

УДК 316.342.6

DOI: 10.17072/2078-7898/2018-2-287-296

## МОДЕЛИ И ДИНАМИКА ПОВЕДЕНИЯ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, ЭКОНОМИЧЕСКИ АКТИВНЫХ РОССИЯН\*

*Лебедева-Несебря Наталья Александровна*

*Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления  
рисками здоровью населения,*

*Пермский государственный национальный исследовательский университет*

*Маркова Юлия Сергеевна*

*Пермский государственный национальный исследовательский университет*

На основании материалов Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE) дается характеристика поведения, связанного со здоровьем, экономически активного населения России. Показано, что россияне слабо вовлечены в активные действия по сбережению собственного здоровья — согласно опросу 2016 г. большинство респондентов не занимаются физической культурой, половине опрошенных не удается изо дня в день соблюдать рациональный режим питания, треть выборочной совокупности являются курящими. Значительную распространенность имеет самолечение — среди испытывавших в течение последнего месяца проблемы со здоровьем большинство к врачу не обращались, «лечились самостоятельно». Анализ динамики поведенческих практик, связанных со здоровьем, за период с 2006 по 2016 г. показал сокращение доли курящих (в отличие от интенсивности курения) среди экономически активного населения и рост числа хотя бы иногда занимающихся физической культурой. Фактически не изменились доли приверженных самолечению и пренебрегающих профилактическими осмотрами. С помощью кластерного анализа выделены группы, значимо отличающиеся друг от друга по реализуемым моделям поведения, связанного со здоровьем: «высоко заинтересованные», «умеренно заинтересованные», «непоследовательные», «пассивные», «деструктивные». Установлено, что среди подавляющего большинства экономически активных россиян здоровьесохраняющие практики реализуются слабо, только пятая часть являются «высоко» или «умеренно заинтересованными» в сохранении своего здоровья. Представлены социально-демографические портреты выделенных социальных групп. Показано, что рискованное (непоследовательное, деструктивное) поведение в сфере здоровья свойственно, прежде всего, мужчинам, пассивное — женщинам; кроме этого, подобные модели более характерны для людей, занимающих невысокое социальное положение в структуре российского общества.

*Ключевые слова:* экономически активное население, поведение, связанное со здоровьем, паттерны поведения.

## HEALTH-RELATED BEHAVIOR OF ECONOMICALLY ACTIVE RUSSIANS: MODELS AND DYNAMICS

*Natalia A. Lebedeva-Nesevria*

*Federal Scientific Center for Medical and Preventive Health Risk Management Technologies,  
Perm State University*

*Yulia S. Markova*

*Perm State University*

The paper defines the characteristic features of health-related behavior typical of economically active Russians, which is done based on the results of Russian Longitudinal Monitoring Survey (RLMS). It is shown that Rus-

\* Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых — докторов наук (проект МД-281.2017.6).

sians are not involved into active practices of health preservation — most of them do not do any physical exercises, half of the respondents hardly have three meals per day, one third of the respondents smoke. Self-medication is widespread among economically active population — most of those who had had health problems during last 30 days on the day of the survey had not attended the doctor. The analysis of health-related behaviors from 2006 to 2016 shows the lack of dynamics. The only changes that have been revealed are the reduction in the number of smokers (from 43 % in 2006 to 34 % in 2016) and increase in the number of those who do physical exercises at least once a week (from 21 % in 2006 to 32 % in 2016). The percentage of respondents that prefer self-medication and avoid preventive medical examinations did not change significantly. The authors used cluster analysis as a method to identify types of health-related behavior among economically active population in Russia. As a result, four groups differing by the type of health-related behavior were revealed: those demonstrating «high interest in health protection», «moderate interest in health protection», «inconsistent behavior», «passive behavior» and «destructive (risk) behavior». Only fifth part of the respondents can be associated with high or moderate interest in health protection. The authors proved that risk health-related behavior is typical of men, while passive health-related behavior — of women. People with low socio-economic status also tend to such types of behaviors.

*Keywords:* economically active population, health-related behavior, models of behavior.

**Введение.** Демографические проблемы современной России (высокая смертность и низкая продолжительность общей и здоровой жизни [Вишневецкий А.Г. и др., 2017]) ставят по угрозу возможности устойчивого социально-экономического развития и успешность модернизации, декларируемые на самом высоком уровне [Послание..., 2018]. Нарастающая трудонедостаточность формирует серьезнейший вызов отечественной системе здравоохранения, нацеленной на решение приоритетной задачи снижения заболеваемости и смертности от ведущих неинфекционных заболеваний (болезней системы кровообращения, травм и отравлений) среди экономически активного населения. Неинфекционные заболевания определяются преимущественно действием поведенческих факторов риска [Неинфекционные..., 2017], что является одной из важнейших угроз национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан [Стратегия..., 2015].

Доказанная взаимосвязь поведенческих факторов с заболеваемостью и предотвратимой смертностью населения [Marmot M., Allen J.J., 2014] актуализирует создание системы мониторинга рисков развития неинфекционных заболеваний среди различных контингентов [Потемкина Р.А., Глазунов И.С., 2007]. Изучение поведения, связанного со здоровьем (health-related behavior [Waldorn I., 1988]), на основе результатов социологических опросов регулярно осуществляется в России на региональном уровне [Филиппов Е.В., 2015; Боломожнов А.М. и др., 2016]. Однако обзора динамики поведенческих практик, ассоциированных со здоровьем, и характеристики поведенческих паттернов экономически активного населения России пока не проводилось.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения к приоритетным факторам риска возникновения неинфекционных заболеваний следует относить низкий уровень физической активности, нездоровое питание, злоупотребление алкоголем и курение [Неинфекционные..., 2017]. Кроме того, значимый вклад в здоровье граждан вносит уровень ответственности медицинского поведения (своевременность обращения к врачу, прохождение профилактических осмотров и отказ от самолечения). Эпидемиологические исследования на российских выборках показывают, что недостаточный уровень ответственности и медицинская пассивность граждан являются основными факторами запущенности онкологических заболеваний [Чистяков С.С. и др., 2001; Старостина М.А., Афанасьева З.А., 2008] и низкой эффективности терапии вследствие некомплаентного поведения [Данилов Д.С., 2008].

**Цель исследования** — описать и типизировать поведенческие практики, связанные со здоровьем, экономически активного населения России.

**Материалы и методы исследования.** Эмпирической базой исследования стали материалы Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE) [Российский мониторинг..., Russia...] за 2006–2016 гг. (15–25-я волна). Из общего объема выборочной совокупности, репрезентирующей население России, была сформирована подвыборка экономически активного населения. Критериями для включения единиц наблюдения в подвыборку являлись а) выбор респондентом работы в качестве основного занятия, б) нахождение в оплачиваемом или неоплачиваемом отпуске, в) поиск работы и готовность к ней приступить.

Критерии сформированы на основании рекомендаций Международной организации труда; соответствие хотя бы одному из критериев выступало достаточным основанием для включения в анали-

зируемую подвыборку. Социально-демографические характеристики выборочных совокупностей по каждому году мониторинга представлены в таблице.

Характеристики выборочной совокупности (по каждому году мониторинга)

№ n/n	Характеристики	Год										
		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1	Объем выборочной совокупности (чел.)	5106	4973	4806	4680	8386	8298	8234	7655	6076	5784	5669
2	Доля мужчин (%)	46	47	46	45	47	47	46	47	47	47	47
3	Доля женщин (%)	54	53	54	55	53	53	54	53	53	53	53
4	Доля занятых в экономике (работающие) (%)	91	92	92	91	90	90	90	92	91	90	91
5	Доля молодежи (до 30 лет) (%)	28	28	28	27	29	28	28	26	26	25	23
6	Доля лиц пенсионного возраста (%)	9	9	11	12	11	11	11	12	12	13	13
7	Доля имеющих высшее образование (%)	25	26	26	27	30	30	30	31	32	32	33

Поведение, связанное со здоровьем, описывалось с помощью переменных, отражающих а) поведение риска, б) превентивное поведение и в) поведение, связанное с лечением и самолечением [Бурмыкина О.Н., 2006]. Первая группа поведенческих практик характеризовалась на основании ответов на вопрос об активном курении («Вы курите в настоящее время?») и употреблении алкоголя («Как часто Вы употребляли алкогольные напитки в течение последних 30 дней?»). Вторая группа — на основе ответов респондентов на вопросы о режиме питания («Удается ли Вам в целом питаться регулярно, не реже 3 раз в день, изо дня в день?») и физической активности («Какой из вариантов описания лучше всего соответствует Вашим занятиям физкультурой? Пожалуйста, не учитывайте физические нагрузки на работе»). Третья группа — через анализ ответов респондентов на вопросы о регулярности посещения врача с профилактической целью («В течение последних трех месяцев Вы показывались медицинскому работнику для прохождения профилактического осмотра, а не потому что были больны?») и самолечения («Что Вы сделали, чтобы решить те проблемы со здоровьем, которые возникли у Вас в течение последних 30 дней?»).

Для выделения типов поведения, связанного со здоровьем, среди экономически активного населения на этапе анализа данных опроса в

2016 г. (25-я волна) был применен кластерный анализ методом К-средних. С учетом специфики ответов респондентов общее число наблюдений, включенных в кластерный анализ, составило 1021.

**Результаты и их обсуждение.** Поведение в сфере здоровья экономически активного населения России нельзя назвать ориентированным на самосохранение. Так, по данным опроса 2016 г. большинство респондентов (63 %) вообще не занимаются физической культурой, половине опрошенных (49 %) не удается изо дня в день соблюдать рациональный режим питания, треть (34 %) выборочной совокупности являются курящими, пятая часть (20 %) употребляют алкоголь чаще одного раза в неделю. Посещение врачей с профилактической целью является редкой практикой среди экономически активных россиян (только 20 % опрошенных проходили профилактические осмотры в течение последних 3 месяцев), в отличие от самолечения — 68 % испытывавших в течение последнего месяца проблемы со здоровьем к врачу не обращались, «лечились самостоятельно».

За последние 10 лет наблюдается некоторая динамика приверженности экономически активных граждан как превентивным, так и рискогенным поведенческим практикам. Так, доля курящих в изучаемой группе ощутимо сократилась —

с 43 % в 2006 г. до 34 % в 2016 г. Увеличилась доля хотя бы иногда занимающихся физической культурой — с 21 % в 2006 г. до 32 % в 2016 г. Однако, несмотря на определенный рост доли лиц, отказывающихся от табакокурения, остается на протяжении анализируемых лет фактически неизменным количество выкуриваемых сигарет среди тех, кто курит (с 2006 г. по 2014 г. в среднем курящие выкуривали 16 сигарет в день, в 2015–2016 гг. — 15 сигарет). Доля респондентов,

занимающихся физической культурой с частотой и интенсивностью, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения [Глобальные..., 2010], остается по-прежнему крайне низкой (рост с 7 % в 2006 г. до 13 % в 2016 г.).

На рис. 1 представлена распространенность поведенческих практик, связанных со здоровьем, среди экономически активных россиян за период с 2006 по 2016 г.

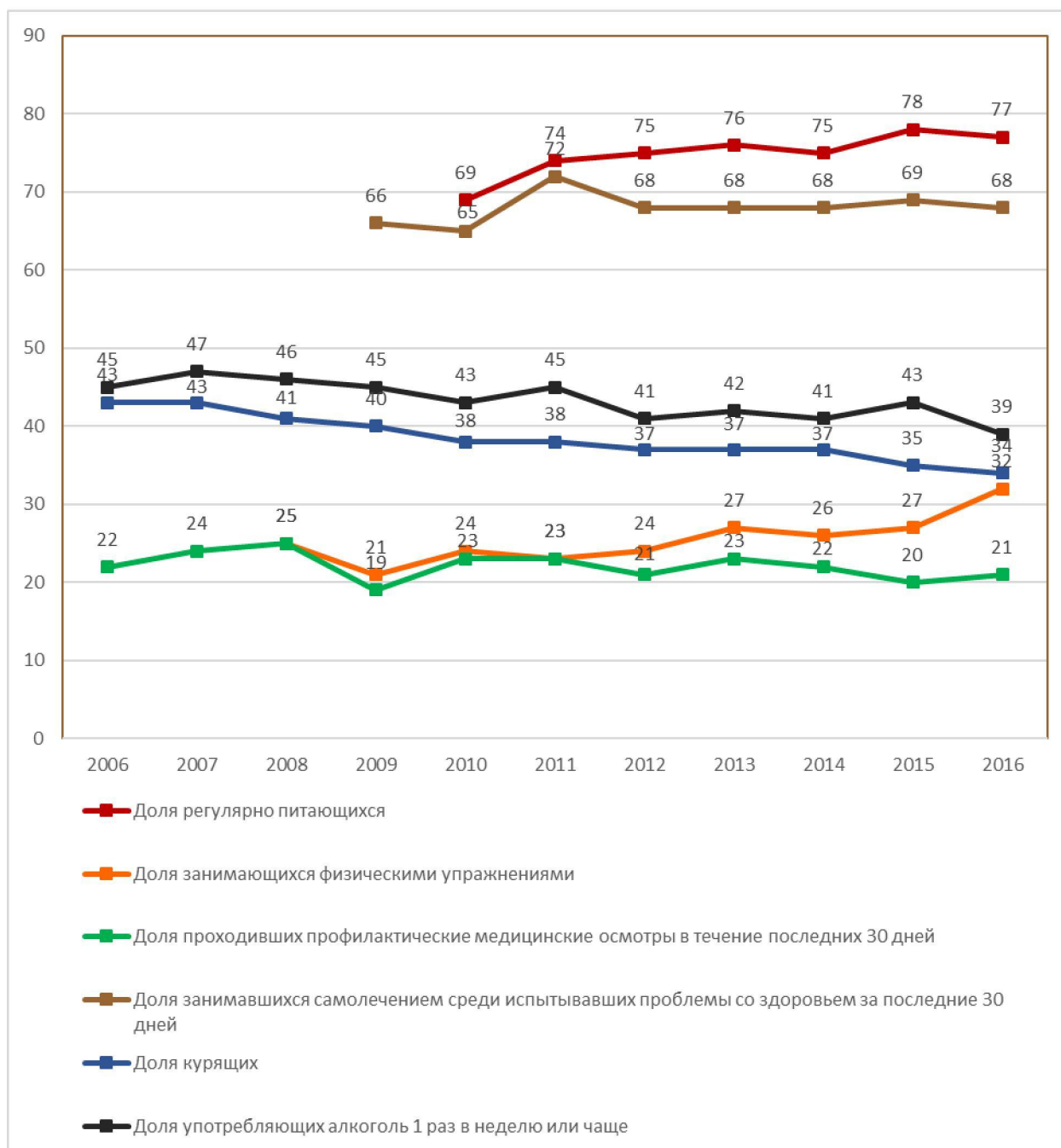


Рис. 1. Динамика поведенческих практик, связанных со здоровьем, экономически активного населения России (%)

Как видно на рис. 1, не снижается и даже несколько увеличивается число людей, которые отдают предпочтение самостоятельному лечению без обращения к медицинским работникам и не осуществляют регулярные профилактические осмотры. Очень медленно меняется поведение экономически активной части населения по отношению к употреблению алкогольных напитков. К 2016 г. лишь на 3 % увеличилась доля респондентов, относительно редко (менее одного раза в месяц) употребляющих алкоголь (23 %), на 6 % уменьшилась доля тех, кто употребляет алкогольные напитки очень часто — более одного раза в неделю (14 %). Отсутствие профилактики и своевременной диагностики заболеваний, отказ от лечения в специализированных медицинских учреждениях, пренебрежение физическими упражнениями на фоне регулярного употребления алкогольных напитков — повышают риски здоровью и снижают ресурсный потенциал экономически активных россиян.

Кластерный анализ данных опроса за 2016 г. позволил выделить пять основных кластеров — социальных групп в экономически активном населении России, значимо отличающихся друг от друга по реализуемым поведенческим паттернам в сфере здоровья ( $p < 0,001$  по критерию Краскела–Уоллеса для каждого кластеризирующего признака).

Первая группа, условно названная «высоко заинтересованные», включает в себя людей, в наибольшей степени проявляющих заботу о своем здоровье. Среди них большинство посещает врача не менее одного раза в год (1 раз — 25 %, 2–3 раза — 49 %), около половины (46 %) в случае болезни обращаются за медицинской помощью, а не прибегают к самолечению, еще около трети (30 %) за последние три месяца к моменту опроса обращались к медицинскому работнику для профилактического осмотра. Большинство «высоко заинтересованных» (88 %) в сохранении своего здоровья регулярно питаются (не реже 3 раз в день, изо дня в день). Все представители данной группы в той или иной мере занимаются физкультурой (среди них: 67 % делают легкие физические упражнения для отдыха менее 3 раз в неделю, 25 % — физкультурные упражнения средней или высокой тяжести менее 3 раз в неделю, 8 % — физкультурные упражнения высокой тяжести по крайней мере 3 раза в неделю 15 минут и более).

Большинство (78 %) представителей первого кластера не курят, кроме этого, они сравнительно более редко употребляют алкогольные напитки (в течение последнего месяца к моменту проведения исследования чуть более половины (54 %) употребляли алкогольные напитки 2–3 раза, еще 39 % — один раз). Группа «высоко заинтересованные» составляет 17 % экономически активного населения России.

Вторая группа — «умеренно заинтересованные» — также характеризуется достаточно высокими показателями заботы о здоровье: среди них, как и в предыдущей группе, большинство посещают врача не менее раза в год (33 % — один раз в год, 40 % — 2–3 раза в год), регулярно питаются (84 %). По сравнению с «высоко заинтересованными» данная группа отличается большей регулярностью в занятиях физкультурой: все ее представители занимаются физическими упражнениями ежедневно (61 % — менее 30 минут в день и еще 39 % — по меньшей мере 30 минут в день). Однако для данной группы населения характерно сравнительно более частое употребление алкогольных напитков: десятая ее часть (11 %) употребляет алкогольную продукцию 2–3 раза в неделю, пятая часть (26 %) — один раз в неделю, большинство остальных — реже. Несколько выше здесь доля курящих (30 %). Кроме этого, подавляющее большинство (67 %) в случае возникновения болезни предпочитают самолечение обращению к врачу. В структуре экономически активного населения данная группа составляет 10 %.

Следующая выделенная группа, «непоследовательные», демонстрирует крайнюю разнонаправленность поведенческих практик, связанных со здоровьем: часть этих практик вполне конструктивна (в т.ч. носит превентивный характер), а другая — имеет деструктивную, рискогенную природу. С одной стороны, все представители этой группы занимаются физкультурой (большинство (61 %) делают легкие физические упражнения менее 3 раз в неделю, еще 28 % — средней и высокой тяжести менее 3 раз в неделю), многие стараются питаться регулярно (69%) и посещают врача не реже раза в год (33% — один раз в год, 36 % — 2–3 раза в год). С другой стороны, эта группа отличается высокими показателями частоты употребления алкоголя. Около половины (53 %) в данном кластере употребляют алкогольные напитки 1 раз в неделю, еще примерно треть (35 %) — 2–3 раза в неделю, кроме этого, есть и те, кто выпивают чаще (7 %). Более трети (37 %) в

этой группе курят. Большинство (78 %) при последнем заболевании не обращались к медицинским работникам, а занимались самолечением. В целом наполняемость данной группы составляет 9 % от экономически активного населения.

Наиболее массовая социальная группа, объединяющая 43 % опрошенных, — «пассивные». Данный кластер характеризуется низкой мотивацией к реализации здоровьесохраняющих практик, лежащими за пределами некоего минимального набора. Так, представители этой группы не занимаются физкультурой, многие при возникновении болезни чаще предпочитают самолечение. Но в то же время они в течение года не менее раза посещают врача (51 % — 2–3 раза в год, 25 % — 1 раз в год), относительно редко употребляют алкогольные напитки (55 % — 2–3 раза и 35 % — 1 раз в течение последнего месяца), большинство регулярно питаются (80 %). Доля курящих составляет в этой группе 35 %.

Последний выделенный нами кластер — «деструктивные», к которому принадлежат люди, чье поведение, связанное со здоровьем, следует

охарактеризовать как преимущественно «здоровьеразрушительное» или, по меньшей мере, небезопасное для здоровья. Многие представители этой социальной группы практикуют аддиктивное поведение: доля тех, кто курит, составляет здесь 66 %; треть респондентов (34 %) 2–3 раза в неделю за последний месяц употребляли алкоголь, десятая часть (10 %) делала это еще чаще, остальные — несколько реже. В этом кластере наиболее низки показатели соблюдения режима питания (регулярно питаются около половины — 56 % опрошенных) и занятий двигательной активностью. Представители данной группы редко посещают врача (46 % — реже одного раза в год, 27 % — один раз в год), при возникновении проблем со здоровьем большинство (87 %) обращаются к самолечению, только 15 % за последние три месяца проходили профилактические осмотры. Данный кластер наполняет 21 % экономически активного населения.

На рис. 2 представлена стратификация экономически активного населения по типам поведения, связанного со здоровьем.

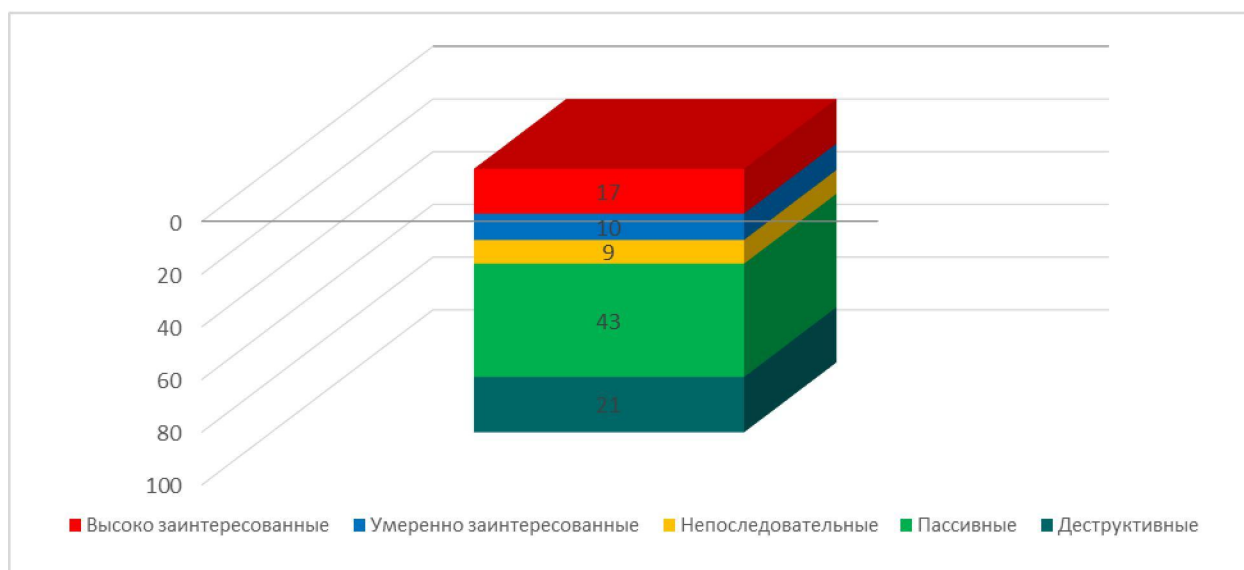


Рис. 2. Стратификация экономически активного населения по типам поведения, связанного со здоровьем (%)

Охарактеризуем социально-демографический портрет выделенных социальных групп.

Типичным представителем кластера «высоко заинтересованные» является женщина (доля женщин составляет здесь 62 %) преимущественно молодого и среднего возраста (доля 18–30-летних респондентов — 29 %, 31–40-летних — 21 %, 41–50-летних — 23 %), чаще — с высшим образованием (53 %) и относительно более высоким уровнем до-

хода (данный кластер является самым высокодоходным среди представленных: в среднем доход его представителей составляет около 36 тыс. руб. в месяц). Большинство респондентов состоят в браке (из них в зарегистрированном — 54 %, незарегистрированном — 11 %) и имеют детей (72 %). В социально-профессиональной структуре многие занимают статус специалистов высшего (25 %) или

среднего (19 %) уровня квалификации, работников сферы торговли и услуг (16 %).

В кластере «умеренно заинтересованные» доля женщин (58 %) также несколько превышает долю мужчин (42 %), однако в возрастном разрезе данный кластер наполняют в большей мере люди средне-старшего возраста (41–50 лет — 20 %, 51–60 лет — 31 %, 61–70 лет — 11 %). В этой группе преобладают респонденты с высшим образованием (49 %), еще чуть более трети имеют среднее профессиональное образование (25 % — специалисты среднего звена, 11 % — квалифицированные рабочие и служащие). По уровню доходов данный кластер среди остальных занимает третье место (средний доход равен примерно 30 тыс. руб. в месяц). Характеристики семейного положения и социально-профессионального статуса представителей данной группы в целом схожи с характеристиками предыдущей группы.

Кластер «непоследовательные» — это преимущественно мужчины (68 %) молодого и среднего возраста (доля респондентов в возрасте 18–30 лет составляет в кластере 34 %, 31–40 лет — 21 %, 41–50 лет 26 %), имеющие высшее (44 %) или среднее профессиональное образование (18% — специалисты среднего звена, 20 % — квалифицированные рабочие и служащие) и относительно высокий уровень дохода (в среднем 34 тыс. руб. в месяц). Около четверти респондентов (23 %) в этом кластере никогда не состояли в браке, но большинство — женаты или замужем (состоят в зарегистрированном браке — 50 %, незарегистрированном — 16 %). По критерию социально-профессиональной принадлежности данный кластер состоит прежде всего из специалистов высшего (21 %) и среднего (20 %) уровня квалификации, квалифицированных рабочих (21 %); по сравнению с другими кластерами в данной группе наиболее высока доля руководителей высшего и среднего звена, крупных чиновников (10 %).

Социальная группа «пассивные» представлена в большей мере женщинами (69 %) среднего возраста (доля респондентов 31–40 лет — 23 %, 41–50 лет — 26 %, 51–60 лет — 27 %), имеющими среднее профессиональное образование (44 %) и невысокий уровень дохода (данный кластер является самым низкодоходным: средний доход составляет около 25 тыс. руб. в месяц). В большинстве своем представители этого кластера состоят в браке (зарегистрированном — 57 %, незарегистрированном — 16 %) и имеют детей (86 %). В социально-профессиональном разрезе данный кластер в сравнении с другими более «размыт»:

специалисты высшего и среднего уровня квалификации составляют здесь 19 % и 18 % соответственно, работники сферы торговли и услуг — 19 %, квалифицированные рабочие — 20 %.

Наконец, типичным представителем кластера «деструктивные» выступает мужчина (доля мужчин в кластере — 73 %) среднего возраста (в целом распределение данного кластера по возрастным подгруппам от 18 до 60 лет практически равномерно: доля респондентов в возрасте 18–30 лет составляет 20 %, 31–40 лет — 28 %, 41–50 лет — 23 % и 51–60 лет — 23 %), со средним профессиональным образованием (48%) и относительно невысоким уровнем дохода (в среднем около 28 тыс. руб. в месяц), состоящих в браке (доля респондентов, состоящих в зарегистрированном браке, — 63 %, незарегистрированном — 14 %) и имеющих детей. Большинство представителей данного кластера трудятся в качестве квалифицированных рабочих (45 %), работников сферы торговли и услуг (14 %).

Представленные социально-демографические описания выделенных кластеров позволяют заключить, что контингентом риска в сфере здоровья выступают прежде всего мужчины молодого и среднего возраста — а это значительная часть экономически активного населения, от которой зависит успешность развития страны. Традиционно низкая для мужчин мотивация к обращению в медицинские организации для профилактики и лечения заболеваний, усвоенность установок на потребление алкогольных напитков и табакокурение, поддерживаемых сложившимися нормами культуры, и слабая сформированность ценности здоровья служат основными факторами распространения негативных для здоровья поведенческих практик среди мужчин.

Еще одну группу риска составляют люди, занимающие невысокое социальное положение в структуре российского общества. В их образе жизни чаще воспроизводятся пассивные или же негативные установки по отношению к своему здоровью, а низкое материальное положение не способствует улучшению качества питания, доступа к медицинскому обслуживанию и сфере рекреации, что в условиях невысокого уровня жизни большинства россиян выступает значимой детерминантой состояния здоровья людей [Русинова Н.Л., Сафронов В.В., 2017].

**Заключение.** Как показали результаты проведенного анализа, поведение экономически активных россиян слабо ориентировано на здоровьесбережение. Большинство респондентов избирают для

себя непоследовательную, пассивную или деструктивную модели поведения в сфере здоровья. Непоследовательная модель характеризуется противоречивым сочетанием и разнонаправленностью установок и практик поведения, объединяющих, с одной стороны, поддерживающие здоровый образ жизни занятия физическими упражнениями, регулярное питание, а с другой стороны, препятствующие сохранению здоровья систематическое употребление алкогольных напитков, табакокурение или отказ от компетентной медицинской помощи. Пассивная модель находит воплощение в реализации минимальных действий по поддержанию здоровья, характеризуется фактической безучастностью людей к реализации практик, требующих большей вовлеченности и активного участия (занятий физкультурой, употребления витаминов, осуществления контроля состояния здоровья через регулярные профилактические осмотры). В свою очередь, деструктивная модель основывается на небезопасных для здоровья поступках и действиях при практически полном отказе от здоровьесохранного поведения.

Описанная ситуация осложняется слабой положительной или вовсе отрицательной динамикой здоровьесохранных практик в российском обществе. Существующие в данных условиях риски здоровью экономически активного населения в современной России служат фактором снижения человеческого потенциала как ресурса экономических и социокультурных преобразований, что требует реализации дальнейших мер по укреплению и защите здоровья населения на разных уровнях организации общества.

#### Список литературы

- Боломожнов А.М., Трубников В.А., Савина Е.К.* Результаты мониторинга поведенческих факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний среди взрослого населения Оренбургской области // Профилактическая медицина. 2016. Т. 19, № 2–2. С. 12–13.
- Бурмыкина О.Н.* Гендерные различия в практиках здоровья: подходы к объяснению и эмпирический анализ // Журнал исследований социальной политики. 2006. Т. IX, № 2. С. 101–119.
- Вишневецкий А.Г., Андреев Е.М., Захаров С.В., Сакевич В.И., Кваша Е.А., Харьковская Т.Л.* Демографические вызовы России. Часть вторая — рождаемость и смертность // Демоскоп Weekly. 2017. № 751–752. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2017/0751/tema01.php> (дата обращения: 02.04.2018).
- Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья.* Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010. 60 с.
- Данилов Д.С.* Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2008. Т. 10, № 1. С. 13–20.
- Неинфекционные заболевания:* Информационный бюллетень ВОЗ. 21 июня 2017 г. / Официальный сайт ВОЗ. URL: <http://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases> (дата обращения: 02.04.2018).
- Послание Президента Федеральному Собранию.* 1 марта 2018 г. URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/page/11> (дата обращения: 23.04.2018).
- Потемкина Р.А., Глазунов И.С.* Разработка системы мониторинга поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2007. Т. 10, № 2. С. 7–11.
- Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE).* URL: <http://www.hse.ru/rhms> (дата обращения: 02.04.2018).
- Русинова Н.Л., Сафронов В.В.* Персональные психологические ресурсы и социальные неравенства в здоровье: выраженность буферного эффекта в европейских странах // Демографическое обозрение. 2017. Т. 4, № 3. С. 59–87.
- Старостина М.А., Афанасьева З.А.* О причинах запущенности рака ободочной кишки среди населения республики Татарстан // Общественное здоровье и здравоохранение. 2008. № 4. С. 52–54.
- Стратегия национальной безопасности Российской Федерации* (утв. Указом Президента РФ от 31 декабря 2015 г. № 683) // Российская газета. 2015. 31 дек. URL: <https://rg.ru/2015/12/31/nac-bezopasnost-site-dok.html> (дата обращения: 23.04.2018).
- Филиппов Е.В.* Мониторинг поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний в 2014 году // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. 2015. Т. 23, № 1. С. 72–83. DOI: 10.17816/PAVLOVJ2015172-83.
- Чистяков С.С., Габуня З.Р., Гребенникова О.П.* Онкологические аспекты заболеваний молочных желез // Гинекология. 2001. Т. 3, № 5. С. 184–187.
- Marmot M., Allen J.J.* Social determinants of health equity // American Journal of Public Health. 2014. Vol. 104, no. 4. P. 517–519. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302200.
- Russia Longitudinal Monitoring Survey of HSE (RLMS-HSE).* URL: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rhms> (accessed 02.04.2018).
- Waldron I.* Gender and Health-Related Behavior // Health Behavior / ed. by D.S. Gochman. Springer, Boston, MA, 1988. P. 193–208. DOI: 10.1007/978-1-4899-0833-9\_11.

Получено 30.04.2018



References

Bolomozhnov, A.M., Trubnikov, V.A., Savina, E.K. (2016). *Rezultaty monitoringa povedencheskikh faktorov riska razvitiya khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy sredi vzroslogo naseleniya Orenburgskoy oblasti* [The results of monitoring of behavioral risk factors for chronic non-communicable diseases among adult population of the Orenburg region]. *Profilakticheskaya meditsina* [The Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health]. Vol. 19, no. 2–2, pp. 12–13.

Burmykina, O.N. (2006). *Gendernye razlichiya v praktikakh zdorovya: podkhody k obyasneniyu i empiricheskoy analiz* [Gender Differences in Health Practices: Explanatory Approaches and Empirical Analysis]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Sociology and Social Anthropology]. Vol. IX, no. 2, pp. 101–119.

Chistyakov, S.S., Gabuniya, Z.R., Grebennikova, O.P. (2001). *Onkologicheskie aspekty zabolevaniy molochnykh zhelez* [Oncological aspects of breast diseases]. *Ginekologiya* [Gynecology]. Vol. 3, no. 5, pp. 184–187.

Danilov, D.S. (2008). *Komplaens v meditsine i metody ego optimizatsii (klinicheskie, psikhologicheskie i psikhoterapevticheskie aspekty)* [Compliance in medicine and methods of its optimization (clinical, psychological and psychotherapeutic aspects)]. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and psychopharmacotherapy]. Vol. 10, no. 1, pp. 13–20.

Filippov, E.V. (2015). *Monitoring povedencheskikh faktorov riska khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy v 2014 godu* [Monitoring behavioral risk factors for chronic noncommunicable diseases in 2014]. *Rossiyskiy medico-biologicheskiy vestnik im. akad. I.P. Pavlova* [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald]. Vol. 23, no. 1, pp. 72–83. DOI: 10.17816/PAVLOVJ2015172-83.

*Global'nye rekomendatsii po fizicheskoy aktivnosti dlya zdorovya* [Global Recommendations on Physical Activity for Health]. (2010). Geneva, World Health Organization, 60 p.

Marmot, M., Allen, J.J. (2014). Social determinants of health equity. *American Journal of Public Health*. Vol. 104, no. 4, pp. 517–519. DOI: 10.2105/AJPH.2014.302200.

*Neinfektsionnye zabolevaniya, Informatsionnyy byulleten VOZ. 21 iyunya 2017* [Noncommunicable diseases, WHO Newsletter. June 21, 2017]. Available at: <http://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases> (accessed 02.04.2018).

*Poslanie Prezidenta Federal'nomu Sobraniyu. 1 marta 2018 g.* [The President's Address to the Federal Assembly. March 1, 2018]. Available at: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/page/11> (accessed 23.04.2018).

Potemkina, R.A., Glazunov, I.S. (2007). *Razrabotka sistemy monitorirovaniya povedencheskikh faktorov riska neinfektsionnykh zabolevaniy* [Development of a system for monitoring the behavioral risk factors of non-communicable diseases]. *Profilaktika zabolevaniy i ukreplenie zdorovya* [The Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health]. Vol. 10, no. 2, pp. 7–11.

*Rossiyskiy monitoring ekonomicheskogo polozheniya i zdorovya naseleniya NIU-VShE (RLMS-HSE)* [Russian Monitoring of the Economic Situation and Health of the HSE (RLMS-HSE)]. Available at: <http://www.hse.ru/r/ms> (accessed 02.04.2018).

Rusinova, N.L., Safronov, V.V. (2017). *Personal'nye psikhologicheskie resursy i sotsial'nye neravenstva v zdorove: vyrazhennost bufernogo effekta v evropeyskikh stranakh* [Personal psychological resources and health inequalities: the strength of the buffer effect in European countries]. *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review]. Vol. 4, no. 3, pp. 59–87.

*Russia Longitudinal Monitoring Survey of HSE (RLMS-HSE)*. URL: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rms> (accessed 02.04.2018).

Starostina, M.A., Afanaseva, Z.A. (2008). *O prichinakh zapushchennosti raka obodochnoy kishki sredi naseleniya respubliky Tatarstan* [About reason of advanced colon cancer in the Republic of Tatarstan]. *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhraneniye* [Public Health and Health Care]. No. 4, pp. 52–54.

*Strategiya natsionalnoy bezopasnosti Rossiyskoy Federatsii (utv. Ukazom Prezidenta RF ot 31 dekabrya 2015 g. №683)* [The National Security Strategy of the Russian Federation (approved by Presidential Decree No. 683 of December 31, 2015)]. Available at: <https://rg.ru/2015/12/31/nac-bezopasnost-site-dok.html> (accessed 23.04.2018).

Vishnevskiy, A.G., Andreev, E.M., Zakharov, S.V., Sakevich, V.I., Kvasha, E.A., Kharkova, T.L. (2017). *Demograficheskie vyzovy Rossii. Chast vtoraya — rozhdaiemost' i smertnost'* [Russia's demographic challenges. Part two. Fertility and mortality]. *Demoskop Weekly*. № 751–752, pp. 1–10. Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2017/0751/tema01.php> (accessed 02.04.2018).

Waldron, I., Gochman, D.S. (1988). Gender and Health-Related Behavior. *Health Behavior*. Boston, Springer, pp. 193–208. DOI: 10.1007/978-1-4899-0833-9\_11.

Received 30.04.2018

### Об авторах

**Лебедева-Несебря Наталья Александровна**  
доктор социологических наук, доцент

заведующая лабораторией методов анализа  
социальных рисков,  
Федеральный научный центр медико-  
профилактических технологий управления  
рисками здоровью населения,  
614045, Пермь, ул. Монастырская, 82;

профессор кафедры социологии,  
Пермский государственный национальный  
исследовательский университет,  
614990, Пермь, ул. Букирева, 15;

e-mail: natnes@fcrisk.ru  
ORCID: 0000-0003-3036-3542

**Маркова Юлия Сергеевна**  
старший преподаватель кафедры социологии

Пермский государственный национальный  
исследовательский университет,  
614990, Пермь, ул. Букирева, 15;  
e-mail: julyamarkova@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-6271-9403

### About the authors

**Natalia A. Lebedeva-Nesevria**  
Doctor of Sociology, Docent

Head of Social Risk Analysis Laboratory,  
Federal Scientific Center for Medical and Preventive  
Health Risk Management Technologies,  
82, Monastyrskaya str., Perm, 614045, Russia;

Professor of the Department of Sociology,  
Perm State University,  
15, Bukirev str., Perm, 614990, Russia;

e-mail: natnes@fcrisk.ru  
ORCID: 0000-0003-3036-3542

**Yulia S. Markova**  
Senior Lecturer of the Department of Sociology

Perm State University,  
15, Bukirev str., Perm, 614990, Russia;  
e-mail: julyamarkova@gmail.com  
ORCID: 0000-0002-6271-9403

### Просьба сослаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом:

*Лебедева-Несебря Н.А., Маркова Ю.С.* Модели и динамика поведения, связанного со здоровьем, экономически активных россиян // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2018. Вып. 2. С. 287–296. DOI: 10.17072/2078-7898/2018-2-287-296

### For citation:

*Lebedeva-Nesevria N.A., Markova Yu.S.* Health-related behavior of economically active Russians: models and dynamics // Perm University Herald. Series «Philosophy. Psychology. Sociology». 2018. Iss. 2. P. 287–296. DOI: 10.17072/2078-7898/2018-2-287-296