

УДК 316.4+614

ФАКТОРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ: ОПЫТ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (НА МАТЕРИАЛАХ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ)

© 2018 г.

А.В. Короленко

Короленко Александра Владимировна, м.н.с. отдела исследования уровня и образа жизни населения
Вологодского научного центра РАН
coretra@yandex.ru

*Статья поступила в редакцию 19.04.2017**Статья принята к публикации 16.01.2018*

Цель статьи – анализ влияния наиболее значимых факторов на состояние общественного здоровья и выявление групп риска «нездоровья» среди населения региона (на примере Вологодской области). Осуществлена систематизация сложившихся в научной среде подходов к классификации факторов общественного здоровья. На основании данных мониторинга общественного здоровья населения Вологодской области проведен анализ влияния ключевых детерминант (генетических и биологических, социально-экономических, поведенческих, психологических и экологических) на основные параметры здоровья (его самооценку, наличие хронических заболеваний). Установлено, что заметное воздействие на состояние здоровья респондентов оказывают управляемые социально-экономические (уровень доходов и образования, удовлетворенность респондентов доступностью медицинских услуг, жилищными условиями и условиями труда, их семейное положение, место проживания), поведенческие детерминанты (ценностные ориентации, характер питания, употребление алкогольных напитков, уровень физической активности, соблюдение режима труда и отдыха) и неуправляемые или слабоуправляемые экологические и биологические (половозрастные) факторы. По отдельным детерминантам среди населения региона выявлены группы риска «нездоровья», которые могут использоваться в качестве целевых категорий при подготовке и реализации мероприятий региональной политики, направленных на укрепление и сохранение здоровья населения.

Ключевые слова: общественное здоровье, факторы, социологический мониторинг, Вологодская область.

Введение

На протяжении последних 15 лет наблюдается улучшение ключевых количественных показателей здоровья российского населения. Так, ожидаемая продолжительность жизни при рождении выросла с 65.3 до 71.4 года, а коэффициент младенческой смертности сократился с 15.3 до 6.5 умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. живорожденных. Вместе с тем в качественных параметрах здоровья населения сохраняется ряд серьезных проблем. Как отмечает Н.М. Римащевская, к таким вызовам можно отнести существование так называемой «социальной воронки» нездоровья, выражающейся в ухудшении здоровья каждого следующего поколения по сравнению с предшествующим. Дети, рожденные больными, не проходят реабилитации в течение жизненного цикла и, вступая в репродуктивный возраст, воспроизводят больное поколение [1, с. 54]. В условиях функционирования «социальной воронки» нездоровья особую актуальность приобретают медико-демографические исследования, посвященные детерминантам общественного здоровья.

Изучение воздействия отдельных факторов или их комплекса на состояние здоровья населения позволяет выявлять характер и силу их

влияния, степень управляемости ими и, следовательно, находить возможные варианты улучшения параметров здоровья посредством реализации специальных мер государственной политики. Однако для грамотной интерпретации вклада факторов в формирование здоровья населения необходимо четкое представление об их природе и направленности, а также о тех категориях населения, которые в наибольшей степени подвержены их негативному воздействию. Целью данной статьи стал анализ влияния наиболее значимых факторов на состояние общественного здоровья и выявление групп риска «нездоровья» среди населения региона (на примере Вологодской области).

Методология

Подходы к классификации факторов общественного здоровья

В научной среде сформировались несколько подходов к классификации факторов, детерминирующих здоровье населения. Согласно первому, в основу которого заложена природа факторов и характер их воздействия на здоровье, специалисты выделяют несколько интегрированных блоков. Так, например, Ю.П. Лисицын,

опираясь на модель экспертов Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), выделяет следующие группы факторов: *образ жизни и социально-экономические условия, качество окружающей среды, генетические и биологические факторы, система здравоохранения*. Согласно данной классификации, первая группа определяет состояние здоровья на 49–53%, вторая – на 18–20%, третья – на 17–20%, четвертая – на 8–10% [2].

Н.М. Римашевская и М.С. Бедный группируют факторы здоровья на *биологические, природно-географические, социально-экономические и психологические* [3; 4].

При анализе детерминант здоровья населения, особенно в свете негативных воздействий, приводящих к функциональным нарушениям, часто оперируют таким понятием, как «*факторы риска*». Под ними понимают условия, обстоятельства, конкретные причины, которые повышают вероятность возникновения различных нарушений здоровья, в частности развития заболеваний [5, с. 88].

По аналогии с классификацией ВОЗ и Ю.П. Лисицына Б.А. Ревич, С.А. Бойцов и И.В. Самородская объединяют основные, значимые факторы риска в пять доминант здоровья: *социально-экономическую, поведенческую (образ жизни), средовую, медико-организационную и наследственную* [6, с. 50; 7, с. 1090], при этом отводя определяющую роль первым двум.

Т.О. Тагаева и В.М. Гильмундинов подразделяют факторы риска на *экономико-инфраструктурные, социально-психологические и эколого-климатические* [8, с. 105].

Среди причин, негативно влияющих на состояние здоровья, А.А. Шабуновой выделяются *экономические, социально-психологические и социально-гигиенические факторы* [9, с. 104].

Особое внимание при изучении детерминант здоровья населения в медико-демографических и социологических исследованиях уделяется роли поведенческих факторов, а именно самосохранительного поведения, в его формировании. Самосохранительное поведение традиционно рассматривается как система действий и отношений людей, опосредующих сохранение или отказ от сохранения собственного здоровья и жизни [10, с. 112]. К его основным индикаторам относят место здоровья в системе ценностей и действия, касающиеся таких важных сторон самосохранения, как питание, занятия физической культурой, стрессоустойчивость, активность в сфере медицины, вредные привычки, предупреждение заболеваний и т.д. [10–13].

Второй подход к классификации факторов здоровья основывается на источнике происхож-

дения фактора относительно организма воздействия. Согласно ему выделяют *эндогенные (внутренние) факторы*, порождаемые внутренним развитием человеческого организма, и *экзогенные (внешние по отношению к организму воздействия) факторы*, связанные с действием внешней среды, причин, не зависящих от самого человека [14, с. 69]. В свою очередь, третий подход подразделяет факторы обеих групп на *управляемые и неуправляемые*. Эндогенные факторы в целом достаточно тяжело поддаются воздействию и управлению по сравнению с экзогенными. К эндогенным неуправляемым детерминантам относят пол, возраст и наследственность, тогда как к управляемым – наличие у индивида тех или иных заболеваний. В число экзогенных неуправляемых факторов входят климатическая ситуация и природные условия. Самой важной с точки зрения влияния на здоровье является группа экзогенных управляемых факторов, так как включает в себя образ и уровень жизни населения, медицинское обслуживание, то есть те важные характеристики, которые формируют качество жизни населения и сравнительно легко поддаются управленческому воздействию [5, с. 88].

Социологический мониторинг как источник информации о факторах здоровья

Оценка состояния общественного здоровья, в том числе и его факторов, может осуществляться двумя путями: на основании *объективных и субъективных параметров здоровья*. Объективные параметры рассматриваются при анализе медицинской документации и статистических данных, тогда как оценка субъективных показателей осуществляется через изучение характеристик, выявленных по итогам социологических исследований [15, с. 25]. Результаты социологических опросов позволяют получить информацию о самооценке респондентами состояния собственного здоровья, об удовлетворенности медицинскими услугами, о доступности первичной медико-санитарной помощи, о параметрах самосохранительного поведения. Кроме того, показатели самооценки здоровья по результатам опросов позволяют прогнозировать поведение людей, формируя группы риска среди населения [16, с. 113].

В данной работе были использованы субъективные оценки здоровья, которые были получены в ходе очередного этапа социологического мониторинга общественного здоровья населения Вологодской области (далее – мониторинг), проведенного Вологодским научным центром РАН в 2016 г. Метод исследования – раздаточное анкетирование на территории крупных об-

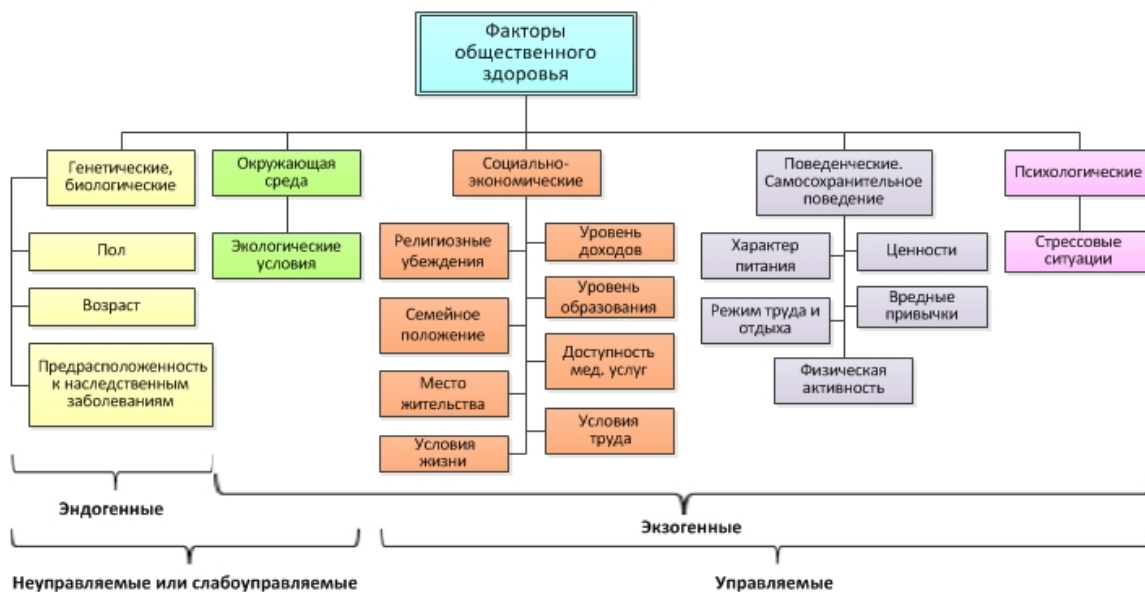


Рис. Факторы общественного здоровья населения

ластных городов Вологды и Череповца, а также в восьми муниципальных районах. Объем выборки составил 1500 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная, репрезентативная. Ошибка выборки не превышала 5%. Техническая обработка информации производилась в программах SPSS и Excel.

Следует помнить, что метод социологического опроса имеет свои ограничения и недостатки, прежде всего связанные с искажением предоставляемых сведений под воздействием таких субъективных факторов, как личность респондента, качество разработки опросника, профессионализм анкетера или интервьюера, время и место проведения опроса, качество организации самой процедуры и т.п. Опрос используется в том случае, когда предпочтительным, а часто единственным источником необходимых сведений является человек – непосредственный представитель исследуемого процесса или явления.

Несмотря на подобные ограничения, метод самооценок признан достаточно надежным и рекомендован ВОЗ для мониторинга состояния здоровья населения в качестве дополнительного инструмента оценки общественного здоровья, результативности политики здравоохранения [9, с. 51].

В качестве основных субъективных критериев состояния здоровья населения в исследовании выступали: самооценка респондентами состояния собственного здоровья, наличие/отсутствие длительно протекающих (хронических) заболеваний. В рамках работы нами рассматривались следующие детерминанты

здоровья: факторы окружающей среды (экологические условия), генетические и биологические, социально-экономические, поведенческие и психологические факторы. При классификации и дальнейшем анализе детерминант здоровья нами применялся комплексный подход, опирающийся как на характер воздействия фактора, так и на его происхождение и степень управляемости им (рис.).

В данном исследовании главная задача заключалась в том, чтобы оценить субъективные характеристики здоровья внутри групп респондентов, выделенных на основании его ключевых детерминант (например, среди респондентов разного пола, возраста, уровня доходов, семейного положения, образования и т.д.). Подобный подход позволяет сопоставлять между собой «факторные» группы респондентов по критериям самооценки здоровья и, следовательно, выделять категории риска «нездоровья» населения по воздействию отдельных детерминант.

Результаты

1. Генетические и биологические факторы

Распределение ответов респондентов на вопрос о наследственной предрасположенности к хроническим заболеваниям не позволило сопоставить их с субъективными параметрами состояния здоровья ввиду большого количества пропусков при ответе на него (ответили на вопрос лишь 22.5% респондентов). Однако в связи с тем, что вклад генетических факторов в состояние здоровья населения в целом признается специалистами низким (см. выше), в рамках

Таблица 1

Соотношение биологических факторов с критериями состояния здоровья респондентов
(в % от числа опрошенных)

Критерии состояния здоровья	Пол		Возраст		
	Мужчины	Женщины	До 30 лет	От 30 до 55 (60) лет	Старше 55 (60) лет
Самооценка состояния здоровья					
Очень хорошее, хорошее	44.8	32.9	70.4	41.1	12.0
Удовлетворительное	46.1	56.5	25.8	51.5	69.6
Плохое, очень плохое	9.1	10.6	3.7	7.4	18.4
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний					
Имеются	17.5	28.6	13.4	18.4	38.9
Отсутствуют	82.5	71.4	86.6	81.6	61.1

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНЦ РАН.

данного исследования наследственные детерминанты не рассматривались.

Изучение зависимости субъективных параметров состояния здоровья от половой и возрастной принадлежности респондентов позволило установить их комплементарность. Так, например, опрашиваемые мужского пола по сравнению с женщинами чаще оценивают состояние своего здоровья как «очень хорошее и хорошее» (45 против 33%). Среди женщин также оказалась существенно выше доля имеющих хронические заболевания (29 против 18% у мужчин). Однако при интерпретации подобных различий стоит понимать, что они зачастую объясняются не сколько биологическими особенностями, а являются результатом комплексного воздействия социально-экономических и социокультурных факторов [17, с. 129], обуславливающих гендерную специфику самосохранительного поведения. Результаты многих социологических исследований [18–20], в том числе нашего, свидетельствуют о более низких здоровьесберегательных установках представителей «сильного пола». Так, например, согласно данным мониторинга, здоровье в качестве основной жизненной ценности мужчины по сравнению с женщинами выбирают значительно реже (73 против 83%), а доля респондентов-мужчин, не заботящихся о своем здоровье, составляет 23% (против 9% у женщин).

Подавляющее большинство жителей региона в возрасте до 30 лет характеризуют свое здоровье как «очень хорошее, хорошее» (70%), тогда как респонденты 30–55 (60) лет и старше трудоспособного возраста – как «удовлетворительное» (52 и 70% соответственно; табл. 1). Закономерно, что представители старшей возрастной группы значительно хуже оценивают состояние своего здоровья. Так, доля негативных оценок среди них составила 18%, тогда как позитивных – лишь 12%. О наличии у себя хронических заболеваний заявили 39% пожилых, а у

молодежи удельный вес таких ответов составил 13%, у респондентов среднего возраста – 18%.

2. Социально-экономические факторы

Место жительства. Как показали результаты опроса, жители области оценивают свое здоровье преимущественно как «удовлетворительное» (52%). Доля ответов «хорошее, очень хорошее» составила 38%, тогда как лишь каждый десятый опрошенный оценивал свое здоровье как «плохое, очень плохое» (10%).

На территории региона помимо областного центра г. Вологды находится крупный индустриальный центр – г. Череповец. По данным опроса 2016 г., наибольшая доля положительных оценок респондентами состояния собственного здоровья была отмечена в г. Череповце (50% ответов «удовлетворительное», 43% – «очень хорошее, хорошее»), тогда как самая высокая доля негативных оценок зафиксирована в г. Вологде (15% ответов «плохое, очень плохое»; табл. 2). Среди населения районов области удельный вес респондентов, охарактеризовавших свое здоровье как «очень хорошее, хорошее», ниже по сравнению с населением крупных городов (34% против 40% в г. Вологде и 43% в г. Череповце). Как сельские, так и городские жители районов области чаще оценивают свое здоровье как «удовлетворительное» (53 и 60% соответственно против 45% в г. Вологде и 50% в г. Череповце).

Наибольший удельный вес респондентов с хроническими заболеваниями характерен для г. Вологды (34%), тогда как наименьший – для районов области (19%). Однако подобные различия также следует объяснять с осторожностью, так как, с одной стороны, они действительно могут свидетельствовать о лучших характеристиках состояния здоровья жителей сельской местности, малых и средних городов региона, с другой – о более неблагоприятной ситуации с выявляемостью хронических забо-

Таблица 2

Соотношение места жительства с критериями состояния здоровья респондентов
(в % от числа опрошенных)

Критерии состояния здоровья	Место жительства				
	г. Вологда	г. Череповец	Районы области		
			Всего	Городская местность	Сельская местность
Самооценка состояния здоровья					
Очень хорошее, хорошее	40.1	43.1	34.4	31.1	37.3
Удовлетворительное	45.1	49.9	56.7	60.3	53.4
Плохое, очень плохое	14.7	6.9	9.0	8.7	9.3
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний					
Имеются	34.4	22.3	18.5	16.1	20.7
Отсутствуют	65.6	77.8	81.5	83.9	79.3

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНИЦ РАН.

Таблица 3

Соотношение уровня покупательной способности доходов с критериями состояния здоровья респондентов
(в % от числа опрошенных)

Критерии состояния здоровья	Уровень доходов				
	Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна	Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом	Денег хватает только на приобретение продуктов питания	Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги
Самооценка состояния здоровья					
Очень хорошее, хорошее	41.7	59.4	41.1	28.5	17.2
Удовлетворительное	52.8	32.3	50.7	59.5	58.6
Плохое, очень плохое	5.6	8.3	8.2	12.0	24.1
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний					
Имеются	13.9	20.5	21.8	27.2	36.2
Отсутствуют	86.1	79.5	78.2	72.8	63.8

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНИЦ РАН.

леваный, что, в свою очередь, может быть обусловлено как низким качеством и доступностью медицинской помощи, так и низкой медицинской активностью населения.

Уровень доходов. В результате сопоставления уровня покупательной способности доходов населения с основными компонентами состояния здоровья была выявлена закономерность: чем выше респонденты оценивают покупательную способность доходов, тем лучше они характеризуют состояние собственного здоровья (табл. 3). Так, наиболее позитивные оценки здоровья дают респонденты, для которых покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна (59%). Высоким оказался удельный вес ответов «очень хорошее, хорошее» и среди людей, материально ни в чем себя не ограничивающих (42%). Доля негативных оценок здоровья

максимальна среди наименее обеспеченных лиц, у которых денег не хватает даже на приобретение продуктов питания (24%). Аналогичная взаимосвязь была выявлена с наличием хронических заболеваний: так, среди респондентов, самых благополучных в части покупательной способности доходов, доля тех, кто имеет длительно протекающие болезни, составила лишь 14%, тогда как среди наименее обеспеченных – 36%.

Уровень образования. Анализ субъективных критериев здоровья в зависимости от уровня образования респондентов показал, что лучше всего состояние собственного здоровья оценивают люди, имеющие незаконченное высшее образование (доля ответов «очень хорошее, хорошее» – 65%; табл. 4), тогда как население с неполным средним и средним образованием по сравнению с другими чаще оценивает его как «плохое и очень плохое» (14%). Кроме того, среди опрошенных с неполным средним и

Таблица 4

Соотношение уровня образования с критериями состояния здоровья респондентов
(в % от числа опрошенных)

Критерии состояния здоровья	Образование				
	Неполное среднее, среднее	Среднее специальное (ПТУ)	Среднее техническое (техникум)	Незаконченное высшее	Высшее
Самооценка состояния здоровья					
Очень хорошее, хорошее	32.6	33.5	38.1	64.6	43.0
Удовлетворительное	53.8	58.2	50.5	29.2	48.4
Плохое, очень плохое	13.6	8.3	11.3	6.2	8.6
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний					
Имеются	29.6	22.2	22.8	24.6	22.5
Отсутствуют	70.4	77.8	77.2	75.4	77.5

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНЦ РАН.

Таблица 5

Соотношение уровня доступности медицинских услуг с критериями состояния здоровья респондентов
(в % от числа опрошенных)

Критерии состояния здоровья	Уровень доступности медицинских услуг					
	Высокий	Довольно высокий	Удовлетворительный	Скорее низкий	Низкий	Медицинские услуги совершенно недоступны
Самооценка состояния здоровья						
Очень хорошее, хорошее	83.3	54.7	40.8	21.5	31.1	29.4
Удовлетворительное	16.7	39.4	51.9	65.6	51.8	51.0
Плохое, очень плохое	0.0	5.8	7.4	12.9	17.1	19.6
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний						
Имеются	5.6	23.7	21.3	25.8	33.5	15.7
Отсутствуют	94.4	76.3	78.7	74.2	66.5	84.3

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНЦ РАН.

средним образованием оказалось значительно больше тех, кто имеет длительно протекающие хронические заболевания (30%). Отчасти факт более позитивных субъективных оценок здоровья среди первой категории объясняется тем, что в ее состав входит преимущественно молодежь в возрасте до 30 лет (55%), которая по умолчанию обладает лучшими параметрами здоровья. Для сравнения: во второй группе доля лиц до 30 лет составляет лишь 22%, тогда как половина респондентов (49%) относится к возрастной категории 30–59 лет.

Уровень доступности медицинских услуг.

При сопоставлении субъективных параметров состояния здоровья с оценками уровня доступности медицинских услуг была выявлена почти прямо пропорциональная зависимость: чем выше респонденты характеризуют уровень доступности медицинской помощи, тем лучше их оценки собственного состояния здоровья (табл. 5). Так, например, те, кто охарактеризовал уровень доступности медицинских услуг как «высокий», в подавляющем большинстве случаев оценили свое здоровье как «очень хорошее и хорошее» (83%). Также среди данной категории респондентов оказалась самой высокой доля

лиц, не имеющих хронических заболеваний (94%). В то время как худшие характеристики здоровья продемонстрировали люди, отметившие, что доступность медицинских услуг низкая или медицинские услуги вовсе недоступны.

Условия труда и жилищные условия. Анализ влияния условий труда на самооценку состояния здоровья и наличие хронических заболеваний позволил выявить их тесную взаимосвязь: чем выше респонденты оценивают условия труда, тем лучше характеризуют состояние своего здоровья и тем реже отмечают наличие у себя длительно протекающих заболеваний (табл. 6). Так, например, те люди, которые называли условия труда на работе «отличными» и «хорошими», оценивали состояние собственного здоровья преимущественно как «очень хорошее и хорошее» – 64 и 62% соответственно, а также в меньшей степени отмечали у себя наличие хронических заболеваний (12 и 18% соответственно), тогда как среди тех, кто ответил, что условия труда на работе «неудовлетворительные», оказалась наиболее высокой доля негативных оценок здоровья (16%), а также удельный вес имеющих длительно протекающие заболевания (27%).

Таблица 6

Соотношение условий труда и жилищных условий с критериями состояния здоровья респондентов
(в % от числа опрошенных*, без затруднившихся ответить)

Критерии состояния здоровья	Условия труда				Жилищные условия				
	Отличные	Хорошие	Удовлетворительные	Неудовлетворительные	Очень хорошие	Довольно хорошие	Удовлетворительные	Плохие	Очень плохие
Самооценка состояния здоровья									
Очень хорошее, хорошее	64.3	62.3	35.0	34.6	59.4	43.9	29.3	39.1	33.3
Удовлетворительное	33.3	32.6	59.2	49.3	33.7	46.4	60.9	46.7	46.7
Плохое, очень плохое	2.4	5.1	5.8	16.0	7.0	9.7	9.8	14.1	20.0
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний									
Имеются	12.2	17.8	18.4	27.0	24.8	21.4	25.1	29.3	21.4
Отсутствуют	87.8	82.2	81.6	73.0	75.2	78.6	74.9	70.7	78.6

*Для условий труда – в % от числа опрошенного работающего населения.

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНЦ РАН.

Жилищные условия также напрямую влияют на самооценку здоровья. Подавляющее большинство назвавших свои жилищные условия «очень хорошими» оценивали здоровье как «очень хорошее и хорошее» (59%), а среди тех, кто считает их «очень плохими», каждый пятый характеризовал состояние здоровья как «плохое, очень плохое» (20%). Также доля указавших наличие хронических заболеваний оказалась наиболее высокой среди лиц, назвавших свои жилищные условия плохими (29%).

Семейное положение. При изучении влияния семейного положения респондентов на их состояние здоровья были получены интересные выводы. Так, например, наиболее позитивно собственное здоровье оценивают холостые респонденты (64% ответов «очень хорошее, хорошее»; табл. 7). Кроме того, среди данной категории населения оказалось значительно больше тех, у кого отсутствуют хронические заболевания (85%). Вдовы респонденты чаще по сравнению с другими характеризуют здоровье как «плохое, очень плохое» (23%), а также имеют хронические заболевания (39%). Во многом наблюдаемая зависимость обусловлена возрастными особенностями представителей данных групп: среди холостых респондентов оказалась наибольшей доля молодежи в возрасте до 30 лет (68%), тогда как среди вдовых – лиц в возрасте 60 лет и старше (62%). Выявленные закономерности совпадают с результатами других общероссийских и региональных социологических исследований здоровья населения [21; 22].

Наличие религиозных убеждений. Как показали результаты исследования, наличие у ре-

спондентов религиозных убеждений никак не влияет на самооценку ими собственного здоровья. Вместе с тем среди лиц, не имеющих религиозных убеждений, доля тех, у кого есть длительно протекающие заболевания, оказалась почти в 2 раза выше, чем у тех, кто имеет религиозные убеждения (44 против 23%; табл. 7). Однако интерпретацию подобной закономерности затрудняет факт того, что в наше время многие люди формально причисляют себя к определенной конфессии, при этом не относясь серьезно к ее основополагающим догмам и не соблюдая ортодоксальных правил.

3. Факторы внешней среды. Экологические условия

Вопросы анкеты мониторинга позволяют оценить экологическую ситуацию в месте проживания респондентов и выяснить их мнения относительно причин ее неблагоприятного состояния. Результаты исследования продемонстрировали немаловажную роль экологических условий в формировании самооценки состояния здоровья населения. Так, каждый второй респондент, оценивший экологические условия в месте своего проживания как «очень хорошие», исключительно позитивно характеризовал состояние своего здоровья (51%; табл. 8). Среди тех, кто считает, что экологические условия «довольно хорошие», существенным оказался удельный вес хороших (42%) и удовлетворительных (49%) оценок здоровья. Тогда как чаще по сравнению с другими «плохим и очень плохим» называли состояние своего здоровья люди, проживающие в неудовлетворительных экологических условиях (14% в «плохих» и

Таблица 7

Соотношение семейного положения и религиозных убеждений с критериями состояния здоровья респондентов (в % от числа опрошенных)

Критерии состояния здоровья	Семейное положение						Наличие религиозных убеждений	
	Состою в зарегистр. браке и проживаю совместно с мужем (женой)	Состою в зарегистр. браке и не проживаю совместно с мужем (женой)	Не состою в зарегистр. браке, но проживаю совместно с мужем (женой)	Разведен (а)	Не замужем (холост)	Вдова (-ец)	Верующий	Неверующий
Самооценка состояния здоровья								
Очень хорошее, хорошее	36.6	27.8	44.4	26.1	64.3	12.3	36.3	45.1
Удовлетворительное	34.4	22.2	38.5	23.8	53.2	11.5	33.1	39.4
Плохое, очень плохое	10.0	16.7	5.9	9.3	4.6	23.0	10.0	9.3
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний								
Имеются	22.8	44.4	21.9	26.4	15.3	39.2	22.8	44.4
Отсутствуют	77.2	55.6	78.1	73.6	84.7	60.8	77.2	55.6

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНЦ РАН.

Таблица 8

Соотношение экологических условий в месте проживания с критериями состояния здоровья респондентов (в % от числа опрошенных, без затруднившихся ответить)

Критерии состояния здоровья	Экологические условия в месте проживания				
	Очень хорошие	Довольно хорошие	Удовлетворительные	Плохие	Очень плохие
Самооценка состояния здоровья					
Очень хорошее, хорошее	50.7	41.9	34.3	36.6	36.3
Удовлетворительное	39.4	48.9	57.1	49.4	51.5
Плохое, очень плохое	9.9	9.2	8.7	14.0	12.1
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний					
Имеются	21.1	21.2	23.4	28.5	28.1
Отсутствуют	78.9	78.8	76.6	71.5	71.9

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНЦ РАН.

12% в «очень плохих»). Кроме того, опрошенным, проживающим в хороших условиях, в меньшей степени свойственно наличие хронических заболеваний. Тогда как те, кто оценил экологические условия как «плохие» и «очень плохие», оказались наиболее подверженными подобным заболеваниям (29 и 28% соответственно).

4. Поведенческие факторы. Самоохранительное поведение

Ценностные ориентации. При анализе самоохранительного поведения как фактора здоровья населения очень важно рассматривать его ценностную составляющую. В настоящее время здоровье занимает лидирующее место в системе ключевых ценностей жителей Вологодской области (78%) наряду со счастливой и дружной семьей (73%). Однако, как показали результаты опроса, респонденты, для которых здоровье входит в число главных жизненных приорите-

тов, в целом давали более негативные оценки его состояния: доля ответов «плохое, очень плохое» составила 10% против 8% у тех, кто не отнес здоровье в перечень главных ценностей. Кроме того, среди людей данной категории чаще встречались те, у кого имеются хронические заболевания: в 25% случаев против 20% у людей, не отнесших здоровье к главным жизненным ценностям.

Отчасти подобная закономерность может объясняться тем, что люди, ценящие свое здоровье, более ответственно относятся к нему, а следовательно, имеют более широкие представления о нем (в том числе и о наличии у себя хронических заболеваний) и в целом более критично его характеризуют. Так, например, среди респондентов, выбравших здоровье при ответе на вопрос: «Что для Вас является главной ценностью?», доля тех, кто считает себя ответственным за его состояние, составила 94%, то-

гда как среди жителей, не считающих здоровье главной ценностью, – 80%.

Вредные привычки. Важнейшими деструктивными факторами общественного здоровья

текающих болезней имеют жесткие медицинские ограничения в части потребления алкоголя. Так, например, среди респондентов, не употребляющих алкоголь, почти треть (30%) соблюдают ди-

Таблица 9

Соотношение наличия вредных привычек с критериями состояния здоровья респондентов
(в % от числа опрошенных)

Критерии состояния здоровья	Употребление алкоголя		Курение		Наркотики	
	Употребляют	Не употребляют	Курят	Не курят	Пробовали	Не пробовали
Самооценка состояния здоровья						
Очень хорошее, хорошее	40.4	34.3	43.3	35.8	53.4	37.5
Удовлетворительное	53.1	49.6	50.5	52.5	40.0	52.4
Плохое, очень плохое	6.5	16.0	6.1	11.7	6.7	10.0
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний						
Имеются	19.7	30.6	17.8	26.3	13.3	24.0
Отсутствуют	80.3	69.4	82.2	73.7	86.7	76.0

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНИЦ РАН.

Таблица 10

Влияние регулярного употребления алкоголя на критерии состояния здоровья респондентов
(в % от числа опрошенных)

Критерии состояния здоровья	Регулярно употребляют алкогольные напитки*				Не употребляют алкогольные напитки
	Пиво (более 1 бутылки)	Некрепленое вино (более 200 мл)	Крепленое вино (более 100 мл)	Крепкие спиртные напитки (более 50 мл)	
Самооценка состояния здоровья					
Очень хорошее, хорошее	31.5	45.3	44.6	46.6	34.3
Удовлетворительное	61.7	47.5	48.6	47.3	49.6
Плохое, очень плохое	6.8	7.3	6.9	6.1	16.0
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний					
Имеются	15.5	18.1	14.3	28.3	30.6
Отсутствуют	84.5	81.9	87.5	71.7	69.4

*Варианты ответа «ежедневно» и «по выходным».

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНИЦ РАН.

служат употребление алкоголя, наркотических веществ и курение. Сопоставление наличия деструктивных практик здоровья у респондентов с их субъективными параметрами здоровья продемонстрировало интересные и вместе с тем противоречивые результаты. Так, люди, имеющие вредные привычки (употребляющие алкоголь, курящие и когда-либо пробовавшие наркотические средства), по сравнению с теми, кто не имеет подобных саморазрушительных практик, намного лучше характеризовали состояние собственного здоровья, а также оказались в меньшей степени подвержены хроническим заболеваниям (табл. 9).

Более детальное рассмотрение субъективных параметров здоровья респондентов, регулярно употребляющих спиртное, в сравнении с непьющими показывает, что первая категория опрошенных в целом значительно лучше по сравнению со вторыми оценивают состояние собственного здоровья, реже подвержены хроническим заболеваниям (табл. 10). Данный факт может объясняться тем, что многие непьющие люди в связи с наличием у них длительно про-

ету, из них 14% придерживаются ее по показани-ям врача, тогда как среди тех, кто употребляет спиртное, – 21 и 5% соответственно. Выявленное противоречие актуализирует вопрос более детального изучения субъективных характеристик здоровья населения, не имеющего данной вредной привычки, и тех, кто ей подвержен, на последующих этапах исследования.

Примечательно, что увеличение частоты курения в течение дня не ухудшает самооценку состояния здоровья курильщиков, напротив, такие респонденты в целом даже лучше чувствуют себя по сравнению с некурящими (табл. 11). Вместе с тем у людей, выкуривающих ежедневно более одной пачки сигарет, все же значительно чаще по сравнению с остальными встречаются хронические заболевания (в 29% случаев).

Сильное воздействие на формирование у человека практик саморазрушительного поведения оказывает поведение его родителей. Так, анализ соотношения табакокурения среди жителей Вологодской области и среди их родителей показал, что в 21% случаев у курящего

населения курит(ла) мать и в 79% случаев курит(л) отец. Тогда как у некурящего населения лишь в 6% случаев курила мать и в 51% случаев курил отец.

стью, так и ее полное отсутствие не самым лучшим образом влияют на состояние здоровья.

Режим труда и отдыха. Важное значение в соблюдении здоровьесообразного режима труда

Таблица 11

Влияние частоты курения на критерии состояния здоровья респондентов
(в % от числа опрошенных)

Критерии состояния здоровья	Частота курения за день						Некурящие
	Не каждый день	Не более 5 шт.	Менее ½ пачки	Пачка на 2 дня	Не более 1 пачки	Более 1 пачки	
Самооценка состояния здоровья							
Очень хорошее, хорошее	30.0	42.9	48.3	47.0	46.5	36.3	35.8
Удовлетворительное	56.7	51.4	45.0	45.0	48.1	58.8	52.5
Плохое, очень плохое	13.3	5.8	6.7	8.0	5.5	5.1	11.7
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний							
Имеются	20.0	22.9	20.0	19.2	12.0	28.8	26.3
Отсутствуют	80.0	77.1	80.0	80.8	88.0	71.3	73.7

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНИЦ РАН.

Питание. Характер питания играет важнейшую роль в сохранении и укреплении здоровья. Между характером питания и оценками состояния здоровья также была обнаружена непосредственная взаимосвязь: чем лучше питание респондентов, тем выше их оценки состояния здоровья и тем ниже вероятность наличия у них хронических заболеваний. Так, большинство лиц, назвавших свое питание «полноценным», оценили здоровье как «хорошее и очень хорошее» (64%), а также отметили, что не имеют длительно протекающих заболеваний (87%; табл. 12). Тогда как среди респондентов, очень плохо питающихся или регулярно недоедающих и голодающих, оказался наиболее существенным удельный вес негативных оценок здоровья (40 и 50% соответственно), а также крайне высокой доля тех, кто имеет хронические заболевания (65 и 50% соответственно).

Физическая активность. Как показали результаты опроса, респонденты, несколько раз в месяц занимающиеся разнообразными видами двигательной активности, чаще всего давали позитивные оценки состоянию своего здоровья (49% ответов «очень хорошее, хорошее»), тогда как среди тех, кто занимается ей ежедневно, и тех, кто вовсе не занимался двигательной активностью, оказалась наибольшей доля негативных оценок здоровья (14 и 10% соответственно; табл. 12).

Кроме того, интересным представляется факт того, что люди, ежедневно занимающиеся физической активностью, и те, кто, напротив, ей никогда не занимался, значительно чаще заявляли о наличии у себя длительно протекающих заболеваний (24 и 25% соответственно). Таким образом, можно предположить, что как слишком частые занятия двигательной активностью,

и отдыха имеет наличие у работающего населения ежегодного отпуска. Результаты опроса показали, что респонденты, имевшие на протяжении предшествующего года отпуск длительностью от 28 до 40 дней, в целом обладают более благоприятными параметрами здоровья: так, совокупная доля самооценок собственного здоровья «очень хорошее, хорошее» и «удовлетворительное» составила 95%, а доля тех, кто не имеет длительно протекающих заболеваний, – 84% (табл. 13). Среди респондентов, не имевших отпуска на протяжении года, оказались максимальны по сравнению с теми, у кого он был, доля оценок здоровья «плохое, очень плохое» (14%), удельный вес лиц с хроническими заболеваниями (30%).

Поскольку вопрос о наличии и длительности отпуска был ограничен рамками одного года («Укажите длительность Вашего отпуска за последний год»), то в перечень субъективных критериев состояния здоровья интересным представляется включение оценок респондентами изменения состояния собственного здоровья в течение последнего года. Так, каждый третий опрошенный, не имевший отпуска на протяжении года, отметил, что его состояние здоровья ухудшилось (32%), тогда как об улучшении заявили лишь 5% респондентов данной категории. Среди тех, кто имел отпуск длительностью более 40 дней, оказалась самой высокой доля респондентов, отметивших улучшение здоровья (10%).

5. Психологические факторы. Стресс

Результаты опроса показали, что среди респондентов, в течение года никогда не испытывавших стрессовых ситуаций, по сравнению с другими оказалось значительно больше тех, кто оценивал свое здоровье как «очень хорошее,

Таблица 12

Соотношение характера питания и физической активности с критериями состояния здоровья респондентов (в % от числа опрошенных, без затруднившихся ответить)

Критерии состояния здоровья	Характер питания					Физическая активность				
	Полноценное	Нормальное	Неудовлетворительное	Очень плохое	Регулярно недоедаю, голодаю	Занимаются какой-либо физической активностью			Сейчас не занимаются	Никогда не занимались
						Ежедневно	2-3 раза в неделю	Несколько раз в месяц		
Самооценка состояния здоровья										
Очень хорошее, хорошее	64.0	35.5	33.3	20.0	25.0	39.2	45.5	49.2	41.8	38.3
Удовлетворительное	31.2	56.1	49.7	40.0	25.0	46.5	47.7	44.4	51.4	52.0
Плохое, очень плохое	4.7	8.5	17.0	40.0	50.0	14.3	6.8	6.4	6.8	9.8
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний										
Имеются	12.8	22.7	33.0	65.0	50.0	24.4	19.1	17.9	17.9	24.7
Отсутствуют	87.2	77.3	67.0	35.0	50.0	75.6	80.9	82.1	82.1	75.3

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНЦ РАН.

Таблица 13

Соотношение наличия ежегодного отпуска с критериями состояния здоровья респондентов (в % от численности опрошенного работающего населения)

Критерии состояния здоровья	Отсутствие отпуска	Наличие ежегодного отпуска		
		Менее 28 дней	От 28 до 40 дней	Более 40 дней
Самооценка состояния здоровья				
Очень хорошее, хорошее	36.1	44.6	44.0	37.1
Удовлетворительное	49.8	47.1	51.1	50.5
Плохое, очень плохое	14.2	8.1	5.0	12.3
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний				
Имеются	29.7	19.7	15.6	26.8
Отсутствуют	70.3	80.3	84.4	73.2
Изменение состояния здоровья за год				
Улучшилось	4.7	3.8	5.4	10.3
Осталось таким же	54.7	66.8	70.2	55.7
Ухудшилось	32.1	24.3	19.4	27.8

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНЦ РАН.

хорошее» (44%; табл. 14). Чаще всего оценку «плохое, очень плохое» давали люди, которые подверглись стрессу лишь однажды (16%), и те, кто испытывал его ежедневно (14%). Кроме того, ежедневно испытывающие стресс чаще высказывались о наличии у себя хронических заболеваний (41%), а также отмечали, что состояние здоровья ухудшилось за последний год (38%).

Исходя из результатов социологического исследования нами выделены группы риска «нездоровья» среди населения региона по отдельным детерминантам здоровья (табл. 15). Так, к категории риска «нездоровья» по воздействию неуправляемых или слабоуправляемых эндогенных биологических факторов были отнесены

мужчины и лица старше трудоспособного возраста; неуправляемых или слабоуправляемых экзогенных экологических факторов – люди, проживающие в плохих экологических условиях. В группу риска по управляемым экзогенным социально-экономическим детерминантам попали такие категории населения, как люди с низким уровнем доходов, с неполным средним и средним образованием, проживающие в плохих жилищных условиях, работающие в неудовлетворительных условиях труда, находящиеся в статусе вдовы/вдовца, и те, для кого медицинские услуги совершенно недоступны или уровень их доступности низкий; по поведенческим – население с плохим, нерегулярным питанием, лица, либо слишком часто занимаю-

щиеся физической активностью, либо вовсе не занимающиеся ей; по психологическим – люди, регулярно испытывающие стрессовые со-

– экзогенные социально-экономические, поведенческие (в том числе самосохранительное поведение) и психологические факторы.

Таблица 14

Соотношение наличия стресса с критериями состояния здоровья респондентов
(в % от числа опрошенных)

Критерии состояния здоровья	Испытывали стресс					Никогда не испытывали стресс
	Практически ежедневно	Несколько раз в неделю	Несколько раз в месяц	Несколько раз в год	Только однажды	
Самооценка состояния здоровья						
Очень хорошее, хорошее	32.3	31.7	40.3	37.1	39.1	44.4
Удовлетворительное	53.8	57.2	51.0	54.9	44.5	47.4
Плохое, очень плохое	14.0	11.0	8.6	8.0	16.4	8.3
Наличие длительно протекающих (хронических) заболеваний						
Имеются	41.3	38.6	26.6	18.6	20.7	15.1
Отсутствуют	58.7	61.4	73.4	81.4	79.3	84.9
Изменение состояния здоровья за год						
Улучшилось	2.2	3.4	5.8	4.1	3.4	6.0
Осталось таким же	51.6	53.1	64.4	65.4	65.8	68.8
Ухудшилось	37.6	38.6	24.4	25.4	24.0	17.3

Источник: мониторинг общественного здоровья населения Вологодской области ВолНЦ РАН.

Таблица 15

Группы риска «нездоровья» среди населения Вологодской области по ключевым факторам

Факторы		Группы риска «нездоровья»	
Неуправляемые или слабоуправляемые	Эндогенные	Биологические	Мужчины, лица старше трудоспособного возраста
	Управляемые	Окружающая среда (экологические)	Люди, проживающие в плохих экологических условиях
Социально-экономические		Люди с низким уровнем доходов (денег не хватает даже на приобретение продуктов питания). Люди с неполным средним, средним образованием. Люди, для которых медицинские услуги совершенно недоступны или уровень их доступности низкий. Люди, проживающие в плохих жилищных условиях. Люди, условия труда которых неудовлетворительные. Люди в статусе вдовы/вдовца	
Поведенческие		Люди, питание которых плохое, нерегулярное. Люди, или не занимающиеся двигательной активностью, или занимающиеся ей ежедневно. Люди, не имеющие ежегодного отпуска	
		Психологические	Люди, регулярно (ежедневно) испытывающие стрессовые состояния

стояния.

Выводы

Обобщая существующие теоретические подходы к классификации детерминант общественного здоровья населения, стоит отметить, что при анализе факторов следует учитывать как их происхождение и вклад в формирование здоровья, так и степень управляемости ими. В соответствии с этим можно выделить следующие группы факторов:

- 1) Неуправляемые или слабоуправляемые:
 - экзогенные факторы окружающей среды (экологические условия);
 - эндогенные генетические и биологические.
- 2) Управляемые:

Использование подхода, опирающегося на данные социологических исследований, при изучении детерминант здоровья дает возможность углублять и конкретизировать имеющиеся статистические данные, позволяет выявлять такие взаимосвязи, закономерности и специфические черты, которые невозможно получить объективным путем. Кроме того, метод социологического опроса является наиболее подходящим и оптимальным в случае рассмотрения управляемых поведенческих факторов, так как итогом его применения служат конкретные сведения об образе жизни населения, удовлетворенности респондентов условиями жизни, установках относительно сохранения и укрепления здоровья и т.д.

Как показали результаты очередного этапа мониторинга общественного здоровья населения Вологодской области, проведенного ВолНЦ РАН в 2016 г., заметное воздействие на состояние здоровья респондентов оказывают управляемые социально-экономические (уровень доходов и образования, удовлетворенность респондентов доступностью медицинских услуг, жилищными условиями и условиями труда, их семейное положение, место проживания), поведенческие детерминанты (ценностные ориентации, характер питания, уровень физической активности, соблюдение режима труда и отдыха) и неуправляемые или слабоуправляемые экологические и биологические (половозрастные) факторы.

Выявленные на основании социологического исследования группы риска «нездоровья» среди жителей Вологодской области по отдельным детерминантам могут использоваться в качестве целевых категорий при подготовке и реализации мероприятий региональной политики, направленных на укрепление и сохранение здоровья населения. При этом особое внимание следует уделять управляемым факторам общественного здоровья, так как они обладают наибольшим потенциалом в части государственного регулирования.

Список литературы

1. Римашевская Н.М. Социальная политика сбережения народа: радикальное изменение негативного тренда здоровья российского населения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2010. №4 (12). С. 48–61.
2. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учеб. рук-во / Под ред. Ю.П. Лисицына. Казань, 1998. 698 с.
3. Бедный М.С. Семья – здоровье – общество. М.: Просвещение, 1986. 360 с.
4. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / Под ред. Н.М. Римашевской. М.: ИСЭПН РАН, 2001. 320 с.
5. Шабунова А.А., Калашников К.Н., Морев М.В. и др. Здоровье и здравоохранение: Учеб. пособие для вузов / Под ред. А.А. Шабуновой. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2014. 154 с.
6. Ревич Б.А. Детерминанты общественного здоровья в российской Арктике и на приарктических территориях // Проблемы прогнозирования. 2017. № 1. С. 50–60.
7. Бойцов С.А., Самородская И.В. Факторы, влияющие на смертность населения // Вестник Российской академии наук. 2016. №12 (86). С. 1089–1097.
8. Тагаева Т.О., Гильмундинов В.М. Статистический анализ влияния факторов риска на ухудшение общественного здоровья // Проблемы прогнозирования. 2015. №1. С. 105–118.
9. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: Монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. 408 с.
10. Иванов Л.Ю. Самосохранительное поведение и его гендерные особенности // Россия реформирующаяся. Ежегодник-2005 / Отв. ред. Л.М. Дробизева. М.: Институт социологии РАН, 2006. С. 110–133.
11. Журавлева И.В. Самосохранительное поведения подростков и заболевания, передающиеся половым путем // Социологические исследования. 2000. № 5. С. 66–74.
12. Кашуркина С.С. Самосохранительное поведение детей и молодежи как социальная проблема. Казань: РИЦ «Школа», 2006. 84 с.
13. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения: Монография / Гос. ун-т – Высшая школа экономики. М.: МАКС Пресс, 2007. 526 с.
14. Лебедева-Несевря Н.А., Гордеева С.С. Социология здоровья: Учеб. пособие. Пермь: Перм. гос. нац. иссл. ун-т, 2011. 238 с.
15. Проблемы сохранения человеческого потенциала: медико-демографические аспекты / Рук. авт. коллектива А.И. Попугаев. Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. 157 с.
16. Сочнев А.В. Поведенческие факторы здоровья молодежи // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. 2007. № 1 (6). С. 113–117.
17. Народонаселение современной России: воспроизводство и развитие / Под ред. В.В. Локосова. М.: Изд-во «Экон-Информ», 2015. 411 с.
18. Браун Дж. В., Панова Л.В., Русинова Н.Л. Гендерные различия в здоровье // Социологические исследования. 2007. №6. С. 114–122.
19. Назарова И.Б. Гендерные стереотипы применительно к индивидуальному здоровью // Гендерные стереотипы в современной России / Под ред. И.Б. Назаровой, Е.В. Лобзы. Гос. ун-т – Высшая школа экономики. М.: МАКС Пресс, 2007. 306 с.
20. Шабунова А.А., Шухатович В.Р., Корчагина П.С. Здоровьесберегающая активность как фактор здоровья: гендерный аспект // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2013. №3 (27). С. 123–132.
21. Синельников А.Б. Влияние брачного статуса на самооценку состояния здоровья // Социальные аспекты здоровья населения. 2011. №4 (20). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/332/lang,ru/> (дата обращения: 15.03.2016).
22. Шигаева Е.С. Осведомленность населения Свердловской области об основных показателях своего здоровья // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. Социология. 2012. № 2. С. 23–28.

FACTORS OF PUBLIC HEALTH: EXPERIENCE OF SOCIOLOGICAL RESEARCH (ON THE MATERIALS OF THE VOLOGDA REGION)

A.V. Korolenko

Vologda Science Center of the Russian Academy of Sciences

The aim of this article is to provide an analysis of the influence of the most significant factors on the public health and to identify the risk groups of «ill health» among the population of the region (on the example of the Vologda region). The author systematized the scientific approaches to the classification of the public health factors. The article contains the analysis of the influence of key determinants (genetic and biological, socio-economic, behavioral, psychological and environmental) on the main parameters of health (self-assessment, chronic diseases), based on the data of sociological monitoring of the public health of the Vologda region. It is established that controlled socio-economic determinants (income and education level, respondents' satisfaction with the availability of medical services, housing and working conditions, their marital status, place of residence), behavioral determinants (value orientations, nature of nutrition, use of alcoholic beverages, level of physical activity, observance of the working and rest regime) and uncontrolled or hardly controlled environmental and biological factors (sex and age-related) make a significant impact on the respondents' health. The author identified the risk groups of «ill health» among the population of the region by separate determinants. These groups can be used as target categories in the preparation and implementation of regional policy measures aimed at preserving and improving the population's health.

Keywords: public health, factors, sociological monitoring, Vologda region.