

© 2003 г.

И. Б. НАЗАРОВА

## **ЗДОРОВЬЕ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ: ФАКТОРЫ И ХАРАКТЕРИСТИКИ (90-е годы)**

---

*НАЗАРОВА Инна Борисовна - кандидат социологических наук, старший научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения РАН.*

---

Изменения, связанные с ходом реформ, и груз старых проблем отразились на психическом и физическом здоровье населения России. Существует большой перечень демографических, социальных и экономических характеристик, которые традиционно рассматриваются при изучении уровней смертности и состояния здоровья. Их прямое или опосредованное влияние неоднократно подтверждено исследованиями в России и за рубежом.

Ряд социальных и поведенческих характеристик респондентов объединяются понятием образа жизни. Так, отрицательное влияние на состояние здоровья оказывают такие его черты, как потребление алкоголя, курение, пренебрежение занятиями физкультурой, преобладание диет с высоким содержанием жира. На основании данных переписей 1987-1997 гг. и демографической статистики 1991-1993 гг. сделаны выводы о том, что смертность в России, помимо образа жизни, зависит еще от двух факторов: последствий советской политики здравоохранения и социального стресса [1]. Рост психо-эмоциональных и социальных стрессов, депрессий, неврозов, целого ряда психосо-

---

Проект поддержан Программой "Межрегиональные исследования в общественных науках", Институтом перспективных российских исследований им. Кеннана (США), Министерством образования РФ за счет средств, предоставленных Корпорацией Карнеги в Нью-Йорке (США), Фондом Дж.Д. и К.Т. Макартугов (США) и Институтом "Открытое общество" (фонд Сороса) (Грант КИ 371-1-01).

Автор выражает признательность профессору С. Бакли, с которой обсуждались результаты исследования, университету штата Техас в Остине (США), где была предоставлена возможность работы над статьей.

матических расстройств и заболеваний привел к увеличению соответствующих патологий (см. [2]). Именно со стрессом исследователи связывают изменения в показателях смертности в России (см., напр.: [1, 3]). Рост суицидов в 90-е годы, особенно среди мужчин трудоспособного возраста, подтверждает высокий уровень дисстресса и ухудшения психологического здоровья. Е. Брайнерд показала взаимозависимость между уровнем суицида в республиках бывшего Советского Союза и ВВП на душу населения, уровнем безработицы, потреблением алкоголя и разводами в 1988-1998 гг. [4]. Исследования показывают также наличие связи бедности и здоровья [5].

В структуре факторов, влияющих на здоровье, немаловажное значение имеет самосохранительное поведение. Исследование отношения к здоровью с этих позиций в Санкт-Петербурге показало, что многие жители оказались не готовыми к ситуации "переклочения" ответственности за его состояние с государственного уровня на личный [6]. Имеются данные и о связи физического, психического здоровья, смертности и отношения к религии [7].

Цель статьи - исследовать взаимосвязь состояния здоровья российского населения в 1994-2000 гг. и различных групп факторов: *демографических* (пол, возраст, национальность, место проживания), *экономических* (образование, доход, занятость), *социальных и поведенческих* (употребление алкоголя, курение, занятие физкультурой, контролирование веса, конфессиональная принадлежность); выявить различия воздействия одних и тех же факторов и (или) условий на здоровье мужчин и женщин. Исходя из того, что в первые годы реформ по показателям смертности и продолжительности жизни пострадали менее всего пожилые люди и дети, данное исследование обращает внимание на население трудоспособного возраста (18-54 года у женщин и 18—59 лет у мужчин).

Используются базы РМЭЗ за 1994, 1995, 1996, 1998 и 2000 годы<sup>1</sup>, данные, предназначенные для панельного анализа. Каждый год исследования включает около 6000 респондентов трудоспособного возраста. Мы выделили в базе данных респондентов, которые принимали участие в каждой из пяти волн, выборка при этом составила 2485 человек: 1114 мужчин и 1371 женщин.

Для определения связи и степени влияния факторов образа жизни, социально-экономического статуса на здоровье применен регрессионный анализ. Здоровье рассматривалось через три переменные: *самооценку физического здоровья, самооценку психического здоровья, состояние физического здоровья (наличие проблем со здоровьем в течение 30 дней до проведения опроса)*. Первые две переведены в дамми-переменные из пятибалльной шкалы; третья представляла собой бинарную переменную. Мы делали проверку, используя регрессионный анализ (логистическая регрессия). В качестве зависимых переменных выступали поочередно верхние и нижние ступени шкалы.

Независимые переменные, как правило, составляли итог по годам панельного исследования - частоту встречаемости на протяжении всех лет интервью или реже (в зависимости от того, когда они начинали играть значимую роль в регрессионной модели)<sup>3</sup> и затем преобразованы в дамми-переменные. Возрастные категории к последнему году интервью: 40-49 лет - 1 (остальные - 0); 50-59 лет - 1 (остальные - 0). Тип поселения: областной центр и город - 1, поселок городского типа и село - 0. Более 100 национальностей, встречающихся в выборке, перекодированы: неславянские - 1, славянские - 0. Наличие высшего и среднего специального (технического) образования, упомянутое хотя бы в одном интервью, было перекодировано в 1; мы исходили из того, что этот фактор формирует определенный уровень культуры в отношении к здоровью.

Использовались *экономико-демографические переменные*. Для создания переменных "домохозяйство находится ниже уровня бедности 5 лет и более", "безработный респондент год и более" использованы индексы баз данных РМЭЗ. В анализ включены *социальные и поведенческие факторы* - курение (курит 3 года и более - 1, другое - 0), употреблении алкоголя (не реже одного раза в неделю более года - 1, другое - 0). Вопрос об отношении к религии задается респондентам с 1998 г. В качестве переменной

Таблица 1

## Описательная статистика зависимых переменных

Независимые переменные	Мужчины		Женщины	
	N	%	N	%
40-49 лет	414	37,2	569	41,5
50-59 лет	251	22,5	241	17,6
Областной центр и город	674	50,5	884	64,5
Неславянская национальность	164	14,8	187	13,5
Образование высшее и техникум хотя бы 1 год положительный ответ	463	41,6	854	62,3
Домохозяйство ниже уровня бедности 5 лет и более	185	16,6	228	16,7
Безработный год и более	353	31,7	339	24,7
Курит 3 года и более	759	68,1	161	11,7
Употребляет алкоголь не реже одного раза в неделю более года	830	74,5	443	32,3
Избыток веса 5 лет и более	24	2,2	114	8,3
Спал менее 6 часов в сутки 3 года и более	152	13,6	437	39,2
Занимаюсь физ. упражнениями различной тяжести год и более	437	39,2	476	34,7
Верующий	125	11,2	275	20,1
Всего 2485 (44,8% мужчин, 55,2 - женщин)				

Данные дамми-переменных, ответ "Да" - 1, результат по рядам отдельно для мужчин и женщин.

отношения респондента к религии используется устойчивый ответ в ходе двух последних интервью (1998 и 2000 гг.): 1 - верующий человек, 0 - нет.

Рассматривалась переменная - *время, затраченное на сон в последние 7 дней перед проведением интервью*. Это итоговая переменная 4-х первых интервью (в 2000 г. вопрос не задавался): респондент спал менее 6 часов в сутки в течение 3-х лет проведения интервью и более - 1, другое - 0. Контроль веса тела проверялся через переменную индекса массы тела (ИМТ). Этот индекс представляет собой отношение веса в килограммах к росту в метрах, возведенному в квадратную степень. ИМТ ниже 18,5 - критерий недостаточного питания, от 18,5 до 30,0 - показатель отсутствия ожирения, 30,0 и выше - избыточный вес [11]. Избыток массы тела - 1 (нет - 0). Переменная *физической активности* включает в себя занятия физкультурой и спортом различных тяжести и времени на протяжении одного года и более (легкие физкультурные упражнения не менее 3-х раз в неделю; средней или высокой тяжести - менее 3-х раз в неделю; высокой тяжести - по крайней мере 3 раза в неделю 15 минут и более; ежедневные - по меньшей мере 30 минут в день). Занятия физкультурой год и более - 1 (другое - 0).

Некоторые переменные объективных факторов состояния здоровья (например, поставленные врачами диагнозы диабета или инфаркта миокарда) не были включены в анализ, поскольку представлены в выборке незначительно. Deskриптивная статистика зависимых переменных показана в таблице 1.

Анализ с использованием вышеописанных переменных дал следующие результаты.

Все годы исследования респонденты трудоспособного возраста *имели работу* в 71,9 случаях из 100 для женщин и в 74,3 - для мужчин. Минимальными эти показатели были в 1998 г. Показателем здорового поведения может служить *занятие физкультурой и спортом*. Chi-Square тест подтвердил, что горожане занимаются всеми видами физкультуры чаще, чем селяне (впрочем, общая доля не занимающихся физкультурой в выборке весьма велика - 85,1%).

*Индекс массы тела* использовался в качестве объективной оценки здоровья для граждан от 18 до 59 лет (табл. 2). Недостаток веса в течение пяти лет и более отметили

Таблица 2

## Распределение по показателям индекса массы тела (ИМТ) (%)

ИМТ	1994		1995		1996		1998		2000	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Менее 18,5	1,6	4,7	1,2	2,8	1,4	3,8	1,4	3,4	1,8	2,7
18,5-29,9	90,6	75,8	90,8	76,8	88,7	73,3	88,0	73,4	86,9	72,3
30,0 и выше	7,8	19,5	8,0	20,4	9,9	22,8	10,6	23,3	11,3	25,0
Всего	1062	1306	1015	1242	970	1195	1002	1216	992	1222

Таблица 3

## Самооценка здоровья (в %)

Самооценка здоровья	1994		1995		1996		1998		2000	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
Очень хорошее	2,7	1,2	2,9	1,2	2,1	0,6	2,8	1,3	2,6	0,9
Хорошее	34,7	25,3	40,2	25,3	40,8	24,7	36,0	20,6	31,7	20,8
Среднее	56,5	63,6	50,4	63,6	51,0	65,3	54,8	67,4	56,7	67,6
Плохое	5,2	9,3	5,9	9,3	5,9	8,8	5,8	10,0	7,8	8,8
Совсем плохое	0,9	0,7	0,6	0,7	0,3	0,7	0,6	0,8	1,2	1,8
Всего (абс. вел.)	1111	1371	1102	1366	1110	1368	1112	1366	1112	1368

0,2%, нормальный вес - 46,1%, избыток - 5,6% респондентов. К 2000 г. выросло число респондентов, прибавивших в весе. Возможно, это связано прежде всего с увеличением возраста людей, представленных в панели. За 6 лет стало больше полных людей: на 3,5% мужчин и на 5,5% женщин. Рост количества людей с избыточным весом, особенно в старших группах, можно считать индикатором привычек питания.

Распределение самооценки здоровья в зависимости от пола (табл. 3) и по возрастным группам показали традиционную картину: уменьшение уровня здоровья с возрастом, а также повышенную самооценку мужчин практически во всех, за редким исключением, возрастных категориях. Панель показывает, как меняется с течением времени самооценка здоровья у одних и тех же людей за шестилетний период. Увеличивается число людей, оценивающих свое здоровье как плохое и очень плохое (приблизительно десятая часть выборки). Ни разу не оценили свое здоровье как хорошее и очень хорошее 40,1% респондентов один раз за 6 лет - 18,7%, 2 раза - 13,6%, 3 раза - 11,5%, 4 - 8,7%. В течение всех лет исследования 7,3% респондентов устойчиво давали своему здоровью высокие оценки. От опроса к опросу (все 5 раз) отмечали проблемы со здоровьем 5,2% респондентов, 4 раза - 8,2%, 3 - 13,5%, 2 - 20,0%, 1 - 25,5%. Не было проблем со здоровьем за месяц до проведения интервью у 27,6% респондентов.

Chi-square тест подтвердил, что среди тех, кто всегда высоко оценивает свое здоровье, только 11,6% респондентов не отмечали проблемы со здоровьем ни разу и 68,5% отмечали их всегда и никогда не оценивали свое здоровье хорошо и очень хорошо. Ни разу не давали высоких оценок своему здоровью и степени удовлетворенности жизнью 72,4% респондентов.

Ни разу за все годы панели не отметили *удовлетворенность жизнью* 64,4% респондентов, один раз - 22,5%, 2 раза - 7,8%, 3 - 3,4%, 4 - 1,3%, 5 - 0,5%. Эмоциональное здоровье мы связываем с психологическим самочувствием на момент проведения интервью, а также взглядами респондента на свое будущее. Только 6,5% респондентов

хотя бы раз за все годы опроса были уверены, что будут жить намного лучше, чем живут сейчас (0,8% отмечали эту позицию дважды и 0,1% - трижды). Надо отметить, что оптимистов среди мужчин больше ( $p < 0,01$ ). От 63,5% респондентов в 2000 г. и до 73,7% - в 1998 отмечали частичную или полную неудовлетворенность жизнью.

У трети респондентов были *проблемы со здоровьем в последние 30 дней* до момента проведения интервью (с 1994 по 2000 гг. соответственно годам исследования 37,4%, 31,0%, 31,1%, 31,2% и 34,1%).

В табл. 4 представлена логистическая регрессия, идентифицирующая результирующее влияние демографических, социально-экономических и поведенческих показателей на физическое и эмоциональное здоровье. На наш взгляд, здоровье прежде всего зависит от культурных факторов: традиций, воспитания и, в конечном счете, поведения и стиля жизни респондента. Поэтому в *первую модель* регрессионного анализа в качестве независимых переменных мы включили пол, возраст, национальность, место проживания. Эти факторы могут влиять на выбор и уровень образования. Образование мы также включили в первую модель, поскольку этот фактор первичен по отношению к факторам *второй и третьей моделей*: занятости, доходу, вредным привычкам, объективным характеристикам состояния здоровья.

Самооценка здоровья последние годы реформ традиционно зависела от возраста и пола, а, кроме того, (как и смертность), от места постоянного проживания и национальности. Респонденты возрастной группы 40-49 лет с меньшей вероятностью имеют хорошее здоровье на 60% (-0,4), и 50-59 (-0,3 и -0,2), чем в более молодых группах. Мужчины и женщины в возрасте 40-49 лет показывают примерно одинаковые результаты, которые неизменны в каждой модели. В старшей возрастной группе у мужчин и женщин уже появляются различия в самооценке здоровья, связанные с половозрастными характеристиками. Что касается объективных характеристик, то значимость проблем со здоровьем в последние 30 дней перед опросом отмечают мужчины в возрасте 40-49 лет. В возрастной группе 50-59 лет проблемы со здоровьем мужчины отмечают в 2 раза чаще, женщины - в 2,5. Частота проблем увеличивается, когда мы вводим в последующие модели *дополнительные переменные*. Вероятность проблем со здоровьем в предпенсионной возрастной группе возрастает, когда мы контролируем *экономическими переменными (безработица и бедность)*, и увеличивается еще более при контроле *поведенческими и социальными факторами*. Интересно, что при ответах об удовлетворенности жизнью в 1-й модели возрастные группы мужчин имеют положительный знак, а женщины - отрицательный. Но, начиная со второй модели, мужчины старших возрастных групп меняют позитивную оценку на негативную, хотя результаты незначимы.

Городские жители (мужчины и женщины) реже (на 30%) дают высокие оценки физическому здоровью, чем сельские; этот показатель устойчив и при контроле другими факторами. Мужчины, проживающие в областном центре и городе, с большей вероятностью отмечают и проблемы со здоровьем в каждой модели, риск возрастает при контроле каждой группой переменных. Мужчины-горожане выше оценивают свое эмоциональное здоровье, но этот эффект исчезает при контроле социальными факторами в третьей модели.

Респонденты неславянских национальностей, как мужчины, так и женщины, в 2,5-3 раза чаще оценивают свое физическое здоровье как хорошее и очень хорошее. У женщин неславянских национальностей разница в самооценке здоровья возрастает при контроле экономическими переменными и падает при контроле поведенческими и социальными (2,99; 3,10; 2,72). У мужчин другая картина: разница падает от модели к модели (2,60, 2,56, 2,31). Значимая разница в эмоциональном здоровье по национальному признаку отсутствует. Что касается объективных данных здоровья, то представители неславянских национальностей в первой модели с меньшей вероятностью (на 45-31% соответственно мужчины и женщины) имеют проблемы со здоровьем, чем славянских. Этот показатель чуть выше при контроле другими переменными.

Независимые переменные	Физическое здоровье: самооценка здоровья – хорошее и очень хорошее					
	Модель 1		Модель 2		Модель 3	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
40–49 лет	-0,39***	-0,38***	-0,40***	-0,39***	-0,38***	-0,41***
50–59 лет	-0,26***	-0,19***	-0,26***	-0,19***	-0,24***	-0,19***
Областной центр и город	-0,69**	-0,70*	-0,69**	-0,69*	-0,69*	-0,69*
Неславянские национальности	2,60***	2,99***	2,56***	3,10***	2,31***	2,72***
Техникум и высшее образование	1,13	1,37	1,13	1,36*	1,04	1,21
Домохозяйство ниже уровня бедности 5 лет и более <sup>a</sup>			-0,82	-0,76	-0,86	-0,77
Безработный год и более <sup>a</sup>			1,17	1,28	1,16	1,35
Курит 3 года и более					-0,84	-0,75
Употребляет алкоголь не реже одного раза в неделю					1,28	1,04
Избыток веса 5 лет и более					–	-0,80
Сон менее 6 часов в сутки 3 года и более <sup>b</sup>					1,05	-0,72
Занимаюсь физ. упражнениями различной тяжести год и более					1,17	1,55**
Верующий <sup>b</sup>					1,49	1,51*
Cox & Snell – R <sup>2</sup>	0,098	0,088	0,100	0,091	0,112	0,104
Для всех моделей: $p < 0,001$						
N	1109	1365	1108	1363	1108	1363
-2Log Likelihood	1308,3	1304,0	1305,8	1296,6	1290,5	1276,8

Примечание: \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ <sup>a</sup>, индексы базы данных РМЭЗ<sup>b</sup>, данные за 1994–1998 гг.,<sup>c</sup> результаты только за 1998 и 2000 г.

Женщины с высоким уровнем образования (техникум и/или высшее образование) оценивали свое физическое здоровье выше на 37% и на 21% при контроле экономическими факторами. Однако это преимущество пропадает при контроле переменными поведенческими факторами. Разница в наличии проблем со здоровьем у женщин также проявилась в первой и второй моделях, у женщин с высокими уровнем образования на 21% реже бывают проблемы со здоровьем, чем у мужчин. Зато очевидно преимущество в самооценке психологического самочувствия: представители обоих полов с высоким уровнем образования в 2 раза вероятнее удовлетворены или скорее удовлетворены жизнью, чем люди с низким уровнем образования. Эта разница уменьшается, но все равно остается значительной при контроле сначала экономическими, а затем поведенческими и социальными переменными (соответственно 2,03, 1,90, 1,72 - у мужчин и 2,10, 1,89 и 1,83 - у женщин).

На втором этапе (модель № 2) мы вводим экономические переменные. Если хозяйство находилось ниже уровня бедности 5 лет и более (т.е. от интервью к интервью), это прежде всего влияло на эмоциональное самочувствие мужчин, которые на 69% во второй модели и на 68% в третьей имели большую вероятность худшего психологического здоровья, чем мужчины из домохозяйств выше уровня бедности. Малообеспеченные мужчины на 55-54% вероятнее по сравнению с условно обеспеченными имеют проблемы со здоровьем. У женщин этого эффекта мы не наблюдаем. Респонденты, которые имели статус безработного не менее года, показывают положительную связь с самооценкой физического здоровья. Однако они же имеют ярко выраженную

для высоких оценок состояния здоровья  
в дамми-переменные)

## Зависимые переменные (интервью 2000 г.)

Эмоциональное здоровье: полностью удовлетворен и скорее удовлетворен жизнью						Физическое здоровье: проблемы со здоровьем в последние 30 дней					
Модель 1		Модель 2		Модель 3		Модель 1		Модель 2		Модель 3	
Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
1,17	-0,89	1,12	-0,83	1,18	-0,90	1,49*	1,18	1,47*	1,19	1,49*	1,21
1,03	-0,88	-0,88	-0,80	-0,98	-0,92	1,90***	2,45***	1,94***	2,45***	1,98***	2,51***
1,45*	1,43	1,35**	1,41	1,26	1,28	1,34*	1,15	1,37*	1,14	1,40*	1,13
-0,98	-0,95	1,04	-0,97	1,01	-0,92	-0,55**	-0,69*	-0,54**	-0,70*	-0,53**	-0,68*
2,03***	2,10***	1,90***	1,89***	1,72**	1,83**	1,18	-0,79*	1,22	-0,79*	1,21	-0,81
		-0,31***	-0,58	-0,32***	-0,63			1,55*	-0,89	1,54*	-0,91
		-0,60*	-0,58*	-0,62*	-0,56*			-0,92	1,06	-0,94	1,00
				-0,68*	1,20					1,03	1,31
				1,09	1,22					-0,82	1,12
				-	-0,75					-	-0,95
				-0,62	-0,53*					1,43	1,07
				1,50*	1,35					-1,00	-0,92
				-0,93	1,28					1,09	1,16
0,026	0,016	0,048	0,024	0,061	0,033	0,029	0,032	0,034	0,032	0,039	0,036
1104	1354	1103	1352	1103	1352	1110	1368	1109	1366	1109	1366
978,0	977,9	952,5	966,4	937,7	953,4	1270,4	1791,8	1262,7	1788,1	1256,9	1782,9

отрицательную связь с психологическим самочувствием. Мужчины, побывавшие в роли безработного, с большей на 40-38% вероятностью дают низкие оценки эмоциональному здоровью через удовлетворенность жизнью, чем те, кто имел работу. У женщин эта разница составляет 42 и 44%. У мужчин разница в самооценке эмоционального здоровья уменьшается при контроле социальными переменными, а у женщин - возрастает.

Для создания 3-й модели мы вводим поведенческие и социальные характеристики, которые должны влиять на здоровье. Мужчины, которые имеют стаж курения 3 года и более, на 32% вероятнее оценивают свое эмоциональное здоровье ниже. Этот показатель не проявил себя в ответах у женщин. Переменная избытка веса и употребления алкоголя не реже одного раза в неделю не проявили себя в данной модели.

Сон 6 часов в сутки и менее в течение хотя бы года проведения интервью связан с эмоциональным здоровьем: недосыпающие женщины менее удовлетворены жизнью (на 47%), чем те, кто тратит на сон больше времени. Женщины, занимающиеся физкультурой и спортом не менее года за 6 лет проведения панели, имеют физическую самооценку здоровья на 55% выше, а мужчины - эмоциональную на 50%. И, наконец, женщины, которые отвечали два последних года, что считают себя верующими, на 51% вероятнее имеют лучшее физическое здоровье по сравнению с другими респондентами.

В первой части регрессионного анализа (табл. 4) участвовали верхние (положительные, оптимистические и средние ступени) пятибалльных шкал, переведенных в

**Логистическая регрессия для низких оценок состояния здоровья**  
(все переменные переведены в дамми-переменные)

Независимые переменные	Зависимые переменные (интервью 2000 г.)											
	Физическое здоровье: самооценка здоровья - плохое и очень плохое						Эмоциональное здоровье: не очень удовлетворен и не удовлетворен жизнью					
	Модель 1		Модель 2		Модель 3		Модель 1		Модель 2		Модель 3	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
40-49 лет	1,75*	2,65***	1,75*	2,70***	1,76*	2,55***	1,20	1,67***	1,27	1,71***	1,19	1,64***
50-59 лет	3,66***	4,26***	3,87***	4,35***	3,88***	4,06***	1,30	1,48*	1,48*	1,54	1,33	1,46*
Областной центр и город	2,06**	-0,96	2,12**	-0,98	2,62***	1,06	-0,85	-0,70**	-0,90	-0,71**	-0,93	-0,74*
Неславянские национальности	-0,97	-0,82	-0,97	-0,80	-0,79	-0,075	-0,79	-0,76	-0,74	-0,73	-0,80	-0,76
Техникум и высшее образование	-0,78	-0,63*	-0,80	-0,67*	-0,80	-0,70	-0,60***	-0,65***	-0,63***	-0,70**	-0,70**	-0,73*
Домохозяйство ниже уровня бедности 5 лет и более <sup>a</sup>			1,50	1,65*	1,39	1,60*			1,64**	1,81***	1,64**	1,78*
Безработный год и более <sup>3</sup>			1,06	1,03	1,12	1,03			1,63***	1,09	1,65***	1,06
Курит 3 года и более					1,20	-0,82					1,12	1,13
Употребляет алкоголь не реже одного раза в неделю					-0,48**	1,09					1,14	0,95
Избыток веса 5 лет и более					-	-0,98					-	1,19
Сон менее 6 часов в сутки 3 года и более <sup>6</sup>					1,40	1,29					1,21	1,54*
Занимаюсь физ. упражнениями различной тяжести год и более					-0,69	-0,70					-0,64***	-0,77*
Верующий"					2,04*	1,16					-0,88	-0,91
Cox & Snell - R <sup>2</sup>	0,029	0,032	0,031	0,035	0,046	0,038	0,022	0,030	0,041	0,040	0,053	0,048
Для всех моделей: $p < 0,001$												
N	1109	1365	1108	1363	1108	1363	1104	1354	1103	1352	1103	1352
-2 Log Likelihood	638,8	884,0	636,3	875,3	619,9	870,50	1458,5	1693,5	1436,0	1677,8	1421,46	1665,7

Примечание: \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ ; <sup>a</sup> индексы базы данных РМЭЗ<sup>6</sup>, данные за 1994-1998 гг.. <sup>3</sup> результаты только за 1998 и 2000 годы.



классические бинарные переменные. Во второй части регрессионного анализа участвовала нижняя (отрицательная, пессимистичная) часть шкалы (табл. 5).

При самооценке здоровья как плохого и очень плохого национальная принадлежность уже не проявила себя, как это было при самооценке здоровья в качестве "хорошего и очень хорошего". При низкой самооценке здоровья нет яркой разницы, подтвержденной значимыми коэффициентами между городскими и сельскими женщинами, как это проявилось при высокой самооценке здоровья. С другой стороны, значимо и скорее удовлетворены жизнью городские мужчины, но во втором случае (через проверку неудовлетворенностью) - большую неудовлетворенность жизнью показали сельские женщины (на 70% ниже по сравнению с городскими женщинами, а при контроле экономическими и социальными переменными на 71-74% соответственно). Мы видим, что женщины старших возрастных групп не очень и совсем не удовлетворены жизнью. Причем в каждой группе неудовлетворенность жизнью увеличивается при контроле экономическими переменными и уменьшается при контроле социальными и поведенческими: для группы 40-49 лет - соответственно до 67, 71, 64% и для группы 50-59 лет - 48, 54 и 46%.

Бедность проявила себя через низкие показатели шкалы самооценки здоровья у женщин. Представительницы домохозяйств с состоянием ниже уровня бедности, длившимся 5 лет и более, оценивают свое здоровье как плохое и очень плохое на 65% чаще остальных и несколько меньше (60%) при контроле поведенческими и социальными переменными.

Принадлежность к бедному домохозяйству в течение 5 и более лет - важный фактор, влияющий на удовлетворенность жизнью у мужчин. У женщин этот фактор значим лишь в случае анализа неудовлетворенности жизнью. Не удовлетворены жизнью 64% мужчин (и значение остается неизменным в 3-й модели), 81 % женщин во второй модели и 78% - в третьей. Рассмотрение удовлетворенности жизнью показало, что ее отсутствие отмечали безработные женщины. При более строгом подходе значимость неудовлетворенности женщинами не отмечается. Для безработных мужчин этот фактор важен в обоих случаях. Не удовлетворены полностью и частично 63% мужчин, при контроле социальными и поведенческими переменными в третьей модели этот уровень несколько возрастает - 65%.

Проявила свою значимость религиозность. Оценивают свое здоровье как хорошее и очень хорошее 51% верующих женщин (табл. 4). Верующие мужчины оценивают свое здоровье как плохое и очень плохое (табл. 5).

Итак, результаты не опровергли гипотезу о том, что состояние здоровья россиян в последние годы реформ во многом зависело от культурных факторов. Такие демографические факторы, как пол и возраст, также связаны с определенными культурными установками в отношении к здоровью: женщины ниже оценивают свое здоровье, однако дольше живут. Мужчины же только в случае серьезных заболеваний принимают женскую модель поведения - начинают беспокоиться и заботиться о своем здоровье [12].

Фактор места проживания также можно расценивать как культурный. Сельские жители имеют ограниченные возможности получения своевременной и качественной помощи в отличие от городских, однако выше оценивают свое здоровье и реже отмечают наличие проблем, связанных со здоровьем. Можно сказать, что они терпеливее. Городские жители оптимистичнее смотрят на жизнь, что влияет на эмоциональное здоровье, они больше удовлетворены жизнью, но имеют выше запросы в отношении здоровья, а стало быть, в отношении здравоохранения и условий, связанных со здоровьем. Существует предположение, что городские жители лучше адаптировались к происходящим в результате индустриализации изменениям в условиях жизни [13].

Разницу в самооценке здоровья и наличии проблем со здоровьем представителей разных национальностей можно объяснить и такими культурными факторами, как стиль жизни, традиции, привычки. Разница в самооценках психологического здоровья

у мужчин и женщин усиливается в сочетании с другими демографическими факторами, а также сильно проявляется при наличии определенных экономических характеристик (бедность, безработица), особенно у мужчин. Однако разница в самоопределении эмоционального здоровья несколько снижается при контроле социальными, поведенческими факторами (среди них - наличие вредных привычек, установок на здоровое поведение, питание), но остается значительной. Безработная год и более женщина, которая не считает себя удовлетворенной жизнью ("полностью или скорее удовлетворен"), способна улучшить ситуацию за счет поведенческих и социальных факторов. У мужчин состояние безработицы и бедности (домохозяйство, находящееся ниже уровня бедности 5 лет и более), ухудшает ситуацию в психологическом здоровье. То же можно сказать о бедных женщинах, которые "не очень и совсем не удовлетворены жизнью": они "находят утешение" в социальной и культурной сфере, возможно, гибко меняя поведение. Вероятно, поведение женщин в силу принятых социально-культурных ролей имеет больший самосохранительный эффект в стрессовой ситуации. Неудовлетворенность мужчин из бедных домохозяйств в подобных ситуациях остается на том же уровне, а у безработных мужчин проявляется еще больше.

Исследование показывает разницу в физическом здоровье в связи с национальной принадлежностью. Нечто похожее можно увидеть в исследовании, проведенном в Эстонии (1996-1997, респонденты 15-79 лет): принадлежность к русской национальности оказалась наиболее влиятельным фактором низкого уровня здоровья, наряду с низкими уровнем образования и индивидуального дохода [14].

Наличие высшего и/или среднего специального (технического) образования хотя бы в один год проведения интервью не показало ожидаемого эффекта (скорее всего он должен был проявиться в общей выборке). Регрессионный анализ на основании данных 1996 г. показал зависимость здоровья от образования в возрастной группе 40 лет и старше, и зависимость отклонения массы тела от нормы в сторону избытка или недостатка для респондентов 18-39 лет и старше 40 (образование контролировалось только полом респондента) [15]. Образование, несомненно, важный фактор, связанный с культурой поведения в отношении к здоровью и стилю жизни. Многие исследования подтверждают связь между образовательным уровнем и здоровьем. Например, данные исследования 1995 г. (США) показывают, что уровень здоровья зависит от количества лет обучения, и эта связь усиливается в зависимости от работы и экономических условий, социально-психологических ресурсов и образа жизни [16]. Однако следует проявлять большую осторожность в проведении параллелей между связью высшего образования и здоровья в экономически развитых странах и ситуацией в России, поскольку высшее образование у нас не дает значимого превосходства в заработной плате и доступа к дорогой и качественной медицине. Но, безусловно, образование дает возможность выбора лучших, безопасных условий труда [17]. По крайней мере, для женщин трудового возраста оно имеет большую отдачу и является устойчивым фактором при самооценке здоровья и в отношении проблем со здоровьем при контроле экономическими переменными, но не может устоять при контроле поведенческими. Утешает то, что образование - мощный стимул в поддержании психического здоровья и может косвенно влиять на здоровье физическое.

Бедность проявила себя наиболее ярко в оценке психологического здоровья мужчин, что подтверждает предположение о наибольшем риске в период трансформации для мужчин трудового возраста, как в России, так и в странах бывшего социалистического лагеря (см., напр. [4, 18]). Возможно, психологический эффект не влияет на самооценку здоровья, но влияет на частоту проблем со здоровьем, что присутствует только у мужчин. Этот эффект, который вполне описывается теми же причинами, что и бедность, можно наблюдать в отношении безработицы. Однако здесь эмоционально страдают и женщины, когда мы рассматриваем высшие ступени шкалы (здоровье хорошее и очень хорошее). Но когда мы обращаемся к ответам "не удовлетворен жизнью", связь с безработицей проявляется только у мужчин. Вероятно, люди, в основном готовые к участию в рынке труда, в том числе и по состоянию здоровья,

проблемы бедности и безработицы воспринимают прежде всего эмоционально. Даже недолгосрочный эффект безработицы (в течение года) ощутимо усиливает состояние психологического дискомфорта. Причем, наш респондент мог побывать в роли безработного не только в последний год исследования, а в любой из предыдущих. Значит, если респондент был безработным даже в 1994 г. - это могло оставить след на психологическом самочувствии в сочетании с другими факторами. В открытых вопросах с просьбой кратко описать себя люди пишут, что они безработные, и при этом часто эмоционально окрашивают ответ или подчеркивают, что могут и хотят работать ("безработная, хочу быть жизнерадостной, но очень расстроена, что нет работы, хорошая жена", "безработная одинокая мать", "русская безработная", "молодая безработная", "нищая безработная, но не потерявшая чувство юмора и надежду на лучшее будущее", "работящий мужчина, безработный колхозник" - ответы 1995 г.); что данная ситуация очень тяготит именно психологически ("отношу себя к рабочему классу, а сейчас и к безработным", "безработная, сижу на шее мужа", 1996 г.; "безработные, униженные люди", 1998 г.).

Мы ожидали увидеть эффект безработицы на самооценке и состоянии физического здоровья. Оказалось, что у коэффициентов самооценки здоровья мужчин и женщин нет отрицательно знака. То же самое можно сказать о коэффициентах проблем здоровья и безработицы, но только для мужчин. Отсутствие эффекта можно частично объяснить тем, что к 1994 г. - году начала панельного исследования - шок от первой волны безработицы прошел. Развиваются формальные и неформальные способы поддержки людей, оставшихся без работы. Это подтверждается, например, исследованиями, проведенными в Финляндии в годы высокого уровня безработицы, фиксирующими, что связь между безработицей и смертностью слабеет с повышением общего уровня безработицы [19].

Долгосрочный эффект имеет курение. Достаточно курить три любых года из последних пяти лет - и это может стать фактором, отрицательно влияющим на здоровье. Вероятно, более длительный стаж курения должен проявить себя в результатах, связанных с физическим здоровьем. Исследование эффекта употребления алкоголя в нашей выборке было затруднено из-за низкой доли в ней людей, которые употребляют алкоголь чаще одного раза в неделю (возможно, респонденты могли занижать ответы в отношении вредных привычек).

Частое недосыпание отразилось на психическом здоровье женщин. Например, шведские данные относительно связи социально-экономического статуса и здоровья подтверждают существенные причинные связи с продолжительностью сна и количеством веса: влияние статуса на здоровье было опосредовано этими двумя показателями образа жизни и поведения [20]. Частью здорового образа жизни можно считать физкультуру и спорт: это фактор, который проявляет себя достаточно быстро и значимо. Он помогает поддерживать физическое здоровье женщинам и психологическое - мужчинам даже при занятиях в течение одного года и сохраняет свое действие на протяжении нескольких лет.

Религиозность в данном исследовании проявила себя как фактор только у женщин и только в самооценке физического здоровья в сочетании с демографическими, экономическими и социальными факторами. Надо отметить, что люди, очевидно, еще не достаточно уверены в своем отношении к религии. Можно предположить, что некая религиозная культура, связанная с соблюдением специальных диет и более здорового поведения, только начала формироваться. Для проверки этой гипотезы необходимы специальные исследования.

Исследование выявило различия в мужской и женской моделях в связке "эмоциональное здоровье - экономическое положение - поведение". Мужчины сложнее переносят экономические проблемы, поскольку не используют эффект культурных и социальных факторов таким образом, как женщины. Возможно, социальные и культурные факторы по-разному влияют на индивида в зависимости от пола. Вероятно также, что индивиды по-разному используют возможности культурного, социального окру-

жения и в зависимости от этого меняют свое поведение. Одни и те же экономические проблемы детерминируют различное поведение полов.

#### ПРИМЕЧАНИЯ

<sup>1</sup> Базы данных предоставлены Институтом социологии РАН. Подробное описание выборки см.: [8, 9].

<sup>2</sup> Дамми-переменные получены перекодированием переменных в бинарные со значениями 1 и 0.

Зависимые переменные: 1) *самооценка здоровья* а) 1 - хорошее и очень хорошее, 0 - другое; б) 1 - плохое и очень плохое, 0 - другое; 2) *оценка психологического (эмоционального) здоровья* через удовлетворенность жизнью в целом а) 1 - скорее удовлетворены и полностью удовлетворены, 0 - другое; б) 1 - не очень удовлетворены, совсем не удовлетворены, 0 - другое; 3) Ответы на вопросы о наличии *в течение последних 30 дней проблем со здоровьем* (1 - да, 0 - нет).

<sup>3</sup> Мы не приводим в данной работе предварительные расчеты, когда в модели были использованы переменные одного или нескольких годов исследования, не показавшие значимости. В некоторых случаях фактору достаточно присутствовать один раз, чтобы играть роль в самооценке здоровья, иногда все 5 раз.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Cockerham W.C.* The Social Determinants of the Decline of Life Expectancy in Russia and Eastern Europe: a Lifestyle Explanation // *Journal of Health and Social Behavior*. 1997. Vol. 38. № 2. Pp. 117-130.
2. Доклад Министра здравоохранения РФ Ю.Л. Шевченко "Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 2000-2004 годы и на период до 2010 года" на коллегии Минздрава России 15.03.2000 г. (<http://www.mednet.com/zdravrus/doklad.htm>).
3. *Shapiro J.* The Russian Mortality Crisis and its Causer // *Economic Reform at Risk* / Ed. A. Eslund. London, 1995. P. 149-178.
4. *Brainerd E.* Economic Reform and Mortality in the Former Soviet Union: A Study of the Suicide epidemic in the 1990s // *European Economic Review*. 2001. № 45 Pp. 1007-1019.
5. *Велла В.* Аспекты благосостояния, связанные со здоровьем и питанием // *Бедность в России. Государственная политика и реакция населения* / Под ред. Д. Кругман. Вашингтон, 1997. С. 107-140.
6. *Браун В. Дж., Русинова Н.Л.* Социальные неравенства в здоровье // *Журнал социологии и социальной антропологии*. 1999. Т. 2. № 1.
7. *Ellison C.G.* Race, Religious, Involvement, and Depressive Symptomatology in a Southeastern U.S. Community // *Social Science and Medicine*. 1995. № 40. P. 1561-1572.
8. *Сваффорд М., Косолапов М.С., Козырева П.М.* Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения России (РМЭЗ): Измерение благосостояния россиян в 90-е годы // *Мир России*. 1999. № 3. С. 153-172.
9. *Namvar Z.* Recent Patterns of Alcohol Consumption in the Russian Elderly? 1992-1996 // *Am. J. Clin. Nutr.* 1997. № 66. Pp. 810-814.
10. *Корхова И.В.* Методы оценки здоровья // *Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект "Таганрог"* / Под ред. Н.М. Римашевской. М., 2001. С. 224—252.
11. *James W.P., Ferro-Luzzi A., Waterlow J.C.* Definition of Chronic Energy Deficiency in Adults. Report of a Working Party of the International Dietary Energy Consultative Group // *European Journal of Clinical Nutrition*. 1988. 42. Pp. 969-81.
12. *Назарова И.Б.* Стили поведения пациентов во время заболевания // *Здравоохранение*. 1999. № 12. С. 159-167.
13. *Неравенство и смертность в России: Коллективная монография* / Под ред. В. Школьников, Е. Андреева и Т. Малевой. М., 2000.
14. *Leinsalu M.* Social Variation in Self-rated Health in Estonia: a Cross-sectional Study // *Social Science and Medicine*. 2002. № 55. Pp. 847-861.
15. *Назарова И.Б.* Субъективные и объективные оценки здоровья населения // *Социологический журнал*. 1998. № 3/4. С. 246-249.

16. *Ross C.E., Mirowsky J.* Refining the Association Between Education and Health: The Effects of Quantity, Credential, and Selectivity. *Demography*. 1999. Vol. 36. № 4. Pp. 445-460.
17. *Nazarova I.* Self-Related Health and Occupational Conditions in Russia // *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 51. № 9. Pp. 1375-1385.
18. *Watson P.* Explaining Rising Mortality Among Men in Eastern Europe // *Social Science & Medicine* 1995. Vol. 41. Is. 7. Pp. 923-934.
19. *Martikainen P.T., Valkonen T.E.* Mortality of Unemployed Men and Women During a Period of Rapidly Increasing Unemployment. *The Lancet*. 1996. Vol. 348. Is. 9032, 5. Pp. 909-912.
20. *Adda J., Chandola T., Marmot M.* Socio-economic Status and Health Causality // *Journal of Econometrics Pathways*. 2002. (<http://www.elsevier.nl/inca/publications/>).