

УДК 316.34

Ю. В. Веселов, Ц. Цзинь, Л. А. Лебединцева
Санкт-Петербургский государственный университет

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРАКТИКИ ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА И ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ)¹

Рассмотрены общие определения здоровья и социальные функции питания, структура питания жителей Санкт-Петербурга и Ленинградской области (на основе статистических данных Росстата и Петростата), режимы питания, социальные различия в питании, отношение к еде. Показана взаимосвязь питания и здоровья у различных социальных групп (богатых и бедных, мужчин и женщин, молодых и пожилых). На основе проведенного в 2016–2017 гг. эмпирического исследования социальных практик питания в Петербурге «Еда и мы» (глубинные интервью и телефонный опрос), а также анализа статистики показано, как в действительности обстоит дело с питанием в Санкт-Петербурге и Ленинградской области. Базовым фактором, определяющим правильную модель питания, является образование, формирующее рациональный и систематический подход к потребляемой пище. Анализируются проблемы питания и даются практические рекомендации по созданию системы здорового питания.

Питание, здоровье, ожирение, болезни, социология питания

Общая область наших исследований – социология питания. Предмет исследования – питание различных социальных групп в двух субъектах Российской Федерации – Санкт-Петербурге и Ленинградской области – и их воздействие на здоровье населения. Мы хотим обратить внимание именно на социальную дифференциацию питания, а не оперировать неким усредненным индивидом, который обычно представлен в социальной и медицинской статистике. Различные социальные группы (бедные и богатые); возрастные группы (дети, взрослые и пожилые); мужчины и женщины; люди с различным уровнем образования питаются по-разному, и воздействие питания на здоровье также происходит по-разному.

Цель нашего исследования – определить, какие социальные факторы и каким образом влияют на питание и общественное здоровье. Например, как экономические факторы (доход) или культурные факторы (образование) влияют на питание и здоровье; как территориальные различия (большой город, маленький город, деревня или поселок) формируют повседневные практики питания; как социально детерминированные привычки питания (культура питания в регионах) влияют на здоровье.

Основные исследовательские задачи – проанализировать количественные и качественные показатели питания жителей Санкт-Петербурга (СПб) и Ленинградской области (ЛО) по основным социальным группам, основные показатели здоровья населения СПб и ЛО, связанные с питанием; провести сравнительный анализ питания жителей СПб и ЛО;

¹ Исследование выполнено при поддержке грантов РГНФ № 17-03-00631 и № 17-03-00862.

определить отклонения в сравнении с нормативной (оптимальной) структурой питания; выявить основные проблемы питания, влияющие на здоровье; показать взаимосвязь питания и здоровья в зависимости от факторов дохода, возраста, пола, образования. Прикладные задачи – сформулировать рекомендации по улучшению питания населения в целях улучшения здоровья и повышения качества жизни.

Теоретическую базу исследования составили основные классические и современные концепции социологии питания, изложенные в работах Георга Зиммеля «Социология трапезы» [1], Питирима Сорокина «Голод как фактор: Влияние голода на поведение людей, социальную организацию и общественную жизнь» [2], Ролана Барта «К психосоциологии современного потребления еды» [3], Клода Леви-Стросса «Кулинарный треугольник» [4], Мэри Дуглас «Расшифровка кода еды» [5], Пьера Бурдьё «Различение: социальная критика суждения вкуса» [6]). Среди современных отечественных авторов, занимающихся социологией питания, мы бы выделили: С. А. Кравченко [7], Н. Н. Зарубину [8], О. Громашеву [9], П. М. Козыреву [10], Е. П. Гремченко и Я. М. Рошину [11], И. В. Сохань [12]. Мы хотели бы также отметить работы наших коллег по факультету социологии СПбГУ В. Н. Мининой, Л. Т. Волчковой, Е. Ю. Ганскау в области исследования питания петербуржцев [13]–[16].

Эмпирическую базу исследования составили эмпирическое исследование социальных практик питания населения (телефонный опрос жителей Петербурга, N=1054; САП, Центр социологических и интернет-исследований СПбГУ, репрезентативная выборка по Петербургу); глубинные интервью жителей Петербурга о питании (всего 55); статистические данные Петростата (Рационы питания жителей СПб и ЛО).

Обычно медицинская наука определяет здоровье как отсутствие болезни, с социологической точки зрения здоровье – это полное физическое, душевное и социальное благополучие. Именно так определяет теперь здоровье Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Здоровье определяется также и функционально – оно предполагает активное и полноценное участие человека в общественной жизни. Здоровье связано с понятием надежности функционирования человеческого организма, со способностью долгосрочно планировать свою жизнь и различные виды деятельности. С этой позиции функция питания в обществе – не только восполнение затраченной индивидом в процессе жизнедеятельности энергии (калорий), но обеспечение нормального и всестороннего функционирования индивида в общественной жизни. Правильное, нормальное питание в обществе не призвано максимизировать удовлетворение потребности в пище, а должно обеспечивать оптимальное функционирование человеческого организма, способного успешно адаптироваться к изменениям внешней среды.

Какие факторы обеспечивают индивидуальное здоровье? Генетика отвечает за 20 % здоровья; медицина – не более чем за 10 %; качество окружающей среды – за 20 %; оставшиеся 50 % – это образ жизни. Из чего состоит образ жизни, влияющий на здоровье? Это питание; физическая и умственная активность; привычки (вредные или полезные); личная гигиена; социальная активность и коммуникации. Таким образом, питание во многом влияет на состояние здоровья индивида; особенно если учитывать вредные привычки питания – употребление алкогольной продукции и табака (который тоже считается пищевым продуктом), – то не менее 20 % здоровья индивида напрямую зависит от питания.

В современном обществе в целом господствует рациональное отношение к здоровью, мало кто считает, как в средние века, что болезни – наказание за грехи человека. Здоровье и болезни рассматриваются как комплекс естественных причин, большинство людей связывает питание и здоровье в единую систему. Однако проблема в том, что здоровье, особенно в России, не воспринимается как основная, базовая ценность, которую нужно беречь и сохранять.

Отсюда возникает соответствующее отношение к питанию, обеспечивающему здоровье, – большинство людей вообще не задумывается, что они едят. Поэтому и ответственность за свое здоровье 20 % опрошенных перекладывают на других – государство и медицину [17].

Различают индивидуальное и общественное здоровье. Эти понятия не противоречат друг другу. Чем выше уровень индивидуального здоровья, тем выше и общественное здоровье, но вот что важно – общественное здоровье не является суммой индивидуального здоровья всех членов общества. Общественное здоровье обладает интегральной характеристикой, и оно не равно сумме здоровья индивидов в обществе. Общественное здоровье – это не просто отсутствие болезней индивидов в обществе, это способность индивидов активно участвовать в общественной жизни и планировать в долгосрочном периоде свою индивидуальную жизнь. Очевидно, что для разных групп населения здоровье будет различным; группы с более высокими доходами имеют, как правило, лучшие показатели здоровья, но чем явственнее неравенство групп в отношении здоровья, тем хуже будут абсолютные показатели здоровья и привилегированных групп.

Интегральным показателем здоровья общества является средняя ожидаемая продолжительность жизни, но выделяют и вторичные показатели, такие как смертность (общая и возрастная); рождаемость; показатели заболеваемости и распространенности болезней; показатели инвалидности и др. Приведем для иллюстрации данные о средней продолжительности жизни (данные ВОЗ) вместе с показателями социального неравенства (коэффициент Джини, данные ООН): Япония – 83,7 лет (коэффициент Джини – 24,9); Швейцария – 83,4 лет (33,7); Испания – 82,8 лет (34,7). И в противоположность этому: Нигерия – 54,5 лет (43,7); Непал – 69,2 лет (47,2); Россия – 70,5 лет (39,9). Хотя, конечно, взаимосвязь между социальными показателями и продолжительностью жизни не столь однозначна. Тем не менее уровень общественного здоровья будет определяющим для уровня индивидуального здоровья – нельзя быть абсолютно здоровым в больном обществе. Причем речь идет не только о массовых инфекционных болезнях (эпидемиях и др.), индивидуальное здоровье и при неинфекционных болезнях существенным образом зависит от общественного здоровья.

С этой позиции функция питания – обеспечение посредством питания индивидов оптимального, сбалансированного воспроизводства общества. Если, например, воспроизводятся существенные различия в питании социальных групп, то воспроизводство общества не может быть оптимальным. Еще П. А. Сорокин в 1920-х гг. доказывал, что все болезни и потрясения общественного организма с самого начала связаны с проблемами питания (все революции в истории обществ начинались с голода). Голод нарушает нормальное функционирование общественного организма, социальных норм и институтов, приводит к социальной дезинтеграции. А вот избыточное питание отрицательно воздействует на индивидуальный организм, но не приводит к социальным потрясениям. Вместе с тем ожирение становится не индивидуальной, а социальной проблемой, и обусловлено оно социальными факторами.

За последние 200 лет мирового социально-экономического развития был достигнут беспрецедентный уровень удовлетворения материальных потребностей людей. Достижения науки, техники, экономики таковы, что, казалось бы, проблема оптимального питания должна быть решена. Но на самом деле в XX в. развитые страны, обеспечив нормальный уровень производства и потребления продуктов питания, сразу же оказались в ситуации избыточного потребления, маятник качнулся в другую сторону – от дефицита продуктов питания и болезней, связанных с ним, к избыточному потреблению еды и болезней, связанных с ожирением и избыточным весом (самые яркие примеры – США и Великобритания). В XXI в. с этой ситуацией в еще большей степени столкнулись развивающиеся страны

(яркие примеры – Египет, ОАЭ, Тунис, Марокко, Турция). В самом масштабном исследовании индекса массы тела и ожирения (исследовано 128,9 млн чел.) выявлено, что в мире число взрослых, страдающих ожирением, увеличилось со 100 млн в 1975 г. до 671 млн в 2016 г. (390 млн женщин, 281 млн мужчин), а 1,3 млрд взрослых имеют избыточный вес. Показатели детского и подросткового ожирения увеличились с менее 1 % до 6 % среди девочек и 8 % среди мальчиков в 2016 г. [18]. Таким образом, из 7 млрд населения на планете 670 млн чел. страдают ожирением и 1,3 млрд имеют избыточный вес, в то же время почти 800 млн чел. страдают от хронического голода, т. е. не получают регулярно минимальный уровень калорий, необходимый для поддержания нормального образа жизни; 2 млрд людей страдают от проблем со здоровьем, связанных с дефицитом микронутриентов; 150 млн детей в возрасте до 5 лет отстают в росте вследствие неполноценного питания (особенно проблемы неполноценного питания детей характерны для Индии, по данным ВОЗ) [19].

Очень часто решение проблемы голода и неполноценного питания в развивающихся странах Азии и Африки сразу же трансформируется в проблему ожирения и избыточного веса – как у детей, так и у взрослых. В Африке с 2000 г. число детей, страдающих ожирением, выросло на 50 %, в 2016 г. половина детей с избыточным весом проживала в Азии. Основную причину ожирения и избыточного веса ВОЗ связывает с энергетическим дисбалансом – люди потребляют больше калорий, чем могут тратить – за счет роста потребления продуктов питания с высокой энергетической плотностью, с высоким содержанием жира и сахара. А это становится возможным при экономической доступности именно такого питания, и неслучайно от ожирения и избыточного веса в развитых странах больше страдают бедные, чем богатые. Дешевая пища, как правило, высококалорийна, насыщена жирами, обладает привлекательным сладким или соленым вкусом.

Какие болезни являются следствием неправильного питания? Прежде всего это сердечно-сосудистые заболевания (инфаркты и инсульты), которые сегодня являются главной причиной преждевременной смерти, гипертония, диабет, нарушения опорно-двигательной системы, остеопороз, переломы костей и заболевания суставов. ВОЗ напрямую также связывает некоторые онкологические заболевания с нарушением питания (в том числе рак эндометрия, молочной железы, яичника, предстательной железы, печени, желчного пузыря, почки и толстой кишки) [20].

Население России по сравнению с другими странами в самой большой степени страдает от неправильного питания и болезней, связанных с ним. Проблемы голода и недоедания были решены еще при социализме в СССР в 1960-е гг., но тогда же в эпоху дефицита стали формироваться и господствующие сегодня повседневные практики нездорового питания: не только избыточное употребление крепких алкогольных напитков, но и избыточное потребление калорий – прежде всего за счет потребления большого количества быстрых углеводов (хлеб и макароны), мясных продуктов высокой жирности (колбаса и сосиски), кондитерских продуктов («сладкое» стало синонимом «вкусного»). Не соблюдался и режим питания, люди зачастую не успевали завтракать, нередко пропускали обед и плотно ужинали. Еще сильнее практики нездорового питания распространились в годы рыночных реформ. Пищевое изобилие, вдруг появившееся благодаря рынку, приводило к неконтролируемому потреблению пищи. Все люди с доходами выше среднего, как правило, отличались упитанной фигурой и лишними килограммами, и потребовалось десятилетие, чтобы высший класс стал задумываться о физической активности и диете. В новом столетии избыточным потреблением калорий и полнотой стали отличаться как раз низшие классы, а обеспеченные слои начали больше внимания уделять здоровому образу жизни и правильному питанию.

Однако проблема избыточного питания и связанного с ним ожирения не решена сегодня для всех классов российского общества. Наше исследование показало, что наши богатые питаются не лучше, а только больше, причем не происходит качественного улучшения структуры питания. Вследствие этого формируются специфические заболевания и сохраняется относительно невысокий уровень ожидаемой продолжительности жизни. Вот некоторые данные о питании россиян и заболеваниях, связанных с ними (таблица) [21], [22].

Среднедушевое потребление продуктов питания в 2016 г.	Питание жителей Санкт-Петербурга	Питание жителей Ленинградской области	Питание жителей России
Хлебные продукты, кг	80,6	88,6	98,7
Мясо и мясопродукты, кг	86,5	91,2	88,2
Рыба и рыбопродукты, кг	17,3	14,2	21,5
Молоко и молочные продукты, л	328,8	290,1	272,6
Яйца, шт.	238	207	228,7
Масло растительное и другие жиры, л	9,1	8,8	11
Фрукты и ягоды, кг	81,9	50,5	72,7
Овощи и бахчевые, кг	119,6	89,0	105
Картофель, кг	57,7	58,5	60
Сахар, кг	28,9	28,4	32

Итак, средний россиянин съедает в год около тонны продуктов. В сравнении с другими странами мы, россияне, потребляем меньше мяса (в США 117 кг мяса в год, во Франции – 96), очень мало потребляем рыбы и морепродуктов (во Франции 35 кг в год, в Японии – 49); существенно меньше у нас потребление фруктов (в США – 110 кг в год, во Франции – 120). Если проанализировать структуру питания россиян по нормам Всемирной организации здравоохранения (правильная пропорция белков–жиров–углеводов: 18 %–25 %–57 %), то выявляется явный перекоп в сторону быстрых углеводов при недостаточном количестве белков и полезных жиров. В результате, как утверждает руководитель НИИ питания, главный специалист-диетолог Минздрава Виктор Тутельян, от избыточного веса в России страдают примерно 60 % женщин и 50 % мужчин старше 30 лет, а ожирение наблюдается у каждого четвертого (26 %). Но вот российская специфика: доля людей с ожирением мало зависит от доходов, в социальном слое самых бедных их 19 %; в слое самых богатых – 23,4 %; а вот образование существенно влияет на индекс массы тела – лучшие показатели у людей с высшим образованием [11, с. 145–146].

Чем восполняется недостаток калорий в рационе питания среднестатистического россиянина? Вместо более дорогого мяса – более дешевыми хлебом и картофелем, а в сельской местности этот перекоп еще больше выражен. Кроме того, почти две трети опрошенных россиян отметили, что не соблюдают режим питания (64,1 %), треть регулярно курит (33,7 %), подавляющее большинство употребляют алкогольные напитки (84,7 %), в том числе каждый четвертый употребляет крепкие напитки регулярно.

Неудивительно, что более половины россиян оценивают свое здоровье как плохое и удовлетворительное (9,9 % и 47 % соответственно) [23]. В соответствии с показателями смертности, в 2016 г. в России чаще всего умирали от болезней системы кровообращения (616 случаев на 100 тыс. населения), злокачественных новообразований (202 случая), болезней органов пищеварения (67), случайных отравлений алкоголем (10) [24]. Становится понятной низкая средняя ожидаемая продолжительность жизни в России: в 2016 г. она составила 71,9 лет (74,4 – в Санкт-Петербурге). Велика разница между продолжительностью

жизни мужчин и женщин – 10,6 лет (77,1 лет у женщин против 66,5 у мужчин). При этом в 32 странах мира продолжительность жизни выше 80 лет. Таким образом, наши достижения не так велики, как хотелось бы: порог продолжительности жизни в 70 лет в СССР был достигнут к 1965 г., что тогда было намного выше среднемировых показателей.

В отличие от среднего российского потребителя, петербургский житель потребляет меньше хлеба, картофеля, сахара; больше молока, овощей и фруктов – и это положительные факторы, но при этом – меньше мяса (и динамика его потребления отрицательная), рыбы (что странно для морского города), меньше растительного масла. Есть и некоторые экономические причины для этого: цены на продукты таковы, что петербургский житель, потребляя в среднем меньше мяса и рыбы, тратит на мясо 1912 р./мес. и на рыбу – 471 р./мес., что выше, чем в среднем по РФ (1753 р./мес. и 414 р./мес.). В целом, доля расходов на продукты питания в Петербурге – 29,1 %, что ниже среднероссийского показателя (32,1 %).

Если в общем проанализировать сбалансированность рациона питания жителя СПб и ЛО, то, как и у среднего жителя России, явно виден перекос в сторону углеводов при недостаточном количестве белков и полезных жиров. Это удивительно, поскольку обычно потребление мяса и рыбы меньше в регионах с низкими доходами, но Петербург входит в число успешных и относительно богатых регионов, значит, так складываются повседневные практики питания жителей города.

По всем видам заболеваний, за исключением болезней системы кровообращения, в СПб показатели заметно хуже средних российских и намного хуже показателей ЛО, динамика их отрицательная. Но особенно печально наше положение в сравнении с Москвой. Статистика также позволяет проанализировать заболевания жителей Петербурга в зависимости от индекса массы тела (ИМТ), т. е. заболевания, связанные с нарушением питания. Из всех респондентов в возрасте старше 19 лет при нормальном ИМТ имеют одно или несколько заболеваний (состояний), связанных с питанием, 41,8 %, а при избыточной массе тела – 49,7 %, при ожирении – уже 74,1 %. Это такие заболевания, как повышенное артериальное давление, инфаркт миокарда, инсульт, диабет или повышенный сахар крови, высокий уровень холестерина, остеопороз, болезни желудочно-кишечного тракта. По этим заболеваниям мы видим прямую связь питания и здоровья [25, с. 78].

Результаты диспансеризации населения в СПб (898 тыс. чел.) показывают, что распространенность нездорового питания увеличилась с 24,9 % в 2013 г. до 28,3 % в 2016; уровень ожирения по данным Комитета по здравоохранению СПб – 16,4 % [26, с. 13]. По данным исследования НИУ ВШЭ, в Санкт-Петербурге доля мужчин, страдающих ожирением, – 13,8 %, женщин – 21,3 % (в Москве 20 % и 30 % соответственно) [10, с. 143–150]. Это удивительные данные – при большем уровне ожирения населения уровень заболеваний в Москве существенно ниже, а средняя продолжительность жизни выше. Видимо, сказываются более высокий уровень доходов, лучший климат, уверенность и оптимизм москвичей – эти факторы перевешивают отрицательную динамику ожирения.

Какова социальная дифференциация питания и здоровья? Очень интересно проанализировать заболевания, связанные с питанием, по 20-процентным группам доходов: удивительно, но *уровень заболеваний, связанных с питанием, в группах с самыми низкими и самыми высокими доходами практически одинаков*: 45,5 % против 42,8 %. Вот некоторые сравнения видов заболеваний по 1-й группе с наименьшими доходами и 5-й группе с наибольшими доходами: диабет – 6,1 % и 2,7 %; гипертония – 27,8 % и 22,1 %; инфаркт – 0,3 % и 0,0 %; инсульт – 3,0 %

и 0,8 %; анемия – 5,5 % и 6,8 %; заболевания ЖКТ – 16,7 % и 13,9 % [26, с. 74–75]. Самый высокий уровень заболеваний, связанных с питанием, у второй 20-процентной группы по доходам.

Почему же наши состоятельные граждане имеют такие низкие показатели здоровья? Все становится ясно, если мы посмотрим частоту употребления некоторых продуктов питания для социальной группы с наибольшими доходами. Вот некоторые характерные данные: в группе с наименьшими доходами ежедневно употребляют сладкие газированные напитки 7,6 %, а с высшими – 14,4 %; майонез – 59,5 % и 60,4 %; творог – 48,3 % и 37,5 %; сыр – 64,4 % и 61,4 %; масло сливочное – 53,7 % и 54,1 %; копченые мясные продукты – 16,5 % и 18,1 %; сосиски – 36,8 % и 42,3 % [26, с. 46–49]. Если сравнивать количественные показатели потребления продуктов питания, то самые богатые слои едят больше хлеба (на 33 % выше среднего показателя), больше картофеля (на 15 %), сахара (на 11 %). И в то же время мяса – только на 15 % больше, а рыбы – на 11 % [27, с. 5]. Похоже, что самые бедные питаются более правильно, чем богатые, хотя богатые чаще употребляют овощи и фрукты.

Если сравнивать питание мужчин и женщин в Петербурге, то сразу же выявляется разница в отношении к правильному питанию: мужчины употребляют гораздо чаще, чем женщины, сладости и сладкие газированные напитки; маргарин и спреды; копчености, сосиски и колбасу; хлеб и крупы; в то же время реже употребляют овощи и фрукты; молоко и молочные продукты; творог (в 2 раза). Мясо птицы и рыбу мужчины и женщины употребляют одинаково часто, а вот по говядине, свинине, баранине есть существенное различие в пользу мужчин [25, с. 22–24]. Для мужчин выше риски в отношении заболеваний в связи с курением (в целом по СПб в 2016 г. 31 %); с чрезмерным употреблением алкогольной продукции (в среднем 6 л на чел. в год); с нерациональным отношением к своему здоровью. Поэтому средняя продолжительность жизни мужчин меньше. Для женщин в Петербурге уровень ожирения выше (так во всем мире), в том числе и поэтому они обращают гораздо больше внимания на свое питание и здоровье. Для мужчин характерно наплевательское отношение и к здоровью, и к питанию. Вот что говорит один наш респондент: «Я не думаю, что я питаюсь правильно. Специально не ищу информации о пользе и вреде тех или иных продуктов. Что называется: поел – и слава богу <...> Врачей не люблю. И не слушаю» (мужчина, 33 года, не женат, образование неоконченное высшее). Очень интересно то, что уровень заболеваний, связанных с питанием, у женщин отличается в зависимости от уровня образования: в большей степени страдают одним или несколькими заболеваниями, связанными с питанием, 70,9 % женщин, не имеющих образования (даже начального); имеющих только начальное образование – 64,8 %.

Специфика питания детей в СПб и ЛО такова: они питаются лучше, чем в среднем по России – употребляют больше овощей и фруктов; больше молока и кисломолочных продуктов, меньше сладкого. Калорийность питания детей в Ленинградской области выше, чем в Санкт-Петербурге, прежде всего за счет потребления молочных продуктов, рыбы, мясных изделий. Дети в Санкт-Петербурге получают с едой больше витамина С – 85,4 %, в то время как в Ленинградской области – 73,1 %, а по России – 71 %. Нормальный вес имеют 87,7 % детей-петербуржцев и 90,9 % детей областных, недостаточный вес – 8,8 % и 4 %, а избыточный вес – 4,1 % и 5,1 %. По наличию заболеваний распределение по Санкт-Петербургу, Ленинградской области, России следующее: детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта – 1,6 %, 4,4 % и 4,1 %, с аллергией на пищевые продукты – 24,2 %, 9,4 % и 11,7 % соответственно. Другими словами, *Санкт-Петербург лидирует по пищевой аллергии у детей – здесь таких больных почти в 2,5 раза больше, чем в среднем по России*. Для детей в возрасте 15–17 лет

характерен рост заболеваний в группах новообразований (13,6 %) и эндокринной системы (8 %). Это объясняется нарушениями в структуре питания подростков. Вероятно, увеличение содержания в пище красителей, консервантов и других химических добавок, недостаток микронутриентов в продуктах при современных способах их переработки и хранения способствуют развитию патологических процессов в растущем организме.

Если рассмотреть питание пенсионеров в Петербурге и области, то вопреки ожиданиям становится ясно – катастрофы с питанием у этой социальной группы нет. Они потребляют существенно меньше мяса, но зато немного больше рыбы, существенно меньше яиц, немного меньше фруктов и овощей (что плохо), но зато меньше картофеля и меньше сахара (что хорошо). При этом наблюдается улучшение режимов питания у пожилых людей – среди них больше людей, принимающих пищу несколько раз в день. Пожилые люди в большей степени, чем представители других возрастных категорий, придерживаются правил здорового питания. Они чаще, чем в других возрастных группах, предпочитают нежирную пищу, потребляют молоко низкой жирности, не употребляют сахар. Проблема в том, что пожилые люди как в России в целом, так и в Петербурге потребляют гораздо меньше белков и жиров. Например, мужчины в пожилом возрасте едят на 20 кг в год меньше мяса, на 3,4 кг меньше растительного масла; женщины – меньше мяса на 14,3 кг; масла – на 2,2 кг. Значит, дефицит белков и жиров существенный, но при уменьшении физической нагрузки падает и необходимость в общей высокой калорийности пищи.

Для пожилых важен фактор доходов: пенсия такова, что не могут позволить себе мясо, рыбу или птицу через день 52 % опрошенных пенсионеров; фруктов через день не в состоянии купить 43 %. В чем ощущают основную проблему питания пожилые люди? 54,5 % отвечают, что «достаточно еды, но не той, которую хотелось бы есть» (для других групп населения этот показатель от 27 % до 33 %). Но есть и тревожные тенденции: существует определенный слой внутри группы пожилых людей – от 5 % до 7 %, которые не могут позволить себе и вообще не едят мяса или рыбы, зелени и фруктов. Для этой группы необходима адресная продовольственная помощь.

В результате нашего исследования взаимосвязи питания и здоровья в Санкт-Петербурге и Ленинградской области мы выявили:

а) питание оказывает непосредственное и значительное влияние на здоровье и продолжительность жизни;

б) питание всех групп населения в СПб и ЛО не является оптимальным и сбалансированным, весьма велика доля тех, кто злоупотребляет жирной пищей, сладкими газированными напитками, алкогольной продукцией;

в) наши обеспеченные слои питаются так же плохо, как и самые бедные; важным фактором, определяющим правильное питание, является уровень образования индивида;

г) уровень заболеваемости в Петербурге неоправданно высок, по некоторым болезням (таким как новообразования) выше и аналогичного уровня в Ленинградской области, и среднего показателя по России.

Какие действия необходимо предпринять, чтобы регулировать питание в целях улучшения здоровья населения? *Избыточный вес и ожирение и связанные с ними заболевания в значительной мере можно предотвратить*, необходимо повышать культуру питания и формировать рациональное отношение к питанию и здоровью. На индивидуальном уровне каждый в состоянии контролировать калорийность своего рациона, снижать потребление жиров (для Петербурга и области это означает ограничить употребление колбас, сосисок,

копченостей) и сахара. Необходимо обязательно увеличить потребление рыбы и морепродуктов (для этого требуется региональная программа поддержки этой отрасли), повысить потребление фруктов и овощей, зернобобовых и цельных злаков.

Пищевая промышленность и сетевые гипермаркеты также должны способствовать переходу к здоровому питанию: необходимо снижать содержание жира, сахара и соли в готовых пищевых продуктах, важно регулировать цену на полезные и неполезные продукты – *здоровое питание должно быть дешевле нездорового*; следует ограничивать рекламу продуктов с высоким содержанием сахара, соли и жиров (особенно продуктов, ориентированных на детей и подростков).

Формирование ответственного отношения людей к своему питанию и здоровью, безусловно, позволит повысить их уровень здоровья и качество жизни, обязательно увеличит продолжительность жизни. Для этого также необходимы исследования в области здорового питания и пропаганда правильного питания и здорового образа жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зиммель Г. Социология трапезы // Социология: теория, методы, маркетинг. 2010. № 4. С. 187–192.
2. Сорокин П. Голод как фактор: Влияние голода на поведение людей, социальную организацию и общественную жизнь. Пг.: Колос, 1922. 684 с.
3. Barthes R. Toward a Psychosociology of Contemporary Food Consumption // Food and Culture: A Reader / ed. by C. Counihan and P. Van Esterik. New York: Routledge, 2008. P. 28–35.
4. Lévi-Strauss C. Le triangle culinaire // L'Arc. 1965. № 26. С. 19–29.
5. Douglas M. Deciphering a Meal // Daedalus. 1972. № 101(1). С. 61–81.
6. Бурдые П. Различение: социальная критика суждения вкуса / пер. с фр. О. И. Кирчик // Западная экономическая социология: Хрестоматия современной классики / отв. ред. В. В. Радаев. М.: РОССПЭН, 2004. С. 537–596.
7. Зарубина Н. Н., Кравченко С. А. Социология питания: традиции и трансформации. М.: МГИМО, 2017. 302 с.
8. Зарубина Н. Н. Практики питания как маркер и фактор социального неравенства в России // Историческая психология и социология истории. 2014. № 2. С. 46–62.
9. Громашева О. Организация питания в семье: гендерный аспект // Практики и идентичности: гендерное устройство / ред. Е. Здравомыслова, В. Пасынкова, А. Темкина, О. Ткач. СПб.: Изд-во Европейского ун-та в Санкт-Петербурге, 2010. С. 159–205.
10. Козырева П. М., Сафронова А. М., Старовойтов М. Л. Анализ фактического питания и пищевого статуса различных групп населения // Вестн. Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE): сб. науч. ст. М.: НИУ ВШЭ, 2014. № 4. С. 131–166.
11. Гремченко Е. П., Рощина Я. М. Факторы склонности к здоровому образу жизни // Вестн. Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE): сб. науч. ст. / отв. ред. П. М. Козырева. М.: НИУ ВШЭ, 2016. № 6. С. 118–163.
12. Сохань И. В. Как исследовать гастрономическое? К вопросу о дефинициях и подходах // Вестн. Томского гос. ун-та. Культурология и искусствоведение. 2013. Т. 9, № 1. С. 99–109.
13. Волчкова Л. Т., Ганскау Е. Ю. Образцы семейного питания как фактор формирования социальных отношений и потребительских предпочтений на рынке продовольствия // Телескоп: журн. социологических и маркетинговых исследований. 2001. № 1. С. 34–49.
14. Стратегии потребительского поведения населения на рынке продовольственных товаров Санкт-Петербурга / Л. Т. Волчкова, В. Н. Минина, Е. Ю. Ганскау, А. Н. Волчков. СПб.: Петрополис, 2000. 211 с.

15. Повседневные практики питания жителей Санкт–Петербурга и Ленинградской области / Е. Ю. Ганскау, В. Н. Минина, Г. И. Семенова, Ю. Е. Гронов // Журн. социологии и социальной антропологии. 2014. Т. 17, № 1 (72). С. 41–58.

16. Ганскау Е. Ю., Минина В. Н. Правильный обед глазами петербуржцев // Журн. социологии и социальной антропологии. 2015. Т. 18, № 1 (78). С. 83–99.

17. Шабунова А. А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. 408 с.

18. Abarca-Gómez L. et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. URL: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32129-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32129-3/fulltext) (дата обращения: 29.10.2017).

19. ВОЗ: Неполноценное питание в центре внимания. URL: <http://www.who.int/nutrition/pressrelease-FAOWHO-symposium-malnutrition/ru/> (дата обращения: 29.10.2017).

20. Ожирение и избыточный вес // Информационный бюллетень ВОЗ. Октябрь 2017 г. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/> (дата обращения: 29.10.2017).

21. Федеральная служба государственной статистики: Центральная база статистических данных. Среднедушевое потребление продуктов питания, 2016. URL: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/dbinet.cgi> (дата обращения: 29.10.2017).

22. Федеральная служба государственной статистики: Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах в 2016 году (по итогам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств), 2017. URL: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/dbinet.cgi> (дата обращения: 29.10.2017).

23. Федеральная служба государственной статистики: Центральная база статистических данных. Оценка респондентами состояния своего здоровья, 2016. URL: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/dbinet.cgi> (дата обращения: 29.10.2017).

24. Федеральная служба государственной статистики: Центральная база статистических данных. Число умерших по основным классам и отдельным причинам смерти, 2016. URL: <http://www.gks.ru/dbscripts/cbsd/dbinet.cgi> (дата обращения: 29.10.2017).

25. Петростат: Выборочное наблюдение рациона питания населения, 2013. URL: http://petrostat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/petrostat/ru/statistics/Sant_Petersburg/standards_of_life/ (дата обращения: 20.10.2017).

26. Годовой отчет о ходе реализации и оценке эффективности реализации государственной программы Санкт–Петербурга «Развитие здравоохранения в Санкт–Петербурге» за 2016 год. URL: <http://zdrav.spb.ru/media/filebrowser/годовой-отчет-развития-здравоохранения.pdf> (дата обращения: 29.10.2017).

27. Петростат: Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах Санкт–Петербурга (по итогам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств): стат. бюллетень, 2015.

Yu. V. Veselov, J. Jin, L. A. Lebedintseva
Saint Petersburg State University

SOCIAL PRACTICES OF NUTRITION AND PUBLIC HEALTH (ST. PETERSBURG AND THE LENINGRAD REGION)

The general definitions of health and social functions of nutrition, the structure of nutrition of residents of St. Petersburg and Leningrad (based on Rosstat and Petrostat statistics), dietary habits, social differences in diet, attitude to food are considered. The relationship between nutrition and health is shown for various social groups (rich and poor, men and women, young and old). Based on a survey conducted in 2016-2017. an empirical study of social nutrition practices in St. Petersburg. «Food and We» (in-depth interviews and telephone interviews), and analysis of statistics, shows how the situation in St. Petersburg and the Leningrad Region really is. The basic factor determining the correct nutrition model is education, which forms a rational and systematic approach to consumed food. The problems of nutrition are analyzed and practical recommendations for creating a healthy food system are given.

Food, health, obesity, disease, sociology of nutrition
