Содержание

Введение

1. Самосохранительное поведение, его понятие и структура

2. Самосохранительное поведение как фактор продолжительности жизни. Целесообразность изучения самосохранительного поведения в исследованиях факторов продолжительности жизни

3. Исследование самосохранительного поведения в нашей стране и за рубежом

Заключение

Список литературы

## Введение

В течение тысячелетий человечество страдало и умирало от эпидемических инфекционных заболеваний - чумы, холеры, оспы и других. После промышленной революции, с началом второй фазы демографического перехода улучшаются экономически и санитарные условия жизни населения, начинается снижение уровня смертности и одновременно изменяется ее структура по причинам смерти Массовые инфекционные заболевания отступают, их доля в структуре смертности снижается до минимума, а их место занимают неинфекционные хронические болезни, несчастные случаи и травмы. Возрастает роль профилактики здоровья, санитарных аспектов условий жизни и труда, возможности каждого отдельного человека сохранить свое здоровье или хотя бы отдалить приближение смерти. Отсюда возрастает роль социальных наук в изучении поведенческих аспектов смертности и продолжительности жизни, в выработке рекомендаций по развитию здорового образа жизни.

Цель работы - исследовать самосохранительное поведение как фактор продолжительности жизни.

## 1. Самосохранительное поведение, его понятие и структура

Возрастающая роль поведенческих аспектов в борьбе за продолжительность жизни нашла свое выражение и в исследовании факторов смертности и здоровья населения социологическими методами. По аналогии с определением репродуктивного поведения самосохранительное поведение определяется как система действий и установок личности, направленных па сохранение здоровья и продление жизни [1; стр.235].

Самосохранительное поведение является частью общего поведения личности или группы людей (одним из видов которой является семья), относящейся предметно к определенной области жизни.

Как и всякое другое поведение, самосохранительное поведение представляет собой целостную по своим физическим и психическим компонентам реакцию на внешние и внутренние стимулы, состоящую не только из внешне проявляемых действий, но и внутренних, активных, но внешне не проявляемых психических актов и состояний (импульсов, установок, мотивов, настроений и т.п.). Внешними стимулами поведения являются социальные ценности и нормы, внутренними - потребности. Внешними стимулами личности, семьи и общества, а также и другие социальные ценности, так или иначе связанные с ценностями, социальные нормы.

Самосохранительное поведение обладает структурой, которую можно представить в виде последовательности психических компонентов: самосохранительные потребности, установки, мотивы, интересы, планы, решения, действия, результаты действий.

## 2. Самосохранительное поведение как фактор продолжительности жизни. Целесообразность изучения самосохранительного поведения в исследованиях факторов 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 (перечисленные в порядке их значимости:

1) уровень жизни народа;

2) эффективность служб здравоохранения;

3) санитарная культура общества;

4) экологическая среда [1; стр.230].

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 (пространство) для развития всех остальных факторов роста и санитарной культуры, заботы о здоровье, для улучшения окружающей среды и т.д. Бедность всему этому никак не способствует. Между тем подавляющее большинство нашего населения - бедное по современным ("западным") стандартам уровня жизни. К сожалению, мы толком не знаем, какой у нас уровень жизни и какими показателями его следует измерять. Советская социальная статистика для этой цели совершенно не пригодна, она насквозь лжива, и к тому же была почти полностью засекречена. 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 и проч.

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, и т.п. Тем не менее, согласно данным Второго российского доклада (1996 г), посвященного оценке уровня жизни в нашей стране и представленного в ООН, Россия по этому показателю в 1993 г. заняла 57-е место среди 174 стран мира, по которым этот индекс рассчитывается. В 1995 г. наша страна среди тех же 174 стран мира отодвинулась уже на 119 место. Если учесть, что в мире насчитывается примерно 35 экономически развитых стран, то даже с учетом, вероятнее всего, завышенной оценки уровня жизни, даваемой индексом ИРЧП, наша страна находится далеко за чертой, отделяющей экономически развитые страны от "развивающихся" (точнее отсталых).

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. Так, уже к 1990 г. в большинстве экономически развитых стран расходы на здравоохранение превышали 8% от валового внутреннего продукта. В России же в это время они составляли всего 3,3%. Причем примерно на таком же уровне эти расходы были и в бывшем СССР.

Составной частью проблемы низкого финансирования здравоохранения является очень низкая заработная плата занятых в этой отрасли. Поданным за 1996 г. среднемесячная заработная плата работников здравоохранения, физической культуры и социального обеспечения (трудно объяснить обоснованность такого смешения) составляла 77% от аналогичной зарплаты в среднем по экономике страны. Ниже, чем в здравоохранении, заработная плата лишь у занятых в образовании, культуре и искусстве. Тоже, кстати, чрезвычайно показательный симптом отношения нашего государства к самым жизненно важным для него, для государства, отраслям народного хозяйства. Вряд ли можно всерьез ожидать большого стремления врача к постоянному повышению своей квалификации при такой "нижайшей из низших" зарплате.

Вероятно, не меньшее значение, чем финансовое обеспечение здравоохранения, имеют его взаимоотношения с пациентом. В этом отношении организация нашего здравоохранения вряд ли значительно изменилась за последние 100 лет. По-прежнему она носит безличностный характер, т.е. врач в ечебном процессе не учитывает индивидуальности пациента, особенностей его личности, рассматривает его как неодушевленный организм (растение). Такой подход в большой степени был оправданным в эпохи до начала демографического перехода, когда в структуре уровня смертности по причинам смерти преобладали инфекционные эпидемии, поражавшие людей без различия их социальных и индивидуальных свойств. Но теперь он совершенно неэффективен.

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. Лишь добавила гражданам заботы по периодическому переоформлению страховых полисов и необходимости не забывать брать их с собой, направляясь на прием к врачу.

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. Но... у наших людей в массе своей нет достаточных денег для того, чтобы пользоваться благами платной медицины. 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.

3) 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, атом 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 (а также укреплению семьи и росту рождаемости).

4) Качество окружающей среды. Здесь тоже немало проблем, которые теперь уже достаточно хорошо известны (хотя почти каждый день мы узнаем о новых, вернее, старых экологических бедах, но долгое время тщательно скрываемых). Почти все они - следствие гипертрофированной военной экономики советского государства, в которой вопросам охраны окружающей среды уделялось мало внимания (как и здравоохранению, жизненному уровню народа и всем остальным жизненно важным аспектам). 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 (различается лишь степень загрязнения, которая, однако, всюду превышает предельно допустимые концентрации ПДК). Концентрации вредных веществ в атмосфере превышают допустимые пределы в 5 раз в 150 городах России, в 10 раз - в 86 городах.

Можно привести еще немало других данных, свидетельствующих о плохом состоянии окружающей среды в России, но, думается, и этих достаточно, чтобы иметь представление о том "вкладе", который экология вносит в нашу смертность.

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

## 3. Исследование самосохранительного поведения в нашей стране и за рубежом

Впервые в нашей стране пилотажные исследования самосохранительного поведения начала проводить небольшая группа социологов и демографов под руководством проф.А.И. Антонова, сначала в Центре по изучению проблем народонаселения (на экономическом факультете МГУ им. М.В. Ломоносова) в 1980-1983 гг., затем в Институте социологии АН СССР, в 1984-86 гг. (соответственно в другом составе исследовательской группы). Исследования проводились в Вильнюсе, Шауляе, Львове, Черновцах и других городах СССР. Всего было опрошено около 1500 человек, мужчин и женщин, среди которых люди моложе 30 лет составили 61%, а старше 50 лет - 13%. Более половины всех опрошенных составляли люди умственного труда. В качестве основных характеристик психологических установок к длительности жизни исследователи использовали фактически те же три показателя предпочтений, что и при изучении репродуктивного поведения, естественно в преломлении к актуальному предмету исследования: среднее идеальное, желаемое и ожидаемое число лет жизни. Ответы респондентов на вопрос об идеальной продолжительности жизни: "Какова, по вашему мнению, наилучшая продолжительность жизни?" - интерпретировались исследователями как характеристика представлений опрашиваемых о наилучших сроках жизни людей вообще, каких-то других людей, а не их лично. Ответы о желаемой продолжительности жизни: "Если бы у вас была возможность выбора, то какое число лет жизни вы предпочли бы для себя при самых благоприятных условиях?" - трактовались как потребность в длительности жизни, желание жить. Наконец, ответ на вопрос об ожидаемой продолжительности жизни: "Как вы думаете, докакого примерно возраста вам удастся дожить?" - интерпретировался в качестве характеристики представлений респондентов о сроках жизни, которых можно достичь в реальных обстоятельствах их жизни. Все индикаторы предпочтений и ожиданий в отношении продолжительности жизни сопоставлялись с различными характеристиками респондентов. Было обнаружено, что мужчины в целом более пессимистично, чем женщины, оценивают свое здоровье. Как "хорошее" его оценили лишь 30% опрошенных мужчин в сравнении с 48% женщин, а доля тех, кто оценил свое здоровье как "плохое", среди мужчин оказалась в 2,5 раза больше, чем среди женщин. При этом из всех факторов, в наибольшей степени влияющих на здоровье, у мужчин на первом месте оказались "условия жизни" (41%), а важность "усилий самого человека" в достижении хорошего здоровья отметили лишь 29%. У женщин такие мнения составили соответственно 28 и 39%. Таким образом, женщины проявили более активную позицию по отношению к сохранению здоровья. [1; стр.235].

Исследования также выявили значительную часть людей, по мнению которых не стоит стремиться жить как можно дольше. Эта часть не так уж мала, по данным упомянутых исследований она составляет около 25%. Такая позиция мотивируется боязнью остаться беспомощным и одиноким в старости и болезни. Различие жизненных позиций нашло свое отражение и в показателях предпочтения лет жизни. У "пессимистов" (если можно их так, исключительно условно, назвать) желаемая продолжительность жизни (сколько лет хотелось бы прожить при самых благоприятных условиях) составила 68,6 года сравнительно с 81,1 года по ответам "оптимистов", которые хотят жить дольше с тем, чтобы как можно больше в жизни испытать и как можно дольше не расставаться со своими близкими. Ожидаемая продолжительность жизни (до какого возраста вам удастся дожить) у первых составила 61,6 года, у вторых - 69,4 года. Внимание к сохранению своего здоровья также отражается в самосохранительных установках. Заботящиеся о своем здоровье ожидают прожить 79 лет, не заботящиеся - 71 год. К сожалению, исследования самосохранительного поведения были прерваны очень скоро после своего начала. Они не получили поддержки ни со стороны руководства учреждений, в которых проводились, ни со стороны научного сообщества. Возможно, и сам А.И. Антонов утратил интерес к этой теме. Между тем ее вовсе нельзя считать исчерпанной или не представляющей научного интереса. По мнению того же А.И. Антонова, "остаются до сих пор неразработанными вопросы структуры самосохранительного поведения личности, взаимосвязи ее элементов, классификации основных результатов такого поведения (позитивных и негативных с точки зрения здоровья), вопросы взаимосвязи результатов самое охранительного поведения индивидов с состоянием здоровья, заболеваемости и продолжительности жизни различных групп населения, народонаселения страны в целом. Сегодня можно лишь говорить о постановке этой проблемы в рамках социологической демографии и социологии здоровья, поскольку в отдельных дисциплинах, и прежде всего в психологии, имеются разрозненные попытки по измерению субъективной продолжительности жизни, т.е. того числа лет, которое собирается, надеется прожить опрашиваемый человек". Остается надеяться, или даже, пожалуй, можно быть уверенным, что эта тема исследований еще найдет своих энтузиастов.

## Заключение

По аналогии с определением репродуктивного поведения самосохранительное поведение определяется как система действий и установок личности, направленных па сохранение здоровья и продление жизни.

Самосохранительное поведение целесообразно отнести к факторам продолжительности жизни, т.к здоровый образ жизни, высокий уровень физической культуры способствует созданию предпосылок для хорошего физического, психического и эмоционального самочувствия людей, и соответственно, продлевает им жизнь.

## Список литературы

1. Борисов В.А. Демография - М.: Издательский дом NOTA BENE, 1999. - 272 с.

2. Демография: Учебное пособие / под ред. В.Г. Глушковой. - М.: КНОРУС, 2004. - 304 с.

3. Хореев Б.С. Сравнительный анализ социально-экономического и демографического развития стран мира и России для условий инвестирования. С.: МГУ, 1999. - 450с.