Е.В. Селезнева

Старший научный сотрудник
Института социальной политики НИУ ВШЭ, к.э.н.

Аннотация доклада
«Забота о здоровье в пожилом возрасте: базовый и отклоняющиеся стили жизни»

Важной предпосылкой активного долголетия является хорошее здоровья. Наряду с доступной медицинской помощью, продолжительность жизни и самочувствие человека определяют его собственные усилия по сохранению здоровья – образ жизни и повседневные привычки, касающиеся питания и двигательной активности, вредных привычек. Образ жизни приобретает особую значимость в период второго эпидемиологического перехода, начавшегося в экономических развитых странах в 1970-е годы.

Отношение населения России к своему здоровью и отдельные практики по его сохранению, используемые россиянами, стали объектом целого ряда работ (*Ковалева*, 2008; *Колосницына, Бердникова*, 2009; *Варламова, Седова*, 2010; *Засимова, Локтев*, 2016; *Засимова и др.*, 2017). При этом отдельной возрастной группой, установки и поведения которой были рассмотрены более детально, стала молодежь (*Демкина*, 2014; *Пузанова, Тертышникова*, 2017), а об особенностях самосохранительного поведения пожилых мы можем судить только косвенно, по влиянию возраста на использование гражданами тех или иных практик. Изучению стилей жизни в отношению здоровья - устойчивых сочетаний практик, характерных для различных социальных групп россиян, - посвящено исследование Я. Рощиной (*Рощина*, 2016). Согласно результатам исследования, с возрастом население страны переключается на так называемый «пассивный» стиль, для которого меньше характерны не только вредные привычки, но и активные действия по сохранению своего здоровья. Вопрос о том, что определяет такой выбор, остается открытым.

Цель данного исследования – определить барьеры, которые препятствуют использованию пожилыми практик по сохранению здоровья.

Для достижения этой исследовательской цели были решены две задачи:

* были выделены группы пожилых, использующих те или иные сочетания практик по сохранению здоровья – различные стили жизни в отношении здоровья;
* определены факторы выбора того или иного стиля жизни.

Эмпирической базой исследования послужили данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ НИУ ВШЭ). Для анализа были выбраны данные 19-25 волн, собранные в период с 2010 по 2016 год.

Для решения *первой задачи*, классификации пожилых по используемым практикам, выделения стилей жизни в отношении здоровья, использовался кластерный анализ методом k-средних. Отбор практик для классификации осуществлялся в соответствии со специфическими потребностями пожилого человека в тех или иных действиях по сохранению здоровья. Помимо традиционных практик ЗОЖ, представленных в РМЭЗ (отказа от вредных привычек, диеты и физической активности), в число переменных для кластерного анализа были включены:

* качественные характеристики питания пожилого человека – потребление «здоровых» продуктов питания и тех, что повышают риск развития хронических заболеваний (Согласно проведенным исследованиям, качество питания определяет развитие возрастных изменений в организме человека (*Gille*, 2010; *ВОЗ*, 2016).)
* обращение за медицинской помощью при возникновении проблем со здоровьем (Поскольку пожилые, по сравнению с трудоспособными гражданами, имеют боле слабое здоровье и в связи с этим б***о***льшую потребность в медицинской помощи, для состояния здоровья первых особую актуальность приобретает своевременное обращение к врачу при плохом самочувствии.)

*Вторая задача,* определение факторов выбора стиля жизни, была реализована с помощью мультиномиальной регрессии. Зависимой переменной выступала принадлежность к каждому из кластеров, по сравнению с базовым.

 Предикторами стали несколько групп переменных:

* в соответствии с теорией стиля жизни У.Кокерхама (*Cockerham*, 2013) показатели социального положения индивида (пол, возраст, уровень доходов и образования, социально-профессиональный статус в прошлом);

в дополнение к показателям социального положения:

* показатели здоровья, значимость которых в пожилом возрасте повышается (самооценка здоровья, наличие отдельных хронических заболеваний, связанных с неправильным образом жизни, наличие инвалидности)
* состав семьи пожилого человека (изначально предполагалось, что совместно проживающие родственники могут помочь пожилому человеку вести правильный образ жизни)
* характеристики места проживания – тип населенного пункта и оценки доступности медицинской помощи для пожилого населения в регионе
* год проведения обследования.

В ходе кластерного анализа было выделены 8 стилей жизни в отношении здоровья – 8 устойчивых сочетаний профилактических практик, которые используют пожилые в России. Исследование показало, что по сравнению с населением страны в целом (*Рощина*, 2016), пожилые демонстрируют меньшее разнообразие стилей - более половины пожилых (52,4%) придерживаются так называемого базового стиля, для которого характерно ограничение, как вредных привычек, так и действий по укреплению здоровья. Только 17,8% россиян пожилого возраста были отнесены к группе, ведущей здоровый образ жизни в его общепринятом понимании с контролем питания, достаточной физической активностью, прохождением профилактических осмотров у врача. Прочие стили жизни, связанные, как с позитивными (снижением веса), так и с негативными практиками (перееданием, вредными привычками, самолечением в сочетании с избыточным потреблением животных жиров), были представлены более мелкими группами граждан размером от 11,9% до 0,6%. И если пространство стилей для населения всех возрастов (*там же*) размещено в координатах «полезно-вредно», то для пожилых главным различием становится «самоограничение-выбор действий, полезных или вредных».

Регрессионный анализ показал, что базовый стиль жизни чаще выбирают более бедные пожилые граждане (ограничения становятся следствием экономии), в то время как более высокие доходы являются для пожилых стимулом, как к здоровому образу жизни, так и к развитию негативных практик (вредных привычек, переедания). Фактором выбора правильного образа жизни является высокий уровень образования, а также прошлый социально- профессиональный статус (руководители, работники со средним и высоким уровнем квалификации).

Состав семьи пожилого оказывает значимое влияние на его действия по укреплению здоровья, но наличие совместно проживающих родственников, в особенности трудоспособного и более молодого возраста, снижает не только риск вредных привычек (значимым оказалось влияние на курение), но и шансы на здоровый образ жизни. По-видимому, забота о близких имеет для лиц старшего возраста приоритет перед заботой о себе и заставляет их направлять ресурсы, временн***ы***е и материальные, на нужды других членов семьи.

Плохое состояние здоровья, как и наличие физических ограничений (инвалидности) в пожилом возрасте, является не препятствием, а дополнительным стимулом к профилактической активности. При этом различные диагнозы и проблемы со здоровьем оказывают разное по силе влияние на решение пожилого беречь свое здоровье.

Низкая доступность медицинской помощи в регионе в оценках пожилых увеличивает риски злоупотребления алкоголем и курения.

Структура стилей жизни, демонстрируемых пожилыми в период с 2010 по 2016 год, была относительно устойчивой. Несмотря на активную политику по пропаганде ЗОЖ и борьбе с вредными привычками, которую государство проводило во второй половине периода, риск выбора негативных стилей жизни в эти годы не снизился. Данные РМЭЗ НИУ ВШЭ указывают, что в отличие от молодежи и лиц среднего возраста, пожилые оказались нечувствительными к проводимым мерам. В 2016 году сократилась вероятность переедания, в 2015-2016 годах – выбора здорового образа жизни, что может указывать о противоречивом влиянии экономического спада на профилактическую активность пожилых.