

## САМОСОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

**Самосохранительное (синонимы – витальное, санитарное) поведение** – демографический термин, означающий целесообразные действия человека, направленные на самосохранение в течение всей жизни в физическом, психологическом и социальном аспектах. Это система действий и установок личности, направленных на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла, на продление срока жизни в пределах этого цикла. Ценность долголетнего существования человека формируется культурной преемственностью, общественной жизнью и служит критерием благополучия общества. Снижение ценности долголетнего самосохранения говорит о низкой ценности человеческой жизни вообще, обнаруживаемой в различных отклонениях в поведении людей, а также в показателях продолжительности жизни, смертности от различных заболеваний, количества убийств, самоубийств и несчастных случаев.

Интерес к самосохранительному поведению вызван тем, что в XX в. продолжительность жизни человека все в большей степени зависит от усилий самого человека, его образа жизни, поведения в различных ситуациях. В связи с этим в современных условиях все большую роль в детерминации смертности и заболеваемости играет поведенческий фактор, отношение людей к собственному здоровью и продолжительности жизни. При этом происходит коренная перестройка структуры заболеваемости, непосредственно вызывающих смерть. На первый план выходят заболевания сердечнососудистой системы, онкологические заболевания и т.д. Значительно снижается смертность от массовых эпидемий и инфекций.

Методику эмпирического исследования этой проблемы разработал А.И. Антонов. Большое значение имеют результаты исследований мотивов и установок самосохранительного поведения, проведенных под его руководством в 80-е гг. XX в. в разных регионах бывшего СССР.

Демография рассматривает самосохранительное поведение как один из видов демографического поведения, наряду с репродуктивным и брачным поведением.

**Демографическое поведение** – это система действий и отношений, опосредующих достижение того или иного результата в отношении деторождения, брачного статуса, здоровья и продолжительности жизни.

При этом состояние здоровья и продолжительность жизни являются результатом не только самосохранительного поведения, но и действия многих других факторов, например, биологических, социальных. Кроме того, мотивы и установки самосохранительного поведения проявляют себя не сразу, а в течение длительного времени, последствия этого поведения значительно удалены по времени от причин. Поэтому возможности исследования самосохранительного поведения (в отличие от репродуктивного и брачного) ограничены главным образом анализом потребности личности в самосохранении и соответствующих мотивов и установок индивидов.

**Различают позитивные и негативные стороны самосохранительного поведения.** Позитивная сторона связана с действиями, направленными на сохранение и укрепление здоровья, и со стремлением прожить долгую и здоровую жизнь. Примерами позитивных форм самосохранительного поведения являются все виды поведения, ассоциируемые со «здоровым образом жизни». Это получающие все большее распространение, особенно в экономически развитых странах, занятия физкультурой и спортом, отказ от злоупотребления пищей, курения, алкоголя, наркотиков и т.д. Негативные формы самосохранительного поведения связаны с осознанным или неосознанным предпочтением ранней смерти возможной или условной перспективе неполноценной в физическом, психологическом, социальном и других аспектах жизни, которая может заключаться, например, в «прикованности к постели». Самоубийство – наиболее яркий пример негативного по результату самосохранительного поведения. Под самоубийством понимается «сознательное, самостоятельное лишение себя жизни». Это явление можно также определить как «человеческий акт, которым индивиды по собственному намерению вызывают собственную смерть». Питирим Сорокин в статье (1913), посвященной анализу самоубийства, определил главные причины этого явления. Это нужда, растрата чужих денег, семейные неурядицы, «провал» на экзамене, различные физические и душевные страдания. Громадное число людей, по его мнению, совершает самоубийство просто из-за «разочарования жизнью». Мотивами самоубийств являются также материально-бытовые трудности и проблемы, связанные с антисоциальным поведением человека. Это боязнь наказания или позора, страх перед уголовной ответственностью, конфликты на работе. Как явление самоубийство известно с глубокой древности.

Главную стратегию самосохранительного поведения, определяющую склонность индивида к его негативным или позитивным формам, можно сформулировать как стремление жить как можно дольше или как отказ от такого стремления. Мотивы, которые побуждают человека выбрать ту или иную стратегию самосохранительного поведения, можно разделить на экономические, социальные и психологические. **Экономические мотивы** побуждают выбирать стратегию самосохранительного поведения, способствующую достижению определенных экономических целей, связанных с повышением или сохранением достигнутого экономического статуса, с желанием получить определенные материальные блага или избежать их потери. Низкая индивидуальная ценность долголетней жизни заставляет умалчивать опасность вредных условий труда, жизни, профессий, увлечений. Степень риска различна в разных сферах человеческой деятельности. Наименьший риск – в сфере обслуживания, наибольший – в горной промышленности, у летчиков-испытателей и т.д. Мотивы самосохранения по экономическому критерию заключаются в том, что выбор опасной профессии, связанной с повышенным риском, может мотивироваться желанием получения высокого дохода, различных льгот и привилегий,

которые служат определенной компенсацией риска. Резкое снижение уровня жизни, реальное или угрожающее понижение экономического статуса могут привести к ослаблению интереса к жизни, уменьшению желания жить дольше или даже к отказу от жизни вообще. **Социальные мотивы** побуждают выбирать стратегию самосохранительного поведения, которая способствует достижению определенных целей, связанных с повышением или сохранением достигнутого социального статуса. Они являются реакцией на существующие в обществе нормы отношения к ценности человеческой жизни и ее продолжительности, к полноте и завершенности индивидуального жизненного цикла. Социальные мотивы самосохранительного поведения действуют при наличии в обществе различных стимулов, символизирующих повышение социального статуса и престижа человека, прожившего долгую жизнь и прошедшего через все стадии жизненного цикла. **Психологические мотивы** – это мотивы, побуждающие к выбору стратегии самосохранительного поведения, которая способствует достижению определенных сугубо личных, социально-психологических внутренних целей личности. Они отражают исключительно личную заинтересованность дожить до того или иного возраста.

#### **Самосохранительное поведение как фактор продолжительности жизни.**

На уровень смертности и продолжительности жизни населения оказывает влияние множество природных и социальных факторов. При этом нужно подчеркнуть, что природные факторы со времени возникновения человеческого общества, производства и культуры не доминируют над человечеством, так сказать, в "чистом виде", они опосредуются, изменяются социальными условиями. Человечество давно уже живет в природно-социальной среде, и его судьба во все большей степени зависит от его выбора.

Все основные факторы представляется целесообразным, с известной степенью условности, объединить в четыре группы:

- 1) уровень жизни народа;
- 2) эффективность служб здравоохранения;
- 3) санитарная культура общества;
- 4) экологическая среда.

1) Уровень жизни народа.  
Уровень жизни представляется главным фактором улучшения здоровья населения, снижения уровня смертности и роста средней продолжительности жизни, потому что именно он создает условия для развития всех остальных факторов роста и санитарной культуры, заботы о здоровье, для улучшения окружающей среды. Бедность всему этому никак не способствует. Между тем подавляющее большинство нашего населения - бедное по современным стандартам уровня жизни. К сожалению, мы толком не знаем, какой у нас уровень жизни и какими показателями его следует измерять. Однако по многим фрагментарным данным все же можно составить некоторое представление о том, что уровень жизни в нашей стране на протяжении

десятков лет был крайне низким, на грани лишь простого воспроизводства личности человека и его рабочей силы или даже ниже. Развитие же личности происходило во многом за счет отказа от самого необходимого, в том числе от отдыха, от приобретения эффективных медикаментов и платных услуг здравоохранения, от качественного питания.

Одним из наиболее совершенных комплексных показателей, с помощью которого оценивается на международном уровне уровень и качество жизни, является так называемый "индекс развития человеческого потенциала" (или "индекс человеческого развития"), который представляет собой среднюю арифметическую величину из показателя валового внутреннего продукта на душу населения, уровня образования населения и средней продолжительности предстоящей жизни. Что касается душевого валового внутреннего продукта, то этот показатель может давать неправильное представление об уровне жизни, если не раскрываются статьи его расходов.

В советских, да и в постсоветских условиях сверхсекретности значительная часть внутреннего продукта тратится государством на военные расходы, которые, однако, частично распределяются в бюджете по "мирным" статьям. То есть в наш уровень жизни могут входить и расходы на пушки вместо масла, и финансирование космических исследований.

2) Эффективность здравоохранения. Если заглянуть в отечественный статистический справочник, увидим, что развитие нашего здравоохранения во все годы советской власти характеризовалось в основном показателями численности врачей и больничных коек, а также распределением их по специальностям и назначению. Вероятно, наше здравоохранение - единственная отрасль народного хозяйства или, во всяком случае, одна из немногих, деятельность которой оценивается не результатами, а затратами труда. По численности врачей и больничных коек мы давно уже "впереди планеты всей". Однако относительно низкий уровень и неблагоприятная динамика средней продолжительности жизни свидетельствуют о неэффективности здравоохранения. И это неудивительно, поскольку наше здравоохранение - в прямом смысле бедное, десятилетиями оно содержится на голодном финансовом пайке у государства. Во всех экономически развитых странах на здравоохранение расходуются значительные средства из государственного бюджета, которые постоянно возрастают.

Составной частью проблемы низкого финансирования здравоохранения является очень низкая заработная плата занятых в этой отрасли. Ниже, чем в здравоохранении, заработная плата лишь у занятых в образовании, культуре и искусстве.

В постпереходный период, когда в структуре смертности по причинам смерти происходят кардинальные изменения, когда начинают преобладать хронические, в значительной степени индивидуализированные заболевания, медицина, вернее, здравоохранение также должно меняться в сторону большего учета характера пациента и особенностей его уникальной судьбы. Требуется установление более долговременных, более личностных

взаимоотношений между врачом и пациентом. Для этого необходимо разорвать крепостную приписку населения к районным поликлиникам, дать возможность гражданам выбирать для себя врача, которому они могли бы доверять. Введенная в нашей стране несколько лет назад система обязательного медицинского страхования, казалось бы, вполне может обеспечить возможность подобного выбора, а заодно и объективной оценки врачебной квалификации. Но, по всей видимости, такой функции эта система не выполняет. Она вновь являет собой бюрократическую процедуру.

В последние годы, по мере развития рыночных отношений в стране, расширяется платная кооперативная и частная медицина, которая в целом лучше относится к человеку, чем медицина казенная. Виной тому нищенская заработная плата. Государство должно вернуть хотя бы часть денег, изымаемых из заработной платы трудящихся на "бесплатное" здравоохранение с тем, чтобы люди сами могли ими распорядиться.

## 2) Санитарная культура.

Одним из важнейших социальных последствий изменения структуры смертности по причинам смерти является растущее значение санитарной культуры как одного из важнейших факторов поддержания здоровья и роста продолжительности жизни населения.

Коммунистический режим вопреки его внешне действительно прекрасным лозунгам оказался на деле антигуманным и бесчеловечным по отношению к большинству народа. Строительство нового общества осуществлялось многие десятилетия штурмовыми методами, на пределе напряжения сил. От людей требовалась самоотверженность и самоотречение ради осуществления идеи, отказ от жизни сегодняшней во имя жизни завтрашней, жизни для будущих поколений. В пропагандистском искусстве прославлялись нарушения норм техники безопасности, сверхурочный труд - все для того, чтобы сократить сроки производства, увеличить выработку. Результатами были низкое качество продукции, высокий травматизм и поломки оборудования, гибель людей и утрата здоровья. Была реально создана новая трудовая этика, в которой жизнь человека ценилась ниже машины. Подвиг из исключительного поступка был возведен в норму жизни, за соблюдение которой многие люди и платили своей жизнью, а некоторые - жизнью других. И многое из этой этики продолжает и сегодня укорачивать нашу жизнь.

Низкая культура потребления алкоголя, массовое курение, в том числе распространенное среди женщин и подростков, огромное число искусственных абортов вместо современных средств контрацепции, повсеместная грубость в отношениях между людьми, сквернословие, разнузданность молодежи, пропаганда секса, насилия и жестокости средствами массовой информации - все это важнейшие факторы, разрушающие здоровье нации и не способствующие росту средней продолжительности жизни.

## 3) Качество окружающей среды.

Здесь тоже немало проблем, которые теперь уже достаточно хорошо известны. Почти все они - следствие гипертрофированной военной экономики советского государства, в которой вопросам охраны окружающей среды уделялось мало внимания. По данным сети мониторинга загрязнения воздуха в городах Российской Федерации, функционирующего уже около трех десятилетий, загрязнение атмосферы промышленными отходами наблюдается почти во всех крупнейших промышленных городах России.

К факторам продолжительности жизни было бы целесообразно отнести самосохранительное поведение, так как здоровый образ жизни, высокий уровень физической культуры способствует созданию предпосылок для хорошего физического, психического и эмоционального самочувствия людей, и соответственно, продлевает им жизнь.

Оценивая влияние различных факторов на здоровье, специалисты в области здравоохранения на первое место ставят образ жизни человека, на второе – наследственность, на третье – экологию, на четвертое – состояние здравоохранения (оказание медицинской помощи).

Перечень компонентов здорового образа жизни до сих пор остается дискуссионным. Важны для сохранения здоровья следующие: правильно питаться; достаточно много двигаться; регулярно заниматься физической культурой; соблюдать режим труда и отдыха; не переутомляться; соблюдать правила личной гигиены; своевременно обращаться за медицинской помощью; сохранять спокойствие в трудных жизненных обстоятельствах; налаживать хорошие отношения с людьми; жить в экологически благоприятных условиях; избегать вредных условий труда; быть оптимистом; не курить; ограничить потребление алкоголя; не употреблять алкоголь совсем; следить за своим весом.

### **Три этапа увеличения продолжительности жизни .**

Преимущество долгой земной жизни лежало в основе «чистой воды», «чистых рук» и «теплых туалетов» в собственном доме, но именно эти моменты играли основную роль в продолжительности жизни на *первом этапе*. На *втором этапе* решающую роль играли вакцинация и медикаментозное лечение, в частности, антибиотики, а также доступность медицинской помощи. *Новейший этап* определяется ролью самого индивида, его отношением к собственному здоровью, которое можно оценить, между прочим, по его готовности оплачивать квалифицированные медицинские и социальные услуги, даже если при этом сокращается прочее текущее потребление. Причем, мы должны учитывать не только систему ценностей, господствующую сегодня, но и существовавшую в прошлом, поскольку здоровье и отношение к жизни закладываются в детстве.

Зарубежный опыт не предлагает убедительных эффективных примеров стимулирования рождаемости. В таких богатых странах, как Франция и Швеция, проводящих сильную семейную политику, уровень рождаемости повысить не удалось. В Бельгии, которая тратит деньги на пособия и прочую

помощь семьям чуть ли не больше всех в мире, показатель рождаемости ниже, чем во многих других странах.

Обратимся теперь к отечественному опыту. Последний всплеск показателей рождаемости в СССР был в 1981 - 1989 годов. К этому моменту осознание проблемности демографической ситуации в стране достигло высших эшелонов власти. В результате государством была предпринята попытка вмешательства в демографическую сферу, представлявшая собой ряд мер помощи семьям с детьми и антиалкогольные меры. Были, в частности, введены отпуска по уходу за ребенком до 3 лет, семейные пособия, внесены изменения в жилищную политику, усилены льготы семьям с детьми в сфере обслуживания. Население отреагировало увеличением ежегодного числа рождений. Кратковременный рост ежегодного числа родившихся не означает действительного увеличения итогового числа детей в семьях и связан, главным образом, не с желанием иметь больше детей, а с изменением календаря рождений - переносом рождения очередного ребенка на более ранние сроки. В результате, за всплеском рождаемости обязательно следует глубокий спад, так как сами планы в отношении желаемого числа детей не меняются. Социально - демографический «эффект» характеризуется не только условно - положительными моментами, но и отрицательными, связанными с появлением так называемой демографической волны. Резкие перепады в численности групп населения одних и тех же годов рождения приводят к дестабилизации функционирования социальной инфраструктуры, а позднее - к усилению напряженности на «брачном» рынке, на рынках труда. Кроме того, на подобные меры «семейной политики» реагируют повышением рождаемости, в первую очередь, маргинальные слои населения, в том числе лица с низким образованием, низким доходом, мигранты в первом поколении, еще более повышающие число нуждающихся в социальной помощи. Имеются и другие отрицательные последствия, связанные со здоровьем и социализацией детей, появившихся на свет в результате поспешно принятых родительских решений. Таким образом, в настоящее время мы вряд ли серьезным образом увеличим рождаемость, активно финансируя соответствующие программы. С другой стороны, это не означает, что таких программ не должно быть, что лечение женщин, страдающих определенными формами бесплодия, не должно включаться в стандарт гарантированного медицинского обслуживания.

Россия имеет едва ли не самую высокую смертность в мире от болезней системы кровообращения. Гипертония играет важнейшую роль в смертности взрослого населения, являясь как самостоятельной причиной смерти, так и фактором, повышающим риск смерти от всех разновидностей сердечно - сосудистой патологии, болезней почек и др. В России уровень смертности среди 30-50-летних от собственно гипертонической болезни превышает западные стандарты в 2-3 раза. В более позднем возрасте она сказывается на высокой смертности от ишемической болезни сердца, нарушений мозгового кровообращения - российские показатели выше западных в среднем в 3-5 раз.

Индивидуальный и врачебный контроль уровня артериального давления способен многократно снизить риск смерти. Профилактические программы борьбы с артериальной гипертензией во всем мире зарекомендовали себя как одна из наименее дорогостоящих и наиболее эффективных мер снижения смертности всего населения. В связи с абортами и их осложнениями риск смерти у женщин в России довольно высок. Кроме того, у нас сохраняется архаизм в структуре патологии, связанный со смертностью от распространенных инфекций, высока роль сепсиса, который современными медицинскими мерами вполне можно предотвратить.

Никогда в своей истории наша страна не могла похвастать низкой младенческой смертностью. Напротив, на всем протяжении последнего столетия Россия оказывалась на последнем месте среди развитых стран. Быстрое ее снижение в послевоенный период было связано с наступлением эры антибиотиков и сблизило Россию с другими странами, но разрыв сохранился, а затем опять начал быстро возрастать. По сравнению со странами Запада, у российских младенцев, отмечается значительно более высокая смертность от пневмонии, в том числе врожденной, а также от родовых травм. Сегодня в России умирают примерно 17 детей из 1000 родившихся живыми, в то время как нормой для развитых стран является показатель 5-7, то есть отставание России стало уже почти трехкратным. Более высокую младенческую смертность в Европе имеют лишь Албания, Румыния, Молдавия и не вполне европейская Турция.

#### 5. Самосохранительное поведение в молодежной среде

Отношение к здоровью - один из элементов самосохранительного поведения. Возрастающая роль поведенческих аспектов в борьбе за продолжительность жизни нашла выражение и в исследовании факторов смертности и здоровья населения социологическими методами. Понятие "самосохранительное поведение" в социологии и социальной демографии трактуется как действия и отношения, направленные на сохранение здоровья в течение полного жизненного цикла. Впервые в нашей стране пилотажные исследования самосохранительного поведения начала проводить группа социологов и демографов, возглавляемая профессором А. И. Антоновым. К сожалению, эти исследования были прерваны. Между тем, вопросы структуры самосохранительного поведения, взаимосвязи ее элементов, классификации самосохранительного поведения личности остаются до сих пор неразработанными. Многие ученые доказывали существование сложной взаимосвязи между уровнем, структурой смертности и характеристикой социально-демографической дифференциации. Понятие самосохранительного поведения было введено ими в связи с осознанием того факта, что в современных условиях всё большую роль в детерминации заболеваемости и смертности начинает играть поведенческий фактор, связанный с отношением людей к собственному здоровью и продолжительности собственной жизни. Любой стандарт поведения, нормы, принципы, регулирующие взаимоотношения индивида в обществе опосредованно выражают связь между

людьми. Типовой стандарт его поведения в обществе определен на основе различных реальных вариантов, личностных образцов поведения на микроуровне.

В настоящее время требуют дальнейшего исследования социальные и аксиологические факторы, влияющие на состояние здоровья молодежи в процессе обучения профессии. Необходимы новые подходы в формировании ценностного отношения студентов к здоровью, здоровому образу жизни, самосохранительному поведению.

Жизненный путь во многом зависит от того, какими ресурсами - материальными, духовными, социальными - располагает человек и какой он выбирает для себя стиль жизни - пассивный или активный.

Образование, обучение и воспитание - это главные направления в преодолении духовного и, в конечном счете, экономического кризиса в России. Необходимо изменить поведение людей в отношении к своему здоровью. Социально одобряемым поведением должно стать ответственное отношение, когда человек предупреждает болезни, а не лечит их. Ситуация может измениться, если в обществе будут сформированы новые стереотипы поведения, новые ценности человека, ответственного за свое здоровье.