

DOI: [10.14515/monitoring.2023.1.2307](https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.1.2307)



Н. Н. Егорова, Н. М. Лавренюк-Исаева, М. В. Франц

СОЦИАЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ ЛИЧНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕРМИНАНТ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Правильная ссылка на статью:

Егорова Н. Н., Лавренюк-Исаева Н. М., Франц М. В. Социальная зрелость личности среди детерминант здоровьесберегающего поведения // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2023. № 1. С. 251—278. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.1.2307>.

For citation:

Egorova N. N., Lavrenyuk-Isaeva N. M., Frants M. V. (2023) Personal Social Maturity among Determinants of Health-Saving Behavior. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 1. P. 251–278. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2023.1.2307>. (In Russ.)

Получено: 30.08.2022. Принято к публикации: 08.12.2022.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗРЕЛОСТЬ ЛИЧНОСТИ СРЕДИ ДЕТЕРМИНАНТ ЗДОРОВЬЕСБЕ- РЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

*ЕГОРОВА Наталия Николаевна — док-
тор медицинских наук, ученый секре-
тарь, Академия наук Республики Баш-
кортостан, Уфа, Россия*
E-MAIL: profanrb@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3663-9132>

*ЛАВРЕНЮК-ИСАЕВА Наталья Михай-
ловна — кандидат социологических
наук, доцент, Уфимский университет на-
уки и технологий, Уфа, Россия*
E-MAIL: nmlavr@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0002-4843-4161>

*ФРАНЦ Марина Валерьевна — канди-
дат технических наук, доцент, Уфим-
ский университет науки и технологий,
Уфа, Россия*
E-MAIL: tan-marina@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0002-5324-2463>

Аннотация. Работа посвящена изуче-
нию факторов, влияющих на склон-
ность индивидов к здоровьесбере-
жению. Исследование базируется
на данных репрезентативного социоло-
гического исследования, прове-
денного в Республике Башкортостан
в 2015 г., объем выборки — 6264 ре-
спондента. Для измерения двух ла-
тентных переменных — локус-контроля
и склонности к здоровьесбережению —
применялась двухпараметрическая ло-
гит-модель (2PL), обоснованная в рам-
ках IRT-теории. Влияние разных групп
факторов на склонность к здоровье-
сбережению изучалось с применени-
ем регрессионного анализа.

Работа базируется на активно-деятель-
ностном подходе, который рассматри-

PERSONAL SOCIAL MATURITY AMONG DETERMINANTS OF HEALTH-SAVING BEHAVIOR

*Natalia N. EGOROVA¹ — Dr.Sci. (Med.),
Scientific Secretary*
E-MAIL: profanrb@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3663-9132>

*Natalya M. LAVRENYUK-ISAIEVA² — Cand.
Sci. (Soc.), Assistant Professor*
E-MAIL: nmlavr@yandex.ru
<https://orcid.org/0000-0002-4843-4161>

*Marina V. FRANTS² — Cand. Sci. (Tech.),
Assistant Professor*
E-MAIL: tan-marina@mail.ru
<https://orcid.org/0000-0002-5324-2463>

¹ Academy of Sciences of Bashkortostan, Ufa, Russia

² Ufa University of Science and Technologies, Ufa, Russia

Abstract. The study deals with factors
influencing the propensity of individual
health preserving behavior. Empirically, it
bases on data from a representative sociolo-
gical survey conducted in the Republic
of Bashkortostan in 2015 ($N = 6264$).
To measure two latent variables — propen-
sity to preserve health and locus of
control, the authors use a two-parameter
logit model (2PL) developed within the
framework of the IRT theory. The influ-
ence of different groups of factors on the
propensity to preserve health is studied
using regression analysis.

The study employs an activity approach.
It considers health-saving behavior as
a process (1) taking place under cer-
tain conditions and requiring a certain
set of resources (knowledge, time, mon-

вает здоровьесберегающее поведение как процесс, во-первых, протекающий в определенных условиях и требующий для своей реализации определенного набора ресурсов (знаний, времени, денег и т. п.); во-вторых, протекающий осознанно, возможный только при наличии побудительных мотивов и их относительно высокой субъективной актуальности; в-третьих, как организованный и системный, требующий приложения индивидуальных усилий к своему планированию и осуществлению. В связи с этим в анализ были включены шесть групп факторов: демографические, семейные, культурно-образовательные, социально-экономические, побудительно-мотивационные, социальной зрелости. Установлено, что наибольший вклад в объяснение разного уровня склонности индивидов к здоровьесберегающему поведению вносят демографические факторы, при этом особенно велика роль пола. Из факторов социальной зрелости субъекта значимое отрицательное влияние на склонность к здоровьесбережению оказывает неуверенность в завтрашнем дне, значимо положительное — наличие относительно длинного горизонта планирования и интернальный локус-контроль. Результаты теоретического и эмпирического анализа могут быть интересны и полезны специалистам в области управления и экономики в сфере здравоохранения, профильным некоммерческим организациям.

Ключевые слова: здоровьесберегающее поведение, социальная зрелость, локус-контроль, латентные переменные, многофакторный регрессионный анализ

ey, etc.) for its implementation, (2) proceeding consciously, possible only in the presence of incentive motives and their relatively high subjective relevance and (3) being organized and systemic and therefore requiring the application of individual efforts to its planning and implementation. Thereby, the authors include six groups of factors in the analysis, namely: demographic, family, cultural and educational, socioeconomic, motivational, and social maturity indicators. The study shows that demographic factors make the greatest contribution to explaining the different levels of inclination of individuals to health-saving behavior, and the role of gender is especially prominent. In the group of factors characterizing social maturity, statistically significant effects on the propensity to save health are observed for uncertainty about the future (negative impact), the presence of a relatively long planning horizon and internal locus of control (positive impact). The results of the study might be useful for improving the state policy in the field of health saving.

Keywords: health-promoting behavior, personal maturity, locus of control, latent variables, multifactor regression

Введение

Несмотря на многочисленные инициативы, предпринимаемые руководством страны с целью улучшения ситуации, высокий уровень заболеваемости и смертности, а также низкая продолжительность здоровой жизни остаются одними из «болевых точек» современного российского общества. Болезни сердечно-сосудистой системы, онкологические, хронические респираторные заболевания и диабет становятся причинами смерти более чем в 75 % случаев [Бойцов, Деев, Шальнова, 2017]. Общеизвестно, что эти заболевания возникают в связи с поведенческими факторами, то есть образом жизни людей, включая физическую активность, питание, контроль за состоянием здоровья, пристрастие к курению и алкоголю и т. п. [Ладик, Шипилов, Воронин, 2019]. Это наводит на мысль, что проблема улучшения состояния здоровья населения выходит далеко за рамки медицины и здравоохранения и не может быть решена без работы над повышением склонности населения к здоровьесберегающему поведению.

Жизнь и здоровье — ключевые общепризнанные ценности. По данным ВЦИОМ¹, собственное здоровье и здоровье членов семьи важно для подавляющего большинства россиян (78—95 % в разные годы в период с 2005 по 2020 г.). Однако между заявлением ценности и реальными здоровьесберегающими практиками наблюдается разрыв. Согласно опросам ВЦИОМ, проводившимся с 2006 по 2017 г., только 30—40 % респондентов отказались от курения и употребления алкоголя ради сохранения здоровья, лишь 25—34 % в случае болезни сразу обращаются к врачам и выполняют все их требования, 12—24 % занимаются физической культурой и спортом, 11—27 % регулярно проверяют свое здоровье и проходят диспансеризацию, 16—28 % правильно питаются².

Важность увеличения склонности населения к здоровьесберегающему поведению осознана довольно давно и закреплена в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, а также поддержана вполне определенными организационными механизмами в рамках системы здравоохранения. Особая роль отводится специализированным центрам здоровья, функционирующим в России с 2009 г. На них возлагаются большие надежды по развитию у населения приверженности к сохранению здоровья, соблюдению рекомендаций врачей для повышения качества жизни, сохранения и восстановления трудоспособности и активного долголетия, повышению уровня знаний и приобретение практических навыков по ведению здорового образа жизни [Погосова и др., 2014].

Повысить склонность населения к здоровьесберегающему поведению невозможно без понимания факторов и механизмов, способствующих и препятствующих его формированию. В связи с этим цель нашего исследования — провести теоретический и эмпирический анализ детерминант здоровьесберегающего поведения. В практической плоскости результаты такого анализа будут прежде всего полезны центрам общественного здоровья и медицинской профилактики, явля-

¹ Здоровье, семья и безопасность // ВЦИОМ. 2020. 8 июня. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=10318> (дата обращения 14.06.2022).

² Данные исследования о физической активности россиян и соблюдении определенного режима питания // ВЦИОМ. 2017. 18 мая. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=1223> (дата обращения: 14.06.2022).

ющимся главными форпостами в сфере профилактики неинфекционных заболеваний [Железова, Мингазова, 2021], в задачи которых входит взаимодействие с различными социальными институтами в целях формирования среди населения приверженности здоровому образу жизни.

Помимо традиционно используемых факторов, в нашей работе в анализ включены индикаторы социальной зрелости личности, что формирует основную научную новизну исследования. Эмпирическая часть базируется на материалах социологического опроса, проведенного в Республике Башкортостан в 2015 г. В работе использовались методы описательной статистики и визуализации, подходы IRT-теории для оценки латентных свойств, а также многофакторный регрессионный анализ.

Статья построена следующим образом: в первом разделе обсуждаются подходы к изучению здоровьесберегающего поведения. Во второй части дается обзор эмпирических исследований по схожей тематике. В третьем разделе формулируются гипотезы исследования. Четвертый раздел посвящен описанию информационной базы и методики. В пятом приводятся и обсуждаются результаты эмпирического анализа, формулируются выводы и рекомендации прикладного характера. В заключении акцентируется внимание на универсальности и специфичности исследованных факторов.

1. Теоретический бэкграунд исследования

Здоровьесберегающее поведение находится в фокусе внимания нескольких научных дисциплин, ключевые среди которых — медицина, экономика и социология.

Медико-демографическое направление сфокусировано на диагностике здоровья населения, предупреждении развития заболеваний и роли образа жизни пациентов в этом процессе, а также оценке изменений в уровне и структуре рождаемости, заболеваемости, смертности, продолжительности жизни [Ладик, Шипилов, Воронин, 2019].

В экономической науке активно развивается относительно новое направление — экономика здоровья [Morris et al., 2012; Цехла, Плугарь, 2017]. В его рамках здоровье рассматривается как значимое для большинства благо и как компонент человеческого капитала. Любые действия, предпринимаемые для сохранения и улучшения здоровья, считаются инвестициями в человеческий капитал, определяющими темпы экономического роста и общественного развития.

Социологи изучают здоровьесберегающее поведение, отталкиваясь от представления о человеке как о биосоциокультурной единице. Согласно классике отечественной социологии В. А. Ядову, «Личность — устойчивая целостность социально-типических и индивидуальных свойств, потенций и способностей к активному действию, ее самосознание, реализуемые в практической деятельности» [Ядов, 2007: 46—50]. По этому определению, личность, с одной стороны, является продуктом того социума, в котором она формируется и существует, а с другой — организует свою деятельность в соответствии с индивидуальностью и субъектной позицией в восприятии окружающей действительности. Этот дуализм проявляется в существовании двух взаимодополняющих подходов к изучению здоровьесберегающего поведения — институционального и активно-деятельностного. Институциональный подход сфокусирован на роли социальных институтов в формировании ценност-

ных и поведенческих установок на здоровьесберегающее поведение индивидов. Активно-деятельностный подход рассматривает такое поведение как процесс, во-первых, протекающий в определенных условиях и требующий для своей реализации конкретного набора ресурсов (знаний, времени, денег и других); во-вторых, протекающий осознанно, возможный только при наличии побудительных мотивов и их относительно высокой субъективной актуальности; в-третьих, как организованный и системный, требующий приложения индивидуальных усилий к своему планированию и осуществлению, а следовательно, социальной зрелости личности, предполагающей развитость личностных компетенций этой направленности.

С позиции институционального подхода наиболее изучена роль следующих социальных институтов: семья, образование, здравоохранение, религия [Бредихина, 2009; Лисина, 2015; Тюмасева и др., 2018; Гладкова, Ваганова, Кутепова, 2019]. Система образования оказывает значительное влияние на формирование здоровьесберегающего поведения как напрямую, то есть через изучение определенных предметов, так и опосредованно — через воспроизводство и развитие материальной и духовной культуры. Система здравоохранения выполняет функции социального института, регулирующего на научной основе здоровьесберегающее поведение и обеспечивающего социальное взаимодействие по поводу поддержания и восстановления здоровья. Огромное значение имеет научная и просветительская функции, связанные с изучением поведенческих практик — как способствующих, так и угрожающих поддержанию здоровья, распространению знаний о них среди населения. Влияние института религии на склонность к здоровьесбережению проявляется в следовании ограничительным практикам поведения и упорядочении ритма жизни верующих в соответствии с правилами конфессий.

В работе Н. В. Бредихиной обсуждаются многочисленные функции родительской семьи, имеющие значение для формирования здорового образа жизни: приобщение индивида к социуму и культуре, ценностям и нормам поведения [Бредихина, 2009]. Роль родительской семьи особенно важна потому, что ее воздействие начинается раньше всего остального и продолжается наиболее интенсивно на ранних стадиях формирования личности. Значительное влияние на здоровьесберегающее поведение оказывает и собственная семья индивида, в которой проявляется забота о ее членах, оказываются хозяйственно-бытовые услуги, удовлетворяются в социально одобряемых формах сексуальные нужды, гигиенические запросы, оказываются социально-психологическая защита и эмоциональная стабилизация, реализуются потребности в любви и счастье. Представляется, что в плане здоровьесбережения имеют значение материальное и эмоциональное благополучие в семье. Определенное материальное благополучие необходимо как источник ресурсов для реализации здоровьесберегающих практик. Эмоциональное благополучие может служить побудительным стимулом к здоровьесбережению.

С позиции активно-деятельностного подхода исследуется роль типа поселения в здоровьесберегающем поведении в качестве среды, формирующей условия для реализации запроса субъекта в плане сохранения здоровья. Роль инфраструктуры здоровьесбережения анализируется, например, в работах Е. Г. Брындына, В. И. Бояринцева и др. [Брындин, Брындына, 2018; Бояринцев, Рожкова, Чесноков, 2014]. Разные типы поселения формируют разную доступность для занятий

спортом и физической культурой, получения медицинских услуг, а также другие параметры комфорта жизненной среды. Развитая инфраструктура и активное использование спортивных тренажеров, мода на сбережение или разрушение здоровья, плотность общественных спортивных и физкультурных событий создают особую мотивацию и механизмы вовлечения.

В данном исследовании особое внимание уделяется изучению *социальной зрелости личности* как фактора здоровьесберегающего поведения в связи с тем, что этому аспекту до сих пор не уделялось значительного внимания. В социологии предложено много характеристик феномена зрелости личности, раскрываемых с позиций личностных детерминант (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, А. Г. Асмолов) [Карпова, 2011], «современной личности» (А. Инкелес) [Inkeles, Smith, 1974], инновационной личности (Э. Хаген) [Hagen, 1964], так как зрелой может быть личность только в контексте динамики системы норм и ценностей конкретного общества. На наш взгляд, наиболее удачно определение В. Сатира: «Это такое состояние, в котором данное человеческое существо в полной мере отвечает за самого себя. Зрелым можно считать человека, который способен осуществлять выбор и принимать решения на основании точного восприятия самого себя, окружающих и ситуации, в которой он находится, кто берет на себя ответственность за эти выборы и эти решения, за любое их последствие» [Сатир, 2000: 153]. Поведение социально зрелого субъекта основано на следующих личностных компетенциях: «рефлексия, активность, ответственность, самостоятельность, умение конструктивно взаимодействовать с окружающей средой» [Жесткова, 2013: 129], а также на факторах личностной детерминации: саморегуляции эмоциональных состояний, произвольной мотивации, истории жизни и опыта значимых отношений т. д. [Карпова, 2011].

Социальный инфантилизм как антипод социальной зрелости раскрывается в теории выученной беспомощности М. Селигмана [Seligman, 1978] и описывает негативное влияние на поведение и здоровье человека тех сложных ситуаций, в которых индивид не может установить связь между своими действиями и изменением окружающей обстановки. Выученную беспомощность ряд специалистов даже относят к поведенческому типу, который может способствовать развитию онкологических заболеваний [Фролова, 2003; Шустов, 2005]. Соответственно, социальный инфантилизм может способствовать здоровьеразрушающему поведению.

Концепция социальной зрелости/инфантилизма во многом созвучна теории субъективной локализации Дж. Роттера [Rotter, 1954]. Автор выделяет две разновидности локуса контроля — экстернальный и интернальный. При экстернальном типе локуса контроля индивид полагает, что его успехи и неудачи в основном определяются внешними обстоятельствами, а при интернальном, напротив, возлагает ответственность за свою жизнь на самого себя. В соответствии с определением В. Сатира, зрелой личности должен быть присущ интернальный локус-контроль, инфантильной — экстернальный.

Ряд исследований указывают на то, что социальная зрелость и инфантилизм могут быть обусловлены особенностями родительского воспитания. Например, в работе А. М. Федоровой [Федорова, 2019] установлено, что родительское воспитание может оказывать инфантилизирующее воздействие на детей и подростков, занимающихся музыкой, по причине гиперопеки.

Таким образом, здоровьесбережение представляет собой междисциплинарный объект исследования, имеющий экономическую, медицинскую, социологическую проекции. Склонность индивида к здоровьесбережению формируется в результате действия множества факторов, включая институциональные, средовые и личностно-психологические. Проявление этих факторов зависит от социальной зрелости или социального инфантилизма личности.

2. Обзор эмпирических работ, посвященных изучению детерминант здоровьесберегающего поведения

Исследования, посвященные анализу факторов, оказывающих влияние на склонность индивида к здоровьесбережению, активно ведутся по всему миру уже довольно давно. В большинстве статей [Paulik et al., 2010; Хоркина и др., 2022; Бобрецова, Плаксин, 2010] в фокусе внимания оказывается определенная социальная группа (сельское население, молодежь, профессиональные сообщества, беременные женщины, школьники и др.). Реже встречаются работы, использующие общенациональные или региональные данные [Qi, Phillips, Norman, 2006; Reeves, Rafferty, 2005]. Не претендуя на полноту, в настоящем обзоре мы более детально рассмотрим несколько работ, схожих с настоящим исследованием в плане используемых данных и методов и поэтому пригодных для сопоставления результатов.

Работа М. Ривза и А. Раферти [Reeves, Rafferty, 2005] выполнена на данных общенационального опроса, проводимого в США. Использовалась волна 2000 г., выборочная совокупность составила 164 940 респондентов. В качестве меры склонности индивида к здоровьесбережению использовался индекс, представляющий собой количество здоровьесберегающих практик, реализуемых респондентом. Оказалось, что только 3% американцев реализуют все аспекты здоровьесберегающего поведения. Чуть выше этот процент среди людей с высоким уровнем дохода и образования, среди женщин, людей старше 55 лет и младше 24 лет, а также тех, кто оценивает свое здоровье как отличное.

В исследовании ученых из Королевского университета в Кингстоне, Канада, детерминанты здорового образа жизни изучались на базе опроса, проведенного в Канаде в 1998—1999 гг., объем наблюдений — 13 756 [Qi, Phillips, Norman, 2006]. В качестве факторов использовались: пол, возраст, семейный статус, уровень дохода, уровень образования, индекс массы тела, тип местности проживания, доступность медицинского обслуживания. Индикаторы здоровьесберегающего поведения — курение, избыточное употребление алкоголя, физическая активность, контроль кровяного давления. Влияние факторов на каждый из индикаторов здоровьесберегающего поведения рассматривалось отдельно. Установлено, что женский пол, одинокий семейный статус, проживание в городе, более низкий индекс массы тела и высокий уровень дохода значимо положительно влияют на физическую активность. В отношении риска курения значимыми оказались такие факторы, как низкий уровень образования, молодой возраст, одинокий семейный статус, более низкий индекс массы тела, мужской пол.

Анализу факторов здоровьесберегающего поведения сельского населения Венгрии посвящена работа Э. Паулик соавторов [Paulik et al., 2010]. В исследовании

используются данные опроса, проведенного в 2006 г., объем выборки — 3 380 респондентов. В качестве меры склонности респондента к здоровьесберегающему поведению использовался индекс, представляющий собой число практик, реализуемых респондентом. В качестве детерминант применялись: пол, возрастная группа, уровень образования, семейный статус, материальное благополучие, самооценка здоровья, а также несколько аспектов, характеризующих населенный пункт проживания респондента. Авторы установили, что женщины, индивиды с высокой оценкой своего здоровья, с более высоким цензом образования, лучшим материальным положением, проживающие в экономически более развитых населенных пунктах более склонны вести здоровый образ жизни.

В статье С. В. Бобрецовой, В. А. Плаксина [Бобрецова, Плаксин, 2010] анализируется отношение к здоровью у сестринского персонала. Авторы отметили, что, несмотря на понимание значимости здорового образа жизни, анкетлируемые на деле далеко не всегда соблюдают его принципы. Довольно широко среди медсестер распространены табакокурение (34,9%) и несоблюдение режима питания (66%).

М. Д. Петраш, О. Ю. Стрижицкая, И. Р. Муртазина [Петраш, Стрижицкая, Муртазина, 2018] рассматривали связь склонности к здоровьесбережению и отношения к болезни. В исследовании приняли участие 413 жителей Санкт-Петербурга. Авторы установили, что отдельные аспекты здоровьесбережения по-разному выражены в зависимости от возрастной группы и пола респондента. Женщины более склонны связывать здоровый образ жизни с культурой питания, мужчины — с физической активностью. Молодежь чаще не соблюдает режим сна, а люди среднего и старшего возраста чаще курят. Кроме того, авторы указали, что эргопатический тип отношения к болезни имеет позитивный эффект на формирование здорового образа жизни.

Особенностям здоровьесберегающего поведения российской молодежи посвящена работа Н. А. Хоркиной и др. [Хоркина и др., 2022], в которой использовались данные РМЭЗ НИУ ВШЭ (RLMS HSE), объем наблюдений — 9 914 человек. Целью исследования было изучение связи между физической активностью индивида и такими вредными привычками, как курение и употребление алкоголя. Установлено, что для молодых респондентов обоих полов до достижения определенного возраста растет вероятность потребления алкоголя и курения, после чего значение данных показателей начинает уменьшаться; более высокий уровень образования отрицательно коррелирует с вероятностью потребления алкоголя и табака, а наличие работы повышает вероятность курения и потребления алкоголя как для мужчин, так и для женщин; вероятность потребления спиртных напитков для респондентов обоих полов положительно связана с уровнем дохода, в то время как связь вероятности курения с доходом не установлена.

Как следует из обзора, чаще всего при изучении детерминант здоровьесберегающего поведения применяются базовые характеристики, такие как пол, возраст, образование, тип местности проживания, семейный статус. Также довольно часто принимается во внимание самооценка здоровья. Включение в анализ личностных качеств встречается весьма редко. Только в работе М. Д. Петраш, О. Ю. Стрижицкой, И. Р. Муртазиной [Петраш, Стрижицкая, Муртазина, 2018] имело место изучение отношения индивида к болезни как фактора формирования

здоровьесберегающего поведения. Работ с анализом факторов социальной зрелости нам найти не удалось.

3. Формулировка гипотез исследования

Проведенный теоретический и эмпирический анализ по тематике здоровьесберегающего поведения и его детерминант позволяет сделать следующие выводы.

1) Здоровьесберегающее поведение формируется в результате влияния большого числа институциональных и активно-деятельностных факторов.

2) Типовыми факторами в качестве детерминант здоровьесберегающего поведения в эмпирических исследованиях являются: пол, возраст, уровень дохода, образования, семейный статус, статус занятости, самооценка здоровья, характеристики местности проживания. При этом в разных социальных общностях эти факторы могут играть разные роли.

3) Работы российских специалистов посвящены изучению отдельных социальных групп, поэтому выводы носят ограниченный характер. Нам не удалось найти работу по схожей тематике, выполненную на общероссийских или региональных данных.

В связи с этим формулируется первая гипотеза исследования: *в российских реалиях роль и вес типовых факторов здоровьесберегающего поведения могут отличаться от тех, что были определены на базе эмпирического материала других стран.*

4) Роль личностных качеств (убеждения, ценности, психологические особенности, мировоззренческие установки и т.п.) в здоровьесбережении обсуждается на теоретическом уровне, но практически никогда не принимается во внимание в эмпирических исследованиях.

В силу того, что здоровьесберегающее поведение требует, во-первых, осознанного подхода, во-вторых, приложения значительных усилий к планированию и реализации, можно выдвинуть вторую рабочую гипотезу: *более социально зрелая личность — как личность, в большей мере возлагающая ответственность за свою жизнь на саму себя, — должна демонстрировать большую склонность к здоровьесбережению и, соответственно, большую вариативность практик здоровьесберегающего поведения. И наоборот, чем более социально инфантильной является личность, тем ниже склонность к здоровьесбережению и менее вариативны здоровьесберегающие практики.*

4. Информационная база и методика исследования

Работа базируется на данных репрезентативного опроса «Разработка Стратегии социально-экономического развития Республики Башкортостан», проведенного Институтом стратегических исследований Академии наук Республики Башкортостан. Объект исследования — население РБ в возрасте от 18 до 75 лет. Выборка районированная по социально-экономическим зонам РБ, стратифицированная, с квотированием на этапе отбора в домохозяйстве по полу и возрасту. Объем выборки — 6 264. Метод исследования — анкетирование. Сроки проведения полевых работ: июль — октябрь 2015 г.

На базе изучения теоретических основ и обзора эмпирических работ по проблематике здоровьесбережения в рамках анализа характеристик условий и ресурсов авторами включены следующие факторы:

- демографические (пол и возрастная группа);
- социально-экономические (материальное положение, тип поселения для проживания);
- культурно-образовательные (уровень образования, религиозный статус, национальность);
- семейные (семейное положение, количество детей у индивида, количество детей в родительской семье).

В качестве индикаторов наличия побудительных мотивов к здоровьесбережению и их субъективной актуальности были использованы следующие характеристики:

- самооценка уровня здоровья как специфический побудительный мотив;
- самооценка уровня счастья как неспецифический побудительный мотив в связи с комплексным представлением об уровне счастья как индикаторе социального развития, которое невозможно без формирования социальной зрелости личности [Шматова, Морев, 2015].
- приоритетность улучшения здоровья по сравнению с другими целями.

В качестве важных в плане здоровьесберегающего поведения индикаторов социальной зрелости субъекта использовались:

- локус-контроль как склонность человека считать себя ответственным за свое здоровье или перекладывать ответственность на других;
- уровень доверия как индикатор способности выстраивать отношения с агентами поддержки здоровья (врачами, тренерами, экспертами, фармацевтами, блогерами);
- горизонт планирования будущего как индикатор способности к реализации такого длительного, системного, ресурсозатратного процесса, как сохранение здоровья в течение всей жизни;
- уверенность в будущем как индикатор наличия сил и возможностей к долгой и здоровой жизни.

Большинство факторных переменных были получены из ответов респондентов на вопросы анкеты обычными статистическими приемами (перекодировка, группировка), описательная статистика приведена в Приложении.

Две переменные: склонность к здоровьесбережению и локус-контроль субъекта — в силу своей многоаспектной природы были получены на базе ответов респондентов на несколько частных вопросов с помощью двухпараметрической логит-модели (2PL), обоснованной в рамках IRT-подхода. В фокусе внимания IRT-подхода находится задача построения математической модели, связывающей выраженность некоторого латентного качества личности, не поддающегося прямому измерению, с набором наблюдаемых переменных. 2PL-модель, используемая в работе, предполагает, что наблюдаемые переменные являются бинарными, в то время как выраженность латентного качества — непрерывная величина. Вероятность того, что i -я наблюдаемая переменная примет значение, равное 1, зависит от трех величин: выраженности латентного качества у p -го индивида (θ_p), чувствительности i -й наблюдаемой переменной к латентному качеству (a_i) и «сложности» i -й наблюдаемой переменной (b_i). Математическое соотношение, связывающее перечисленные величины, имеет вид (1). В формуле (1) $\sigma(\cdot)$ — логи-

стическая функция, описываемая формулой (2). В результате эконометрических расчетов по модели (1) можно оценить все перечисленные параметры — θ_p , b_i , a_i . Наибольший интерес представляет собой θ_p как количественная оценка выраженности латентного качества, в то время как параметры b_i , a_i отражают ценность i -й наблюдаемой переменной. Чем больше b_i , тем выше требуется уровень скрытого латентного свойства для того, чтобы наблюдать значение 1 в i -й наблюдаемой переменной. Чем выше a_i , тем лучше i -я наблюдаемая переменная «реагирует» на изменения в латентном свойстве.

$$p(Y_{p,i}) = 1 | \theta_p, a_i, b_i = \sigma(a_i \theta_p - b_i) \quad (1)$$

$$\sigma(x) = \frac{e^x}{(1 + e^x)} \quad (2)$$

В отношении склонности к здоровьесбережению в качестве наблюдаемых переменных использовались ответы респондентов на ряд вопросов, отражающих отдельные его аспекты, описательная статистика по которым приведена в таблице 1.

Таблица 1. **Описательная статистика распространенности здоровьесберегающих практик**

Аспект здоровьесбережения	Кодировка	Абсолютная частота	Относительная частота
1. Курение	1 — совсем не курит	4522	73,31
	0 — иначе	1647	26,69
2. Алкоголь	1 — не употреблял ни пиво, ни вино, ни крепкий алкоголь в течение последних 30 дней	2253	36,78
	0 — иначе	3872	62,22
3. Соблюдение диеты	1 — соблюдал диету, воздерживался от вредных продуктов более — менее регулярно в течение последних 12 месяцев	1301	20,77
	0 — иначе	4963	79,23
4. Физическая активность	1 — Занимался спортом или физическими упражнениями более — менее регулярно в течение последних 12 месяцев	1219	19,46
	0 — иначе	5045	80,54
5. Соблюдение режима	1 — Соблюдал правильный режим сна и отдыха более — менее регулярно в течение последних 12 месяцев	1227	19,59
	0 — иначе	5037	80,41
6. Медикаментозная поддержка	1 — Принимал медицинские препараты, витамины, БАДы и т. п. в профилактических целях более — менее регулярно в течение последних 12 месяцев	1564	24,97
	0 — иначе	4700	75,03

Аспект здоровьесбережения	Кодировка	Абсолютная частота	Относительная частота
7. Народная медицина	1 — Пользовался рецептами народной медицины более — менее регулярно в течение последних 12 месяцев	862	13,76
	0 — иначе	5402	86,24
8. Профилактическая активность	1 — Посещал врача или проходил обследования с профилактической целью более — менее регулярно в течение последних 12 месяцев	1241	19,81
	0 — иначе	5027	80,19

Источник: рассчитано авторами.

Как видно из таблицы 1, распространенность здоровьесберегающих практик среди населения невысока и в целом соответствует данным ВЦИОМ.

Описательная статистика по четырем частным вопросам для оценки локус-контроля приведена в таблице 2. В каждом из вопросов респонденту предлагалась пара суждений, ему требовалось выбрать то, с которым он согласен в большей степени.

Таблица 2. Описательная статистика по частным вопросам — индикаторам локус-контроля

№	Пара суждений	Кодировка	Абсолютная частота	Относительная частота
1	Я смогу сам обеспечить себя и свою семью и не нуждаюсь в поддержке государства	1	2297	38,64
	Без поддержки со стороны государства мне и моей семье выжить сложно	0	3648	61,36
2	Мне нравятся перемены, жить в меняющемся обществе	1	3329	57,40
	Все перемены к худшему, я хотел бы, чтобы мир оставался таким же	0	2471	42,60
3	Человек сам кузнец своего счастья, успех и неудача в его руках	1	4011	67,03
	Жизнь человека в большей степени определяется внешними обстоятельствами, чем его усилиями	0	1973	32,97
4	Главное — инициатива, предприимчивость, поиск нового в работе, жизни	1	3217	55,35
	Главное — это уважение сложившихся обычаев, традиций	0	2595	44,65

Источник: рассчитано авторами.

Как следует из таблицы 2, высокая оценка соответствует интеральному локус-контролю, низкая — экстеральному.

Влияние факторов на результативный показатель изучалось с применением линейного регрессионного анализа. Базовые категории факторов приведены в Приложении. В целях проверки устойчивости результатов были оценены три модели. Мо-

дель 1 включала только факторы, относящиеся к группе условий и ресурсов, включая демографические, семейные, социально-экономические, культурно-образовательные характеристики, в модель 2 дополнительно входили факторы, отражающие побудительные мотивы к здоровьесберегающему поведению и их субъективную приоритетность. В модели 3 были добавлены факторы социальной зрелости.

Относительная важность факторов оценивалась с применением метода факторной декомпозиции Img, описанного в работе Grömping U. [Grömping, 2006]. Метод позволяет получить вклад каждого из факторов в коэффициент детерминации. Преимущество данного подхода заключается в том, что сумма вкладов всех факторов получается в точности равной коэффициенту детерминации регрессионной модели, включающей все факторы.

5. Результаты и их обсуждение

5.1. Результаты оценивания латентных переменных на базе IRT-моделей

Оценки чувствительности и сложности частных вопросов, использующихся для измерения латентных переменных, приведены в таблицах 3 и 4 соответственно.

Таблица 3. *Результаты оценки 2PL-модели для измерения склонности индивида к здоровьесбережению*

Частные вопросы (для здоровьесбережения)	Чувствительность (a _j)	Сложность (b _j)
1. Курение	1,0399	-1,1769
2. Алкоголь	0,5678	1,0262
3. Соблюдение диеты	1,2328	1,3867
4. Физическая активность	0,4579	3,2375
5. Соблюдение режима	0,7500	2,0939
6. Медикаментозная поддержка	1,7334	0,9533
7. Народная медицина	1,3219	1,7924
8. Профилактическая активность	1,3970	1,3412

Источник: рассчитано авторами.

Как следует из таблицы 3, из всех компонент здоровьесберегающего поведения физическая активность и соблюдение режима имеют максимальную сложность, медикаментозная поддержка и профилактическая активность — максимальную чувствительность.

Таблица 4. *Результаты оценки 2PL-модели для измерения локус-контроля*

Частные вопросы (для локус-контроля)	Чувствительность (a _j)	Сложность (b _j)
1 пара суждений	0,7191	0,7145
2 пара суждений	1,5522	-0,2788
3 пара суждений	1,1928	-0,7589
4 пара суждений	1,4505	-0,2075

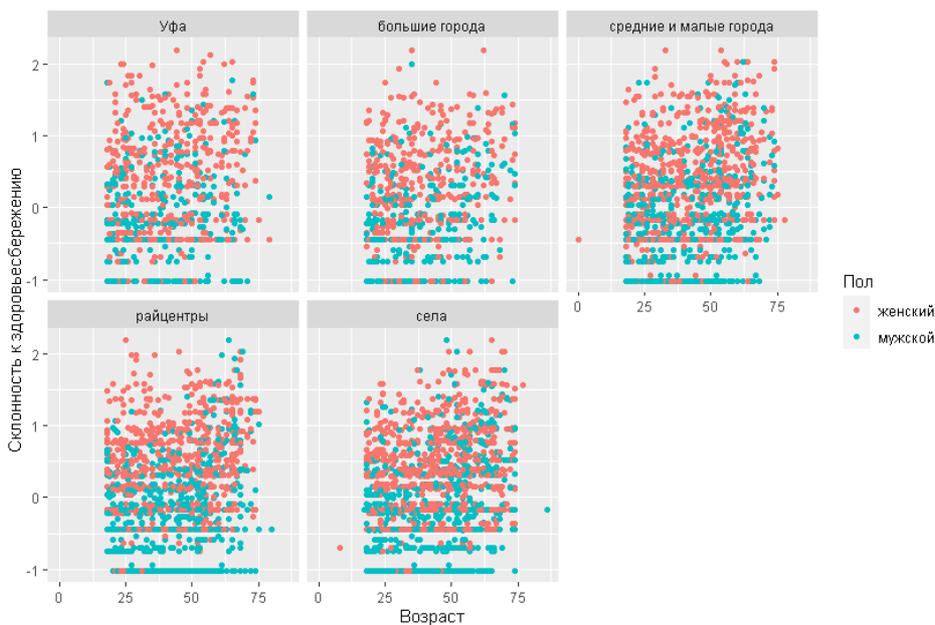
Источник: рассчитано авторами.

Таблица 4 показывает, что из всех пар суждений, используемых для определения локус-контроля, наибольшая сложность у первой пары суждений, а наибольшая чувствительность — у второй и четвертой. Непрерывная переменная, оценивающая локус-контроль индивида, перед включением в уравнение регрессии дискретизировалась на три уровня:

- интернальный, если значение непрерывной переменной попадало в верхний квартиль распределения;
- экстернальный, если значение непрерывной переменной попадало в нижний квартиль распределения;
- смешанный, использовавшийся в качестве базовой категории в регрессионном анализе.

Взаимосвязь склонности к здоровьесбережению с базовыми характеристиками индивида (пол, возраст, место проживания) приведена на рисунке 1.

Рис. 1. Связь склонности к здоровьесбережению с базовыми характеристиками³



Как видно из рисунка 1, из рассматриваемых базовых характеристик наибольшее значение имеет пол: женщины в значительно большей степени склонны к здоровьесберегающему поведению по сравнению с мужчинами.

5.2. Результаты регрессионного анализа и оценки вклада различных факторов

Результаты оценки регрессионных моделей приведены в таблице 6. Базовые категории предикторов указаны в Приложении.

³ Источник: сделано авторами.

Таблица 5. Результаты регрессионного анализа

Группа факторов	Фактор	Категория	Модель 1	Модель 2	Модель 3
			Оценки коэффициентов		
	Константа		0,399***	0,199***	0,117
Демографические	Пол	Мужской	-0,503***	-0,478***	-0,491***
		Женский	0,112***	0,105***	0,105***
	Возрастная группа	18—24	-0,185***	-0,105**	-0,121**
		25—34	-0,218***	-0,152***	-0,152***
		35—44	-0,169***	-0,140***	-0,123***
		55—64	0,170***	0,143***	0,162***
65 и более	0,326***	0,264***	0,283***		
Семейные	Количество детей в родительской семье	1	-0,036	-0,033	-0,031
		3	-0,011	-0,013	-0,011
		4	-0,009	-0,013	-0,007
		5	-0,063	-0,069*	-0,070*
		6	-0,043	-0,057	-0,032
		7 и более	0,019	0,003	0,017
	Количество детей у респондента	0	0,022	0,029	0,007
		1	0,039	0,045	0,035
		3	-0,032	-0,028	-0,030
		4 и более	-0,069	-0,068	-0,086
	Семейное положение респондента	в браке никогда не состоял	0,038	0,046	0,055
		живем вместе без регистрации	0,010	0,030	0,028
		нахожусь в разводе	-0,119***	-0,101**	-0,109**
		вдовец, вдова	0,022	0,047	0,062
Социально-экономические	Материальное положение респондента	самые бедные	-0,020	-0,027	-0,001
		выше среднего	0,025	0,025	0,013
		самые богатые	0,049	0,048	0,036
	Тип населенного пункта— места проживания	большие города	-0,104**	-0,124**	-0,125**
		средние и малые города	-0,071*	-0,089**	-0,095**
		Райцентры	-0,085*	-0,115***	-0,129***
Села	-0,112***	-0,145***	-0,145***		
Культурно-образовательные	Образование	ниже среднего	-0,102*	-0,114*	-0,096
		Высшее	0,143***	0,144***	0,119***
	Национальность	Русский	-0,040	-0,035	-0,026
		Татарин	-0,013	-0,018	-0,011
		Другое	-0,031	-0,040	-0,030
	Религиозный статус	Неверующий	-0,060*	-0,042	-0,035
		глубоко верующий	0,218***	0,210***	0,196***

Группа факторов	Фактор	Категория	Модель 1	Модель 2	Модель 3
			Оценки коэффициентов		
Побудительные мотивы и субъективная активность	Самооценка здоровья	Хорошее		0,042	0,039
		Удовлетворительное		0,091**	0,096**
		плохое или очень плохое		0,305***	0,332***
	Самооценка счастья	определенно счастлив		0,078***	0,080***
		затрудняюсь ответить		-0,086**	-0,040
		скорее нет, определенно нет		-0,044	0,006
	Приоритетность здоровья	Высокая		0,154***	0,168***
Социальной зрелости	Уверенность в завтрашнем дне	вполне уверен			0,005
		скорее не уверен, чем уверен			-0,015
		совершенно не уверен			-0,134**
		затрудняюсь ответить			-0,088***
	Планирование жизни	планирую на несколько месяцев			0,117***
		планирую примерно на год			0,090**
		планирую свою жизнь надолго			0,152***
	Локус— контроль	Экстернальный			0,021
		Интернальный			0,093***
	Уровень доверия	Высокий			0,018
	N		5346	5226	4910
	R ²		0,217	0,241	0,257

Примечание: Использовались робастные стандартные ошибки.

Уровни значимости: *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Источник: вычисления авторов.

Как следует из таблицы 6, мужчины при прочих равных условиях менее склонны к здоровьесберегающему поведению по сравнению с женщинами. Такая закономерность прослеживается и в других эмпирических работах [Reeves, Rafferty, 2005; Paulik et al., 2010]. Возраст также оказывает значимое влияние: респонденты более младших, чем базовая категория (45—54 лет), возрастных групп меньше, а более старших — больше занимаются здоровьесбережением. Ни одна из градаций единственного принятого во внимание фактора родительской семьи — числа детей — не показала значимого отличия в плане влияния на склонность к здоровьесберегающему поведению по сравнению с базовой, равно как и количество детей у самого индивида. Нахождение в разводе значимо отрицательно сказывается на склонности к здоровьесбережению по сравнению с жизнью в зарегистрированном браке. Интересно, что роль семейного положения в исследовании [Qi, Phillips, Norman 2006] получилась несколько другой: согласно результатам

этой работы, одинокий семейный статус, напротив, способствовал здоровьесберегающему поведению. Возможно, это связано с несовпадением категорий семейного статуса в инструментарии, так как рассматриваются две категории: наличие партнера и его отсутствие. В нашей работе пять категорий, из которых три можно трактовать как отсутствие партнера («холост / не замужем, в браке никогда не состоял»; «нахожусь в разводе, в браке не состою»; «вдовец, вдова»). Из них только одна — «нахожусь в разводе, в браке не состою» — значимо отрицательно сказывается на склонности к здоровьесбережению по сравнению с базовой категорией. Более детальный учет семейного статуса в нашей работе, возможно, позволил выделить категорию одиноких, менее склонных к здоровьесберегающему поведению.

Согласно нашим расчетам, материальное положение индивида не влияет значимо на его склонность к здоровьесбережению. Этот вывод не совпадает с результатами эмпирических работ других авторов. В некоторых исследованиях [Reeves, Rafferty, 2005; Qi, Phillips, Norman, 2006; Paulik et al., 2010] установлено, что более высокий уровень благосостояния способствует здоровьесберегающему поведению. Считаем, что этот момент требует дополнительного изучения на других массивах данных. На склонность к здоровьесберегающему поведению значимое влияние оказывает тип населенного пункта — места проживания. По сравнению с жителями мегаполиса проживающие в населенных пунктах другого типа менее склонны к здоровьесбережению, особенно жители сел. Этот вывод коррелирует с результатами других исследователей: проживание в городе отмечается как фактор, повышающий склонность к изучаемому поведению, в работе [Qi, Phillips, Norman, 2006], а проживание в экономически более развитых населенных пунктах — в статье Э. Паулик и соавторов [Paulik et al., 2010]. Индивиды с высшим образованием более склонны к здоровьесбережению по сравнению с людьми со средним образованием. Эта закономерность подтверждается и другими исследованиями [Reeves, Rafferty, 2005; Paulik et al., 2010].

Национальность индивида не влияет на склонность к здоровьесбережению. При этом религиозный статус, напротив, имеет значение: глубоко верующие, соблюдающие религиозные обряды люди более склонны к здоровьесберегающему поведению чем те, кто считает себя верующим, но не соблюдает религиозные обряды. Также наши результаты говорят о том, что низкий уровень самооценки здоровья увеличивает склонность к его сбережению. Интересно, что в работе М. Ривза и А. Раферти [Reeves, Rafferty, 2005] связь между самооценкой здоровья и склонностью к здоровьесбережению получилась иной: авторы отмечают, что люди, оценившие свое здоровье как отличное, более склонны к его сбережению. Индивиды, считающие себя счастливыми, при прочих равных условиях демонстрируют более выраженное здоровьесберегающее поведение, чем те, кто счастливым себя не чувствует. Также анализ показал, что высокая приоритетность здоровья значимо положительно сказывается на склонности к здоровьесбережению.

Полученные результаты в целом подтверждают первую гипотезу исследования о том, что в российских реалиях роль и вес типовых факторов здоровьесберегающего поведения могут отличаться от тех, что были определены на базе эмпирического материала других стран.

Из факторов социальной зрелости субъекта значимое отрицательное влияние на склонность к здоровьесбережению оказывает неуверенность в завтрашнем дне, значимо положительное — наличие относительно длинного горизонта планирования и высокий уровень индивидуальной активности. Проведенный анализ не выявил значимого влияния уровня доверия на склонность индивида к здоровьесбережению. Полученные результаты в целом подтверждают вторую гипотезу исследования о том, что более высокий уровень социальной зрелости личности положительно влияет на склонность к здоровьесбережению и разнообразие здоровьесберегающих практик.

Оценка относительной важности включенных в анализ факторов приведена в таблице 6.

Таблица 6. Относительная важность факторов здоровьесберегающего поведения

Группа факторов	Фактор	LMG-метрика	Относительная важность фактора, %
Демографические	Пол	0,1177	45,74
	Возрастная группа	0,0321	12,49
ИТОГО		0,1498	58,23
Семейные	Количество детей в родительской семье	0,0029	1,12
	Количество детей у индивида	0,0026	1,02
	Семейное положение	0,0103	4,00
ИТОГО		0,0158	6,14
Социально-экономические	Материальное положение	0,0012	0,48
	Тип населенного пункта	0,0054	2,11
ИТОГО		0,0066	2,59
Культурно-образовательные	Уровень образования	0,0129	5,02
	Национальность	0,0005	0,19
	Религиозный статус	0,0137	5,33
ИТОГО		0,0271	10,54
Побудительные мотивы и субъективная актуальность	Самооценка здоровья	0,0196	7,60
	Самооценка счастья	0,0040	1,57
	Приоритетность здоровья	0,0220	8,56
ИТОГО		0,0456	17,73
Социальная зрелость	Планирование жизни	0,0052	2,02
	Локус-контроль	0,0036	1,40
	Уверенность в завтрашнем дне	0,0030	1,18
	Уровень доверия	0,0005	0,18
ИТОГО		0,0123	4,78

Источник: рассчитано авторами.

Как видно из таблицы 6, наибольший вклад в объяснение разного уровня склонности индивидов к здоровьесберегающему поведению вносят демографические факторы, при этом особенно велика значимость пола. На втором месте факторы, отражающие наличие побудительных мотивов и субъективной актуальности. Культурно-образовательные факторы расположились на третьем, семейные — на четвертом, факторы социальной зрелости — на пятом месте, из них большее значение по сравнению с остальными имеют планирование жизни и локус-контроль. Социально-экономические факторы неожиданно оказались на последнем месте.

4.5. Научно-практическое значение результатов

Полученные результаты указывают на огромное значение пола как фактора здоровьесберегающего поведения. Возможно, это связано, во-первых, с заметной ролью мужского полового гормона тестостерона на большую жизненную неустойчивость и более высокую чувствительность мужского организма к определенным факторам риска, что обуславливает стремление к постоянной борьбе, признанию своей силы, исключительности возможностей, толкает на опасные действия в отношении жизни и здоровья [Ефремов и др., 2017]. Во-вторых, доминирующий в российском обществе социальный стереотип, что основной задачей мужчины является материальное обеспечение семьи и карьерный рост, часто приводит к потребительскому отношению мужчины к своему здоровью [Гордеева, 2010]. Низкая склонность к здоровьесбережению у мужчин, по-видимому, становится одной из главных причин их меньшей продолжительности жизни в РФ по сравнению с женщинами [Бойцов, Деев, Шальнова, 2017]. Установленная высокая значимость пола делает актуальной задачу углубленного исследования гендерного аспекта, включая детальный анализ роли этого фактора в осуществлении отдельных видов здоровьесберегающих практик. В практической плоскости в краткосрочной перспективе необходимо разрабатывать инициативы, ориентированные именно на мужскую аудиторию, в частности по целенаправленному привлечению мужчин к прохождению диспансеризации, посещению центров здоровья. В долгосрочной перспективе требуется приложить усилия для изменения социального стереотипа потребительского отношения мужчин к своему здоровью. Это возможно реализовать через совместные усилия институтов семьи, образования, здравоохранения, труда, средств массовой коммуникации.

Сниженная склонность к здоровьесбережению в молодом возрасте и повышенная при низкой самооценке здоровья говорят о том, что в обществе отсутствует культура именно сохранения здоровья, пока оно есть, восстановления затраченных организмом сил. Это означает необходимость расширения работы с молодежью, включая комплектацию штатов и целевую ориентацию специалистов, запуск проектов по развитию активного здорового досуга.

Уменьшение склонности к здоровьесбережению в других населенных пунктах по сравнению с мегаполисом указывает на выраженное пространственное неравенство в доступе граждан к ресурсам здоровьесберегающей направленности. Это актуализирует необходимость разработки специализированных программ по расширению доступности здоровьесбережения в сельской местности и малых городах, а также приоритезацию в проектах по благоустройству среды

(НП «Жилье и комфортная среда») обустройства зон и площадок, разработки разнообразных сценариев их использования⁴.

Неожиданно для нас относительно низким оказалось значение семейных характеристик: в этой группе только один момент — нахождение в разводе — показал значимое влияние на склонность к здоровьесбережению. Вероятно, такой результат связан с тем, что принятые во внимание семейные факторы, а именно количество детей в родительской и собственной семье индивида, слабо отражают уровень семейного капитала. К сожалению, в используемом массиве данных не было таких часто используемых индикаторов семейного капитала, как образование родителей, их материальный и социальный статус, количество книг в доме и т. п. Если бы эти данные были в наличии и включены в анализ, возможно, вывод о значимости семейных характеристик был бы иным.

Включение в анализ социальной зрелости личности составляет основную научную новизну работы. Установленное значимое влияние трех индикаторов социальной зрелости из четырех включенных в анализ указывает на перспективность изучения роли личностно-психологических факторов в формировании здоровьесберегающего или здоровьеразрушающего поведения. Отметим, что выбор индикаторов социальной зрелости (локус-контроль, планирование будущего, уровень доверия и уверенность в будущем) осуществлялся исходя из возможностей базы данных. Поэтому допускаем, что используемый нами набор неполный и фрагментарный. Теоретическая проработка структурной модели социальной зрелости и методической базы ее измерения представляются перспективными направлениями дальнейших исследований, так как они могут способствовать более обоснованному и качественному изучению роли социальной зрелости личности в реализации как здоровьесберегающих практик, так и других направлений деятельности.

Установленная роль факторов социальной зрелости в формировании здоровьесберегающего поведения указывает на вызов профильным социальным институтам семьи и образования. За формирование зрелой социальной личности в первую очередь ответственно воспитание в родительской семье. Полезны будут такие приемы, как закрепление за каждым с детства зоны ответственности (растение, животное, работа по дому) [Кови, Меррилл, 2012] и развитие самоконтроля на примере родительского поведения, в котором нет разрыва между словами и поступками. Кроме того, социальная зрелость может формироваться путем вовлечения детей и взрослых в общую командную работу (проекты, конкурсы). Определенное внимание этому направлению уделяется в различных конкурсах, организуемых Федеральным агентством по делам молодежи (Росмолодежь), АНО «Россия — страна возможностей»⁵.

⁴ См., например: Победители VI Всероссийского конкурса лучших проектов создания комфортной городской среды. URL: https://files.pdminstroy.ru/upload/gorodsreda/realiz_project_2022.pdf (дата обращения: 18.10.2022).

⁵ См., например: Победители VI Всероссийского конкурса лучших проектов создания комфортной городской среды. URL: https://files.pdminstroy.ru/upload/gorodsreda/realiz_project_2022.pdf (дата обращения: 18.10.2022); Определены победители конкурса Росмолодежь. Гранты среди некоммерческих организаций. 2023. 10 февраля. URL: <https://fadm.gov.ru/news/opredeleny-pobediteli-konkursa-rosmolodyezh-granty-sredi-nekommercheskich-organizacij>?sphrase_id=2387 (дата обращения: 10.02.2023); Выбери возможность для личностного и профессионального роста. URL: <https://rsv.ru> (дата обращения: 18.10.2022).

Заключение

В работе сделана попытка изучения детерминант здоровьесберегающего поведения. В анализ было включено большое количество факторов: демографические, социально-экономические, культурно-образовательные, побудительно-мотивационные и социальной зрелости. Сравнительный анализ наших расчетов с результатами других авторов позволил установить, что ряд факторов носят универсальный характер, их влияние одинаково практически во всех популяциях. К таким факторам относятся: пол, тип населенного пункта — места проживания индивида, уровень образования и религиозный статус. Роль других факторов различается в разных общностях, это семейный статус, материальное положение и самооценка здоровья. Также в работе доказана роль ряда аспектов социальной зрелости личности в формировании здоровьесберегающего поведения, таких как уверенность в завтрашнем дне, планирование жизни и локус-контроль.

Список литературы (References)

- Бобрецова С. В., Плаксин В. А. Здоровый образ жизни: теория и практика // Медицинская сестра. 2010. № 7. С. 31—33.
Bobretsova S. V., Plaksin V. A. (2010) Healthy Lifestyle: Theory and Practice. *A Medical Nurse*. No. 7. P. 31—33. (In Russ.)
- Бойцов С. А., Деев А. Д., Шальнова С. А. Смертность и факторы риска неинфекционных заболеваний в России: особенности, динамика, прогноз // Терапевтический архив. 2017. Т. 89. № 1. С. 5—13. <https://www.doi.org/10.17116/terarkh20178915-13>.
Voicov S. A., Deev A. D., Shalnova S. A. (2017) Mortality and Risk Factors of Non-communicable Diseases in Russia: Features, Dynamics, Prognosis. *Therapeutic Archive*. Vol. 89. No. 1. P. 5—13. <https://www.doi.org/10.17116/terarkh20178915-13>. (In Russ.)
- Бояринцев Б. И., Рожкова Е. В., Чесноков Ю. В. Инновационное развитие инфраструктуры здоровья населения евразийского пространства // Философия хозяйства. Альманах Центра общественных наук и экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова. 2014. № 1. С. 99—107.
Boyarintsev B. I., Rozhkova E. V., Chesnokov Yu. V. (2014) Innovative Development of the Health Infrastructure of the Population of the Eurasian Space. *Philosophy of Economy. Almanac of the Center for Social Sciences and the Faculty of Economics of Lomonosov Moscow State University*. No. 1. P. 99—107. (In Russ.)
- Бредихина Н. В. Роль институтов семьи, образования и здравоохранения в формировании здорового образа жизни населения // Вестник ЮУрГУ. 2009. № 32. С. 84—87.
Bredikhina N. V. (2009) The Role of Family, Education and Health Institutions in the Formation of a Healthy Lifestyle of the Population. *The Bulletin of South Ural State University*. No. 32. P. 84—87. (In Russ.)
- Брындин Е. Г., Брындина И. Е. (2018) Инфраструктура перехода населения на здоровый образ жизни. Россия: тенденции и перспективы // IX Международная на-

учно-практическая конференция «Регионы России: стратегии и механизмы модернизации, инновационного и технологического развития». Курск, 05—06 июня 2018 года. С. 648—653.

Bryndin E. G., Bryndina I. E. (2018) Infrastructure of Population Transition to a Healthy Lifestyle. Russia: Trends and Prospects. *IX International Scientific and Practical Conference "Regions of Russia: Strategies and Mechanisms of Modernization, Innovation and Technological Development"*. Kursk, 05—06 June 2018. P. 648—653. (In Russ.)

Гладкова М. Н., Ваганова О. И., Кутепова Л. И. Исследование и развитие здоровьесберегающих технологий в системе высшего образования // Балтийский гуманитарный журнал. 2019. Т. 8. № 1. С. 206—208.

Gladkova M. N., Vaganova O. I., Kutepova L. I. 2019. Research and Development of Health-Saving Technologies in the Higher Education System. *Baltic Humanitarian Journal*. Vol. 8. No. 1. P. 206—208. (In Russ.)

Гордеева С. С. Гендерные различия в отношении к здоровью: социологический аспект // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2010. Вып. 2 (2). С. 113—120.

Gordeeva S. S. (2010) Gender Differences in Attitude to Health: A Sociological Aspect. *Bulletin of Perm University. Philosophy. Psychology. Sociology*. Issue 2 (2). P. 113—120. (In Russ.)

Ефремов Е. А., Шеховцов С. Ю., Бутов А. О., Хизриев Х. З., Кастрикин Ю. В., Толстов И. С. Современный взгляд на физиологические эффекты тестостерона у мужчин // Экспериментальная и клиническая урология. 2017. № 3. С. 64—69.

Efremov E. A., Shekhovtsov S. Yu., Butov A. O., Khizriev Kh. Z., Kastrikin Yu. V., Tolstov I. S. (2017) A Modern View on the Physiological Effects of Testosterone in Men. *Experimental and Clinical Urology*. No. 3. P. 64—69. (In Russ.)

Железова П. В., Мингазова Э. Н. Центры общественного здоровья и медицинской профилактики в современных условиях неинфекционных и инфекционных рисков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29. № S1. С. 582—587. <https://www.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-s1-582-587>.

Zhelezova P. V., Mingazova E. N. (2021) Centers of Public Health and Medical Prevention in Modern Conditions of Non-infectious and Infectious Risks. *Problems of Social Hygiene, Healthcare and the History of Medicine*. Vol. 29. No. S1. P. 582—587. <https://www.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-s1-582-587>. (In Russ.)

Жесткова Н. А. Методологические подходы к исследованию социальной зрелости и социального инфантилизма личности // Вестник Пермского университета: Философия. Психология. Социология. 2013. Вып. 2 (14). С. 128—136.

Zhestkova N. A. (2013) Methodological Approaches to the Study of Social Maturity and Social Infantilism of Personality. *Bulletin of Perm University: Philosophy. Psychology. Sociology*. Issue 2 (14). P. 128—136. (In Russ.)

Карпова Ю. А. Интеллектуальный ресурс человека в контексте инновационного развития // Инновации. 2011. № 1. С. 19—22.

Karpova Yu.A. (2011) Human Intellectual Resource in the Context of Innovative Development. *Innovation*. No. 1. P. 19—22. (In Russ.)

Кови-мл. С., Меррилл Р. Скорость доверия: то, что меняет всё. М.: Альпина Паб-лишер, 2012.

Covey Jr. S., Merrill R. (2012) *The Speed of Trust: What Changes Everything*. Moscow: Alpina Publisher. (In Russ.)

Ладик Е. А., Шипилов И. В., Воронин В. Н. Хронические неинфекционные заболе-вания и факторы их развития // Вопросы диетологии. 2019. Т. 9. № 4. С. 24—36. <https://www.doi.org/10.20953/2224-5448-2019-4-24-36>.

Ladik E. A., Shipilov I. V., Voronin V. N. (2019) Chronic Non-communicable Diseases and Factors of Their Development. *Questions of Dietetics*. Vol. 9. No. 4. P. 24—36. <https://www.doi.org/10.20953/2224-5448-2019-4-24-36>. (In Russ.)

Лисина О. В. Социокультурные детерминанты здоровьесберегающего поведения православной Российской студенческой молодежи // Научный результат. Се-рия: Социология и управление. 2015. Т. 1. № 3. С. 36—42. <https://www.doi.org/10.18413/2408-9338-2015-1-3-36-42>.

Lisina O. V. (2015) Sociocultural Determinants of Health-Preserving Behavior of Or-thodox Russian Student Youth. *Scientific Result. Series: Sociology and Management*. Vol. 1. No. 3. P. 36—42. <https://www.doi.org/10.18413/2408-9338-2015-1-3-36-42>. (In Russ.)

Петраш М. Д., Стрижицкая О. Ю., Муртазина И. Р. Валидизация опросника «Профиль здорового образа жизни» на российской выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 164—190. <https://www.doi.org/10.17759/cpp.2018260309>.

Petrash M. D., Strizhitskaya O. Yu., Murtazina I. R. (2018) Validation of the Question-naire “Healthy Lifestyle Profile” on the Russian Sample. *Consultative Psychology and Psychotherapy*. Vol. 26. No. 3. P. 164—190. <https://www.doi.org/10.17759/cpp.2018260309>. (In Russ.)

Погосова Н. В., Вергазова Э. К., Аушева А. К., Суворов С. В., Исакова С. С., Бой-цов С. А. Центры здоровья: достигнутые результаты и перспективы // Профилакти-ческая медицина. 2014. Т. 17. № 4. С. 16—24.

Pogosova N. V., Vergazova E. K., Ausheva A. K., Suvorov S. V., Isakova S. S., Boytsov S. A. (2014) Health centers: achieved results and prospects. *Preventive Medicine*. Vol. 17. No. 4. P. 16—24. (In Russ.)

Сатир В. Психотерапия семьи. СПб.: Речь, 2000.

Satyr V. (2000) *Family Psychotherapy*. St. Petersburg: Speech. (In Russ.)

Тюмасева З. И., Орехова И. Л., Валеева Г. В., Саламатов А. А., Калугина Е. В. Фено-мен тьюторства в здоровьесбережении: факторы риска и устойчивости // образо-вание и наука. 2018. Т. 20. № 9. С. 139—157. <https://www.doi.org/10.17853/1994-5639-2018-9-139-157>.

Tyumaseva Z. I., Orekhova I. L., Valeeva G. V., Salamatov A. A., Kalugina E. V. (2018) The Phenomenon of Tutoring in Health Care: Risk Factors and Sustainability. *Educa-*

tion and Science. Vol. 20. No. 9. P. 139—157. <https://www.doi.org/10.17853/1994-5639-2018-9-139-157>. (In Russ.)

Федорова А. М. Стили родительского воспитания и их влияние на личностные качества и успешность сценической исполнительской деятельности будущего музыканта // Музыкальное искусство и образование. 2019. Т. 7. № 4. С. 31—43. <https://www.doi.org/10.31862/2309-1428-2019-7-4-31-43>.

Fedorova A. M. (2019) Styles of Parental Education and Their Influence on Personal Qualities and Success of the Stage Performance Activity of the Future Musician. *Musical Art and Education*. Vol. 7. No. 4. P. 31—43. <https://www.doi.org/10.31862/2309-1428-2019-7-4-31-43>. (In Russ.)

Фролова Ю. Г. Психосоматика и психология здоровья. Минск: ЕГУ, 2003.

Frolova Yu. G. (2003) Psychosomatics and Psychology of Health. Minsk: EGU. (In Russ.)

Цехла С. Ю., Плугарь Е. В. Здоровье населения и развитие экономики здоровья // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Экономика и управление. 2017. Т. 3. № 1. С. 104—110.

Tsekhlа S. Yu., Plugar E. V. (2017) Population Health and the Development of the Health Economy. *Scientific Notes of the V. I. Vernadsky Crimean Federal University. Economics and management*. Vol. 3. № 1. P. 104—110. (In Russ.)

Хоркина Н. А., Гритчина В. М., Садыкова Э. А., Лопатина М. В. Способствует ли физическая активность молодежи отказу от вредных привычек? // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2022. № 1. С. 282—306. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.1.1933>.

Khorkina N. A., Gritchina V. M., Sadykova E. A., Lopatina M. V. (2022) Does Physical Activity in Youth Contribute to Quitting Bad Habits? *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 1. P. 282—306. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.1.1933>. (In Russ.)

Шматова Ю. Е., Морев В. М. Измерение уровня счастья: литературный обзор российских и зарубежных исследований // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2015. № 3. С. 141—162. <https://doi.org/10.15838/esc/2015.3.39.11>.

Shmatova Yu. E., Morev V. M. (2015) Measuring the Level of Happiness: A Literary Review of Russian and Foreign Studies. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*. No. 3. P. 141—162. <https://doi.org/10.15838/esc/2015.3.39.11>. (In Russ.)

Шустов Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. М.: Когито-Центр. 2005.

Shustov D. I. (2005) Autoaggression, Suicide and Alcoholism. Moscow: Kogito-Center. (In Russ.)

Ядов В. А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. М.: Омега-Л, 2007.

Yadov V. A. (2007) Strategy of Sociological Research. Description, Explanation, Understanding of Social Reality. Moscow: Omega-L. (In Russ.)

Groemping, U. (2006) Relative Importance for Linear Regression in R: The Package relaimpo. *Journal of Statistical Software*. Vol. 17. No. 1. P. 1—27. <https://doi.org/10.18637/jss.v017.i01>.

Hagen E. (1964) *On the Theory of Social Change; How Economic Growth Begins*. London: Tavistock Publications.

Inkeles A., Smith D. H. (1974) *Becoming Modern: Individual Changes in Six Developing Countries*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.

Morris S., Devlin N., Parkin D., Spencer A. (2012) *Economic Analysis in Healthcare*. Chichester: Wiley.

Paulik E., Bóka F., Kertész A., Balogh S., & Nagymajtényi L. (2010) Determinants of Health-Promoting Lifestyle Behaviour in the Rural Areas of Hungary. *Health Promotion International*. Vol. 25. No. 3. P. 277—288. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq025>.

Reeves M. J., Rafferty A. P. (2005) Healthy Lifestyle Characteristics Among Adults in the United States, 2000. *Arch Intern Med*. Vol. 165. No. 8. P. 854—857. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.8.854>.

Rotter J. B. (1954) *Social Learning and Clinical Psychology*. New York, N. Y.: Prentice-Hall.

Seligman M. E.P. (1978) Comment and Integration. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 87. No. 1. P. 165—179.

Qi V., Phillips S. P., Hopman W. M. (2006) Determinants of a Healthy Lifestyle and Use of Preventive Screening in Canada. *BMC Public Health*. Vol. 6. Article. 275. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-275>.

Приложение. Распределение ответов респондентов

Группа факторов	Фактор	Категории	Абсолютная частота	Относительная частота
Демографические	Пол	Мужской	2855	45,65
		Женский (Б)	3399	54,35
	Возрастная группа	18—24	954	15,33
		25—34	1263	20,28
		35—44	1188	19,09
		45—54 (Б)	1377	22,12
		55—64	909	14,60
65 и более	534	8,58		
Культурно-образовательные	Образование	Ниже среднего	243	3,96
		Среднее (Б)	3734	60,86
		Высшее	2158	35,18
	Национальность	башкир (Б)	1618	26,06
		русский	1748	28,16
		татарин	2368	38,14
		другое	476	7,64
	Религиозный статус	нет, я неверующий	955	15,41
		верующий, но не соблюдаю религиозные обряды (Б)	4691	75,70
глубоко верующий		551	8,89	
Социально-экономические	Материальное положение семьи	самые бедные	1833	29,87
		ниже среднего (Б)	2506	40,84
		выше среднего	1053	17,16
		самые богатые	744	12,13
	Тип местности проживания	Уфа (Б)	808	12,90
		Большие города	722	11,53
		Средние и малые города	1331	21,25
		Райцентры	1487	23,74
		Села	1916	30,59
Семейные	Количество детей в родительской семье	1	522	8,66
		2 (Б)	1812	30,03
		3	1529	25,36
		4	731	12,13
		5	650	10,78
		6	330	5,47
		7 и более	454	7,53
	Количество детей	0	1410	24,31
		1	1227	20,86
		2 (Б)	2134	36,27
		3	812	13,80
		4 и более	280	4,76

Группа факторов	Фактор	Категории	Абсолютная частота	Относительная частота
Семейные	Семейное положение	в браке никогда не состоял	1242	20,04
		состою в офиц. зарег. браке (Б)	3663	59,09
		живем вместе без регистрации	361	5,82
		нахожусь в разводе	487	7,86
		вдовец, вдова	446	7,19
Побудительные мотивы и их субъективная актуальность	Самооценка здоровья	отличное (Б)	586	9,57
		хорошее	2017	32,94
		удовлетворительное	3093	50,51
		плохое и совсем плохое	428	6,99
	Самооценка счастья	определенно да	2150	34,49
		скорее да (Б)	2954	47,39
		затрудняюсь ответить	695	11,15
		скорее нет, определенно нет	435	6,98
	Оценка важности здоровья	высокая	3636	58,05
		невысокая (Б)	2628	41,95
Социальная зрелость	Уверенность в будущем	вполне уверен	1084	17,40
		скорее уверен (Б)	2552	40,97
		скорее не уверен	977	15,61
		совершенно не уверен	431	6,92
		затрудняюсь ответить	1185	19,02
	Планирование будущего	не планирую свою жизнь надолго (Б)	3075	49,78
		планирую на несколько месяцев	1637	26,50
		планирую примерно на год	879	14,23
		планирую свою жизнь надолго	586	9,49
	Доверие	в целом доверяю	2035	34,54
		не доверяю (Б)	3856	65,46

Примечание: (Б) — базовая категория.