

Самосохранительное поведение населения Татарстана в трудоспособном возрасте

Михаил Борисович Денисенко
(mdenissenko@hse.ru), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия.

Владимир Александрович Козлов
(vakozlov@hse.ru), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия.

Елена Владимировна Селезнева
(evselezneva@hse.ru), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия.

Оксана Вячеславовна Синявская
(osinyavskaya@hse.ru), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Россия.

Self-preservation behavior of the working-age population of Tatarstan

Mikhail B. Denisenko
(mdenissenko@hse.ru), National Research University «Higher School of Economics», Russia

Vladimir A. Kozlov
(vakozlov@hse.ru), National Research University «Higher School of Economics», Russia

Elena V. Selezneva
(evselezneva@hse.ru), National Research University «Higher School of Economics», Russia

Oxana V. Sinyavskaya
(osinyavskaya@hse.ru), National Research University «Higher School of Economics», Russia

Резюме: Продолжительность жизни определяется совокупностью различных факторов, одним из которых является самосохранительное поведение. В данной статье рассматриваются особенности самосохранительного поведения и факторы, его определяющие, на примере субъекта РФ с относительно высокой продолжительностью жизни – Республики Татарстан. Работа построена на смешанных методах. Количественные методы опираются на базу данных исследования репродуктивного и самосохранительного поведения населения Республики Татарстан (РСРН РТ), проведенного в 2020 г. Качественные методы – на результаты проведенных в это же время фокус-групп и интервью с экспертами. В рамках исследования выявлено, что факторы риска, такие как курение и потребление алкоголя, в большей степени присущи населению с низким уровнем образования и дохода, часто сельским жителям, русским в большей степени, чем татарам, и мужчинам – чем женщинам, лицам старшего возраста – чем молодежи. Республиканские программы по профилактике заболеваемости вызывают позитивный отклик у населения и приводят к снижению неравенства в доступе к услугам, позволяющим укреплять здоровье.

Ключевые слова: смертность, самосохранительное поведение, факторы риска, здоровый образ жизни, Татарстан.

Для цитирования: Денисенко, М. Б., Козлов, В. А., Селезнева, Е. В., & Синявская, О. В. (2022). Самосохранительное поведение населения Татарстана в трудоспособном возрасте. Демографическое обозрение, 9(1), 56-81. <https://doi.org/10.17323/demreview.v9i1.14573>

Abstract: Life expectancy is defined by a group of factors, one of which is self-preservation behavior. In this paper we look at patterns of self-preservation behavior and its main determinants in a Russian region with a relatively high life expectancy – the Republic of Tatarstan. The paper is based on a mixed-method research design. Quantitative methods are used to analyse the data from a study conducted in 2020 about the reproductive and self-preservation behavior of the Tatarstan population. Qualitative methods are applied to the results of focus groups and in-depth interviews with experts conducted at the same time. The study revealed that risk factors such as smoking and alcohol consumption are more common among people with low levels of education and income, among rural people, among Russians more than Tatars, men more than women, and older people than young people. Tatarstan's prevention programmes reduce the inequalities in access to healthcare services and lead to positive attitudes towards them.

Keywords: mortality, health behavior, risk factors, healthy life-style, Tatarstan.

For citation: Denisenko, M. B., Kozlov V. A., Selezneva, E. V., & Sinyavskaya, O. V. (2022). Self-preservation behavior of the working-age population of Tatarstan. *Demographic Review*, 9(1), 56-81. <https://doi.org/10.17323/demreview.v9i1.14573>

Введение

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Российской Федерации, несмотря на все успехи в предшествующие до пандемии годы, остается недопустимо низкой для развитых стран. Отставание России от 27 стран ЕС перед пандемией COVID-19 в 2019 г. составляло почти 10 лет у мужчин (68,4 против 78,5 года) и 5,8 года у женщин (78,2 против 84 лет). Такая продолжительность жизни, как в России сегодня, наблюдалась в странах Западной Европы и Северной Америки 40–50 лет назад. Если опираться на данные Отдела народонаселения ООН и Population Reference Bureau, в мировом рейтинге стран по продолжительности жизни женщин Россия занимала место в конце первой сотни, а по продолжительности жизни мужчин – примерно 130-е место рядом с Индией, Венесуэлой, Ираком. Столь невысокие показатели говорят о незавершенности не только эпидемиологического перехода (Вишневский 2020), но и модернизационных процессов в целом. В последнем случае сошлемся на нобелевского лауреата в области экономики Амартью Сена, говорившего, что именно смертность является главным мерилем наших экономических успехов и неудач (Sen 1998).

Международные сопоставления позволяют выделить общие проблемы смертности российского населения. Но ситуация в этой области сильно дифференцируется на региональном уровне. Так, в 2019 г. продолжительность жизни при рождении для обоих полов в Москве почти на 11 лет превышала показатель Республики Тыва. Территориальные различия сохраняются и внутри регионов при переходе к показателям муниципальных образований. Так, в Костромской области в 2008–2010 гг. размах вариации в продолжительности жизни по муниципальным образованиям превышал 6 лет (Денисенко, Николаева 2015), в Башкортостане в 2017–2019 гг. – почти 11,5 года. Стирание резких различий между административно-территориальными образованиями путем ускоренного снижения смертности в отстающих – один из резервов роста для продолжительности жизни в стране.

Продолжительность жизни и ее изменения определяются совокупностью факторов. Среди них в научной литературе выделяются факторы, связанные с развитием системы здравоохранения (доступ и качество медицинского обслуживания, медицинские технологии), социально-экономической ситуацией и развитостью инфраструктуры (образование, безопасность, доходы, качество дорог и др.), состоянием природной среды (климатические изменения, загрязненность воды и воздуха и др.), генетикой (в том числе наследственные заболевания), а также поведенческими факторами (стиль жизни) или, иначе говоря, самоохранительным поведением. Последнее в данной работе определяется как действия и привычки индивида, связанные с поддержанием здоровья, его восстановлением и улучшением, способствующие и препятствующие сохранению и преумножению здоровья (Gochman 1997: 3).

Именно самоохранительное поведение российского населения на примере республики Татарстан находится в центре внимания авторов предлагаемой статьи. В начале статьи рассматриваются общие подходы и некоторые результаты изучения влияния самоохранительного поведения на смертность. Далее обсуждаются особенности смертности и ее структуры в Татарстане. Затем анализируются такие виды самоохранительного поведения, как соблюдение норм здорового образа жизни (ЗОЖ) (в отношении питания и двигательной активности), употребление психоактивных веществ, мониторинг показателей здоровья, а также определяющие их факторы и дифференциации

по социальным группам. В основе исследования – результаты проведенного в 2020 г. комплексного социологического исследования в республике, включавшего в себя массовый опрос, фокус-группы с населением республики и экспертные интервью. Завершает работу обсуждение полученных результатов.

Концепции и исследования самоохранительного поведения

В современном мире риски смерти в значительной мере определяются поведением человека в отношении своего здоровья. По данным Всемирной организации здравоохранения, в начале 2000-х годов повышенное артериальное давление, которое часто возникает в результате недостаточной двигательной активности или неправильного питания, стало причиной 13% всех смертей в мире, курение – 9% смертей, повышенный сахар в крови (как и дефицит двигательной активности) – 6%, избыточная масса тела (МТ) и ожирение – 5%. С действием основных факторов риска, связанных с неправильным поведением человека, связан 61% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний (WHO 2009).

Значительный разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между населением России и других экономически развитых стран исследователи связывают именно с поведением населения в отношении своего здоровья (Всемирный банк 2005). В исследовании, проведенном в двух регионах России, Удмуртии и Москве (Shkolnikov et al. 2004; Школьников, Червяков 2000), повышение смертности среди трудоспособного населения в период социальных и экономических трансформаций 1990-х годов объясняется, в первую очередь, пьянством среди населения с невысоким уровнем образования. Влиянию высокого уровня потребления алкоголя на демографические показатели и показатели здоровья в 1990-е и 2000-е годы посвящено достаточно большое количество исследований (Dennis et al. 1993; Malyutina et al. 2002; McKee et al. 2001; Denisova 2010; Zaridze et al. 2014; Yakovlev 2018; Iakunchykova et al. 2020; Danilova et al. 2020). Целый ряд работ раскрывают негативный эффект курения (Деев, Школьников 2000; Заридзе и др. 2002; Denisova 2010; Масленникова, Оганов 2011; Кузнецова 2019). В одном из недавних таких исследований было показано, что в России в 2019 г. 266 тыс. смертей или почти 15% от их общего количества были ассоциированы с курением (Халтурина, Замятина, Зубкова 2021).

Проблема избыточной массы тела и ожирения, отходившая на второй план долгое время, в настоящий момент становится актуальной и в российском контексте (Колосницына, Бердникова 2009; Григорьева 2015; Баланова и др. 2018; Колосницына, Куликова 2018; Аистов, Александрова, Гарипова 2021). Наблюдаемое в последние 2 десятилетия распространение ожирения в России (Стародубова, Стародубов 2017) исследователи связывают с развитием рынков продуктов питания, не всегда здоровых, которое сопровождало восстановление экономики в 1990-е – 2000-е годы и сочеталось с невысокой ценностью здоровья у населения и низкой распространенностью самоограничения в сфере питания (Колосницына, Бердникова 2009; Колосницына, Куликова 2018). Примечательно, что у женщин в России лишняя МТ снижается с увеличением уровня образования, но не уровня доходов (там же), хотя спортивные занятия как одно из средств борьбы с ним получили большее распространение у более материально обеспеченных россиян (Засимова, Локтев 2016).

Имеющиеся работы о влиянии политики государства по развитию здорового образа жизни указывают на ее успешность в борьбе с вредными привычками (Засимова, Колосницына, Красильникова 2017; Гамбарян, Драпкина 2018). Однако остается неясным, в какой мере исчерпан потенциал проводимых мер. Очевидные успехи в распространении здорового питания и повышения уровня двигательной активности в России пока отсутствуют – барьеры и пути их снижения нуждаются в детальном изучении. В данной работе планируется заполнить эти пробелы.

Факторы самоохранительного поведения до сих пор изучали в рамках одного из трех подходов. Увязывая особенности самоохранительного поведения с характеристиками среды, проводимой политикой или социальными характеристиками индивида, исследователи часто рассматривают эту связь как *автоматическую*: если ресурсы есть, поведение будет более здоровым (Cohen, Scribner, Farley 2000). Альтернативный подход предусматривает возможность *выбора* человеком стратегии поведения в отношении своего здоровья. Для моделирования разрушительного поведения человека в отношении своего здоровья, а также эффектов мер государства по его регулированию достаточно часто используют теорию рациональной аддикции (Becker, Murphy 1988; Grossman et al. 1998), в основе которой лежат принципы экономической рациональности: сопоставление издержек и выгод, максимизация полезности. Стоит отметить значительные ограничения теории, которые не позволяют нам считать ее подходящей базой для нашего исследования: 1) ее сконцентрированность на негативном поведении (вредных привычках); 2) крайне узкий круг рассматриваемых факторов поведения (в основном это цена на аддиктивные блага и экономические меры регулирования поведения: акцизы, штрафы); 3) противоречие отдельных положений теории и эмпирических оценок, выполненных на ее основе (Rogeberg 2004; Melberg, Rogeberg 2010).

Более широкий круг видов поведения в отношении здоровья и влияющих факторов очерчивает социологическая концепция стилей жизни в отношении здоровья, разработанная Уильямом Кокерхамэмом на основе постулатов Пьера Бурдьё. Согласно концепции, выбор действий в отношении здоровья, а также сочетание различных видов этих действий определяется, с одной стороны, *жизненными шансами* (располагаемыми ресурсами, которые обеспечивает положение индивида в обществе), а с другой – *индивидуальным выбором* человека в пределах имеющихся ресурсов. При этом на выбор также оказывают влияние социальное положение и принадлежность к социальным группам, которые формируют специфический опыт, вкусы и убеждения индивида (Cockerham 2013). Анализируя ситуацию в России в начале 2000-х годов, У. Кокерхэм делает заключение, что практики ЗОЖ не популярны в России, поскольку отсутствует особая социальная группа (средний класс), которая бы, с одной стороны, располагала достаточным количеством ресурсов для их реализации, а с другой – сознавая стабильность своего имущественного положения, считала приоритетной такую затратную задачу, как забота о своем здоровье (Cockerham 2007).

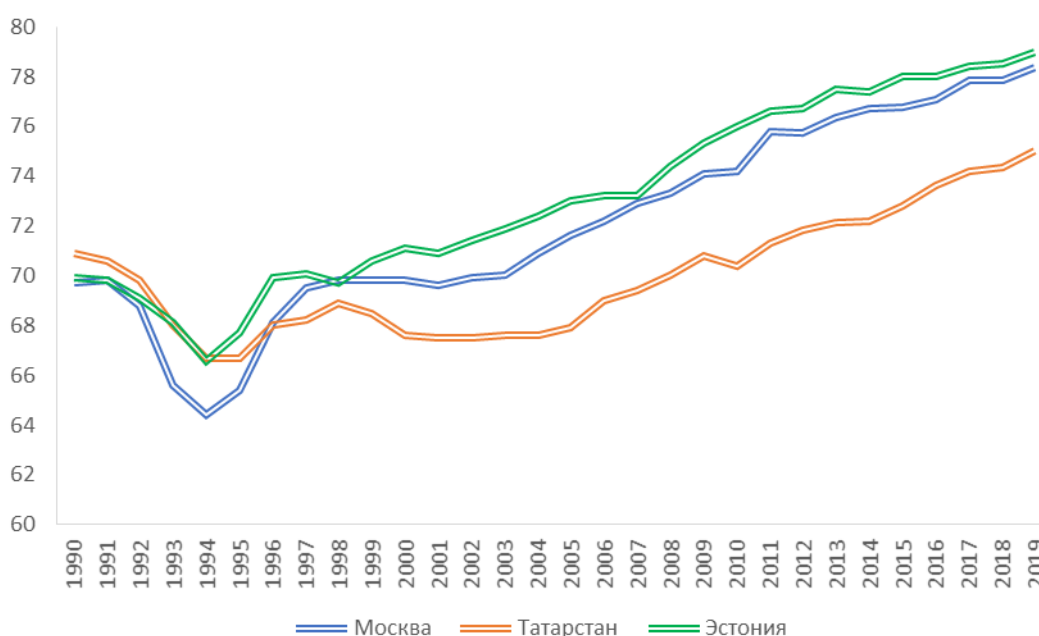
По нашему мнению, концепция стилей жизни лучше всего подходит для изучения самоохранительного поведения в период активного воздействия на него со стороны государства: создания инфраструктуры здоровья, реализации экономических и информационных мер. С одной стороны, она позволяет рассмотреть влияние изменяющейся среды (возможно, растущих в результате проводимых государством мер жизненных шансов населения). А с другой – понять, почему те или иные меры работают

недостаточно эффективно, в том числе в отдельных социальных группах: как установки индивидов снижают эффект от проводимой политики по развитию здорового образа жизни.

Смертность в Республике Татарстан

Республика Татарстан входит в десятку регионов России с наиболее высокой продолжительностью жизни при рождении (ОПЖ). ОПЖ в 2019 г. для мужчин составляла 69,7 года, для женщин 79,9 года, для обоих полов 74,4 года. Это самый высокий показатель среди регионов Приволжского Федерального округа. Однако отставание от одного из российских лидеров по продолжительности жизни (Москвы), а также от развитых стран свидетельствует о том, что в республике имеются резервы для ее повышения, в том числе за счет изменения отношения населения к собственному здоровью и жизни близких.

Рисунок 1. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Республике Татарстан, Москве и Эстонии, 1990-2019 гг., оба пола, лет



Источник: Данные Росстата и Евростата.

В этом плане показательны сравнения Татарстана с Москвой и бывшей союзной республикой Эстонией, которые являются образцом позитивной динамики в смертности для всего постсоветского пространства. Так, в конце советского периода, в 1990 г., продолжительность жизни при рождении в Татарстане (70,9 года для обоих полов) была чуть выше, чем в Москве (69,7 года) и Эстонии (69,9 года). Но в 2019 г. продолжительность жизни при рождении (оба пола) в Татарстане была на 4 года короче, чем в Эстонии, и на 3,3 года – чем в Москве. После резкого снижения в 1990-х годах продолжительность жизни начала быстро и устойчиво увеличиваться с 2000 г. в Эстонии, с 2003 г. в Москве и с 2005 г. в Татарстане (рисунок 1).

Отставание Татарстана от Москвы и Эстонии в большей степени формируется за счет трудоспособных и пенсионных возрастов. Правда, в отношении Москвы следует сделать оговорку: по результатам исследований смертность в старших возрастах, особенно

мужского населения (после 80 лет), представляется сильно заниженной (Папанова 2020). В данной статье в центре внимания находятся трудоспособные возраста, границы которых согласно новым используемым стандартам в международных исследованиях (ОЭСР, структуры ООН, Всемирный банк) задаются 20 и 65 годами. Как известно, российское население, в особенности мужчины, отличается высокой смертностью (сверхсмертностью) в этих возрастах.

Если обратиться к такому показателю, как отсроченная продолжительность жизни в трудоспособных возрастах от 20 до 65 лет (таблица 1), то можно увидеть, что из возможных 45 лет жизни при режиме смертности 2019 г. мужчины Татарстана из-за преждевременной смертности потеряют 4,2 года жизни, мужчины Москвы — 3,4 года, Эстонии – 2,4 года. В России в целом (без учета Татарстана и Москвы) эти потери еще больше – 5,6 года. У женщин из-за более низкой смертности различия в отсроченной продолжительности жизни не столь значительны.

Следует обратить внимание на внутрисубъектные различия в уровне смертности. Так, размах вариации в показателе продолжительности жизни при рождении для муниципальных образований составляет порядка 10 лет у мужчин, и 5 лет у женщин. Наиболее высокая продолжительность жизни в 2018-2019 гг. наблюдалась в Набережных Челнах (71,3 года у мужчин и 83,4 года у женщин) и Казани (71 год у мужчин и 81,4 года у женщин), наименьшая – в муниципальных районах с численностью населения менее 30 тыс. человек (67,4 года у мужчин, 77,8 года у женщин). В остальных муниципальных районах продолжительность жизни у мужчин составляла порядка 68,7 года, у женщин – чуть более 79 лет.

В чем причина высокой смертности в трудоспособных возрастах у жителей Татарстана, и какое место в этом занимает их индивидуальное поведение? Сравнительный анализ смертности по причинам между странами и регионами позволяет выдвинуть предположения о несовершенстве самоохранительного поведения россиян. Были рассчитаны стандартизованные коэффициенты для возрастного интервала 20-65 лет (стандарт – возрастная структура населения России). Из данных таблицы 1 видно, что уровень смертности по основным классам причин в Татарстане выше, чем в Москве и Эстонии, и ниже, чем в остальной части России. Именно сравнение с Москвой и Эстонией помогает наметить ближайшие задачи в области снижения смертности для Татарстана. Так, отставание по уровню смертности мужского населения в возрасте 20-65 лет от Москвы обусловлено более чем на 40% повышенной смертностью от болезней сердечно-сосудистой и кровеносной системы и почти на 30% – от внешних причин. Если первая из указанных причин связана и с состоянием системы здравоохранения, и с поведением населения, то смертность от внешних причин в первую очередь зависит от поведенческих факторов. Именно в таком контексте в следующих разделах статьи рассматриваются особенности самоохранительного поведения населения Татарстана.

Данные и методы

Авторы данного исследования опирались на концепцию стилей жизни в отношении здоровья, согласно положениям которой ключевыми факторами самоохранительного поведения являются уровень материального благосостояния индивида и уровень его образования. Первый фактор отражает размер личных ресурсов человека и его семьи, которые обеспечивают потребление товаров и услуг для поддержания здоровья, а также

могут частично компенсировать недостатки инфраструктуры. Индивидуальный выбор индивида в отношении своего здоровья осуществляется в пределах личных ресурсов, а также под действием ценностей и норм, которые могут различаться по образовательным и доходным группам, этническим группам, а также у лиц с различным здоровьем. Еще один значимый фактор – тип населенного пункта. По нашему предположению, разные по величине поселения отличаются инфраструктурой для оказания медицинской помощи и ведения здорового образа жизни, а также нормами и ценностями в отношении своего здоровья, и именно это может стать причиной различий между показателями смертности населения в городах различных типов и в сельской местности. К анализируемым нами практикам самоохранительного поведения или поведенческим факторам риска повышенной смертности относятся курение, употребление крепкого алкоголя, недостаточная физическая активность, а также наличие ожирения (по величине индекса массы тела¹ – ИМТ) как результат дефицита двигательной активности и неправильного питания, контроль артериального давления и сахара в крови, прохождение диспансеризации для своевременного выявления хронических неинфекционных заболеваний.

Первым источником данных для анализа самоохранительного поведения было выборочное обследование «Репродуктивное и самоохранительное поведение населения Республики Татарстана» (далее – РСРН РТ), проведенное в 2 последовательных этапа: с июля по сентябрь 2020 г. и с декабря 2020 г. по январь 2021 г. включительно. Опрос населения проводили в соответствии с выборкой, включающей следующие шесть кластеров:

1. городской округ г. Казань;
2. городской округ г. Набережные Челны;
3. муниципальные образования с численностью населения более 100 тыс. чел.;
4. муниципальные районы с численностью населения от 50 до 100 тыс. чел.;
5. муниципальные районы с численностью населения от 30 до 50 тыс. чел.;
6. муниципальные районы с численностью населения менее 30 тыс. чел.

Всего опрошено 4004 респондента Республики Татарстан в возрасте от 18 до 64 лет включительно (из расчета одно домохозяйство – один респондент мужского или женского пола). Общая выборка для анализа репрезентирует население республики молодых и средних возрастов по основным социально-демографическим характеристикам. Доля в выборке группы 18–29 лет – 21,8%, 30–39 лет – 25,7%, 40–49 лет – 21,3%, 50–59 лет – 20,1%, 60–65 лет – 11,1%.

Второй источник информации об особенностях самоохранительного поведения населения Татарстана – результаты 16 фокус-групп и 12 экспертных интервью. Фокус-группы организовывали в городе Казани, крупных и малых городах, а также на селе (везде по 4 группы) и проводили в Zoom в связи с неблагоприятной эпидемической обстановкой в момент исследования. В населенных пунктах каждого типа были проведены отдельные фокус-группы для мужчин и женщин двух возрастов: 25–35 и 36–50 лет. Экспертные интервью с представителями ЗАГС, медицинскими и социальными

¹ ИМТ равен отношению массы тела индивида в килограммах к квадрату роста в метрах. Индивид страдает ожирением, если ИМТ ≥ 30 .

работниками проводили для валидации заявлений граждан о наличии тех или иных барьеров к ведению здорового образа жизни в населенных пунктах. Фокус-группы с населением и экспертные интервью были проанализированы с применением процедуры осевого кодирования.

Таблица 1. Показатели смертности в Москве, Татарстане, России (без Москвы и Татарстана) и Эстонии

Показатель	Татарстан		Москва		Россия*		Эстония	
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен
Продолжительность жизни при рождении, лет	69,7	79,9	74,8	81,7	67,7	77,8	74,4	82,8
Дожитие до 20 лет, %	98,9	99,2	98,7	99,1	98,7	99,1	99,3	99,6
Продолжительность жизни от 20 лет	50,4	60,6	55,7	62,4	47,4	57,9	54,8	63,0
Отсроченная продолжительность жизни в 20-65 лет	40,8	43,6	41,6	43,7	39,4	42,8	42,6	44,0
<i>Стандартизованные коэффициенты в возрасте 20–64 лет, на 100 тыс. населения</i>								
Всего	884,0	276,2	635,4	244,6	1046,4	366,4	546,9	197,5
Инфекционные и паразитарные заболевания	26,6	10,6	22,1	9,2	49,8	20,4	11,5	3,1
Новообразования	160,1	87,1	119,5	88,7	171,6	98,0	119,1	82,3
Болезни сердечно-сосудистой и кровеносной системы	343,1	81,2	239,4	68,2	385,0	113,2	158,5	40,5
Болезни органов дыхания	37,4	7,4	17,4	5,5	43,2	10,2	17,9	3,1
Болезни органов пищеварения	80,1	30,8	42,1	18,5	86,5	41,0	61,9	20,5
Внешние причины	161,2	28,5	91,2	17,8	207,1	40,4	97,3	20,9
в том числе ДТП	17,8	7,1	5,9	1,9	20,3	5,4	5,9	2,8
Другие	75,5	30,6	103,7	36,7	103,2	43,2	80,7	27,1

*Примечание: * – без Москвы и Татарстана.*

Для сопоставления распространенности отдельных практик самоохранительного поведения в Татарстане и в России использовали данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) НИУ ВШЭ, а для сравнения с Эстонией – результаты обследования здоровья за 2019 г. (Eurostat 2020: Eurostat 2022). Из-за различий в постановке вопросов в РСРН и других обследованиях в статье рассмотрены только 3 основных индикатора (переменные) самоохранительного поведения: ожирение (по данным о массе тела и росте со слов респондента), курение, употребление алкоголя. Количественные социологические данные анализировали с помощью логистических регрессий с целью выявления социально-экономических и демографических детерминант различных видов поведения в отношении здоровья.

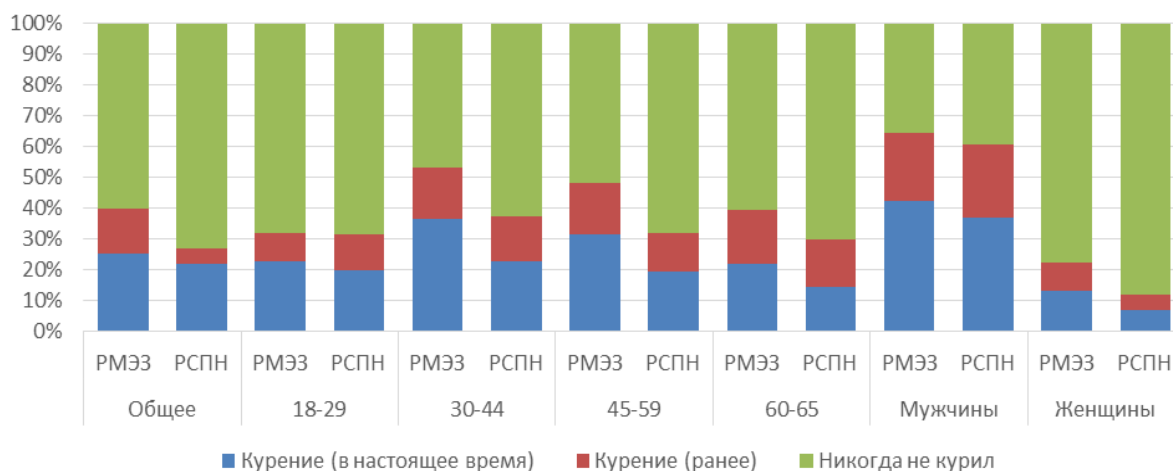
Качественные социологические данные были проанализированы с применением процедуры осевого кодирования, что позволило детально изучить механизмы влияния тех или иных факторов на самоохранительное поведения, которые обычно оказываются за рамками количественного исследования. Так, например, именно качественное исследование позволяет определить место ценностей в формировании той или иной стратегии самоохранительного поведения в городской и сельской местности. На основе результатов социологического исследования были предложены рекомендации по развитию мер, направленных на рост продолжительности жизни в Республике Татарстан.

Распространенность практик по сохранению здоровья

Некоторые особенности самоохранительного поведения населения Татарстана можно выявить, сравнив отдельные его индикаторы с индикаторами населения выбранных ранее Москвы, России (без Москвы и Татарстана), а также Эстонии.

По результатам РСПН, постоянными курильщиками являются 15,6% населения Республики Татарстан, еще 4,5% курят время от времени, 13,4% курили когда-либо, но им удалось отказаться от этой привычки. Две трети населения республики, по их собственному заявлению, не имеют опыта курения. По распространенности курения республика выгодно отличается как от России в целом (особенно в поколениях 30-44 и 45-59 лет, а также среди женщин; рисунок 2), так и от Москвы. В Москве (по данным обследования РМЭЗ) в целом уровень курения выше российского для всех возрастных групп, в особенности, у женщин. Несколько иная картина при сравнении с Эстонией: женщины в Татарстане курят меньше, чем в Эстонии во всех возрастных группах, но в мужском населении, за исключением старших возрастов, курение распространено больше в Татарстане (таблица 2). При этом следует заметить, что быстрый рост продолжительности жизни в Эстонии сопровождался значительным снижением распространенности этой вредной привычки, особенно среди молодежи. Так, с 2014 по 2019 г. в возрастах до 25 лет уровень курения среди мужчин снизился почти на 40%, среди женщин – на 22%.

Рисунок 2. Сопоставление распространенности курения по данным обследований РМЭЗ-ВШЭ и РСПН РТ



Источник: Составлено авторами.

С той или иной частотой в течение месяца до момента опроса алкогольные напитки (пиво, вино или крепкие спиртные напитки) употребляли лишь 30-40% жителей Татарстана, самогон – около 10% опрошенных, 33,7% опрошенных хотя бы раз в месяц употребляют крепкий алкоголь². Кроме положительной динамики по когортам (или ситуации, когда интенсивность потребления снижается с возрастом), потребление алкоголя в Татарстане не очень отличается от показателей по Эстонии (таблица 2). При этом в самой молодой когорте женщин в Татарстане наблюдается значительно более низкий уровень потребления. Отметим, что в России в целом и в Москве в частности потребление алкоголя у мужчин находится на более высоком по сравнению с Татарстаном уровне.

Опрос показал, что регулярно (чаще одного раза в неделю) спортом занимается лишь 27,9% населения республики молодого и среднего возраста, 42,1% признались, что никогда или почти никогда не занимаются спортом. Дефицит спортивных занятий отчасти компенсирует физическая активность, связанная с домашними делами, передвижением по городу или физический труд на работе. С учетом данных видов активностей регулярная двигательная активность (чаще одного раза в неделю) характерна для 54,8% опрошенных, что немного.

Только у половины участников исследования (49,9%), сообщивших свои массу тела (МТ) и рост, была зафиксирована нормальная МТ. Избыточная МТ (предожирение) была обнаружена у трети респондентов (34,0%), ожирение I степени – у 10,3%, ожирение II степени и выше – у 2,6%. Дефицит МТ имеется у 3,2% индивидов, большая часть которых представлена молодежью. Если учесть, что показатели собирали со слов респондентов, не перепроверяли, что позволяло опрашиваемым занижать МТ или завышать рост, то можно предположить, что число лиц с нормальной МТ может быть и меньше, а доли индивидов с предожирением или ожирением выше указанных значений.

Показатели ИМТ по Татарстану и России оказались практически идентичными (рисунок 3): средние значения слегка превышают 25 (что является границей лишней МТ, но существенно ниже уровня ожирения, начинающегося с 30). В возрасте 60-65 лет средний показатель ИМТ в РСРН РТ ниже на 1,5 п.п. Кроме того, интересно отметить, что в России ИМТ женщин чуть выше, чем у мужчин, в то время как в Татарстане ситуация обратная.

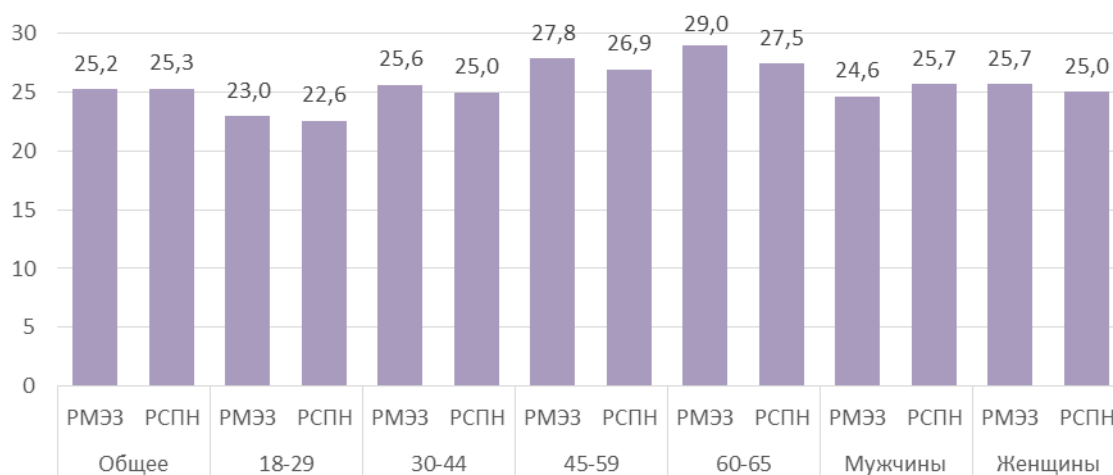
В Татарстане цифры по ожирению сравнимы с Эстонией (таблица 2). У женщин Татарстана в возрасте 35-44 года доля респондентов с ожирением несколько выше, чем в Эстонии, но в группе 45-64 года уже немного меньше. В то же время среди мужчин после 35 лет в Татарстане доля людей с ожирением ниже, чем в Эстонии. При этом после 35 лет у женщин в России и в Москве (различия со столицей наступают в более ранних возрастах) наблюдается более высокий по сравнению с Татарстаном уровень ожирения. В случае с женщинами разрыв усиливается после 45 лет, а для мужчин наибольшие различия по доле лиц с ожирением наблюдаются в возрасте 35-44 года.

В общем, по показателям курения, употребления алкоголя и ожирению ситуация в Татарстане лучше, чем в России и Москве, и по многим показателям примерно на уровне ЕС (хотя выше упомянут ряд явных различий в некоторых возрастах). Вероятно, различия в смертности связаны с другими видами самоохранительного поведения, в частности

² Заметим, что в категорию «употреблявших алкоголь хотя бы раз в месяц» входят как респонденты, употребившие алкоголь только 1 раз за 30 дней, так и респонденты, употребившие алкоголь ежедневно.

мониторингом собственного здоровья и обращаемостью к врачам, и доступностью качественной и своевременной медицинской помощи. Также стоит отметить, что количественные индикаторы, отмечающие только факт наличия вредной привычки или лишней МТ, не могут быть использованы для углубленного анализа рисков факторов здоровья, для данной цели необходимо проведение отдельных специализированных обследований.

Рисунок 3. Сопоставление ИМТ³ по данным обследований РМЭЗ-ВШЭ и РСПН РТ, кг/м²



Источник: Составлено авторами.

Таблица 2. Индикаторы самоохранительного поведения в Татарстане (2020), Москве (2019), Эстонии (2019) и России в целом (2019)

	Курение			Потребление алкоголя			Ожирение		
	Татарстан	Москва	Эстония	Татарстан	Москва	Эстония	Татарстан	Москва	Эстония
<i>Младше 25</i>									
Мужчины	21,9	25,3	16,4	58,9	61,9	53,1	6,6	2,9	5,5
Женщины	5,4	16,7	11,6	40,7	67,4	52,0	7,4	0,5	6,9
<i>25-34</i>									
Мужчины	27,2	60,8	25,5	72,0	81,3	72,9	10,0	10,8	10,3
Женщины	5,8	32,0	15,9	52,0	77,9	53,5	10,4	18,0	7,2
<i>35-44</i>									
Мужчины	33,7	58,1	27,4	75,0	88,0	75,4	14,3	26,9	17,3
Женщины	5,8	36,7	16,8	61,5	76,5	53,4	19,9	23,3	18,0
<i>45-64</i>									
Мужчины	29,8	52,7	32,5	69,7	82,4	65,5	23,2	24,0	28,0
Женщины	3,4	30,9	20,1	54,0	69,7	44,0	28,9	36,2	29,8
<i>15-64</i>									
Мужчины	29,1	49,8	25,8	70,4	80,9	67,3	15,7	20,1	18,7
Женщины	4,7	30,2	13,7	54,0	72,6	49,1	20,3	26,2	19,7

Источники: Для Эстонии (Eurostat 2022), Выборочные обследования РМЭЗ по России и Москве (РМЭЗ НИУ ВШЭ) и РСПН по Татарстану.

³ Индекс массы тела (ИМТ) измеряется в кг/(м)² – массе в килограммах на квадрат роста в метрах.

С точки зрения снижения смертности не менее важной характеристикой самоохранительного поведения является активность населения в отношении мониторинга состояния своего здоровья. По итогам обследования РСПН РТ его можно охарактеризовать с помощью двух показателей: частоты замеров артериального давления и уровня сахара в крови.

Почти половина жителей республики среднего возраста (45%) измеряют артериальное давление хотя бы несколько раз в месяц, в том числе 21,5% – несколько раз в неделю. Регулярно измеряющих сахар в крови меньше, чем контролирующих давление: около 3/4 всех респондентов указали, что проверяют концентрацию глюкозы в крови не чаще 1 раза в год (вероятно, на профилактическом осмотре). Прочим гражданам, очевидно, более частое измерение содержания глюкозы в крови не показано, поскольку этот показатель в норме. Следовательно, регулярное измерение сахара служит скорее, маркером уже возникших проблем со здоровьем, а не здорового поведения.

Обследование РСПН показало социальную и территориальную неравномерность распространения здоровых и нездоровых практик в республике. Помимо уже отмеченных выше различий по полу и возрасту в распространенности вредных привычек и ожирения, необходимо отметить неравенство в приверженности ЗОЖ лиц с различным уровнем образования и доходов, представителей профессиональных групп, жителей крупных и мелких населенных пунктов, представителей отдельных национальностей и конфессий (таблица 3). Эти различия могут указывать на неравенство в жизненных шансах на сбережение здоровья у данных социальных групп или на сформировавшиеся в них особенности установок и ценностей в отношении здоровья, другими словами, на действие устранимых (в большей или меньшей степени) факторов потери здоровья и, возможно, лет жизни.

Описанные различия в распространении различных практик самоохранительного поведения отражают *конечный* результат действия целого ряда социальных факторов, которым подвергается социальная группа. Например, поселенческие различия являются результатом не только инфраструктуры различных типов населенных пунктов, но и диспропорций в распределении доходов между ними, национального состава. *Чистый* эффект данных факторов оценен в следующей части статьи.

Таблица 3. Различия в распространенности здоровых и нездоровых практик в отдельных социальных группах населения Республики Татарстан, %

	Курят постоянно	Употребляют крепкие алкогольные напитки хотя бы раз в последний месяц	Регулярно (не реже раза в неделю) занимаются спортом	Регулярно (не реже одного раза в неделю) имеют любую физическую активность	Страдают от ожирения	Измеряют уровень сахара в крови хотя бы раз в месяц	Измеряют артериальное давление хотя бы раз в месяц	Проходили диспансеризацию в последние 2 года	Имеют «хорошее» или «очень хорошее» здоровье
Пол:									
- мужской	29,2	52,1			11,4		38,2	62,7	66,2
- женский	4,7	17,2			14,1		50,3	70,9	58,0
Возраст, лет:									
- 18-29	14,5	23,8	39,3	57,9	2,8	2,5	16,7	57,0	89,8
- 30-39	17,7	30,8	30,0	55,2	8,8	3,2	29,9	62,2	77,1
- 40-49	18,2	40,3	23,1	53,1	14,2	5,4	46,9	71,0	58,2
- 50-59	13,7	37,3	22,1	56,1	20,7	13,8	69,8	76,9	38,7
- 60-65	11,7	34,1	18,7	48,8	26,2	23,0	84,1	74,1	19,2
Образование:									
- среднее и ниже	22,7	32,5	23,4		13,5	9,0	35,4	64,8	62,9
- начальное или среднее профессиональное, среднее специальное	19,5	37,0	21,9		15,2	9,6	51,4	70,1	54,2
- высшее, в том числе незаконченное, послевузовское	10,4	29,5	34,1		10,4	6,2	41,7	65,4	67,9
Социально-профессиональный статус (для занятых):									
- руководители и военнослужащие	17,6	45,2	29,8			9,1	46,4	66,8	64,7
- высококвалифицированные специалисты	9,2	29,7	38,7			5,9	41,9	68,8	70,3
- специалисты средней квалификации, клерки, работники сферы услуг	14,3	30,9	28,3			6,0	45,9	66,7	62,8
- квалифицированные рабочие	29,4	47,1	19,5			3,9	37,3	68,2	64,2
- неквалифицированные рабочие	33,0	38,0	13,5			11,8	36,0	73,2	61,9

- другие	18,0	36,0	24,6		7,3	31,4	54,7	68,5	
Самооценка материального положения:									
- не хватает денег на покупку еды, одежды или обуви			24,7	57,7	21,7	12,5	52,6	62,9	40,2
- на еду, одежду и оплату ЖКУ денег хватает, но покупка недорогой мебели и бытовых приборов вызывает трудности			24,0	53,2	13,1	8,8	45,2	64,9	58,8
- могут без труда купить недорогую мебель и бытовые приборы, но покупка чего-то дорогого (автомобиля) затруднительна			31,1	55,1	10,3	6,4	42,6	70,3	69,4
- могут приобрести при необходимости автомобиль или даже квартиру			39,6	64,4	13,0	5,2	46,5	70,1	67,3
Национальность:									
- татары	13,3	30,5	29,1	57,4				68,8	
- русские	19,5	37,0	25,5	50,3				64,7	
Религия:									
- ислам	12,8	29,5	28,9	56,4		45,6		69,2	
- православие	18,4	36,9	24,6	52,2		46,1		67,3	
- другая	4,8	23,8	28,6	66,7		19,0		38,1	
- неверующие	22,8	37,0	36,8	56,3		33,9		53,9	
Тип муниципального образования:									
- г. Казань	17,1		74,7	51,5	11,4	4,6	37,1	60,9	63,9
- г. Набережные Челны	16,9		77,0	53,1	13,4	13,9	40,5	49,3	68,6
- город более 100 тыс. чел.	15,4		68,1	52,0	8,4	6,7	53,0	66,3	57,1
- город от 50 до 100 тыс. чел.	15,4		65,4	57,3	12,6	4,8	39,4	71,7	61,8
- город от 30 до 50 тыс. чел.	5,5		67,9	58,2	10,0	8,7	70,8	88,5	57,6
- город менее 30 тыс. чел	17,2		74,1	60,0	11,9	3,2	52,0	95,5	57,1
- село	14,8		71,7	67,2	18,1	11,9	49,1	77,5	58,9

Примечание: В таблице приведены распределения по группам со статистически значимыми различиями (H_0 : Chi-square=0, $p < 0,05$).

Источник: Расчеты авторов на основе данных РСПН.

Факторы самоохранительного поведения по результатам количественного исследования

Для оценки влияния отдельных социально-экономических и демографических переменных на самоохранительное поведение применяли модель бинарной логистической многофакторной регрессии, позволяющую учесть влияние сразу нескольких детерминант на показатели самоохранительного поведения, использовать контрольные переменные и получить оценки влияния каждого фактора на поведение при контроле прочих детерминант. В уравнении регрессии в качестве зависимых дихотомических (принимающих значение или 1, или 0) переменных использовали:

- *курение* (регулярное) без категоризации по числу выкуренных сигарет или по выделению из числа респондентов бывших курильщиков,
- *ожирение*, при этом лишнюю МТ к рисковому фактору не относили (показатель принимает значение 1 только, когда ИМТ больше или равен 30),
- *употребление крепкого алкоголя* в последние 30 дней,
- регулярное (хотя бы раз в месяц) *измерение уровня сахара в крови* любым доступным способом (как самостоятельно, так и в медицинском учреждении или медицинским работником),
- регулярное (хотя бы раз в месяц) *измерение артериального давления* любым доступным способом (как самостоятельно, так и в медицинском учреждении или медицинским работником).

В качестве объясняющих переменных, указывающих на социально-демографические и экономические факторы, использовали следующие:

- пол (дихотомическая): 0 – мужской, 1 – женский,
- возраст (категориальная, указан в формате без включения последнего указанного в интервале года): 1 – 20-30 лет (референтная категория), 2 – 30-45 лет, 3 – 45-60, 4 – 60-65 лет,
- населенный пункт (категориальная): 1 – Казань и Набережные Челны (референтная категория), 2 – прочие города, 3 – село,
- национальность (дихотомическая): 0 – татары, 1 – русские,
- уровень образования (категориальная): 1 – низкий (не получено профессиональное образование; референтная категория), 2 – средний (начальное и среднее профессиональное образование), 3 – высокий (высшее профессиональное образование),
 - бедность (дихотомическая, точка отсечения выбрана авторами статьи): 1 – денег хватает только на еду и оплату ЖКХ, 0 – более высокий уровень благосостояния.

При этом пол и возраст использованы в качестве универсальных контрольных переменных. Отметим, что в первую многофакторную регрессию не включена бедность (из-за сильной корреляции бедности с образованием), для которой строили отдельную модель с контрольными переменными. Результаты в виде отношения шансов (ОШ) приведены в таблице 4. Также были построены каскады моделей, в которые интересующие нас факторы включали по одному. Они не представлены в таблице 4, однако на данные модели будут сделаны отсылки в описании результатов.

Можно заметить, что данные таблицы 4 указывают на меньшую распространенность курения среди женщин и респондентов с высшим образованием. При этом риску курения в большей степени подвержены респонденты с низким уровнем образования, русские, респонденты в возрасте 30-45 лет, жители Казани и Набережных Челнов по сравнению с другими городами, субъективно бедные люди.

Вероятность ожирения растет с возрастом, а также оно распространено в большей степени на селе, среди людей с низким уровнем образования и дохода, среди женщин, среди русских респондентов.

Шансы на употребление респондентами крепкого алкоголя в течение последних 30 дней ниже среди респондентов до 30 лет, а также женщин, но выше на селе, среди русских респондентов, среди респондентов в возрасте 45-60 лет, среди бедных респондентов.

Таким образом, проведенный анализ выявил значимый социально-экономический градиент нездорового образа жизни: его такие элементы, как курение, ожирение и регулярное употребление крепкого алкоголя значимо чаще присутствуют среди бедных респондентов, вредные привычки – у мужчин (очевидно), а у женщин – избыточная масса тела. Также следует отметить большую распространенность курения, ожирения и регулярного употребления крепкого алкоголя среди русских и представителей когорты 45-60 лет. Население с высоким уровнем образования значимо реже курит и страдает ожирением. Горожане за пределами Казани и Набережных Челнов реже курят и страдают ожирением, тогда как селяне чаще употребляют крепкий алкоголь и имеют более высокий ИМТ.

Далее рассмотрим в качестве зависимых переменных не рискованные, а положительно связанные со здоровым образом жизни показатели: регулярный (как минимум раз в месяц) контроль сахара и давления. Из данных таблицы 6 видно, что значимо чаще контролируют уровень сахара в крови люди в старших возрастах (очевидно, связано с распространением диабета 2-го типа в старших возрастах), на селе (вероятно, действуют республиканские специальные программы и измерения проводят медработники, а не сами граждане).

Исходя из данных таблицы 4, чаще контролируют артериальное давление люди в старших возрастах (очевидно, тоже связано с развитием возраст-ассоциированных сердечно-сосудистых заболеваний), женщины, респонденты, проживающие за пределами Казани и Набережных Челнов. Значимо реже контролируют давление люди с низким уровнем образования. Хотя существенных отличий между лицами с высшим и средним уровнем образования не наблюдается. Возможно, более редкий контроль давления респондентами с низким уровнем образования по сравнению с более образованными людьми обусловлен тем, что давление, в отличие, например, от сахара в крови (где значимых различий в зависимости от уровня образования вообще не наблюдается), измеряется и самими респондентами, и медицинскими работниками. Также, возможно, в сельской местности с характерным для нее менее здоровым поведением может быть особенно высока доля лиц, страдающих и от диабета, и гипертонии, что мы не контролировали при построении моделей.

Таблица 4. Детерминанты распространенности факторов риска и здоровых практик в Татарстане⁴

	Курение		Ожирение		Употребление крепкого алкоголя		Контроль сахара в крови		Контроль артериального давления	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Женский пол	0,128*** (0,0148)	0,115*** (0,0133)	1,351*** (0,119)	1,274*** (0,110)	0,238*** (0,0174)	0,241*** (0,0172)	1,016 (0,129)	0,967 (0,121)	1,588*** (0,119)	1,596*** (0,117)
Населенный пункт										
город	0,733*** (0,0837)		0,660*** (0,0699)		1,138 (0,0954)		0,789 (0,125)		1,889*** (0,163)	
село	0,797* (0,0990)		1,246** (0,129)		1,498*** (0,137)		1,628*** (0,241)		1,533*** (0,144)	
Возраст, лет										
30-45	1,320** (0,174)	1,297** (0,168)	2,268*** (0,352)	2,219*** (0,343)	1,688*** (0,173)	1,694*** (0,172)	1,542 (0,417)	1,508 (0,407)	2,260*** (0,253)	2,282*** (0,254)
45-60	1,072 (0,151)	1,130 (0,155)	3,919*** (0,604)	3,922*** (0,598)	2,221*** (0,237)	2,210*** (0,232)	4,542*** (1,146)	4,682*** (1,173)	8,057*** (0,929)	8,129*** (0,923)
60-65	0,715* (0,137)	0,796 (0,151)	5,406*** (0,940)	5,165*** (0,887)	1,676*** (0,229)	1,618*** (0,218)	11,37*** (2,982)	10,95*** (2,844)	22,92*** (3,684)	22,45*** (3,559)
Русский	1,748*** (0,172)		1,251** (0,111)		1,484*** (0,110)		1,091 (0,143)		1,001 (0,0769)	
Образование										
средний уровень	0,701** (0,0994)		0,822 (0,115)		1,113 (0,136)		0,867 (0,168)		1,450*** (0,188)	
высокий уровень	0,375*** (0,0567)		0,737** (0,106)		1,157 (0,142)		0,775 (0,157)		1,366** (0,179)	
Бедные (хватает только на еду и ЖКХ)		1,780*** (0,275)		1,546*** (0,195)		1,322** (0,156)		1,311 (0,233)		0,954 (0,117)
Наблюдения	3885	3885	3885	3885	3885	3885	3885	3885	3885	3885

Примечание: Стандартные ошибки в скобках. *** – $p < 0,01$, ** – $p < 0,05$, * – $p < 0,1$.

⁴ В таблице указаны отношения шансов.

Факторы и мотивы самоохранительного поведения по итогам анализа качественных социологических данных

Итоги качественной части исследования, как и результаты опроса, подтверждают, что самоохранительное поведение (отказ от вредных привычек и практики, поддерживающие оптимальную массу тела) зависит от уровня образования и доходов респондентов. Если жители Татарстана с высокими уровнями образования и квалификации (обычно жители городов) часто упоминали реализуемые в регионе программы по развитию ЗОЖ, групповые занятия и демонстрировали интерес к ним, то рабочие, а также жители села, находящиеся вдали от информационных потоков, признавали, что не всегда соотносят свои привычки с правилами ЗОЖ. Поведение этих групп по-прежнему определяется традициями и привычками часто с сомнительным влиянием на здоровье:

«У нас с детства вот [так]...»

«Вот, лично я, например, в деревне родилась. У нас не было такого понятия, как правильное питание. Мы в садик даже не ходили, мы как-то питались с бабушками, дедушками. Наоборот, [нас] откармливали, неправильно кормили. У нас заложено [нездоровое питание] было.»

Фокус-группы позволяют предположить, что среди жителей республики немало тех, кто заботится о здоровье и при минимальных ресурсах и инфраструктуре (занимается пешими прогулками, ищет в Интернете бесплатные видео-уроки по йоге и гимнастике, выбирает здоровые продукты из личного подсобного хозяйства). Как правило, это жители небольших городов. И жители региона, и проинтервьюированные эксперты позитивно оценивают работу властей по созданию возможностей для занятий спортом и ЗОЖ (прогулочные зоны, спортивные секции для детей, занятия для взрослых в парках). Жители крупных городов (Казани и Набережных Челнов) ощущают острее дефицит денежных средств как препятствие к более здоровой жизни, поскольку сталкиваются с дорогостоящими предложениями на рынках товаров и услуг по поддержанию здоровья, которые могут просто отсутствовать в малых городах:

«У нас сейчас в каждом районе есть каток. В наше время в каждом дворе стояла площадка, ты мог спокойно прийти покататься, даже у самых небогатых людей были лыжи и коньки. А сейчас ты приходишь на этот каток, и прокат коньков стоит от 500 рублей, представляете?»

В Татарстане с относительно высокими доходами населения⁵ и активной политикой местных властей по развитию инфраструктуры ЗОЖ негативное влияние дохода на самоохранительное поведение проявляется во многом через качество условий труда. Именно у лиц с невысоким и нестабильным доходом большее распространение получило развитие инструментального отношения к своему здоровью. Не имея других ресурсов, для получения дохода они активно используют физический потенциал своего организма, не могут бросить работу с высоким уровнем стресса и нездоровыми условиями труда:

⁵ По данным Росстата, в 2019 г. уровень бедности в среднем по России составил 12,3%, в Республике Татарстан – 6,9% (Росстат 2020).

«... я индивидуальный предприниматель, у меня свой шиномонтаж, продажи, и это всё я один тяну... поэтому постоянное общение с клиентами маленько на нервы действует, много [стрессовых] ситуаций возникает... Курю, пью, потому что нервную систему [стресс] нужно как-то убить. А так покурил, подумал о чем-то – легче становится.»

«Если это бюджетная организация, то они будут помогать своим сотрудникам. А если это коммерческая организация... Когда я работала в коммерческой организации, я не была на больничном 10 лет, потому что больничные не оплачивались. Предпринимателю не выгодно, чтобы их сотрудники ходили на больничный. Я уже молчу о каких-то перерывах на физкультуру, это вообще смешно.»

«...потому что я знаю, что в некоторых организациях даже такого [горячее питание] не предоставляют. Знаю, что приносят с собой в термосах, и так как они не ходят на обед, чтобы они поели горячего, например».

Низкая приоритетность самоохранительного поведения по сравнению с другими жизненными задачами (заботой о детях, материальным обеспечением семьи) характерна не только для бедного населения республики, но и для жителей самых крупных городов региона, в которых для многих большую ценность имеет, по-видимому, возможность зарабатывать и потреблять, а не сохранять свое здоровье. Также крупные города с их более развитым производством и сферой услуг отличаются более интенсивной занятостью и, как следствие, возможным нарушением баланса «использование-восстановление здоровья». Часть жителей имеет ресурсы на спортивные занятия, но она может нуждаться в нездоровых формах снятия стресса, например, алкоголе.

О дефиците денежных средств как препятствии для ЗОЖ участники фокус-групп вспоминали, когда говорили о качестве питания. Не имея личного подсобного хозяйства для получения собственных экологически чистых и свежих продуктов и доступа к домашнему горячему питанию, граждане вынуждены экономить на здоровье, выбирая в первую очередь не полезные, а недорогие продукты и блюда:

«У меня финансовый план. Было бы больше финансов – я бы лучше питался».

«Я тоже считаю, что [здоровое питание] должно быть доступно. То, что натурально, оно, как правило, подороже. Даже в экомгазины заходишь, там цены вообще.... Но если на всю семью еще рассчитывать, это вообще накладно выходит.»

Но дефицит доходов является не единственной причиной отказа от здорового питания. Участники групп делились, что даже при наличии необходимых сумм не всегда могут найти в магазинах продукты, в качестве которых и безопасности для здоровья могут быть уверены.

Фокус-группы подтвердили, что конфессиональная принадлежность – важный фактор самоохранительного поведения. Во время групп их участники не раз сообщали, что именно с принятием для себя ислама они стали ограничивать себя и членов семьи во вредных привычках и нездоровом поведении: *«... и тоже я стала, наверное, лет 10 назад, ну, более религиозной. У нас в исламе сказано, чтобы я вообще в своем доме исключила спиртное. Ну, естественно, курить мы тоже не курим. Хочу сказать – и детям своим пытаюсь привить это собственным примером. Почему? Потому что там, в религии, в Книге написано, что все, что туманит разум, все это относится к хараму. Харам – это*

то, что запрещено.» Для данных жителей выбор в пользу ЗОЖ обеспечивают не только рациональные доводы о необходимости самоохранительного поведения, но и религиозные нормы, приверженность семейным и традиционным ценностям.

Большой интерес у населения старшего возраста (вероятно, уже страдающего от хронических заболеваний) к контролю давления и сахара в крови, как и большой интерес к ЗОЖ у уже заболевших – типичная ситуация как в республике, так и в целом по России. Как упоминалось выше, отсутствие привычки проходить обследование в здоровом состоянии заложено культурой советского человека, и отчасти такие установки были сформированы советской системой здравоохранения, не ориентированной на профилактику хронических неинфекционных заболеваний, если они не были связаны с вредными условиями труда. Во время фокус-групп жители республики не раз сообщали, что стали больше заботиться о своем здоровье, только когда столкнулись с каким-либо серьезным диагнозом:

«Например, я не иду сдавать никакие анализы для себя. Если только не припекает и где-то начинает болеть. Только после этого я начинаю ходить. То есть у меня нет такого профилактического наблюдения или что-то. Наверное, в этом плане я могу сказать, что я не особо слежу о медицинских показателях.»

«Ну, как Вам сказать, до определенного момента в своей жизни я не задумывалась о своем здоровье. Ну, жила и работала, растила ребенка. Но недавно переболела болезнью, и сейчас уже совсем по-другому открывается мир, и все жизненные события, и жизнь близких, и я стала смотреть на мир совсем по-другому...»

Также усиление профилактической активности (контроль давления и содержания сахара в крови, снижение рисков употребления крепкого алкоголя) с возрастом наблюдается по ряду других причин. Так, заботиться о здоровье людей старшего возраста, особенно женщин, побуждают возникающие естественные возрастные изменения в состоянии организма:

«...ближе к 40 годами уже чувствуется, что начинаются проблемы. В частности, со спиной у меня проблемы. Я не занимаюсь физкультурой, у меня всегда была сидячая работа, и вот я стала замечать, что у меня стала часто болеть спина.»

Кроме того, для лиц старшего возраста значимым событием может стать болезнь и смерть престарелых родителей. Оно демонстрирует, к каким последствиям могут привести заболевания:

«Вообще говорят, что у кого в семье есть люди, родные, кто умер от рака, то проверяться надо обязательно, а у нас это чуть ли не каждый второй.»

«То есть, есть определенные наследственные заболевания, которые передались от родителей, и видя их, я не хочу подобного повторения для себя.»

Исследование показывает, что негативный опыт заболеваний может мотивировать людей к ведению здорового образа жизни.

Обсуждение и выводы

Республика Татарстан, в лучшую сторону отличающаяся от большинства российских регионов по продолжительности жизни, имеет менее однозначные преимущества в

самоохранительном поведении. Если вредные привычки получили значительно меньшее распространение в республике, чем в среднем по России, то проблемы питания, дефицита двигательной активности и, как следствие, ожирения, в той же мере актуальны в Татарстане, как и в других субъектах РФ. Результаты количественного анализа показали, что риски ожирения значимо выше у лиц с невысоким уровнем образования и низким материальным статусом. Проблема избыточной массы тела получила широкое распространение во всех типах поселений, но особую остроту она приобретает на селе. Сельское население имеет больше возможностей для двигательной активности, но реже питается правильно, в том числе в связи с низкой популярностью идей здорового образа жизни и ориентацией на воспроизводство моделей поведения своих родителей, не всегда способствующих сохранению здоровья. В то же время, по словам жителей сельских поселений, благодаря политике местных властей свою актуальность потеряла проблема спортивной инфраструктуры, по крайней мере, для детей – работает большое количество сельских спортивных секций.

Выявленные закономерности соотносятся с результатами более ранних исследований по проблемам ожирения в России (Колосницына, Бердникова 2009; Колосницына, Куликова 2018) в части влияния образования, но отличаются по эффекту дохода (ранее он не оказывал значимого эффекта на риски ожирения).

Как и для населения России в целом, для жителей республики характерно скорее реактивное, чем проактивное отношение к своему здоровью. Во время фокус-групп жители нередко сообщали, что обратились к практикам ЗОЖ уже после того, как столкнулись с какими-либо проблемами со своим здоровьем. Измерение не только содержания сахара в крови, но и артериального давления также значительно более распространено в группах с менее здоровым поведением и более плохим здоровьем: среди пожилых людей и жителей села.

Анализ факторов самоохранительного поведения показал, что для Татарстана, как и для России (Рощина 2016) и других развитых стран мира (Cockerham 2013), выполняется правило: самое лучшее здоровье у лиц с высокими доходами и уровнем образования. Качественное исследование показывает, что такое распределение в том числе определяет более выраженное инструментальное отношение к здоровью в группах с низким объемом этих двух видов ресурсов: здоровье приносится в жертву таким задачам, как сохранение занятости и обеспечение семьи доходами. В контексте таких результатов экономические стимулы (например, в виде льгот или бесплатных абонементов в бассейны и фитнес-клубы) могут повысить вовлеченность населения в практики ЗОЖ, но менее эффективны по сравнению с более глобальными мерами: изменением условий труда (контроль за переработками, предоставление работодателем больничных листов, условия для правильного питания на работе, спортивных занятий), а также ростом уровня жизни в целом.

Религия может рассматриваться в Татарстане как уникальный ресурс для развития ЗОЖ. Зафиксированное в ходе исследования расхождение в самоохранительном поведении татар и русских, несмотря на длительное совместное проживание этносов, может объясняться в первую очередь конфессиональными особенностями. Относительно слабая (не очень отличающаяся от русских) институциональная религиозность татар (Косач 2007), возможно, на бытовом уровне является барьером к распространению практик курения и злоупотребления алкоголем. Если индивид не считает необходимым заботиться

о своем здоровье для собственного блага, ислам (как показывает исследование, православие в меньшей степени) сообщает, что это может быть важно для его социальной группы, Бога, веры. Среди граждан, не восприимчивых к доводам медицинского сообщества о важности ЗОЖ (в основе пропаганды самоохранительного поведения сейчас), продвижение профилактической активности может опираться на традиционные религиозные истоки таких практик.

Одной из важных особенностей представляемого в этой статье исследования стало включение в модель факторов самоохранительного поведения поселенческого разреза, который пока не получил систематической проработки у российских исследователей.

В конечном счете, исследование показывает, что различия в вовлеченности в практики самоохранительного поведения по типу поселения лишь отчасти соответствуют различиям в продолжительности жизни. Жители Казани и Набережных Челнов, которые живут дольше всех, отличаются большей склонностью к занятиям спортом по сравнению с жителями средних городов, но большим пристрастием к курению; не отличаются от жителей большинства других поселений по уровню потребления крепкого алкоголя и распространенности ожирения. Жители села и небольших поселений (менее 30 тыс. жителей), группа с самой низкой продолжительностью жизни, выделяется повышенной склонностью к злоупотреблению алкоголем и максимальными рисками ожирения, но имеет достаточно высокий уровень физической активности (в том числе за счет занятий спортом), относительно редко курит. Жители села достаточно внимательно следят за артериальным давлением и уровнем сахара в крови, возможно, в ответ на усилия властей и уже высокую распространенность артериальной гипертензии и диабета, а не из-за склонности к профилактике заболеваний. Данные противоречия могут быть результатом политики властей на селе (спортивные занятия и контроль за состоянием хронических больных внедряются в населенных пунктах с наименее здоровым населением, но не успели оказать значимого влияния на показатели смертности) и инерционности самоохранительного поведения, стиля жизни в отношении здоровья в больших городах (ресурсы для здорового образа жизни уже имеются, но в системе ценностей здоровье пока не заняло приоритетное место).

Еще одной причиной описанных поселенческих различий в здоровье могут быть миграционные потоки. Во время интервью эксперты из небольших поселений (работники ЗАГСов, медицинские и социальные работники) не раз возвращаются к проблеме оттока молодого населения в большие города. Поскольку мигрантов традиционно отличает более крепкое здоровье (индивидам с плохим здоровьем труднее решиться на переезд) (Rechel et al. 2013), крупные населенные пункты могут смотреться более «выигрышно» по показателям смертности и за счет притока более здорового и активного населения.

Таким образом, преимущество региона перед другими субъектами РФ по продолжительности жизни в значительной мере обеспечивают этнокультурные особенности территории с действующими неформальными запретами и ограничениями на употребление психоактивных веществ, действующими в регионе, и усилиями властей по развитию здорового образа жизни. Хотя власти региона и ведут активную работу по расширению возможностей для других практик ЗОЖ (спортивных занятий и правильного питания) и ее замечает население, существенных успехов в данном направлении пока добиться не удалось. Такие скромные результаты во многом связаны с инерционностью привычек питания и двигательной активности, а также сложившейся в регионе, как и в

стране в целом системы ценностей, в которой здоровье занимает не первое место и часто рассматривается как инструмент, а не жизненная цель.

Литература

- Аистов А.В., Александрова Е.А., Гарипова Ф. Г. (2021). Динамика индекса массы тела российских мужчин и женщин: возраст–период–коHORTA. *Демографическое обозрение*, 8(1), 44-80. <https://doi.org/10.17323/demreview.v8i1.12393>
- Баланова Ю. А., Шальнова С. А., Деев А. Д., Имева А.Э., Концевая А В., Муромцева Г.А.,... Шалаев С.А. (2018). Ожирение в российской популяции-распространенность и ассоциации с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний. *Российский кардиологический журнал*, 6 123-130. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2018-6-123-130>
- Вишневский А.Г. (2020). Эпидемиологический переход и его интерпретации. *Демографическое обозрение*, 7(3), 6-50. <https://doi.org/10.17323/demreview.v7i3.11635>
- Всемирный банк (2005). «Рано умирать...» Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации. М.: Издательство «Алекс». <https://documents1.worldbank.org/curated/en/201881468296681271/pdf/323770SR0RUSI00Box338915B00PUBLIC0.pdf>
- Гамбарян М.Г., Драпкина О.М. (2018). Распространенность потребления табака в России: динамика и тенденции. Анализ результатов глобальных и национальных опросов. *Профилактическая медицина*, 21(5), 45-62. <https://doi.org/10.17116/profmed20182105145>
- Григорьева М.А. (2015). Динамика роста, веса и индекса массы тела реальных поколений россиян 1810-1995 годов в возрасте 18-34 лет. *Вестник экономики, права и социологии*. 3, 198-202.
- Деев А., Школьников В. (2000). Неоднородность смертности: анализ индивидуальных данных. В В. Школьников, Е. Андреев, Т. Малева (Ред.) Неравенство смертности в России (с. 63-83). Москва: Моск. Центр Карнеги; Сигналъ.
- Денисенко М.Б., Николаева У.Г. (2015). Что происходит с сельским населением на Ближнем Севере России? (на материале Костромской области). *Социологические исследования*, 380(12), 70-81.
- Засимова Л.С., Локтев Д.А. (2016). Занятия спортом – удел богатых? (Эмпирический анализ занятий спортом в России). *Экономический журнал Высшей школы экономики*, 20 (3), 471-499.
- Засимова Л.С., Колосницына М.Г., Красильникова М.Д. (2017). Изменение поведения россиян в отношении здорового образа жизни (по результатам социологических опросов 2011 и 2017 гг.). Препринт WP8/2017/02 / . М.: Изд. дом Высшей школы экономики. <https://publications.hse.ru/pubs/share/folder/almic2wjhz/205288796.pdf>
- Заридзе Д.Г., Карпов Р.С., Киселева С.М., Конобеевская И.Н., Мень Т.Х., Шайн А.А., Шихман С.М. (2002). Курение - основная причина высокой смертности россиян. *Вестник российской академии медицинских наук*, 9, 40-45. <https://doi.org/10.17816/pmj32393-98>

- Колосницына М.Г., Бердникова А.Н. (2009). Избыточный вес: сколько это стоит и что с этим делать? *Прикладная эконометрика*, 3(5), 72-93.
- Колосницына М.Г., Куликова О.А. (2019). Социально-экономические факторы и последствия избыточного веса. *Демографическое обозрение*, 5(4), 92-124. <https://doi.org/10.17323/demreview.v5i4.8664>
- Косач Г. (2007). Татарстан: религия и национальность в массовом сознании. Россия и мусульманский мир. *Этнографическое обозрение*, 4, 101-113.
- Кузнецова П.О. (2019). Курение как фактор сокращения ожидаемой продолжительности жизни в России. *Демографическое обозрение*, 6 (3), 31-57. <https://doi.org/10.17323/demreview.v6i3.9854>
- Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. (2011). Медицинский и социально-экономический ущерб, обусловленный курением табака в Российской Федерации: болезни системы кровообращения. *Профилактическая медицина*, 14(3), 19-27.
- Папанова Е.В. (2020). *Особенности смертности пожилого населения в Москве*. (Дисс. канд. соц. наук). М.: НИУ ВШЭ. <https://www.hse.ru/sci/diss/326389255>
- Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ-НИУ ВШЭ). <https://www.hse.ru/rlms/>.
- Росстат (2020). Регионы России. Социально-экономические показатели. https://gks.ru/bgd/regl/b20_14p/Main.htm (Дата обращения - 20.05.2022)
- Рощина Я.М. (2016). Стиль жизни в отношении здоровья: имеет ли значение социальное неравенство? *Экономическая социология*, 17 (3), 13-36.
- Стародубова А.В., Стародубов В.И. (2017). Тенденции, возрастные и региональные особенности заболеваемости ожирением населения Российской Федерации в 1992—2012 гг. *Профилактическая медицина*, 20(6), 32-40. <https://doi.org/10.17116/profmed201720632-40>
- Халтурина Д.А., Замятина Е.С., Зубкова Т.С. (2021). Вклад курения в смертность в России в 2019 году. *Демографическое обозрение*, 8(1), 81-105. <https://doi.org/10.17323/demreview.v8i1.12394>
- Школьников В.М., Червяков В. (2000). Политика по контролю кризисной смертности в переходный период. Программа развития ООН/Международный институт семьи. <http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/krizis/krizis.pdf>
- Becker G.S., Murphy K.M. (1988). A Theory of Rational Addiction. *Journal of Political Economy*, 96(4), 675-700. <https://doi.org/10.1086/261558>
- Cockerham W.C. (2007). Health lifestyles and the absence of the Russian middle class. *Sociology of Health & Illness*, 29(3), 457-473. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.00492.x>
- Cockerham W.C. (2013). Bourdieu and an Update of Health Lifestyle Theory. In: W.C. Cockerham (Ed.). *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory*. Springer Science+Business Media Dordrecht (Chapter 7, pp. 127-154). https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_7

- Cohen D.A., Scribner R.A., Farley T.A. (2000). A Structural Model of Health Behavior: A Pragmatic Approach to Explain and Influence Health Behaviors at the Population Level. *Preventive Medicine*, 30(2), 146–154. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0609>
- Danilova I., Shkolnikov V.M., Andreev E. and Leon D.A. (2020), The changing relation between alcohol and life expectancy in Russia in 1965–2017. *Drug Alcohol Rev*, 39(7), 790-796 <https://doi.org/10.1111/dar.13034>
- Denisova I. (2010). Adult mortality in Russia. *Economics of Transition*, 18(2), 333-363. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0351.2009.00384.x>
- Dennis B.H., Zhukovsky G.S., Shestov D.B., Davis C.E., Deev A.D., Kim H., Tyroler H.A. (1993). The association of education with coronary heart disease mortality in the USSR Lipid Research Clinics Study. *Int J. Epidemiol*, 22(3), 420-427. <https://doi.org/10.1093/ije/22.3.420>
- Eurostat (2020). Health in the European Union – facts and figures. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Health_in_the_European_Union_%E2%80%93_facts_and_figures (Дата обращения - 20.05.2022)
- Eurostat (2022). Eurostat Database. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database> (Дата обращения - 15.05.2022)
- Grossman M., Chaloupka F.J., Anderson R. (1998). A Survey of Economic Models of Addictive Behaviour. *Journal of Drug Issues*. 28(3), 631-643. <https://doi.org/10.1177/002204269802800304>
- Gochman D.S. (Ed.) (1997). *Handbook of health behavior research*. New York, NY: Plenum. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1760-7>
- Iakunchykova O., Averina M., Kudryavtsev A.V., Wilsgaard T., Soloviev A., Schirmer H., ... Leon D.A. (2020). Evidence for a direct harmful effect of alcohol on myocardial health: a large cross-sectional study of consumption patterns and cardiovascular disease risk biomarkers from Northwest Russia, 2015 to 2017. *Journal of the American Heart Association*, 9(1), e014491. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.014491>
- Malyutina S., Bobak M., Kurilovitch S., Gafarov V., Simonova G., Nikitin Y., & Marmot M. (2002). Relation between heavy and binge drinking and all-cause and cardiovascular mortality in Novosibirsk, Russia: a prospective cohort study. *The Lancet*, 360(9344), 1448-1454. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)11470-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11470-X)
- Melberg H.O., Rogeberg O.J. (2010). Rational Addiction Theory: A Survey of Opinions. *Journal of Drug Policy Analysis*. 3(1), article 5. https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2008/2008_7.pdf
- Rechel B., Mladovsky P., Ingleby D., Mackenbach J.P., McKee M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*, 381(9873), 1235–1245. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62086-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62086-8)
- Rogeberg O. (2004) Taking Absurd Theories Seriously: Economics and the Case of Rational Addiction Theories. *Philosophy of Science*. 71(3): 263-285. <https://doi.org/10.1086/421535>
- Sen Amartya (1998). Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *The Economic Journal*, 108(446), 1-25. <https://doi.org/10.1111/1468-0297.00270>

- Shkolnikov V., Chervyakov V., McKee M., Leon D. (2004). Russian mortality beyond vital statistics: Effects of social status and behaviours on deaths from circulatory disease and external causes - a case-control study of men aged 20-55 years in Udmurtia, 1998-99. *Demographic Research*, Special Collection 2, Article 4, 71-104. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2004.S2.4>
- WHO (2009). Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>
- Yakovlev E. (2018). Demand for alcohol consumption in Russia and its implication for mortality. *American Economic Journal: Applied Economics*, 10(1):106-49. <https://doi.org/10.1257/app.20130170>
- Zaridze D., Lewington S., Boroda A., Scélo, G., Karpov, R., Lazarev, A. ... Peto R. (2014). Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults. *The Lancet*, 383(9927), 1465-1473. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62247-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62247-3)