Syktyvkar, 167982, Russian Federation; e-mail: zorina@iespn.komisc.ru)

Статья поступила 06.08.2021.