

**О.Н. Калачикова, П.С. Корчагина**

## **ФАКТОРЫ РИСКА В СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ: ОБРАЗ ЖИЗНИ**

*В детерминации заболеваемости и смертности все большую роль играет поведенческий фактор – отношение людей к состоянию собственного здоровья. Образ жизни, здоровьесберегающая активность определяют общественное здоровье примерно на 50%. С использованием статистических данных и результатов социологического мониторинга в статье анализируются основные тренды общественного здоровья и образа жизни населения Вологодской области. Положительно оценивает состояние своего здоровья 46% населения области. Число тех, кто оценивает свое здоровье как «плохое, очень плохое», сократилось почти в 2 раза. Растет число жителей региона, которые считают себя частично или полностью ответственными за свое здоровье. В 2013 г. этот показатель составил 88% населения. Выявлено, что лишь 6% жителей региона не имеют деструктивных составляющих в самосохранительном поведении, у 94% населения присутствует хотя бы одна практика саморазрушительного характера. Вместе с тем позитивные формы самосохранительного поведения с каждым годом получают все большую распространенность у населения Вологодской области.*

**Ключевые слова:** общественное здоровье, образ жизни, самосохранительное поведение, Вологодская область

В современном мире состояние общественного здоровья рассматривается как определяющий элемент экономического потенциала, осознается роль здоровья населения в поддержании экономического роста и демографической безопасности, о нем говорят как об общественном богатстве, т.е. как о факторе, без которого не может создаваться вся совокупность материальных и духовных ценностей [4]. В свою

очередь, медицинские и демографические показатели свидетельствуют о все большем распространении эндогенных причин смертности [3], о влиянии социального поведения на состояние здоровья [1]. Образ жизни как «устойчивый, сложившийся в конкретных общественно-экономических условиях способ жизнедеятельности человека» выходит на первый план среди факторов, влияющих на здоровье [2, с. 18].

Здоровье каждого индивида в существенной степени зависит от него самого. Проблема состоит в том, насколько хорошо каждый человек осознает это и как он заботится о сохранении и укреплении собственного здоровья. Негативные формы самосохранительного поведения, такие как табакокурение, чрезмерное употребление алкоголя, гиподинамия, нарушение режима труда и отдыха, нерациональное питание, здоровьеразрушающие способы преодоления стресса, широко практикуемые россиянами, обусловлены как внешними, инфраструктурными, так и внутренними, психологическими факторами. Следовательно, необходимо изучать возможности сохранения здоровья, выявлять социально-экономические и демографические факторы, способствующие формированию здоровьесберегающего поведения.

Целью данной работы является анализ образа жизни, в частности самосохранительного поведения населения, как фактора общественного здоровья. Исследование включает анализ статистической информации о тенденциях здоровья населения и результатов социологического мониторинга, проведенного в 1999–2013 гг. Институтом социально-экономического развития территорий РАН в Вологодской области.

## **СТАТИСТИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

По данным статистики, за период 2000–2013 гг. смертность населения России снизилась с 15,3 до 13,0% при росте общей заболеваемости. Показательна структура смертности населения, позволяющая оценить фазу эпидемиологического перехода, а следовательно, и основные проблемы в сфере общественного здоровья, на решение которых следует обратить пристальное внимание.

Лидирующую позицию в структуре смертности населения России и Вологодской области занимают болезни системы кровообращения

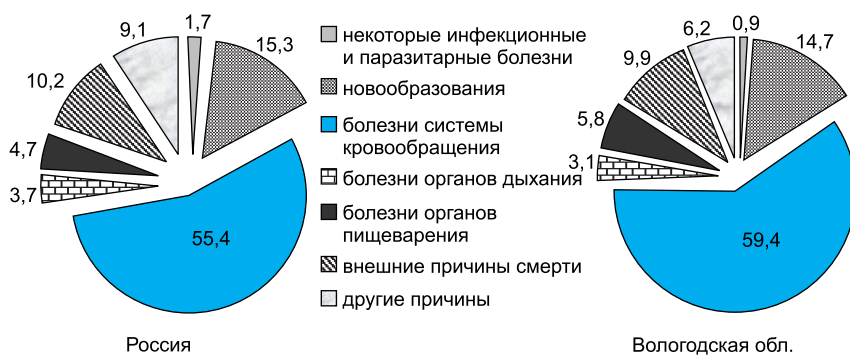


Рис. 1. Структура смертности населения в 2012 г. по основным классам причин смерти, %

(рис. 1). В то же время за период с 2000 по 2012 г. смертность от сердечно-сосудистых заболеваний снизилась в большинстве федеральных округов (табл. 1). Среди регионов Северо-Западного федерального округа только в Мурманской области зафиксирован рост показателя, а в Вологодской области его значение в 2012 г. соответствует значению 2000 г.

Ситуация же с заболеваемостью болезнями системы кровообращения хуже: наблюдается значительное увеличение количества их диагностированных случаев (см. табл. 1). В России за период 2000–2012 гг. заболеваемость болезнями системы кровообращения увеличилась с 17 до 27 случаев на 1000 чел. населения, в Вологодской области – с 18 до 24 случаев. В 2012 г. наибольшие значения этих показателей среди федеральных округов зафиксированы в Сибирском, Северо-Кавказском и Северо-Западном. Максимальный прирост за рассмотренный период отмечен в Южном, Сибирском и Северо-Западном федеральных округах.

Риску болезней системы кровообращения способствуют стресс, повышенные артериальное давление и уровень холестерина, курение, избыточное потребление алкоголя<sup>1</sup>. Это факторы, поддающиеся коррекции при ведении здорового образа жизни: рациональном питании,

<sup>1</sup> См.: *Сердечно-сосудистые заболевания*. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru>.

Таблица 1

**Смертность населения от болезней системы кровообращения и заболеваемость болезнями системы кровообращения, зарегистрировано заболеваний у больных с диагнозом, установленным впервые в жизни**

Федеральный округ, субъект РФ	Смертность, на 100 тыс. чел. нас.		2012 к 2000, %	Заболеваемость, на 1000 чел. нас.		2012 к 2000, %
	2000	2012		2000	2012	
<i>Российская Федерация</i>	849,4	737,1	86,8	17,0	26,6	156,5
Центральный ФО	1024,2	811,2	79,2	16,5	23,3	141,2
Северо-Западный ФО	916,7	799,1	87,2	14,5	22,9	157,9
Республика Карелия	887,4	828,4	93,4	17,4	28,5	163,8
Республика Коми	576,4	559,5	97,1	13,0	22,3	171,5
Архангельская обл.	858,5	779,5	90,8	17,5	31,0	177,1
Вологодская обл.	895,9	896,0	100,0	18,4	24,3	132,1
Калининградская обл.	710,1	700,2	98,6	14,6	17,5	119,9
Ленинградская обл.	1116,8	843,7	75,5	12,0	26,9	224,2
Мурманская обл.	584,9	662,1	113,2	13,7	20,6	150,4
Новгородская обл.	1168,3	1111,2	95,1	13,5	33,8	250,4
Псковская обл.	1338,4	1204,7	90,0	15,3	24,6	160,8
г. Санкт-Петербург	956,6	750,9	78,5	13,6	18,5	136,0
Южный ФО	781,8	773,8	99,0	14,9	27,3	183,2
Сев.-Кавказский ФО	–	460,3	–	–	30,2	–
Приволжский ФО	856,2	757,3	88,4	20,0	28,3	141,5
Уральский ФО	731,0	659,5	90,2	15,1	23,6	156,3
Сибирский ФО	695,4	687,2	98,8	19,2	33,7	175,5
Дальневосточный ФО	632,1	693,2	109,7	14,8	22,5	152,0

отказе от вредных привычек, адекватной двигательной и медицинской активности.

## **ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ**

Интегральным эмпирическим показателем здоровья является его самооценка. Она включает в себе не только указание на наличие или отсутствие симптомов заболевания, но и оценку психологического благополучия в целом. Давая субъективную информацию, самооценка здоровья отражает восприятие различных его аспектов – физического, социального, психоэмоционального, включая все многообразие биомедицинских признаков и симптомов [6].

В Вологодской области, по данным мониторинга состояния здоровья населения<sup>2</sup>, доля жителей, положительно характеризующих свое здоровье, в 2013 г. составила 46%, при этом удельный вес отрицательных оценок – 10%. За последние 14 лет самооценка населением своего здоровья на территории области улучшилась. Доля жителей, оценивающих свое здоровье как «хорошее, довольно хорошее», выросла в 2013 г. по сравнению с 1999 г. более чем в 1,5 раза, а число тех, кто оценивает свое здоровье как «плохое, очень плохое», сократилось почти в 2 раза (рис. 2).

На наличие хронических заболеваний в 2013 г. указывали 33% жителей области (в 2001 г. – 49%). С одной стороны, это может свидетельствовать об улучшении здоровья, с другой – о снижении медицинской активности людей (особенно в сельской местности). Средняя продолжительность пребывания на больничном листе по области составила 16 дней. Практически каждый четвертый житель региона в 2013 г. имел показания к тому, чтобы пропускать рабочие дни по болезни, однако не пропускал. Это говорит о низкой медицинской активности, что может способствовать возникновению и развитию хронических заболеваний.

---

<sup>2</sup> Мониторинг физического здоровья населения Вологодской области осуществляет ИСЭРТ РАН с 1999 г. Метод исследования – раздаточное анкетирование. Выборка квотная по полу и возрасту с пропорциональным размещением единиц наблюдения. Ошибка выборки не превышает 5%, объем выборки – 1500 чел. Исследование самосохранительного поведения проведено в 2012 г. по авторской программе и специально разработанному инструментарию.

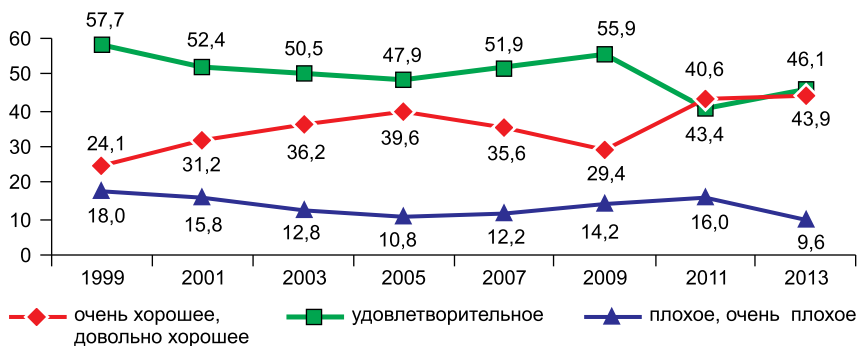


Рис. 2. Данные мониторинга физического здоровья населения Вологодской области, % от числа опрошенных

## КОМПОНЕНТЫ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Нестабильности состояния здоровья населения Вологодской области также могла способствовать негативная тенденция последних 20 лет – широкая распространенность вредных привычек, нарушение режима труда и отдыха, нерациональное питание.

Важнейшую роль в сохранении и укреплении здоровья играет *питание*. За период с 1999–2005 по 2013 г. доля тех, кто оценил качество своего питания как нормальное, выросла на 15 п.п., в среднем на протяжении последнего десятилетия она составила 65% населения региона (рис. 3). Снижается доля тех, кто характеризует свое питание как неудовлетворительное (13% в 2013 г. против 18% в 2006 г. и 26% в 1999–2005 гг.). Однако по-прежнему лишь каждый десятый житель области считает свое питание полноценным.

Деструктивным фактором демографического, социального и экономического развития является *алкоголизация* общества. Как показывают исследования, тяжелые алкогольные проблемы выступают важной причиной того, что уровень смертности россиян катастрофически высок. Доля потребляющих алкогольные напитки растет: в 2013 г. она составила 64% от всего населения региона, что превышает данный показатель за 2002 г. на 11%.

Несмотря на увеличение удельного веса потребляющих алкогольную продукцию, частота ее употребления снизилась. В 2013 г.

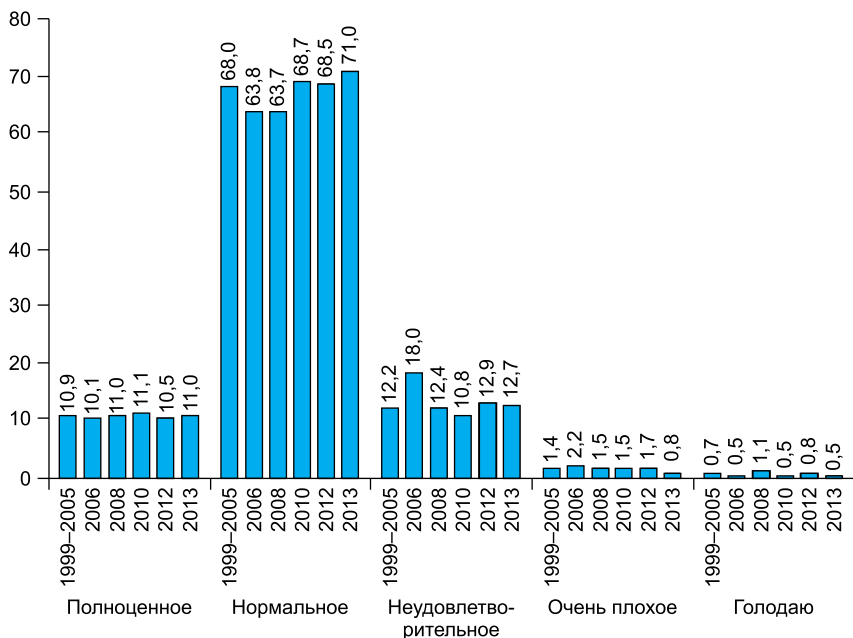


Рис. 3. Распределение ответов на вопрос: «Как вы оцениваете свое питание?», % от числа опрошенных

ежедневно употребляли алкоголь 4% населения, что меньше, чем в 2009 г., на 4 п.п.; только по выходным – 36%, что на 16 п.п. меньше, чем в 2009 г. (табл. 2).

Еще одним значимым фактором, влияющим на общественное здоровье, является *табакокурение*. За период с 2002 по 2013 г. удельный вес курящего населения в Вологодской области колебался незначительно, составив на 2013 г. 33,8% от общего числа жителей региона в возрасте старше 18 лет. Большая часть курильщиков (56%) выкуривают 10–20 сигарет в день, 8% – более пачки, 10% – не более 5 штук, 11% курят не каждый день. Примечательно, что 52% курящих выражают желание отказаться от этой вредной привычки. Однако тот факт, что 57% считают, что должны сделать это самостоятельно, и только 17% отметили, что нуждаются в помощи специалистов, подтверждает декларативность намерения бросить курить. Основной проблемой,

Таблица 2

**Распределение ответов на вопрос: «Если вы употребляете алкогольные напитки, то как часто?», % от числа употребляющих**

Вариант ответа	Пиво (более 0,5 л)		Сухое вино (более 200 мл)		Крепленое вино (более 100 мл)		Крепкие спирт- ные напитки (более 50 мл)	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013
Ежедневно	4,7	2,4	0,6	0,1	0,8	0,4	1,5	1,0
По выходным	29,1	21,4	7,8	4,3	4,9	3,1	9,5	6,7
По праздникам	18,1	11,9	38,0	34,9	29,4	20,2	46,8	42,1
До 3 раз в месяц	7,8	5,6	7,3	3,7	5,9	2,6	9,7	6,3

с которой связан отказ от вредных привычек, является их мотивация: для большей части практикующих курение (51%) и употребление алкоголя (61%) это один из самых доступных и эффективных способов «успокоиться, расслабиться, отвлечься от проблем», т.е. преодолеть стресс.

Одним из проявлений самосохранительного поведения является грамотная *сексуальная активность*. В целом для сексуального поведения населения региона характерно снижение возраста сексуального дебюта (2005 г. – 17,3 года, 2012 г. – 16,3 года), причем почти в половине случаев (48,5%) это незащищенный половой контакт. Как показали данные мониторинга репродуктивного потенциала населения Вологодской области, вообще не пользуются контрацептивными средствами 5% жителей области, живущих половой жизнью, всегда пользуются 35%. В среднем треть женщин искусственно прерывали беременность. По данным исследования 2012 г., из всех женщин, имеющих аборт в анамнезе, 22% прибегали к нему однократно, 11% – двукратно, 4% имеют три аборта и 5% – четыре и более<sup>3</sup>. В младшей возрастной группе не зафиксировано повторных аборт. В то же время в целом отсутствует тенденция снижения числа повторных

<sup>3</sup> По данным обследования репродуктивного поведения женщин, проведенного в 2009 г. ИСЭРТ РАН совместно с Институтом здоровья семьи, в анамнезе у женщин единично встречаются значения 10, 11, 12, 15, 17, 23 раза повторных прерываний беременности.



прерываний беременности, что свидетельствует о сохранении проблем послеабортной контрацепции и контрацептивного поведения в целом.

Важнейший фактор здоровья – *режим труда и отдыха*. Существенная доля жителей региона (32%) имеют малоподвижную, «сидячую» работу, «довольно много» ходить в течение рабочего дня приходится 23% вологжан, небольшую физическую нагрузку имеют 26%. Доля населения области, имеющая трудовую занятость более 40 часов в неделю, составила в 2012 г. 30%. При этом каждый десятый житель региона отметил, что уже в течение нескольких лет подряд не был в отпуске.

Фактором, способствующим развитию гиподинамии, является также пассивный отдых. В 2013 г. при ответе на вопрос: «Как вы обычно проводите свое свободное время?» – 62% жителей Вологодской области указали, что сидят дома у телевизора, читают, выполняют домашние дела, не требующие значительных физических усилий (рис. 4). Спортом занимаются лишь 8%, гуляют на свежем воздухе 31%, посещают культурно-массовые мероприятия 13%, а 14% жителей региона отметили, что у них вообще нет свободного времени. За последние 11 лет заметным изменением в распределении населения по организа-

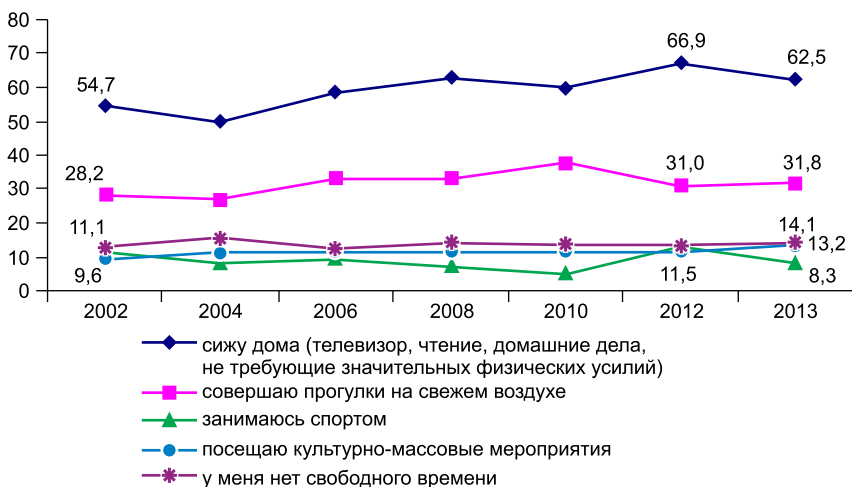


Рис. 4. Распределение ответов на вопрос: «Как вы обычно проводите свое свободное время?», % от числа опрошенных



Рис. 5. Профилактические действия по здоровьесбережению, % от числа занимающихся профилактикой без учета затруднившихся ответить

ции свободного времени стало только увеличение удельного веса группы лиц, предпочитающих пассивный досуг, с 55 до 62%.

Доля населения, предпринимающего *профилактические меры*, направленные на сохранение здоровья, больше среди тех, кто имеет установку на долголетие, чем среди тех, у кого нет такой установки (рис. 5). В среднем распространенность самосохранительных поведенческих практик колеблется от 13 до 44%.

## ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ В ОЦЕНКАХ НАСЕЛЕНИЯ

Вызывает интерес понимание населением роли различных факторов, влияющих на здоровье. В анализируемый период (с 2005 по 2013 г.) произошли существенные трансформации в сознании людей,

Таблица 3

**Распределение ответов на вопрос: «Кого вы считаете ответственным за ваше здоровье», % от числа опрошенных**

Вариант ответа	2005	2010	2011	2013
Себя	72,7	83,7	83,9	87,5
Медицинских работников	23,0	12,8	20,7	14,3
Семью, родственников	8,9	4,0	4,4	2,9
Государство	25,4	6,3	6,5	6,6
Работодателя	–	1,5	3,7	1,6
Затрудняюсь ответить	7,4	5,7	3,5	2,7

в частности они стали в большей степени осознавать свою ответственность за здоровье. Если в 2005 г. 73% жителей Вологодской области считали себя частично или полностью ответственными за свое здоровье, то к 2013 г. этот показатель увеличился до 88% (табл. 3). В то же время снизилась доля граждан, признающих ответственность за здоровье человека медицинских работников (с 23% в 2005 г. до 14% в 2013 г.) и родственников, членов семьи (с 9 до 3%). Но особенно примечательно существенное снижение (с 25% в 2005 г. до 7% в 2013 г.) удельного веса граждан, считающих ответственным за здоровье людей государство.

Сопоставление самооценки здоровья и поведенческих практик позволяет вновь утверждать, что здоровьесберегающие действия способствуют сохранению здоровья. Среди населения, оценивающего свое здоровье как очень хорошее и довольно хорошее, доля подверженных вредным привычкам и не заботящихся о собственном здоровье меньше, чем среди тех, кто считает его плохим и очень плохим (табл. 4).

В целом, население имеет верное представление о способах и средствах формирования здоровья, что видно из данных табл. 5. Среди факторов, в наибольшей степени негативно влияющих на здоровье, отмечались «экологические условия» (72%), «качество питания» (34%), «качество медицинской помощи» (31%). К благоприятно

Таблица 4

**Соотношение самооценки здоровья и выраженности отдельных параметров саморазрушительного поведения среди населения, % от числа опрошенных**

Параметры саморазрушительного поведения	Самооценка здоровья				
	очень хорошее	довольно хорошее	удовлетворительное	плохое	очень плохое
Употребление алкоголя	75,5	77,1	79,4	67,5	80,0
Курение	32,1	39,5	34,1	31,7	33,3
Употребление наркотиков	15,1	7,4	5,2	6,3	13,3
Отсутствие заботы о здоровье	5,7	22,3	22,5	33,3	33,3
Несоблюдение режима питания	11,3	18,1	20,0	30,2	20,0
Рабочая неделя более 40 часов	18,9	31,3	31,9	25,4	33,4
Аборт в анамнезе 3 раза и более	14,3	3,3	14,6	12,5	16,7
Отсутствие двигательной активности	22,6	21,6	26,1	38,9	20,0

влияющим отнесены факторы «отношения в семье» (41%), «качество питания» (36%), «собственное поведение» (34%). Это подтверждает наличие у населения понимания личной ответственности за сохранение и поддержание собственного здоровья.

При анализе современного образа жизни населения Вологодской области было выявлено, что только 6% жителей региона не имеют деструктивных составляющих в самосохранительном поведении, а у 94% присутствует хотя бы одна практика саморазрушительного характера. Вместе с тем позитивные формы самосохранительного поведения, такие как занятия физкультурой и спортом, правильное питание, с каждым годом получают все большую распространенность у населения Вологодской области (табл. 6).

Таблица 5

**Распределение ответов на вопрос: «Какие из перечисленных факторов в наибольшей степени влияют на здоровье?», % от числа ответивших**

Фактор	Негативно влияет на здоровье	Благоприятно влияет на здоровье
Экологические условия	72,3	10,3
Качество питания	33,6	36,1
Качество медицинской помощи	31,2	24,1
Наследственность	29,5	18,7
Условия труда и учебы	28,1	9,4
Материальное положение	26,2	32,5
Отношения на работе	18,3	10,7
Жилищные условия	15,8	20,1
Собственное поведение	12,7	34,3
Отношения в семье	11,1	40,6
Условия отдыха	7,8	33,3

*Примечание:* сумма составляет более 100%, так как респонденты могли указывать более одного ответа.

Таблица 6

**Результативность попыток принятия мер по улучшению здоровья, % удавшихся попыток в общей доле попыток**

Предпринятая мера	2008	2009	2010
Уменьшить потребление алкоголя	63,4	65,2	77,9
Меньше употреблять соли	69,2	71,8	73,6
Меньше употреблять жиров	66,3	71,1	71,4
Увеличить свою физическую активность	61,6	68,5	69,5
Меньше употреблять сахара	66,9	68,9	67,9
Повысить работоспособность	67,8	69,1	61,5
Увеличить вес	25,7	41,8	51,6
Похудеть	45,7	46,8	46,1
Бросить курить	29,0	12,5	12,3

\* \* \*

Наличие в поведении населения Вологодской области саморазрушающих практик увеличивает риск ухудшения здоровья в 2–4 раза. При этом большая часть жителей региона обладают определенными позитивными самосохранительными установками, но не реализуют их в поведенческих практиках. Таким образом, актуализируется проблема самосохранительного поведения, которая заключается в несоответствии, выраженном противоречии между представлениями и реальными действиями людей.

Новая фаза эпидемиологического перехода [5]<sup>4</sup>, характеризующаяся повышением роли образа жизни в формировании общественного здоровья, предъявляет к политике здравоохранения принципиально иные требования. Наряду с лечением инфекционных заболеваний и предупреждением их эпидемий необходимо поддерживать здоровье людей, проводить профилактику, поскольку и государству, и населению дешевле и легче предупредить заболевание, чем длительно бороться с развившейся хронической болезнью.

*Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект 13-22-01002).*

### Список источников

1. *Ображей О.Н., Подвальская В.С.* Актуальность изучения самосохранительного поведения населения // Социологический альманах. – 2010. – № 1. – С. 263–268.
2. *Рубцов А.В.* Здоровье как социальная ценность // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 1. – С. 18.
3. *Сабгайда Т.П.* Предотвратимая смертность как интегральный индикатор медицинской детерминанты эпидемиологического перехода // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2009. – № 5. – С. 97–98.
4. *Сбережение народа* / Под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Наука, 2007. – 326 с.
5. *Семенова В.Г.* Обратный эпидемиологический переход в России. – М.: ЦСП, 2005. – 235 с.
6. *Martikainen, P., A. Aromaa, M. Heliövaara et al.* (1999). Reliability of perceived health by sex and age. *Social Science and Medicine*, 48, 1117–1122.

---

<sup>4</sup> См. также: *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization; 2008. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/ru> .

### Информация об авторах

Калачикова Ольга Николаевна (Россия, Вологда) – кандидат экономических наук, научный сотрудник. Институт социально-экономического развития территории РАН (Вологда, ул. Горького, 56-а, e-mail: onk82@yandex.ru).

Корчагина Полина Сергеевна (Россия, Вологда) – младший научный сотрудник. Институт социально-экономического развития территории РАН (Вологда, ул. Горького, 56-а, e-mail: pavla\_87@mail.ru).

UDC 614.2(470.12)

*Region: Economics and Sociology, 2015, No. 1 (85), p. 108–123*

**O.N. Kalachikova, P.S. Korchagina**

### **PUBLIC HEALTH RISK FACTORS: LIFESTYLE**

*In the determination of morbidity and mortality the role the behavioral factor, i.e. people's attitude towards their own health, is constantly increasing. Lifestyle and health-promoting activity define about 50% of public health. Using statistical data and sociological monitoring, we analyze the major trends in public health and lifestyle of the population in Vologda Oblast. In Vologda Oblast 46% of the population are content about their health. The number of respondents who rated their health as bad or very bad fell by almost one half. It is shown that the number of people who see themselves as partly or fully responsible for their own health is growing in the region. In 2013, this figure increased to 88% of the population. It is revealed that only 6% of the population in the region does not demonstrate any destructive components of self-preservation behavior, while 94% has at least one practice of self-destructive nature. However, year after year, positive forms of self-preservation behavior are becoming more common among the people in Vologda Oblast.*

**Keywords:** public health, lifestyle, self-preservation behavior, Vologda Oblast

*The research is supported by funding from the Russian Foundation for Humanities (project No. 13-22-01002).*

## References

1. *Obrazhey, O.N. & V.S. Podval'skaya* (2010). Aktualnost izucheniya samosokhranitel'nogo povedeniya naseleniya [Relevance of the study of self-preservation behavior of the population]. *Sotsiologicheskiy almanakh [Sociological Almanac]*, 1, 263–268.
2. *Rubtsov, A.V.* (2005). Zdorovye kak sotsialnaya tsennost [Health as a social value]. *Ekonomika zdravookhraneniya [Economics of Healthcare]*, 1, 16–21.
3. *Sabgayda, T.P.* (2009). Predotvratimaya smertnost kak integralnyy indikator meditsinskoy determinanty epidemiologicheskogo perekhoda [Avoidable mortality as an integral indicator for medical determinants of the epidemiological transition]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamentalnykh issledovaniy [International Journal of Applied and Fundamental Research]*, 5, 97–98.
4. *Rimashevskaya, N.M.* (Ed.) (2007). *Sberezhenie naroda [Saving the people]*. Moscow, Nauka, 326.
5. *Semenova, V.G.* (2005). Obratnyy epidemiologicheskiy perekhod v Rossii [Reverse epidemiological transition in Russia]. Moscow, 235.
6. *Martikainen, P., A. Aromaa, M. Heliövaara et al.* (1999). Reliability of perceived health by sex and age. *Social Science and Medicine*, 48, 1117–1122.

## Information about the authors

*Kalachikova, Olga Nikolaevna* (Vologda, Russia) – Candidate of Sciences (Economics), Researcher at the Institute of Social and Economic Development of Territories of the Russian Academy of Sciences (56-a Gorky st., Vologda, 160014, e-mail: onk82@yandex.ru).

*Korchagina, Polina Sergeevna* (Vologda, Russia) – Junior Researcher at the Institute of Social and Economic Development of Territories of the Russian Academy of Sciences (56-a Gorky st., Vologda, 160014, e-mail: pavla\_87@mail.ru).

*Рукопись статьи поступила в редколлегию 06.10.2014 г.*