

ДИНАМИКА ОСОЗНАВАЕМОГО ЗДОРОВЬЯ ПЕТЕРБУРЖЦЕВ ЗА ПЕРИОД РЕФОРМ¹

Нина Русинова, Людмила Панова
Социологический институт РАН

Постановка проблемы

Еще с начала 90-х годов в фокусе внимания исследователей, занимающихся изучением состояния здоровья населения в постсоветской России, оказались такие тревожные тенденции, как повышение уровней заболеваемости и смертности, увеличение младенческой и материнской смертности, высокие уровни смертности среди мужчин трудоспособного возраста, возрождение смертельно опасных инфекционных заболеваний и увеличившееся число смертей от «внешних причин», среди которых — убийства, самоубийства, несчастные случаи и острые отравления. В последние годы, по всем оценкам, ситуация в лучшем случае стабилизировалась, и особенно нет оснований предполагать, что она существенно улучшится в обозримом будущем.

По общему мнению специалистов, причины кризиса со здоровьем чрезвычайно сложны и до сих пор остаются до конца не изученными. Среди значимых факторов, приведших к увеличению уровня заболеваемости и риска преждевременной смертности, эксперты рассматривают чрезвычайно высокие темпы экономических и социальных трансформаций, нездоровый образ жизни, недооценку населением ценности здоровья, ухудшение состояния здравоохранения, деградацию окружающей среды.

Однако широко развернувшаяся дискуссия на тему кризиса здоровья в современной России во многом оставляет за рамками своего обсуждения тот факт, что стремительная социальная, экономическая и политическая трансформация российского общества, радикально меняющая жизнь большинства населения, сопровождается существенным перераспределением доступа различных социальных групп ко многим социальным, психологическим и экономическим ресурсам, оказывающим влияние на их благосостояние и здоровье. Таким образом, складывается впечатление, что риски заболеваемости и смертности относительно случайно распределены среди населения, а существующие структурные неравенства не влекут за собой для определенных категории людей существенно большие риски для их здоровья, по сравнению с другими слоями населения.

В большинстве случаев, дискуссии на тему здоровья в постсоветской России, оперируя, в основном, макро показателями смертности и заболеваемости населения, игнорируют также мнения, суждения, взгляды на здоровье самих индивидов, чье физическое и психическое благополучие обсуждается. Между тем, здоровье и болезнь означают гораздо большее, чем просто наличие или отсутствие патологического состояния в организме. Они являются важной частью жизненного опыта людей. Поэтому, изучение того, как обычные российские граждане думают о здоровье, и как они реагируют на его отсутствие, может предоставить важную дополнительную информацию, необходимую для понимания природы современного кризиса здоровья. Опросные методы позволяют, в частности, получить данные о распределении здоровья по социально-структурным группам, выделить группы, имеющие наиболее низкий статус различных характеристик здоровья (общей самооценки, физического и психического здоровья) показать возрастную эволюцию здоровья, и что чрезвычайно важно, выявить факторы, детерминирующие различные аспекты здоровья. Следует сказать, что субъективная оценка людьми собственного здоровья обладает высокой надежностью [3, 4].

Ориентация на исследование здоровья населения на микро уровне позволяет, на наш взгляд, выполнить следующие

исследовательские задачи: выявить динамику осознаваемого здоровья за период радикальной трансформации российского общества; проследить тенденции в распределении здоровья по различным социально-экономическим группам населения; идентифицировать основные детерминанты здоровья.

Эмпирической базой исследования являются данные репрезентативных массовых опросов взрослого населения Петербурга, проведенных в 1992 г. (N=1500), 1998 г. (N=1200), и 2003 г. (N=600).

Ключевой индикатор здоровья, используемый в исследовании — общая самооценка здоровья, измеряемая по пятибалльной шкале: 1 — очень хорошее; 2 — хорошее; 3 — удовлетворительное; 4 — слабое; 5 — очень слабое. Для анализа данных опросов была проведена дихотомизация этой переменной («очень хорошее» и «хорошее» образуют категорию хорошего здоровья; а «удовлетворительное», «слабое» и «очень слабое» — ниже, чем хорошего).

Анализ эмпирического материала

Уровень осознаваемого здоровья в основных половозрастных группах населения Санкт-Петербурга и динамика его изменения за период с 1998-го по 2003 г.

По данным многочисленных исследований, в России не только выше смертность, чем на Западе, но и хуже самооценки здоровья. Наши данные подтверждают этот вывод специалистов. Доля людей, оценивающих свое здоровье ниже, чем хорошее, чрезвычайно высока как у мужчин, так и у женщин, значительно превышая значения этого показателя в западных странах, где удельный вес лиц со здоровьем ниже, чем хорошее составляет существенно менее 40% [5,6]. Женщины дают более низкие самооценки здоровья, нежели мужчины во всех возрастных группах и практически по всем трем временным точкам. Различается лишь размах вариаций. Такие различия подтверждены на Западе, в Центральной и Восточной Европе [5, 7, 8].

Анализ динамики в изменении осознаваемого здоровья за весь рассматриваемый период показывает определенное нарастание доли лиц, оценивающих свое здоровье как слабое. Полученные результаты, в целом, не противоречат данным «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ): измерение благосостояния россиян в 90-е годы», где за период с 1992-го по 2003-ий год также отмечается рост слабого здоровья [9].

Таблица 1.

Динамика самооценки здоровья за период 1992–2003 г.г. (в %)*

	1992	1998	2003
ПО ВЫБОРКЕ В ЦЕЛОМ:			
хорошее	15.6	17.3	20.1
ниже, чем хорошее,	84.4	82.7	79.9
в т. ч. слабое	19.8	23.2	20.0
МУЖЧИНЫ:			
хорошее	22.7	24.7	25.9
ниже, чем хорошее,	77.3	75.3	74.1
в т.ч. слабое	10.6	17.2	16.8
ЖЕНЩИНЫ:			
хорошее	8.6	12.1	13.5
ниже, чем хорошее,	91.4	87.9	86.5
в т. ч. слабое	28.7	27.7	26.7

* Данные представлены возрастным интервалом 35–65 лет в силу ограниченности выборки 2003 г.

¹ Работа выполнена при поддержке РФФИ, проект 05–06–80419

Выявленная тенденция просматривается как в целом по всем выборочным совокупностям опрошенных, так и отдельно у мужчин (Табл.1). Обращает на себя внимание резкое увеличение к 1998 г. доли мужчин, оценивающих свое здоровье как слабое. К 2003 г. значение этого показателя несколько уменьшается, оставаясь, однако, значительно более высоким, нежели в 1992 г. У женщин очевидна устойчивая положительная динамика в общем распределении самооценок здоровья.

Уже эти данные показывают, что мужчины платят более высокую цену за адаптацию к изменившейся социально-экономической ситуации. Вместе с тем, приведенная информация дает лишь самые общие представления о том, как люди на протяжении этого времени оценивают свое здоровье. Для более глубокого понимания произошедших изменений требуется детальный анализ динамики в распределении показателей осознаваемого здоровья по поло-возрастным и социально-экономическим группам.

Изучение динамики осознаваемого здоровья мужчин и женщин по различным возрастным группам выявляет определенные различия (Табл. 2).

Таблица 2.

**Самооценка здоровья
по поло-возрастным группам:
1992, 1998, 2003 г.г. (%)**

	В ЦЕЛОМ ПО ВЫБОРКЕ			МУЖЧИНЫ			ЖЕНЩИНЫ		
	хорошее	ниже, чем хорошее	в т.ч. слабое	хорошее	ниже, чем хорошее	в т.ч. слабое	хорошее	ниже, чем хорошее	в т.ч. слабое
18 — 24 года									
1992 г.	52.4	47.6	4.8	63.1	36.9	3.9	39.8	60.2	6.0
1998 г.	49.6	50.4	10.2	50.0	50.0	7.9	49.3	50.7	12.7
2003 г.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25 — 34 года									
1992 г.	29.5	70.5	9.8	38.0	62.0	5.4	20.9	79.1	14.6
1998 г.	42.7	57.3	9.0	54.7	45.3	6.6	29.8	70.2	11.5
2003 г.	-	-	-	-	-	-	-	-	-
35 — 44 года									
1992 г.	19.9	80.1	13.6	25.7	74.3	8.9	14.1	85.9	18.3
1998 г.	21.2	78.8	12.1	31.9	68.1	8.6	12.8	87.2	14.9
2003 г.	26.7	73.3	9.5	31.8	68.2	8.0	21.3	78.7	11.0
45 — 54 года									
1992 г.	14.9	85.1	22.9	25.8	74.2	13.7	4.4	95.6	31.4
1998 г.	21.1	78.9	13.0	26.9	73.1	14.6	16.8	83.2	29.2
2003 г.	19.0	81.0	22.2	25.2	74.8	18.0	12.7	87.3	26.4
55 — 64 года									
1992 г.	7.9	92.1	26.5	12.6	87.4	9.5	3.2	96.8	44.1
1998 г.	6.8	93.2	39.2	8.3	91.7	36.7	5.7	94.3	41.3
2003 г.	12.3	87.7	32.7	17.1	82.9	30.0	7.8	92.2	35.1
65 лет и более									
1992 г.	2.0	98.0	54.7	3.9	96.1	51.0	1.0	99.0	56.7
1998 г.	4.3	95.7	68.5	10.2	89.8	49.1	2.0	98.0	75.9
2003 г.	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Так, мужчины средних возрастов (от 25-ти до 45-ти лет), в целом, демонстрируют тенденцию к улучшению состояния своего здоровья, хотя среди более молодой подгруппы (25–34 года), при значительном приросте доли лиц с хорошим здоровьем, отмечается также и превышение удельного веса

респондентов, оценивающих свое здоровье как слабое (по данным опроса 1998 г.). Распределение самооценок здоровья мужчин в возрастном интервале 45–54 г. не претерпело сколь-нибудь резких изменений за период с 1992 по 2003 г., хотя здесь и начинает проявляться устойчивая тенденция к нарастанию доли лиц, характеризующих свое здоровье как определенно слабое.

Следующая же возрастная группа (55–64 г.) обращает на себя особое внимание. Как очевидно из приведенных в табл. 2. данных, мужчины именно этой возрастной категории оказались особенно уязвимыми к негативным последствиям реформ. Динамика показателей здоровья здесь демонстрирует стремительное падение. Если в 1992 г. доля мужчин со слабым здоровьем в этой группе составляла менее 10-ти %, то к 1998 г. она уже насчитывала 36.7%. В 2003 г., хотя и наблюдается некоторое снижение этого показателя, уровень нездоровья мужчин в возрасте 55–64 г. остается очень внушительным (почти треть опрошенных оценивают свое здоровье как слабое).

Наибольшую же тревогу вызывают выявленные тенденции в изменении здоровья мужчин в самой молодой подгруппе (18–24 г.). Надо сказать, что и в начале 90-х, почти двое из каждых пяти респондентов в составе самых молодых участников опроса не могли оценить свое здоровье как хорошее, однако к концу первого десятилетия реформ (по данным 1998 г.), эта цифра перевалила все мыслимые пределы — 50% опрошенных. К сожалению, у нас нет возможности проследить динамику здоровья этой возрастной группы дальше в силу ограниченности выборки в исследовании 2003 г.

Позитивные тенденции в изменении здоровья мужчин самой старшей из рассматриваемых возрастных групп (свыше 65-ти лет), также не вселяет особенного оптимизма. Поскольку, вполне вероятно, что мужчины с ослабленным здоровьем, характеризуясь пониженными адаптивными способностями, просто не выдержали нагрузок стремительно меняющейся социально-экономической среды, что и нашло свое отражение во всплеске смертности мужчин трудоспособного возраста середины 90-х.

Изменение здоровья женщин за рассматриваемый период также имеет возрастную специфику, однако несколько иную, нежели у мужчин.

Явные отличия отмечаются в самой молодой группе респондентов (18–24 г.). В отличие от мужчин, у которых к 1998 г. показатели осознаваемого здоровья очевидно и значительно ухудшаются; изменения в самочувствии женщин характеризуются отчетливой поляризацией: т. е., нарастаем как доли лиц, оценивающих свое здоровье как хорошее, так и тех, кто обладает слабым здоровьем.

Изменения в самооценках здоровья женщин в возрастных группах 25–44 г., так же, как и мужчин сопоставимых возрастов, в основном, характеризуется позитивной динамикой. Однако, обращает на себя внимание тот факт, что среди респонденток от 35-ти до 44-х лет, в 1998 г. отмечается некоторое уменьшение доли лиц, оценивающих свое здоровье как хорошее.

Тенденции в изменении осознаваемого здоровья женщин следующей возрастной группы (45–54 г.) характеризуются более выраженными различиями по сравнению с мужчинами. Если у последних по всем трем временным точкам наблюдается поступательное нарастание удельного веса лиц, характеризующих свое здоровье как очевидно слабое (при стабильных, в целом, показателях здоровья ниже, чем хорошее); то у женщин ситуация принципиально иная. Среди них отмечается устойчивое снижение доли лиц со слабым здоровьем. Однако, динамика в общем распределении осознаваемого здоровья в этой возрастной группе более сложна. Очевидный позитивный сдвиг наблюдался в 1998 г. Далее тренд изменился на прямо противоположный — в этой возрастной группе за период с 1998-го по 2003 г. нами зафиксировано нарастание числа женщин, оценивающих свое здоровье ниже, чем хорошее.

Осознаваемое здоровье женщин в возрастной группе 55–64 . не только не испытало на себе столь же драматических последствий реформ как у мужчин, а, напротив, в течение всего рассматриваемого периода неуклонно улучшалось.

По-видимому, более восприимчивыми к нагрузкам меняющейся социально-экономической среды оказались женщины самой старшей из изучаемых возрастных групп (65 лет и старше), следствием чего явилось довольно существенное нарастание доли пожилых женщин со слабым здоровьем.

Тенденции в распределении осознаваемого здоровья по различным социально-экономическим группам населения за период с 1992-го по 1998 г.

В качестве индикатора социально-экономического статуса рассматривается уровень образования в двух поколениях (самого респондента и его родителей).

Используя этот показатель, мы идентифицировали 6 социально-экономических групп в составе населения Петербурга: «**Стабильная Интеллигенция**» (респонденты с высшим образованием, и, по крайней мере, один из родителей также имеет высшее образование); «**Новая Интеллигенция**» (респонденты с высшим образованием, у родителей — не выше среднего образования); страта «**Социально мобильных вниз**» (респонденты имеют законченное среднее образование и, по крайней мере, у одного из родителей — высшее образование); страта «**Стабильно Квалифицированных**» (и респонденты, и родители имеют среднее образование); страта «**Новых Квалифицированных**» (респонденты имеют среднее образование, у родителей — ниже среднего образования); страта «**Неквалифицированных**» (и респонденты, и родители имеют образование ниже среднего). Таким образом, люди из трех страт (Стабильная Интеллигенция, Стабильно Квалифицированные, Неквалифицированные) социально стабильны; две (Новая Интеллигенция, Новые Квалифицированные) характеризуются межпоколенной мобильностью наверх; и одна (Социально мобильных вниз) — межпоколенным понижением социального статуса.

Полученные в ходе нашего исследования данные свидетельствуют о наличии существенных вариаций в статусе здоровья членов различных социально-статусных групп в составе городского населения (Табл. 3, 4). Особенно поражают контрасты между полярными группами — Стабильной Интеллигенцией и Неквалифицированными. Различия между ними существенно более выражены, чем между любыми иными группами городского населения и эта закономерность очевидна как по 1992, так и 1998 году.

Анализ тенденций в изменении показателей здоровья у представителей этих групп показывает, что среди молодых и средних возрастов наблюдается процесс существенного нарастания разрыва между ними. В то время как здоровье более молодых членов Стабильной Интеллигенции улучшается, сопоставимая возрастная подгруппа Неквалифицированных демонстрирует

дальнейшую утрату своих позиций, причем существенно более заметную, нежели прирост позитивных оценок в сравниваемой статусной группе. Среди лиц более старших возрастных подгрупп очевиден процесс поляризации показателей осознаваемого здоровья как в группе Стабильной Интеллигенции, так и Неквалифицированных — становится больше людей, оценивающих свое здоровье как хорошее, но и больше тех, кто считает свое здоровье слабым. При этом, обращает на себя внимание тот факт, что более тревожная динамика наблюдается, как раз, у наиболее высоко статусной группы.

Оказалось также, что социально-стабильные группы обладают более хорошим здоровьем, нежели те, которые характеризуются повышением социального статуса до их уровня. Таким образом, например, у Стабильной Интеллигенции самооценки здоровья выше, чем у Новой Интеллигенции, а у Стабильно Квалифицированных — выше, чем у Новых Квалифицированных. Однако, по данным опроса 1992 г., среди респондентов более старших возрастов различия между двумя группами Интеллигенции сглаживаются, что позволяет предположить, что в стабильном обществе преимущества, связанные с приобретением более высокого уровня образования, возможно, компенсировали издержки раннего периода жизни.² В то же время, в период резких экономических преобразований эта тенденция не очевидна. Напротив, в 1998 г. отставание пожилых членов Новой Интеллигенции от сопоставимой возрастной видимо, можно объяснить меньшим потенциалом адаптивности Новой интеллигенции после определенного возрастного рубежа к быстро меняющимся условиям жизни.

Когда мы сравниваем две группы Квалифицированных, складывается иная ситуация. Скорее, Стабильно Квалифицированные, независимо от возраста, обладают более хорошим здоровьем, чем Новые Квалифицированные, причем за рассматриваемый период времени этот разрыв только увеличился — главным образом, за счет ухудшения показателей здоровья Новых Квалифицированных. Однако, в то время как молодежь в группе Стабильно Квалифицированных демонстрирует относительно хорошее здоровье, лица старших возрастов описывают значительно большее количество проблем со здоровьем, чем соответствующие возрастные подгруппы среди Интеллигенции. Это может означать, что с возрастом, кумулятивный эффект их менее привилегированного статуса начинает действовать и приводит, в конечном итоге, к относительно неблагоприятным последствиям для их здоровья. Следует, правда, отметить, что если в начале 90-х эта тенденция отчетливо проявлялась, то к 1998 г. преимущества в здоровье лиц старших возрастов, входящих в группы Интеллигенции, по сравнению с соответствующими возрастными подгруппами Стабильно Квалифицированных, становятся менее очевидным, учитывая заметное ухудшение показателей здоровья первых.

Таблица 3.
Самооценки здоровья по социально-экономическим статусным группам: 1992–1998 гг.
(в возрастном интервале 18–44 года) (в %)

ИНДИКАТОРЫ	Стабильная Интел-ция		Новая Интел-ция		Мобильные Вниз		Стабильно Квалифиц.		Новые Квалифиц.		Неквалифиц.	
	1992	1998	1992	1998	1992	1998	1992	1998	1992	1998	1992	1998
МУЖЧИНЫ: Самооценка здоровья* хорошее слабое	37.3 9.7	46.9 6.3	26.4 6.9	37.1 3.2	34.0 13.6	42.7 10.0	32.4 10.0	40.5 11.9	23.5 12.2	14.7 14.7	26.3 15.8	10.0 20.0
ЖЕНЩИНЫ: Самооценка здоровья** хорошее слабое	31.6 15.2	44.9 8.2	17.8 11.0	25.9 0.0	24.5 16.3	34.3 11.9	21.7 14.2	28.9 15.7	15.6 17.7	10.5 15.8	25.0 12.5	16.7 33.3

* Различия между социально-экономическими статусными группами значимы в 1998 г. (p<0.000)

** Различия между социально-экономическими статусными группами значимы в 1998 г. (p<0.02)

И, наконец, Понизившие социальный статус демонстрируют такие тенденции в здоровье, которые отличаются их как от группы, характеризующейся общими с ними социальными истоками (Стабильной Интеллекции), так и от группы, обладающей равным с ними уровнем образования и занятой теми же видами работ (Стабильно Квалифицированных). Это своеобразие становится особенно явным при анализе динамики в изменении показателей здоровья лиц старших возрастов. Так, в возрастных подгруппах свыше 45-ти лет (и в отличие от Стабильной Интеллекции, и в отличие от Стабильно Квалифицированных), среди Понизивших социальный статус отмечается отчетливое снижение показателей осознаваемого здоровья. Более же молодые члены рассматриваемой социальной группы, наращивая свое преимущество перед Стабильно Квалифицированными, воспроизводят позитивные тенденции, характерные для Стабильной Интеллекции.

Survey, в соответствии с которой каждый индикатор здоровья измеряется по множественной шкале.

Социальные детерминанты здоровья сгруппированы по трем основным категориям: социально-структурные; социально-психологические; поведенческие. Значимость этих групп факторов, традиционно выявляемых в ходе изучения социальных неравенств в здоровье, многократно подтверждена исследованиями во многих странах мира, в том числе Центральной и Восточной Европе [5, 10].

В числе социально-структурных факторов мы рассматриваем: пол, возраст, образование, материальное положение, семейное положение, наличие детей в семье.

Группа социально-психологических детерминант включает в себя: стрессовые события жизни (детские травмы, экстремальные жизненные ситуации, стрессовые ситуации в течение последнего года); хронические стрессоры, связанные с различными сферами жизненных обстоятельств (отношения в се-

Таблица 4.

Самооценки здоровья по социально-экономическим статусным группам: 1992–1998 гг. (в возрастном интервале 45 лет и старше) (в %)

ИНДИКАТОРЫ	Стабильная Интел-ция		Новая Интел-ция		Мобильные Вниз		Стабильно Квалифиц.		Новые Квалифиц.		Неквалифиц.	
	1992	1998	1992	1998	1992	1998	1992	1998	1992	1998	1992	1998
МУЖЧИНЫ:												
Самооценка здоровья*	21.7	27.8	18.1	16.4	25.9	20.0	26.1	14.3	17.0	19.1	4.9	12.0
хорошее	4.3	19.4	14.5	27.3	12.5	33.3	25.7	14.3	22.6	34.0	39.0	44.0
слабое												
ЖЕНЩИНЫ:												
Самооценка здоровья*	6.5	17.1	2.5	10.9	0.0	11.1	0.0	10.6	5.3	6.8	0.0	0.0
хорошее	34.8	36.6	28.8	43.6	37.5	40.7	41.3	36.2	48.0	43.2	66.0	81.6
слабое												

* Различия между социально-экономическими статусными группами значимы в 1992 и 1998 г. ($p < 0.000$)

Таким образом, данные, полученные в ходе нашего исследования, убедительно демонстрируют, что здоровье и болезни неравномерно распределены среди городского населения. Распределение носит неслучайный характер. Хорошее здоровье диспропорционально доступно тем, кто имеет более высокие позиции в социальной структуре. Более того, на протяжении 90-х гг., различия, существовавшие между социально-статусными группами в конце советской эпохи (1992) не только не исчезли, но стали еще более выраженными. Особенно пострадавшими в этом отношении оказались Новые Квалифицированные и Неквалифицированные. В обеих этих стратах во всех возрастных подгруппах стало больше людей, которые говорят о том, что обладают «слабым здоровьем».

В большинстве других страт наблюдается ясная дифференциация по возрасту. Среди более молодых членов групп Интеллекции и Понизивших свой социальный статус показатели осознаваемого здоровья улучшились: в 1998 г больше людей говорили о «хорошем» здоровье и меньше жаловались на «слабое» здоровье, чем в 1992 г. Среди более старшей возрастной когорты населения очевидна поляризация. Единственные петербуржцы, для кого это десятилетие особенно не повлияло на их оценки собственного здоровья — это Стабильно Квалифицированные.

Ключевые детерминанты осознаваемого здоровья

Анализ социальных детерминант осознаваемого здоровья проводился по материалам опроса 1998 г. по трем ключевым индикаторам здоровья: общей самооценке, физическому состоянию, и психическому благополучию. Оценка этих аспектов здоровья осуществлялась в рамках методики SF-36 Health

Survey, проведение свободного времени, состояние здоровья членов семьи); личностные психологические ресурсы (выраженность индивидуальной ответственности за здоровье, мера оптимистичности в оценке жизненных перспектив).

Среди поведенческих факторов изучаются: превентивная физическая активность, курение, потребление алкоголя, правильность питания через индекс соотношения веса и роста.

Выявление основных факторов, формирующих здоровье, осуществлялось с использованием метода линейной регрессии. Результаты представлены в Табл. 5.

Полученные данные подтверждают значимость рассматриваемых независимых переменных в качестве важнейших детерминант здоровья по всем трем его измерениям. Объяснительная способность этих факторов высока — от 38% вариаций в изменении общей самооценки здоровья и психического благополучия до 51% — по показателю физического состояния.

Из представленного материала очевидно заметное своеобразие формирования различных аспектов здоровья. Так, если на распределение общей самооценки здоровья и особенно физического функционирования решающее воздействие оказывают социально-структурные характеристики индивидов, то уровень психического благополучия варьируется, главным образом, в зависимости от социально-психологических нагрузок, испытываемых индивидом, и его способности справляться с ними.

Обращает на себя внимание незначительная, в целом, роль поведенческих факторов в объяснении изучаемых аспектов здоровья. Этот результат вполне прогнозируем и не противоречит выводам других исследований [11]. Более подробный анализ детерминант осознаваемого здоровья по различным его индикаторам показывает следующее.

Таблица 5.

**Детерминанты общей самооценки здоровья,
физического функционирования и психического здоровья
(в клетках таблицы указаны стандартизованные коэффициенты Beta)**

	Самооценка здоровья			Физическое здоровье			Психическое здоровье		
	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 1	Модель 2	Модель 3	Модель 1	Модель 2	Модель 3
Социально-структурные характеристики									
Пол	0.090**	0.064*	0.064	0.109***	0.109***	0.077**	0.103**	0.062*	0.087**
Возраст	-0.343***	-0.282***	-0.282***	-0.547***	-0.467***	-0.428***	-0.118***	-0.123***	-0.165***
Образование	0.020	0.001	-0.009	0.116***	0.099***	0.099***	0.000	0.002	-0.017
Материальное положение	0.253***	0.166***	0.156***	0.101***	0.067*	0.049	0.281***	0.117***	0.107**
Семейное положение	-0.006	-0.031	-0.021	0.073**	0.048	0.042	0.089**	0.047	0.064*
Наличие детей в семье	0.035	0.058*	0.053	0.027	0.034	0.050	-0.055	-0.013	-0.010
Социально-психологические характеристики									
Детские травмы		-0.011	-0.005		-0.010	-0.008		-0.012	-0.015
Экстремальные ситуации в течение жизни		-0.049	-0.045		-0.094**	0.106***		-0.038	-0.039
Стрессовые ситуации в последний год		-0.206***	-0.209***		-0.075**	0.097***		-0.315***	-0.306***
Стрессы, связанные с отношениями в семье		-0.020	-0.012		-0.001	-0.012		-0.076**	-0.083**
Стрессы, связанные с кругом общения		-0.023	-0.029		0.086***	0.098***		-0.044	-0.046
Стрессы, связанные с проведением свободного времени		-0.030	-0.025		-0.006	-0.003		-0.134***	-0.133***
Стрессы, связанные с состоянием здоровья членов семьи		-0.092***	-0.099***		0.085***	0.084***		-0.055	-0.065*
Атрибуция ответственности за здоровье		0.129***	0.116***		0.106***	0.076**		0.148***	0.151***
Оптимизм		0.106***	0.096**		-0.008	-0.019		0.105***	0.089**
Поведенческие характеристики									
BMI			-0.030			-0.070**			0.055
Курение			0.007			0.037			0.089**
Потребление алкоголя			-0.004			0.053*			0.062*
Превентивная активность			0.074**			0.091**			0.080**
R square									
	0.29	0.38	0.38	0.46	0.49	0.51	0.15	0.36	0.38

Общая самооценка здоровья. Ключевыми социально-структурными факторами, оказывающими автономное влияние на распределение самооценок здоровья в составе населения Петербурга, являются возраст и уровень материальной обеспеченности. С увеличением возраста и ухудшением материального положения соответственно растет и доля тех людей, которые оценивают свое здоровье негативно. Введение в анализ социально-психологических переменных (модель 2) значительно расширяет возможности объяснения вариаций в самооценках здоровья. Главным образом, это связано с сильным автономным влиянием стресса на осознаваемое здоровье. При этом, факторы возраста и материального положения, продолжая оказывать независимое воздействие на самооценку здоровья, действуют также и опосредованно, вызывая повышенные психо-эмоциональные

воздействия на здоровье человека. Об этом свидетельствует как понижение уровня значимости соответствующих коэффициентов в регрессионном уравнении, так и наличие корреляционных связей этих показателей со стрессом. Относительно небольшой, но, тем не менее, значимый вклад в формирование самооценки здоровья вносят и психологические ресурсы человека, позволяющие ему справляться со стрессогенными факторами. Так, лица, рассматривающие свое здоровье как сферу личной ответственности, скорее оценивают свое здоровье как хорошее. Поведенческие факторы практически ничего не привносят в нашу модель — заметно лишь слабое влияние на самооценку здоровья превентивной активности индивида.

Физическое здоровье. В силу специфичности измерения (способности человека выдерживать различные физи-

ческие нагрузки), этот аспект здоровья закономерно определяется, прежде всего, возрастом человека. Хотя даже здесь заметно слабое влияние и других социально-структурных переменных. Любопытно, что более образованные граждане демонстрируют чуть более хорошее физическое состояние. Остается значимым и уровень материальной обеспеченности. Социально-психологические факторы (частота стрессовых воздействий, а также выраженность личного ресурса человека, помогающего ему в преодолении стресса) вносит гораздо более скромный по сравнению с самооценкой здоровья, хотя и заметный вклад в объяснение вариаций в физическом состоянии людей. Некоторые дополнительные возможности в интерпретации уровней физического здоровья дает информация об антропометрическом статусе индивида (измеряемом через соотношение веса и роста), наличии/отсутствии у него алкогольной зависимости, а также предпринимаемых усилиях по поддержанию своей физической формы.

Психическое здоровье. В объяснении уровня психического благополучия людей гораздо менее существенную роль, нежели по другим индикаторам здоровья, как уже отмечалось, играют социально-структурные факторы. Основную долю этих объяснений предоставляет информация о материальном положении индивида. Понятно, чем ниже уровень материальной обеспеченности, тем большим нервно-психическим воздействиям подвергается человек. Не случайно, при введении в модель блока социально-психологических переменных влияние фактора материального положения значительно ослабевает, и на первый план выходит показатель, характеризующий частоту стрессовых ситуаций за последний год. Свою лепту в формирование психического здоровья людей вносят также другие стрессоры. Заметным независимым фактором выступает и психологический ресурс человека (в первую очередь, выраженность индивидуальной ответственности за здоровье). В итоге, объяснительные возможности модели, оценивающей совместное влияние социально-структурных и социально-психологических факторов на психическое здоровье, увеличиваются более чем вдвое. Поведенческие характеристики, как и в случае физического здоровья, в интерпретации характера распределения показателей психического здоровья среди населения города, играют отнюдь не ограниченную роль.

Выводы

За период проводимых трансформационных преобразований показатели осознаваемого здоровья населения в целом ухудшились, хотя и не столь значительно, как можно было ожидать в общей ситуации алармистских настроений относительно тенденций смертности, заболеваемости и продолжительности жизни. Особенно отчетливо эта негативная тенденция просматривается у мужчин. Чрезвычайно тревожным фактом является существенное ухудшение здоровья самых молодых мужчин.

Радикальная трансформация общества сопровождается нарастанием неравенств в здоровье между различными социально-статусными группами. Наиболее пострадавшими оказываются низко статусные группы. В этих стратах во всех возрастных подгруппах стало больше людей, которые

говорят о том, что обладают «слабым здоровьем» и меньше тех, кто описывает свое здоровье как «хорошее».

В большинстве других страт наблюдается ясная дифференциация по возрасту. Среди более молодых членов высоко статусных групп показатели осознаваемого здоровья улучшились, в старшей возрастной когорте очевидна поляризация: отмечается как большая доля тех, кто оценивает свое здоровье как «хорошее», так и тех, кто считает свое здоровье «слабым».

Особенно тревожной тенденцией, по нашим данным, является растущая поляризация среди молодых горожан. Те, кто находится в высшей социальной страте, отмечают более хорошее здоровье, и они имеют гораздо больше возможностей его поддерживать (у них, например, более высокие доходы, они более оптимистичны в отношении своих перспектив, и среди них меньше распространены «нездоровые» типы поведения). Те же, кто находится на дне социальной структуры, напротив, — несмотря на свою молодость — уже переживают больше проблем со здоровьем, чем в начале 1990-х, и практически во всех аспектах их жизнь обеспечивает их большими рисками возникновения проблем в будущем.

Результаты нашего анализа показали, что основными факторами, формирующими здоровье населения, являются материальное положение и стрессовые нагрузки, испытываемые людьми в попытках адаптации к новым условиям.

Использованная литература

1. Sen A. Health in Development. WHO bull. 1999. Vol. 77. № 8.
2. Иванов В. Н., Суворов А. В. Проблемы охраны здоровья населения России/ Проблемы прогнозирования. 2003. № 3
3. Lundberg, O., and Manderbacka, K. (1996). Assessing reliability of a measure of self-rated health. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 24, 218–224.
4. Martikainen, P., et al. (1999). Reliability of perceived health by sex and age. *Social Science and Medicine*, 48, 1117–1122
5. Bobak, M., Pikhart, H., et. al. (1988). Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Social Science and Medicine*, Vol. 47, N 2, 269–279.
6. Kunst, A., et. al. (1995). International variation in socioeconomic inequalities in self reported health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 117–123.
7. Blaxter, M., *Health and Lifestyles*. London and New York: Tavistock/Routledge. 1990;
8. Carlson, P., (1998). Self-rated health in east and west Europe. Another European health divide. *Social Science and Medicine*, 46, 1355–1366.
9. <http://www.cpc.unc.edu/Projects/rfms>
10. Gilmore, A., McKee, M., Rose, R. (2002). Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Social Science and Medicine*, 55, 2177–2188.
11. Carlson, P., (2001). Risk behaviours and self rated health in Russia 1998. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 806–817.