

режения, проводятся сотрудниками Вологодского научного центра РАН¹. Исследованием проблем сохранения здоровья, ориентации населения на здоровый образ жизни, самосохранительного поведения молодежи, самосохранительного поведения на территориях, пострадавших от ЧАЭС, а также изучением практик саморазрушительного поведения (алкоголизма, табакокурения, наркомании) занимаются в Институте социологии НАН Беларуси².

В условиях пандемии COVID-19³ и наметившегося снижения продолжительности жизни россиян изучение самосохранительного поведения населения приобретает особую актуальность, поскольку поведенческий фактор представляет значительный резерв повышения продолжительности жизни.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ В ПЕРВЫЙ ГОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Л.А. Попова, д.э.н., Е.Н. Зорина

*Институт социально-экономических и энергетических проблем Севера
ФИЦ Коми НЦ УрО РАН, г. Сыктывкар*

Актуальность темы определяется существенной региональной дифференциацией продолжительности жизни россиян и заметным

¹ Калачикова О.Н., Корчагина П.С. Основные тенденции самосохранительного поведения населения региона // Проблемы развития территории. 2012. № 5 (61). С. 72-82; Корчагина П.С., Калачикова О.Н. Самосохранительное поведение как фактор формирования здоровья населения // Вопросы территориального развития. 2013. № 2 (2); 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; Короленко А.В. Модели самосохранительного поведения населения: подходы к изучению и опыт построения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2018. Т. 11. № 3. С. 248-263, DOI: 10.15838/esc.2018.3.57.16; Груздева М.А., Калачикова О.Н. Особенности самосохранительного поведения сельского населения // Синергия. 2018. № 4. С. 64-71; 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>; Шабунова А.А. Здоровье и самосохранительное поведение в контексте COVID-19 // Социальное пространство. 2020. Том 6. № 3. DOI: 10.15838/sa.2020.3.25.1

² Шушунова Т.Н. Самосохранительное поведение студенческой молодежи: социологический анализ (на примере минских вузов). Минск: Право и экономика, 2010. 114 с.; 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; 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. Comparative study of young people's health in Russia, Belarus and Poland. Lublin, 2017, pp. 65-74.

³ Шабунова А.А. Здоровье и самосохранительное поведение в контексте COVID-19 // Социальное пространство. 2020. Том 6. № 3. DOI: 10.15838/sa.2020.3.25.1; Шимановская Я.В. Самосохранительное поведение жителей города Москвы в период пандемии COVID-19 // Вопросы управления. 2020. № 5. С. 29-35; Попова Л.А., Зорина Е.Н. Продолжительность жизни и здоровье городского и сельского населения региона в условиях пандемии COVID-19 (на примере Республики Коми) // Известия Коми научного центра Уральского отделения Российской академии наук. 2022. № 3 (55). С. 17-26.

уменьшением показателя и усилением роли характеристик здоровья населения в его величине в условиях пандемии COVID-19. В 2020 г., после 16 лет устойчивого роста с достижением исторического максимума, составившего 73,3 года, в России произошло снижение продолжительности жизни населения почти на два года: до 71,5 лет¹. Несмотря на то, что в последние годы произошла заметная региональная конвергенция показателя: уплотнение регионов к среднему уровню и сверху, и снизу² – 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 большее значение. Целью исследования является анализ последних тенденций смертности и продолжительности жизни и оценка состояния здоровья и стратегий самосохранительного поведения населения Республики Коми в первый год пандемии.

Тренды продолжительности жизни в Республике Коми в основном повторяют общероссийские, но ее уровень стабильно ниже, чем в среднем по стране (рис. 1). В периоды сокращения продолжительности жизни отставание регионального показателя увеличивалось до 3,3-3,6 лет, в благоприятные периоды – уменьшалось до одного года. В условиях роста начала 2000-х годов, после первых лет заметного сближения республиканского показателя с общероссийским уровнем, 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 (1,0 год против 1,8 лет) – отставание регионального показателя от среднероссийского уровня уменьшилось до 1,2 лет.

В первый год пандемии в России произошло повышение уровня смертности от большинства из шести основных групп причин смерти³. При росте общего коэффициента смертности населения на 19% смертность от болезней органов дыхания, в состав которых входит смертность от пневмоний, увеличилась на 64%, от сердечно-сосудистых заболеваний – на 12%, от болезней органов пищеварения – на 9%, немножко выросла также смертность от внешних причин (несчастных случаев, травм и прочих неестественных причин). Произошло незначительное снижение

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

² 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

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

уровня смертности населения от новообразований и достаточно заметное (на 8%) от инфекционных и паразитарных болезней.

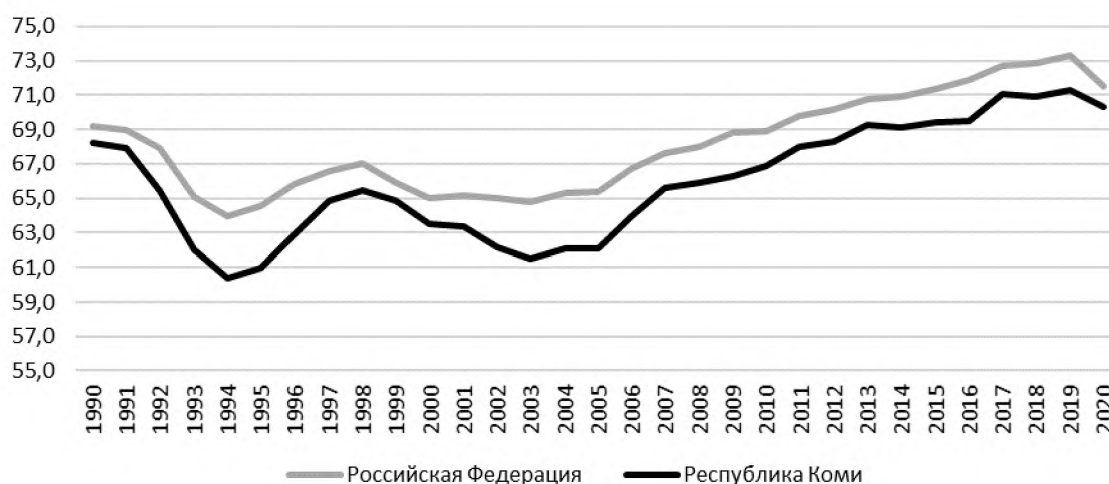


Рис. 1. Динамика ожидаемой продолжительности жизни населения России и Республики Коми в 1990-2020 гг., лет

В Республике Коми общий коэффициент смертности увеличился в 2020 г. не столь существенно – на 13,0%¹. 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. Снизился 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 смерти² под номером 320 и вошедшей в состав прочих причин смерти, в 2020 г. в России умер 144691 человек³, что составило 6,8% от общего числа смертей. В Республике Коми процент смертей от COVID-19 несколько ниже – 6,4% (707 из 11066)⁴. 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 бо-

¹ Демографический ежегодник Республики Коми. 2021: стат.сб/ Комистат. Сыктывкар, 2021. 194 с. С. 81.

² Краткая номенклатура причин смерти 2010 г., основанная на Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>

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

⁴ Демографический ежегодник Республики Коми. 2021: стат.сб/ Комистат. Сыктывкар, 2021. 194 с. С. 76.

лезни 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 шли бы уже после нее.

Продолжительность жизни городского населения в России традиционно выше сельского показателя. Увеличение 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: на 1,9 лет против 1,5 в сельской. Как известно, лидерами по скорости распространения коронавирусной инфекции 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 смерти¹.

В Республике Коми различия между городом и селом 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 сокращению отставания – не вполне последовательный из-за негладкой динамики сельского показателя, рассчитываемого на малой совокупно-

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

сти и сильно подверженного влиянию случайных событий – тем не менее, к 2019 г. разница уменьшилась до 5,0 лет. В первый год пандемии межпоселенческая дифференциация также сократилась: до 4,4 лет, – поскольку новая инфекция, как и в целом по стране, в большей степени способствовала росту смертности городского населения. Доля дополнительных смертей, вызванных непосредственно COVID-19, составила в городской местности республики 7,3% от общего числа смертных случаев, в сельской – 4,1%¹. Продолжительность жизни городского населения сократилась в 2020 г. на 1,2 года, сельского – на 0,6 лет.

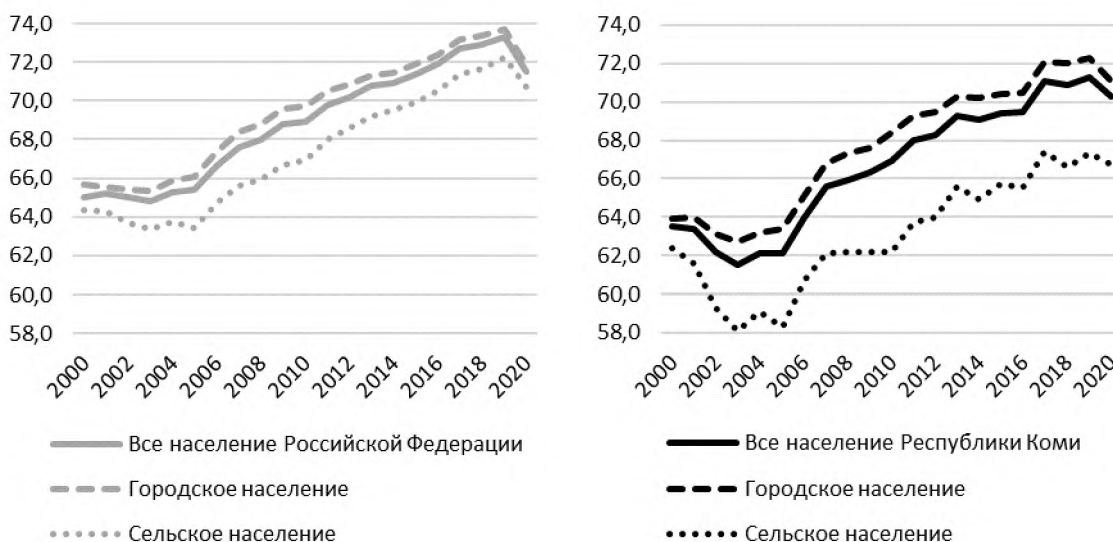


Рис. 2. Динамика ожидаемой продолжительности жизни городского и сельского населения России и Республики Коми в 2000-2020 гг., лет

Отставание продолжительности жизни сельского населения обусловлено целым рядом факторов: низким уровнем жизни, более тяжелыми в среднем условиями труда, недостаточной комфортностью проживания на селе, доступностью коммунально-бытовых удобств и медицинской помощи и другими. На наш взгляд, немаловажную роль вносит и неблагоприятный образ жизни сельского населения, недостаточное отношение к здоровьесбережению.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) здоровье – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов. Оценить уровень здоровья населения можно 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 уровень заболеваемости женщин, кото-

¹ Демографический ежегодник Республики Коми. 2021: стат.сб/ Комистат. Сыктывкар, 2021. 194 с. С. 79-80.

рые 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.

Для сравнительного анализа здоровья городского и сельского населения больше подходят самооценки состояния здоровья, полученные в результате социологических обследований. Более того, такие самооценки в максимальной степени соответствуют определению здоровья, данному ВОЗ. Поэтому 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 относится 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 схожие, 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 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

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 почти 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 инвалидности. 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, население старше 40 лет может 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 рам-

ках 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 в крови 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 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 городе) и артериальным давлением выше нормы (24,2% против 19,1%), 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 определяется, как сознательная деятельность индивида, направленная на поддержание оптимальных параметров биологического, психологического и социального здоровья и минимизацию субъективно осознаваемых рисков¹. В качестве структурных компонентов модели самосохранительного поведения можно рассматривать отношения с системой здравоохранения, активность образа жизни, сбалансированность труда и отдыха, характер питания, распространенность вредных привычек, способы контроля стресса и пр.

Ранее 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 об-

¹ 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

следование показало, что к концу восьмого года новой кампании диспансеризации 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 отношении с системой здравоохранения, при всей недостаточности ее развития, более характерна для городского населения республики.

Два вопроса обследования 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. 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 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.

Конечно, на вопросы о вредных привычках даже в анонимных анкетах опрашиваемые отвечают 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, 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 выборок от соответствующих генеральных совокупностей сходные, поэтому для межпоселенческого сравнения степени распространенности этих факторов риска они вполне годятся.

Обследование показало, что курение в большей степени 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%.

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 алкоголем¹, в сельской местности более чем на треть превышает аналогичную долю в городской², а коэффициент смертности от внешних причин – почти в два раза, в некоторые годы более чем в два раза³. Это свидетельствует о том, что уровень употребления алкогольной

¹ 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.

² Демографический ежегодник Республики Коми. 2021: стат.сб/ Комистат. Сыктывкар, 2021. 194 с. С. 67-69.

³ Там же. С. 71-72.

продукции так же, как и крепость употребляемых 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 от других причин, прежде всего от сердечно-сосудистых заболеваний, уровень которой на селе на 25-40% превышает уровень в городской местности¹. Свою роль вносит также и по-прежнему широкое распространение употребления дешевой некачественной и суррогатной алкогольной продукции вследствие чрезвычайно низкого уровня жизни сельского населения.

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

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 населения 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.

¹ Демографический ежегодник Республики Коми. 2021: стат.сб/ Комистат. Сыктывкар, 2021. 194 с. С. 71-72.

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, во многом связанными 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 низкое качество, которые являются не только причиной значительного уровня на селе смертности от внешних причин, но и дополнительным фактором риска для здоровья, приводящим к высокой преждевременной смертности от болезней системы кровообращения.

ВЛИЯНИЕ ВНЕШНЕЙ МИГРАЦИИ НА РАЗВИТИЕ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА КАЗАХСТАНА*

З.К. Чуланова, к.э.н.

*Институт экономики Комитета науки
Министерства образования и науки Республики Казахстан, г. Алматы*

В числе радикальных изменений, происходящих на рынке труда, не последнюю роль играет возросшая мобильность человеческих ресурсов. Социально-экономические особенности миграционных процессов непосредственно связаны с экономическим развитием страны, уровнем и качеством жизни населения, социальной устойчивостью общества, внешнеполитической обстановкой. Стремление улучшить свое благосостояние, повысить профессиональный уровень, получить образование, необходимость переезда в более благоприятные условия для проживания яв-

* Исследование проведено в рамках Программы целевого финансирования Комитета науки МОН Республики Казахстан ИРН BR10965247 «Изучение факторов, особенностей и динамики демографических процессов, миграции, урбанизации в Казахстане, разработка цифровых карт и прогнозов»