

I.V. Gamova, D.I. Prisyazhnyuk

**Practices of Health Behavior  
as a Priority  
of the State Healthcare Policy**

Health behavior practices of patients with chronic bronchopulmonary diseases are analyzed. The empirical base of the study was the dataset of nationwide survey "Russian monitoring of the economic situation and health of population" (2014). The paper demonstrates that the culture of health behavior in many respects continues to be formed "from above", due to the measures of the state policy in health care.

*Key words and word-combinations:* health behavior, social policy in healthcare, patients with chronic bronchopulmonary diseases.

Анализируются практики самосохранительного поведения на примере группы пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями. Эмпирической базой исследования стал массив данных всероссийского опроса населения «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения» (2014). Демонстрируется, что культура самосохранительного поведения во многом продолжает формироваться «сверху», благодаря мерам государственной политики в сфере здравоохранения.

*Ключевые слова и словосочетания:* самосохранительное поведение, социальная политика в здравоохранении, пациенты с хроническими бронхолегочными заболеваниями.

УДК 316.334.3:61  
ББК 66.3(0),4+5

*И.В. Гамова, Д.И. Присяжнюк*

**ПРАКТИКИ  
САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО  
ПОВЕДЕНИЯ  
КАК ПРИОРИТЕТ  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
ПОЛИТИКИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Международные тренды социальной политики в сфере здравоохранения, которых придерживается и Россия, направлены на усиление профилактической направленности отрасли [1] с акцентом на повышение качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями и воспитание ответственности человека за состояние собственного здоровья. Соответственно, развитие культуры самосохранительного поведения граждан сегодня стоит на повестке дня перед российской системой здравоохранения. Наиболее актуальным становится этот вопрос по отношению к пациентам с бронхолегочными заболеваниями. Смертность от хронических респираторных заболеваний ежегодно возрастает, приобретая наибольшую актуальность в группе пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: по уровню смертности по этой причине Россия находится на втором месте в мире [2].

Указанные обстоятельства актуализируют анализ практик самосохранительного поведения на примере группы пациентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями. Каковы основные факторы, способствующие и сдерживающие ее проявление? Каковы механизмы развития практики самосохранительного поведения: формируется

ли она «сверху», государством, или «снизу», благодаря повышению личной ответственности граждан за состояние своего здоровья? Таковы ключевые вопросы данного исследования.

Самосохранительное поведение граждан выступает в качестве одного из приоритетов социальной политики в здравоохранении. В европейских странах государственная политика, направленная на стимулирование самосохранительного поведения среди граждан (health behavior), стартовала в 1960–1970-х годах [3, с. 179–191] как часть общего тренда консьюмеризма — движения в защиту интересов потребителей медицинских услуг [4]. Новая политика предполагала, что пациент перестает быть пассивным получателем медицинской помощи, он становится клиентом, начинает играть активную роль в поддержке и сохранении своего здоровья. Эта тенденция в Европе начала быстро приносить свои плоды: со второй половины 1960-х годов наблюдается рост продолжительности жизни в этих странах [5].

В России же в это время сохраняются патерналистские тренды в системе здравоохранения, когда государство оказывается основным актором в этой сфере. Исследования советского здравоохранения демонстрируют, что практики самосохранительного поведения в СССР поддерживались «сверху» за счет, в частности, профилактических осмотров на производстве [6, с. 541–558]. В настоящее время государство продолжает развивать профилактическую направленность здравоохранения и активизирует просветительскую работу. С 2000-х годов реализуются обязательные профилактические осмотры для работающего населения [7], ведется деятельность по популяризации здорового образа жизни, спорта, отказа от вредных привычек [8]. Несмотря на усилия со стороны государства, исследования 2000-х годов демонстрируют слабое развитие культуры самосохранительного поведения россиян, о чем свидетельствуют распространенные практики позднего обращения в учреждения здравоохранения и самолечение [9; 10]. Исследователи приходят к выводу, что пациенты в 2000-х годах склонны выбирать краткосрочные стратегии поддержания своего здоровья, оказывающиеся недостаточно эффективными в долгосрочной перспективе [11].

Какова же ситуация с практиками самосохранительного поведения граждан в 2010-х годах? Какие факторы оказывают влияние на укорененность такого поведения? Для ответа на эти вопросы раскроем содержание понятия «практики самосохранительного поведения», опишем дизайн исследования и перейдем непосредственно к анализу его результатов.

Вслед за Г.А. Ивахненко [12, с. 78–81] операционализируем практики самосохранительного поведения через несколько измеряемых показателей: медицинские (частота посещения врача, причины обращения в медицинское учреждение) и стилевые (наличие или отсутствие вредных привычек, занятий спортом).

Анализ данных осуществлен на уровне описательной статистики, а также с помощью логистической регрессии, выявляющей вероятность наступления события (1) с помощью логистической функции (2), значение экспонент вычисляется с помощью линейной множественной регрессии (3):

$$P\{y = 1|X\} = f(Z), \quad (1)$$

$$f(Z) = 1 / (1 + e^{-Z}), \quad (2)$$

$$Z = b_0 + b_1 X_1 + b_2 X_2 \dots + \dots + b_n X_n. \quad (3)$$

Логистическая регрессия представляет собой альтернативу более упрощенным методикам выявления сопряженности номинальных переменных, таких как, например, хи-квадрат, поскольку позволяет строить комплексные модели и учитывать параметры влияния. В соответствии с предлагаемой моделью практик самосохранительного поведения возможно выделить ряд зависимых и независимых переменных. В качестве зависимых выступили две категории переменных. Первая из них связана с практиками потребления медицинских услуг: с частотой обращения к врачу по причине заболевания хотя бы один раз в год (1 — да, 0 — нет), посещении медицинского учреждения за последние три месяца с целью профилактики (1 — нет, 0 — да). Вторая категория зависимых переменных относится к приверженности к здоровому образу жизни: наличию практик курения (1 — нет, 0 — да), регулярного занятия спортом (1 — да, 0 — нет). В качестве независимых выступили пять переменных. Среди них — пол респондента, его возраст, наличие или отсутствие работы (1 — работает ли респондент в данный момент, 0 — не работает), тип поселения (1 — областной центр, 2 — город, 3 — поселок городского типа, 4 — село) и удовлетворенность материальным положением (1 — полностью, 2 — скорее да, 3 — и да и нет, 4 — не очень, 5 — вообще нет).

Источником данных исследования послужила база «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» за 2014 г. («полная выборка») [13; 14]. Среди более чем 18 тыс. опрошенных в рамках мониторинга, кластер больных хроническими заболеваниями бронхолегочной системы составляет 1120 человек (более 5,5% выборки). Зависимые переменные «посещение врача хотя бы один раз в год с целью лечения» и «регулярные занятия спортом» были перекодированы из порядковых в дихотомические.

Результаты опроса демонстрируют, что 72% респондентов посещают врача хотя бы один раз в год, при этом 28% опрошенных не бывали ни одного раза в медицинском учреждении за этот промежуток времени. Данные табл. 1 (1) указывают на факторы, оказывающие влияние на посещение врача хотя бы раз в год. Определена достоверная значимость только одной переменной — пол. Женщины, как правило, чаще склонны посещать врача с целью как минимум ежегодного лечения. Результаты анализа показывают, что принадлежность к женскому полу при прочих равных условиях увеличивает вероятность обращения к врачу на 64,7% (согласно первой модели). Этот вывод коррелирует с результатами других исследований, демонстрирующих большую включенность женщин в практики самосохранительного поведения [15, с. 110–133].

Таблица 1

## Результат регрессионного анализа

Зависимая переменная	Независимая переменная	1	2	3	4	5
(1) Посещение врача хотя бы раз в год по болезни	Пол	<b>,515***</b>	<b>,551***</b>	<b>,543***</b>	<b>,523***</b>	<b>,521***</b>
		(,147) 1,647	(,150) 1,735	(,150) 1,721	(,152) 1,688	(,153) 1,684
(2) Посещение врача за последние три месяца для профилактики		-,152	-,226	-,209	<b>-,302*</b>	<b>-,302*</b>
		(,150) ,859	(,153) ,798	(,154) ,811	(,167) ,739	(,167) ,739
(1)	Возраст		-,005	-,005	,001	,001
			(,004) ,995	(,004) ,995	(,005) 1,001	(,005) 1,001
(2)			<b>,010***</b>	<b>010***</b>	-,002	-,002
			(,003) 1,011	(,003) 1,010	(,005) ,998	(,005) ,998
(1)	Поселение			-,047	-,081	-,080
				(,061) ,954	(,062) ,923	(,062) ,923
(2)				<b>,127**</b>	<b>,152**</b>	<b>,152**</b>
				(,063) 1,136	(,069) 1,164	(,069) 1,164
(1)	Работа				-,230	-,234
					(,166) ,794	(,166) ,792
(2)					<b>-,364**</b>	<b>-,364**</b>
					(,177) ,695	(,177) ,695
(1)	Константа	<b>,490**</b>	<b>,706**</b>	<b>,810***</b>	,606	,617
		(,237) 1,632	(,279) 2,026	(,311) 2,249	(,386) 1,833	(,387) 1,854
(2)		<b>1,550***</b>	<b>1,143***</b>	<b>,869***</b>	<b>1,860***</b>	<b>1,859**</b>
		(,254) 4,711	(,285) 3,136	(,315) 2,385	(,430) 6,422	*(,431) 6,419
(1)	-2Log	1140,2	1137,9	1137,9	1085,1	1085,1
(2)	Likelihood	1160,2	1150,8	1146,7	1022,6	1022,6
(1)	Correctness	78,5	78,5	78,5	77,3	77,3
(2)	(%)	78,7	78,7	78,7	80,2	80,2

Примечание. \* – значимость на уровне 0,1; \*\* – на уровне 0,05; \*\*\* – на уровне 0,01.

В табл. 1 (1) иллюстрируется, что остальные переменные — уровень материального положения, наличие и отсутствие работы, тип населенного пункта и возраст не оказывают влияния на склонность граждан посещать врача с целью лечения хотя бы раз в год.

Результаты опроса демонстрируют, что более 76% респондентов не проходили профилактический осмотр в течение последних трех месяцев. Это позволяет предположить, что респонденты с хроническими бронхолегочными заболеваниями более склонны посещать медицинские учреждения в связи с выявленным заболеванием, в то время как профилактические походы к врачу на данный момент не получают широкого распространения для этой социальной группы.

Результаты регрессионного анализа, представленные в табл. 1 (2), менее однозначны, чем те, что отражены в табл. 1 (1). Модели 1–3 указывают на значимость возраста, однако в моделях 4 и 5 влияние этой переменной исчезает, но, в свою очередь, проявляется значимость пола респондента. Такое поведение переменных объясняется включением в анализ индикатора работы: факт официального трудоустройства увеличивает вероятность профилактической модели поведения при прочих равных условиях на 69,5%. Как правило, такая модель взаимодействия с системой здравоохранения более характерна для взрослых мужчин. Полученные результаты позволяют предположить, что практики самосохранительного поведения россиян во многом поддерживаются «сверху» и связаны со встраиванием людей в рынок труда. Наличие официальной занятости, присущей в большей степени мужчинам и жителям городов, предполагает ежегодные прохождения профилактических осмотров, осуществляемых учреждениями министерства здравоохранения. Отсутствие официального трудоустройства, напротив, исключает индивида из организованной государством системы профилактики заболеваний.

Наиболее устойчивым в табл. 1 представляется влияние типа поселения, в котором проживает пациент с хроническим респираторным заболеванием: чем крупнее населенный пункт, тем выше вероятность обращения к врачу с профилактической целью. Полученные результаты могут иметь несколько объяснений. Проведенный анализ показал четкую зависимость между размером населенного пункта и уровнем безработицы, которая значительно выше в сельской местности [16]. Это, в свою очередь, коррелирует с предположением о связи между практиками самосохранительного поведения и вовлеченностью индивида в официальный рынок труда. Кроме того, качество и доступность медицинской помощи в России значительно отличаются в различных регионах и типах населенных пунктов. Относительная обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом, объемы медицинских услуг и процедур, которые могут быть оказаны пациентам в сельской местности, существенно уступают соответствующим показателям в городах, особенно в мегаполисах [17].

Отметим, что материальное положение респондентов не оказывает существенного влияния на частоту обращения к врачам с целью профилактики заболеваний. Эти данные могут свидетельствовать о достаточно высоком уровне доступности государственной медицинской помощи для всех категорий российских граждан. Полученные результаты оказываются сопоставимыми с итогами работы некоторых зарубежных социологов [18]. Авторы ставят под сомнение идеи М. Вебера об экономической детерминации стилей жизни; материалы их исследования свидетельствуют о более сложных и комплексных причинах, обуславливающих приверженность практикам здорового образа жизни.

Данные опроса демонстрируют, что лишь треть респондентов, имеющих

хронические бронхолегочные заболевания, курят в настоящее время. Причем каждый пятый опрошенный отказался от курения. Более 30% респондентов, бросивших курить, приняли такое решение в последние два года. Можно констатировать, что государственная политика, направленная на борьбу с табакокурением, оказалась достаточно эффективной.

Изучение детерминант отсутствия привычки курения (табл. 2) выявило устойчивое влияние трех переменных: пола, возраста и наличия работы. Принадлежность к женскому полу при прочих равных условиях снижает вероятность курения респондента приблизительно в 6 раз. Эти данные соотносятся с результатами некоторых исследований практик курения, проведенных в 2000-х годах [19] и свидетельствуют с высокой долей вероятности, что традиционные гендерные роли накладывают определенные ограничения на практики, к которым прибегают женщины. Курение женщин вызывает наибольшее общественное неодобрение, отсюда — снижение вероятности курения в данной социальной группе.

Регрессионный анализ демонстрирует следующую закономерность: чем старше респондент, тем ниже вероятность его курения: на 2,4–2,8% ежегодно. Например, при наличии двух респондентов с одинаковыми социально-демографическими характеристиками, но с разницей в 10 лет, старший будет менее склонен к курению на 24–28%, чем младший. Наличие постоянной работы также влияет на повышение вероятности курения. Эти результаты противоречат данным другого исследования о паттернах курительного поведения у петербуржцев, согласно которому частота курения усиливается с возрастом [19]. Можно предположить, что это несоответствие объясняется спецификой выборок этих двух исследований. В отличие от исследования, выполненного в Санкт-Петербурге, где респондентами выступали все граждане города, в нашем случае в выборку были включены только индивиды с хроническими респираторными заболеваниями. Вероятно, наличие указанной патологии стимулирует отказ от курения в долгосрочной перспективе.

Отметим, что материальное положение и тип населенного пункта, в котором проживает респондент, не оказывают влияния на частоту практики курения.

Данные опроса демонстрируют, что к регулярным занятиям спортом прибегает менее четверти респондентов с хроническими бронхолегочными заболеваниями. Регрессионный анализ показал, что регулярным занятиям спортом препятствуют (табл. 2 (2)) проживание в малых населенных пунктах, наличие работы (на 28%) и более старший возраст (на 1,3–1,6% в пересчете на каждый год). Пол и материальное положение не оказывают влияния на укорененность этой практики.

Таким образом, в ходе проведенного исследования выявлена гендерная специфика практик самосохранительного поведения: женщины чаще мужчин посещают медицинские учреждения, реже курят. Мужчины и женщины по-разному ориентируются в потреблении медицинских услуг: если вторые склонны обращаться к врачу в связи уже возникшими проблемами в состоянии здоровья, то первые чаще обращаются в медицинские учреждения с профилактической целью. Данные регрессионного анализа продемонстрировали, что регулярными профилактическими осмотрами охвачены преимущественно мужчины, жители крупных городов, имеющие официальное трудоустройство. Результаты

исследования позволяют предположить, что практики самосохранительного поведения россиян во многом поддерживаются государством и связаны со встраиванием человека в рынок труда. Отсутствие официальной работы, напротив, исключает индивида из организованной государством системы профилактики заболеваний. Удовлетворенность материальным положением никак не влияет на самосохранительное поведение. Этот факт, с одной стороны, позволяет констатировать достаточную доступность государственного сектора здравоохранения для разных социально-экономических групп населения, а с другой — свидетельствует о более комплексной, чем просто социально-экономическая, детерминации приверженности здоровому образу жизни.

Таблица 2

## Результат регрессионного анализа

Зависимая переменная	Независимая переменная	1	2	3	4	5
(1) «Курение»	Пол	<b>1,867***</b>	<b>1,801***</b>	<b>1,802***</b>	<b>1,791***</b>	<b>1,791***</b>
		(,144) 6,472	(,148) 6,055	(,148) 6,062	(,148) 5,993	(,148) 5,996
(2) «Регулярные занятия спортом»		,179 (,153) 1,196	,260 (,155) 1,297	,223 (,158) 1,250	,205 (,159) 1,227	,205 (,159) 1,228
		(1)	Возраст	<b>,027***</b>	<b>,027***</b>	<b>,024***</b>
(,004) 1,028	(,004) 1,028			(,004) 1,024	(,004) 1,024	
(2)		<b>-,014***</b>	<b>-,013***</b>	<b>-,016***</b>	<b>-,016***</b>	
		(,004) ,986	(,004) ,987	(,004) ,984	(,004) ,984	
(1)	Поселение			,008 (,061) 1,008	-,002 (,062) ,998	-,003 (,062) ,997
		(2)		<b>-,363***</b>	<b>-,371***</b>	<b>-,372***</b>
(,070) ,696	(,070) ,690			(,071) ,690		
(1)	Работа				<b>-,314**</b>	<b>-,313*</b>
		(2)				
(1)	Константа			<b>-2,212***</b>	<b>-3,559***</b>	<b>-3,575***</b>
		(,226) ,109	(,322) ,028	(,375) ,028	(,384) ,040	(,385) ,040
(2)		<b>1,472***</b>	<b>-,864***</b>	-,159 (,341) ,851	,196 (,384) 1,217	,191 (,384) 1,211
		(,259) ,229	(,004) ,422			
(1)	-2Log	1149,5	1104,5	1104,5	1100,6	1100,6
(2)	Likelihood	1117,7	1106,3	1076,8	1072,8	1072,8
(1)	Correctness	72,8	75,1	75,0	74,7	74,6
(2)	(%)	76,5	76,5	76,5	76,6	76,6

Примечание. \* – значимость на уровне 0,1; \*\* – на уровне 0,05; \*\*\* – на уровне 0,01.

Стилевые практики самосохранительного поведения получили слабое развитие: несмотря на некоторые тенденции по снижению числа граждан, потребляющих табачные изделия, число курильщиков в данной социальной группе остается достаточно высоким. Занятия спортом считают привлекательными лишь некоторые пациенты, имеющие хронические бронхолегочные заболевания: это молодые жители крупных городов. Следовательно, в настоящее время культура самосохранительного поведения в большей степени иницируется и формируется государством, в дальнейшем необходимо продолжать формирование у населения страны устойчивого представления о личной ответственности каждого гражданина за сохранение собственного здоровья.

### Библиографический список

1. Алма-Атинская декларация. URL: <http://www.un.org/ru/documents/decl.shtml>
2. Специалисты озабочены проблемой бронхолегочных патологий // Медицинский вестник. 2010. № 517.
3. Ковалева А.А. Самосохранительное поведение в системе факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья // Журнал социологии и социальной антропологии. 2008. № 2. С. 179–191.
4. Кульман Э. Разновидности профессионализма поздней современности: на примере немецкой системы здравоохранения // Профессии. doc. Социальные трансформации профессионализма: взгляды снаружи, взгляды изнутри / под ред. Е. Ярской-Смирновой, П. Романова. М., 2007.
5. Юмагузин В.В. Влияние основных классов причин смерти на разницу в ожидаемой продолжительности жизни в России и европейских странах // Демоскоп Weekly. 2011. № 467–468.
6. Бартон К. Здравоохранение в период позднего сталинизма и дух послевоенного государства благоденствия, 1945–1953 гг. // Журнал исследований социальной политики. 2007. Т. 5, № 4. С. 541–558.
7. Коллегия Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14 октября 2005 г. «О задачах по реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения». URL: <http://federalbook.ru/files/FSZ/soderghanie/1/fradkov.pdf>
8. Формирование здорового образа жизни в средней школе. URL: <http://www.mosgorzdrav.pdf>
9. Шилова Л.С. Отношение населения к модернизации здравоохранения // Управление здравоохранением. 2009. № 2.
10. Антонова Н.Л. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования (на примере г. Екатеринбурга) // SPERO. 2007. № 7.
11. Чирикова А.Е. Здравоохранение для среднего класса: институты и практики // SPERO. 2008. № 8.
12. Ивахненко Г.А. Здоровье московских студентов: анализ самосохранительного поведения // Социологические исследования. 2006. № 5. С. 78–81.
13. Russia Longitudinal Monitoring Survey of HSE. Центр народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле. URL: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms>
14. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ. URL: <http://www.hse.ru/rlms>
15. Иванова Л.Ю. Самосохранительное поведение и его гендерные особенности. М., 2006.
16. Мухарямова Л.М., Кузнецова-Моренко И.Б., Петрова Р.Г., Салахатдинова Л.Н. Региональное здравоохранение в условиях реализации национального проекта «Здоровье» и разграничения бюджетных полномочий // Журнал исследований социальной политики. 2008. Т. 6, № 4.
17. Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления / отв. ред. С.В. Шишкин. М., 2006.
18. Cockerham W., Rutten A., Abel T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber // The Sociological Quarterly. 1997. Vol. 38, № 2.
19. Бурмыкина О.Н. Гендерные различия в практиках здоровья: подходы к объяснению и эмпирический анализ // Журнал социологии и социальной антропологии. 2006. № 2.