

---

Полина Г. Газизуллина<sup>1</sup>,  
Независимый исследователь

## Социально-экономические детерминанты здоровья подростков в России

**Аннотация.** В статье изложены результаты комплексного исследования социально-экономических детерминант здоровья российских подростков, выполненного с использованием количественных и качественных методов. Количественный анализ проведен на базе данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ за 2010–2016 гг. (19–25 волны) с использованием аппарата логистической регрессии. Качественные данные получены путем проведения 39 полуструктурированных интервью с подростками 14–17 лет, проживающими в Удмуртии и Московской области, в два этапа: 2010 и 2013 гг. В рамках исследования впервые отдельно выделен комплекс социокультурных детерминант здоровья и показана его значимость для здоровья российских подростков. Определение наиболее значимых социально-экономических детерминант здоровья подростков позволило разработать ряд рекомендаций в области государственной политики по укреплению здоровья.

**Ключевые слова:** детерминанты здоровья, здоровье подростков, качественный анализ, социокультурные факторы, Россия.

**JEL коды:** C59, I12, I18, L38

### Введение

Преобладание в структуре смертности развитых стран хронических неинфекционных причин смерти в конце XX в. потребовало выработки новой политики в области укрепления здоровья. В 1986 г. в Оттаве состоялась первая международная конференция по укреплению здоровья (“Health Promotion”), в рамках которой были обозначены ключевые направления новой политики в области здоровья. Новая политика выделяла комплекс детерминант здоровья, включающий в себя не только финансирование и управление системой здравоохранения, но и в первую очередь широкий набор социально-экономических факторов, в том числе благополучие населения, общественное признание ценности здоровья и осознание индивидом ответственности за собственное здоровье. В результате проведения новой политики по сохранению здоровья в западных странах продолжилось остановившееся было снижение смертности, что ознаменовало собой начало четвертого этапа эпидемиологического перехода в ряде западных стран.

---

<sup>1</sup> Полина Геннадьевна Газизуллина, экономист. E-mail: apolinnaria@mail.ru

Влияние неблагоприятных социально-экономических факторов ярче выражено в переходные периоды развития человека, когда организм наиболее чувствителен к внешним воздействиям. Одним из таких периодов в жизни человека является подростковый возраст. Развитие центральной нервной системы, половое созревание стимулируют процессы формирования собственной идентичности, реализацию новых паттернов поведения, в том числе рискованного самосохранительного поведения [Rich, Ginzburg, 1999; Viner, 2012]. Изучение всего комплекса социально-экономических детерминант здоровья подростков, включая самосохранительное поведение, социокультурную среду жизнедеятельности, материальное благополучие, социальный и человеческий капитал подростков, является важным вопросом в рамках проведения политики по укреплению здоровья подростков.

На фоне общих успехов в снижении смертности россиян (см., например [Иванова, Михайлов, 2017]), смертность подростков в последние два десятилетия также снижалась после роста в начале 1990-х гг.; с 2009 г., кроме того, наблюдается стагнация уровней заболеваемости подростков 15–17 лет, возраставших с 1992 по 2009 г. Однако уровни подростковой смертности и заболеваемости в России остаются достаточно высокими в сравнении с рядом западных стран [TransMonEE, Inchley et al., 2016].

Характерной особенностью смертности подростков является лидирующий вклад внешних причин (в том числе смертности от самоубийств). Юноши подвержены смертности от внешних причин в большей степени, чем девушки. Значительная часть причин заболеваемости подростков (до 13%) также относится к внешним причинам. Указанная структура причин смертности и заболеваемости подростков связана с самосохранительным поведением подростка. Причем возникновение и интенсивность проявления болезней органов пищеварения, эндокринной системы, костно-мышечной системы и соединительной ткани, системы кровообращения (вклад в структуру заболеваемости до 40%), по мнению специалистов, находятся под влиянием социально-экономических детерминант.

С начала 2000-х гг. в России забота о здоровье населения является одним из приоритетных направлений социально-экономического развития, поскольку здоровье населения является основой построения устойчивого и благополучного общества. Высокий уровень здоровья подростков — залог процветания общества в ближайшем будущем.

В литературе влияние различных детерминант на здоровье российских подростков изучается преимущественно по отдельным факторам, отсутствует комплексный анализ социально-экономических детерминант здоровья современных российских подростков.

Все вышесказанное делает проведение комплексного анализа социально-экономических детерминант здоровья российских подростков важным и актуальным, особенно в период реализации активной социально-демографической политики в России: 2016 г. — начало третьего этапа

реализации Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 г., в 2017 г. президентом России В. В. Путиным объявлена программа «Десятилетие детства» на период 2018–2027 гг.

В статье последовательно изложены результаты систематизации теоретического и эмпирического опыта изучения детерминант здоровья, обоснована авторская классификация детерминант здоровья, охарактеризована методология, данные и методы практического исследования, приведены основные результаты практического исследования и дан ряд рекомендаций для государственной политики по укреплению здоровья подростков.

### **Теоретический и эмпирический опыт изучения детерминант здоровья**

В процессе систематизации теоретических концепций выявлено три ключевых теоретических подхода к рассмотрению детерминант здоровья: иерархический, структурный и поведенческий. Иерархический подход представлен многочисленными концепциями совокупности блоков детерминант здоровья, в их основе лежит принцип рассмотрения детерминант здоровья на разных уровнях, которые в обобщенном виде можно представить как макро-, мезо- и микроуровень. Структурный подход отражает основную идею исторических переходов в типах смертности и заболеваемости, связанную с изменением структуры причин смертности и заболеваемости, которое приводит к росту персонализации детерминант здоровья. Поведенческий подход предлагает рассматривать систему потребностей, социальных условий и норм, влияющих на самосохранительное поведение, которое, в свою очередь, определяет состояние здоровья человека, рассматривая потребность личности в самосохранении в качестве центрального элемента концепции. Во всех выделенных подходах присутствует посыл о существовании особенностей воздействия детерминант здоровья на отдельные социально-демографические группы. Основные послылы теоретических подходов представлены в табл. 1.

Рассматриваемые подходы связаны между собой логикой основных посылов. На поздних этапах исторического перехода в смертности и заболеваемости усиливается роль детерминант, влияющих на здоровье на микроуровне, а также значимость социально-экономических детерминант, включающих социокультурные факторы. Все меньше детерминант воздействуют на человека без его опосредованного (поведенческого) участия.

Классификация эмпирических исследований детерминант здоровья населения позволяет сделать вывод, что исследователи либо изучают отдельные факторы, влияющие на здоровье подростков; либо используют только один метод исследования (методы дескриптивной статистики, регрессионные методы, качественные методы); либо изучают взрослое население с применением разных методов (табл. 2).

Таблица 1. Система теоретических подходов к изучению детерминант здоровья

Теоретические подходы	Иерархический подход	Структурный подход	Поведенческий подход
Теоретические концепции (примеры)	Концепции совокупности детерминант здоровья, концепция ВОЗ	Теория эпидемиологического перехода, концепция санитарного перехода	Концепция самосохранительного поведения
Основные посылы концепции	Система уровней воздействия детерминант на здоровье	Сдвиг структуры причин смертности и заболеваемости от преимущественно экзотенной к преимущественно эндогенной	Триединство потребностей, социальных условий и социальных норм
Автор(ы) концепций	ВОЗ (1980–2010-е гг.), Grossman (1972) Dahlgren (1991, 2001) Adler (1993, 2002) Лисицын (2002, 2010) Kirby (2004) Раднаева (2008) Viner (2012) Hosseini-Shokouh et al. (2017)	Рост степени персонализации детерминант здоровья	Центральный элемент — потребность личности в самосохранении
	Особенности воздействия детерминант разных уровней для социально-демографических групп	Особенности воздействия детерминант для разных стран и социально-демографических групп на определенных этапах перехода	Особенности воздействия социальных условий и норм для социально-демографических групп
		Oman (1971, 1983, 1998) Olshansky (1986, 1998) Rogers, Hackenberg (1987) Vallin, Meslé (2002) Семенова (2005)	Orem (1991) Антонов (1998) Leventhal et al. (1998)

Источник: составлено автором.

Таблица 2. Классификация эмпирических исследований детерминант здоровья населения

Предмет и объект исследования	Методы	Авторы	Детерминанты (укрупненные)
Связь одного фактора или группы факторов со здоровьем или определенными аспектами здоровья и самохранительного поведения подростка при контроле некоторого набора характеристик образа жизни	Регрессионные методы исследования	Torshcim et al., 2004; Dorfling et al., 2007; Vogt Yuan, 2009; Park, 2011; Aminzadeh, 2013; Anderson, 2014; Liu, 2015; Yajun, 2015; Frantz, 2015; Elgar, 2017; Kamadass, 2017; Jansen, 2017 и др.	Уровень дохода, неравенство, жилая площадь на человека, урбанизация, состав домохозяйства, обстановка в семье, социальный капитал, самохранительное поведение. Сочетание факторов и взаимосвязь факторов
Связь комплекса факторов с самооценкой здоровья подростков	Регрессионные методы исследования (на данных РМЭЗ)	Кислицына, 2011	Тип и размер жилья, социальный и человеческий (без учета здоровья подростка) капитал, обстановка в семье, самохранительное поведение
Связь комплекса факторов с уровнем здоровья взрослого населения	Регрессионные методы исследования (на данных РМЭЗ)	Perfman, Vobak, 2008, Paul, Valtonen, 2016, Burgraf, Glauben, 2016 и др.	Доход, образование, социальный капитал, самохранительное поведение
Связь комплекса факторов с уровнем здоровья взрослого населения и самохранительное поведение	Комплекс регрессионных методов исследования (РМЭЗ) и качественные методы	Назарова, 2007	Уровень жизни, образование, социокультурные (гендерные) детерминанты, самохранительное поведение
Самохранительное поведение подростков	Дескриптивные статистические методы	Архангельский, 2005; Шклярчук, 2008; Калачикова, 2012; Inchley et al., 2016; Шмагова, 2017; Засимова и др., 2017 и др.	Профессиональная идентичность, отношение к здоровью, здоровье старшего поколения, ценностные установки, образ жизни, гендерные детерминанты
Самохранительное поведение и ЗОЖ (комплекс факторов и отдельные факторы) взрослого населения, молодежи, подростков	Качественные методы	Калабихина, 2008; Луковничая, 2009; Parvizy, 2009; Haraldsson, 2010; Alekseeva, 2015; Шелистанская, 2016; Марченко, 2016	Отношения со сверстниками, отношения в семье, отношение к собственному здоровью и вопросы профилактики, отношение к профилактике профессионального риска, вредные привычки, адrenaлиновый дозуг, незащищенный секс, нерегулярное и быстрое питание, уровень физической активности и сидячий образ жизни, несоблюдение правил дорожного движения водителями и пешеходами

Источник: составлено автором.

Комплексный эмпирический анализ детерминант здоровья российских подростков с использованием методологии комбинирования количественных и качественных методов произведен не был, что мотивировало автора выполнить эту задачу.

## Классификация детерминант здоровья подростков

Систематизация теоретических исследований и обобщение накопленного российского и зарубежного эмпирического опыта изучения социально-экономических детерминант здоровья были положены в основу классификации детерминант здоровья подростков, используемой в дальнейшем эмпирическом анализе. В рамках четырех наиболее распространенных комплексов детерминант здоровья (здравоохранение, биологические, экологические и социально-экономические детерминанты) автором предложена новая композиция социально-экономических детерминант здоровья, состоящая из следующих блоков: «уровень благосостояния», «социальный и человеческий (без учета здоровья подростка) капитал», «самосохранительное поведение», «социокультурные детерминанты» (рис. 1). Выделен блок социокультурных детерминант макроуровня, таких как ценность долгой и здоровой жизни, гендерные установки, доверие к государству, склонность к индивидуализму, патернализму и др.



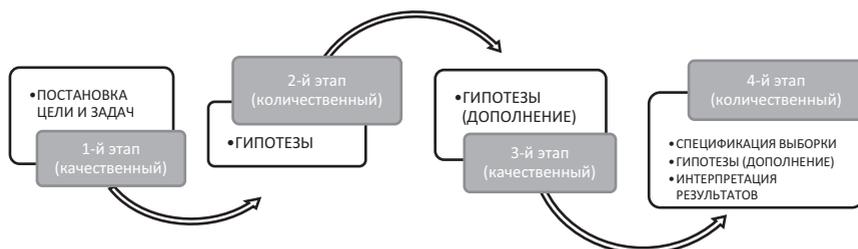
Рис. 1. Классификация детерминант здоровья подростков

Источник: построено автором.

В рамках эмпирического анализа мы рассматриваем комплекс социально-экономических детерминант здоровья подростков.

## Методология эмпирического исследования

К настоящему времени в литературе накоплено несколько методологических форматов проведения комбинированных количественных и качественных исследований, которые представляют из себя две части (два этапа) исследования, выполненных параллельно или последовательно [Shorten, Smith, 2017]. Мы предлагаем поэтапную методологию комбинирования качественных и количественных методов, позволяющую использовать выводы каждого следующего этапа анализа для улучшения результатов всего исследования: при формулировании и переформулировании гипотез исследования, уточнении спецификации выборки, интерпретации специфических результатов. Исследование было проведено в четыре этапа (рис. 2).



**Рис. 2.** Схема поэтапной методологии комбинирования количественных и качественных методов

**Источник:** составлено автором

Количественные методы и качественные методы (на данных двух этапов полуструктурированных интервью, проведенных автором в двух отличающихся по уровню смертности и заболеваемости подростков субъектах России в 2010 и 2013 гг.) успешно дополнили друг друга. В рамках исследования поэтапно расширялась и специфицировалась база данных количественного исследования; происходило уточнение гипотез; уточнялись сценарий интервью и процедура кодирования текстов; изменялась интерпретация результатов количественного этапа.

## Данные и методы эмпирического исследования

*Данные и методы количественных этапов исследования.* На базе данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (далее — РМЭЗ [Российский мониторинг...]) за 2010–2016 гг.

(19–25 волны) с использованием аппарата логистической регрессии был проведен анализ социально-экономических детерминант здоровья российских юношей и девушек 15–17 лет. Каждый раунд РМЭЗ содержит два блока данных, полученных с использованием индивидуального опросника и опросника домохозяйства. В них содержатся подробные социально-экономические характеристики респондентов и домохозяйств, в которых они проживают, в том числе данные о самосохранительном поведении подростков. В завершающем количественном этапе участвовало 1384 наблюдения, из них 666 — мальчиков (48,1%) и 718 — девочек (51,9%). Выборочную совокупность сформировали только подростки, опрошенные наедине, поскольку имеющиеся количественные и качественные (полученные на прошедшем ранее этапе качественного исследования) данные позволили выдвинуть и частично подтвердить гипотезу о занижении подростками некоторых показателей рискованного поведения вследствие присутствия при опросе других членов домохозяйства.

Основной мерой здоровья выступила дихотомизированная самооценка здоровья подростков: хорошее («очень хорошее», «хорошее») и ухудшенное («среднее, не хорошее, но и не плохое», «плохое», «совсем плохое») здоровье; дополнительной — бинарная переменная наличия хотя бы одного хронического заболевания у подростка. Этот подход апробирован в литературе.

Комплекс независимых переменных регрессионного анализа представлен в табл. 3. Во втором столбце указаны обозначения переменных, используемые затем при описании подробных количественных результатов проведенного регрессионного анализа. В третьем столбце представлены краткие описания независимых переменных.

*Данные и методы качественных этапов анализа.* Для проведения качественных этапов исследования выбраны Московская область как регион со средним уровнем смертности и заболеваемости и Республика Удмуртия как регион с высоким уровнем смертности и заболеваемости. При рассмотрении смертности подростков в Удмуртии обращает на себя внимание сверхвысокая смертность от самоубийств (и внешних причин в целом). К особенностям заболеваемости в Удмуртии в рассматриваемый период относится превышение средних уровней по классу болезней, связанных с беременностью, родами и послеродовым периодом, болезней системы кровообращения, инфекционных заболеваний, новообразований, нервной и мочеполовой систем, органов дыхания и пищеварения.

Для проведения качественного исследования было выбрано в общей сложности 24 подростка, проживающих в Удмуртии, и 15 подростков из Московской области, с каждым из которых было проведено полуструктурированное интервью. Качественное исследование было проведено в два этапа: в 2010 и 2013 гг. Сценарий интервью охватывал комплекс социально-

Таблица 3. Независимые переменные регрессионного анализа, РМЭЗ, 2010–2016 гг.

Блок детерминант здоровья	Обозначение переменной	Краткое описание переменной
Уровень благосостояния	Доход	Логарифм душевого дохода
	Низкий уровень сбережений	Уровень относительных сбережений домохозяйства не больше двух недель или меньше — 1, иное — 0
	Неположительная динамика благосостояния	Неположительная оценка динамики материального положения домохозяйства за последние 12 месяцев — 1, иное — 0
	Неудовлетворенность материальным положением	Невысокая степень удовлетворенности материальным положением («совсем не удовлетворены», «не очень удовлетворены», «и да, и нет») — 1, иное — 0
	Лестница благосостояния	Невысокая самооценка положения на «лестнице благосостояния» (1–4-е ступени из 9) — 1, иное — 0
	Жилая площадь	Логарифм величины жилой площади в расчете на человека
	Аренда / общежитие	Проживание в арендованном жилье или общежитии — 1, иное — 0
	Численность домохозяйств	Число человек в домохозяйстве
	Социальный и человеческий (без учета здоровья подростка) капитал	Неродной родитель
Один родитель		Проживание с одним родным или неродным родителем — 1, иное — 0
Без родителей		Проживание без родителей — 1, иное — 0
Нуклеарная семья		Проживание в нуклеарной семье — 1, иное — 0
Менее двух братьев / сестер		Проживание менее чем с двумя братьями и сестрами — 1, иное — 0
Город		Проживание в городе — 1, иное — 0
Областной центр		Проживание в областном центре — 1, иное — 0

Социокультурные детерминанты	Лестница власти	Невысокая самооценка положения на «лестнице власти» (1–4-е ступени из 9) — 1, иное — 0
	Лестница уважения	Невысокая самооценка положения на «лестнице уважения» (1–4-е ступени из 9) — 1, иное — 0
Самосохранительное поведение	Курение в прошлом	Курил(а), но бросил(а) — 1, иное — 0
	Стаж курения год и больше	Стаж курения в настоящем или прошлом составляет год и более — 1, иное — 0
Самосохранительное поведение	>20 г спирта	За последний месяц употребил(а) более 20 г чистого спирта — 1, иное — 0
	Спорт	В течение последнего года занимался спортом в среднем менее 8 раз в месяц и (в среднем) не более 45 минут за 1 раз — 1, иное — 0
	Физкультура	Не занимается физкультурой ежедневно или не выполняет упражнения высокой тяжести по крайней мере 3 раза в неделю 15 минут и более — 1, иное — 0
	Тип питания	Питается вне дома в среднем 1–3 раза в неделю и (или) придерживался диеты в период 12 месяцев до проведения опроса — 1, иное — 0
	Регулярность питания	Питается нерегулярно или скорее нерегулярно — 1, иное — 0
	Избыточная масса тела	Имеет избыточную массу тела — 1, иное — 0

**Источник:** составлено автором на основе данных РМЭЗ.

экономических детерминант здоровья подростков согласно модифицированной схеме детерминант здоровья подростков. Аналитический подход строился на методе тематического контент-анализа.

Комплекс социально-экономических детерминант, используемый в качественном исследовании, реализован следующим образом. Уровень благосостояния был выражен через самооценку уровня благосостояния (отнесение себя в группу «богатых», «средних» или «бедных»), тип собственности, количество комнат, факт проведения отпуска всей семьей за рубежом или на российских курортах. В число детерминант социального и человеческого (без учета здоровья подростка) капитала вошли состав семьи (в том числе проживание в неполной, расширенной, многодетной семье), образование, профессия и занятость родителей, занятость подростка, тип населенного пункта проживания. К исследуемым социокультурным детерминантам были отнесены гендерные установки (в частности, маскулинное поведение), доверие государству, отношение к суициду, ценность долгой и здоровой жизни, зависимость от компании, в которой общается подросток (ценность индивидуализма). Рассмотренные аспекты самосохранительного поведения подростка включили в себя курение, употребление алкоголя, наркотиков, отношение к абортam, половые отношения, самосохранительное поведение в области дорожного движения, участие в драках и экстремальный досуг, физическую активность и отдых, питание, отношение к профилактическим мерам и лечению в медицинских учреждениях, ответственность за свое здоровье.

## Результаты эмпирического исследования

При проведении количественного анализа для оценки сравнительного влияния факторов на самооценку здоровья и констатацию наличия хронических заболеваний у подростков был построен ряд логистических регрессий.

Для разработанного комплекса переменных были оценены модели одновременного их воздействия на самооценку здоровья и констатацию наличия хронических заболеваний для мальчиков и девочек по отдельности, а также совместно, с включением переменных взаимодействия. Переменная «пол» принимает значение 1 в том случае, если пол респондента — мужской, и 0 — если женский. Для оценки был использован аппарат логистической регрессии. В модели был также добавлен ряд фиктивных переменных для каждого года наблюдения.

Подробные количественные результаты оценки представлены в табл. 4. В каждой ячейке указана величина отношения шансов (Odds Ratio, OR) и 95% доверительный интервал. Значимости коэффициентов на уровне  $p \leq 0,001$ ,  $p \leq 0,01$  и  $p \leq 0,05$  обозначены как \*\*\*, \*\* и \* соответственно. В ниж-

ней строке указан использованный объем выборки (за вычетом пропущенных значений) N для каждой модели.

**Таблица 4.** Многофакторные модели связи социально-экономических детерминант с самооценкой здоровья подростков и констатацией ими наличия хронических заболеваний, РМЭЗ, 2010–2016 гг.

Фактор	Средняя / низкая самооценка здоровья			Констатация наличия хронических заболеваний		
	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Пол	–	–	**	–	–	*
Доход	1,21 (0,44–3,32)	1,10 (0,41–2,97)		1,32 (0,50–3,51)	0,73 (0,28–1,91)	
Низкий уровень сбережений	1,44 (0,87–2,37)	1,14 (0,71–1,83)		1,31 (0,82–2,10)	0,97 (0,61–1,55)	
Неположительная динамика благосостояния	<b>2,22*</b> (1,14–4,30)	1,32 (0,78–2,23)		1,71 (0,93–3,13)	1,01 (0,61–1,68)	
Неудовлетворенность материальным положением	0,98 (0,55–1,73)	0,82 (0,49–1,36)		1,01 (0,59–1,72)	0,97 (0,59–1,60)	
Лестница благосостояния	0,78 (0,42–1,75)	0,99 (0,55–1,80)		0,80 (0,44–1,44)	0,91 (0,51–1,63)	
Жилая площадь	1,17 (0,26–5,29)	0,33 (0,10–1,07)		0,66 (0,16–2,75)	1,03 (0,33–3,22)	
Аренда/общезитие	0,89 (0,38–2,09)	0,77 (0,35–1,68)		0,51 (0,24–1,33)	0,62 (0,28–1,40)	
Численность д/х	0,40 (0,15–1,07)	1,77 (0,75–4,18)		0,79 (0,31–1,98)	2,04 (0,88–4,71)	
Неродной родитель	1,58 (0,78–3,16)	1,35 (0,71–2,55)		1,16 (0,59–2,28)	1,04 (0,56–1,93)	
Один родитель	1,08 (0,58–2,01)	1,64 (0,92–2,93)		1,68 (0,96–2,94)	1,19 (0,68–2,08)	
Без родителей	1,40 (0,53–3,72)	<b>2,24*</b> (1,02–4,89)		1,36 (0,54–3,44)	0,65 (0,28–1,51)	
Нуклеарная семья	<b>3,28**</b> (1,47–7,30)	1,01 (0,54–1,87)		1,83 (0,94–3,57)	1,15 (0,62–2,11)	
Менее двух братьев/сестер	<b>5,12**</b> (1,89–13,86)	<b>0,49*</b> (0,26–0,92)		2,17 (0,97–4,86)	0,69 (0,37–1,27)	
Менее двух братьев/сестер*пол	–	–	**	–	–	–

Окончание табл. 4

Фактор	Средняя / низкая самооценка здоровья			Констатация наличия хронических заболеваний		
	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки	Все
Город	0,83 (0,41–1,69)	<b>2,16*</b> (1,12–4,15)		1,00 (0,52–1,94)	1,71 (0,93–3,15)	
Областной центр	1,58 (0,87–2,87)	1,63 (0,92–2,88)		1,67 (0,96–2,92)	0,86 (0,49–1,49)	
Лестница власти	1,23* (1,07–2,26)	1,73 (0,97–3,08)		1,53 (0,97–2,67)	1,58 (0,89–2,79)	
Лестница уважения	1,22 (0,61–2,43)	0,73 (0,40–1,35)		1,22 (0,64–2,31)	0,82 (0,46–1,46)	
Курение в прошлом	<b>2,48*</b> (1,06–5,83)	0,70 (0,23–2,13)		1,24 (0,56–2,78)	0,72 (0,22–2,34)	
Стаж курения год и больше	1,40 (0,70–2,80)	<b>3,42*</b> (1,36–8,56)		1,68 (0,89–3,17)	1,69 (0,68–4,22)	
>20 г спирта	<b>0,43*</b> (0,19–0,99)	0,83 (0,40–1,83)		1,04 (0,51–2,09)	1,71 (0,84–3,47)	
Спорт	<b>2,28**</b> (1,33–3,93)	0,96 (0,56–1,65)		1,34 (0,83–2,17)	0,77 (0,46–1,29)	
Физкультура	1,06 (0,62–1,81)	<b>1,82*</b> (1,00–3,41)		0,83 (0,51–1,36)	<b>3,15**</b> (1,64–6,07)	
Тип питания	<b>2,87**</b> (1,56–5,31)	<b>2,32**</b> (1,41–3,84)		<b>2,09*</b> (1,19–3,68)	<b>2,51***</b> (1,53–4,13)	
Тип питания* пол	–	–	p = 0,307	–	–	p = 0,423
Регулярность питания	1,22 (0,63–2,37)	<b>1,99*</b> (1,16–3,43)		1,23 (0,67–2,28)	1,23 (0,74–2,16)	
Избыточная масса тела	0,99 (0,41–2,44)	<b>2,23*</b> (1,00–4,97)		0,68 (0,28–1,64)	2,37 (1,07–5,25)	
Год	Да	Да	Да	Да	Да	Да
N	462	474	936	462	475	937

**Источник:** рассчитано автором на основе данных РМЭЗ, 2010–2016 гг.

Шансы мальчиков оценивать здоровье как среднее или плохое значимо повышают неположительная оценка динамики материального положения домохозяйства за последние 12 месяцев, проживание в нуклеарной семье, проживание менее чем с двумя братьями и сестрами, невысокое положение на «лестнице власти», курение в прошлом, недостаточный уровень физической активности (в течение последнего года мальчик занимался спортом в среднем менее 8 раз в месяц и в среднем не более 45 минут за один раз) неблагоприятный тип поведения в области питания (питается вне дома, в среднем 1–3 раза в неделю и (или) придерживался диеты, понимаемой

как «любое изменение в обычной еде именно для того, чтобы сбросить вес, похудеть, сохранить или улучшить здоровье», в период 12 месяцев до проведения опроса). Кроме того, значимо повышает самооценку здоровья употребление более 20 г чистого спирта за последний месяц.

Шансы девочек оценивать здоровье как среднее и плохое значимо повышают проживание в городе, без родителей, с двумя и более братьями и сестрами, курение в течение года и более, недостаточный уровень физической активности (не занимается физкультурой ежедневно или не выполняет упражнения высокой тяжести по крайней мере 3 раза в неделю 15 минут и более), неблагоприятный тип поведения в области питания (питается вне дома в среднем 1–3 раза в неделю и (или) придерживался диеты в период 12 месяцев до проведения опроса), нерегулярное или скорее нерегулярное питание, избыточная масса тела.

Шансы мальчиков констатировать наличие хронических заболеваний значимо повышает присутствие неблагоприятного типа питания. Кроме того, на уровне значимости  $p < 0,07$  обнаруживается связь с проживанием в областном центре, с одним родителем, в нуклеарной семье и менее чем с двумя братьями и сестрами.

Шансы девочек констатировать наличие хронических заболеваний значимо повышает присутствие неблагоприятного типа питания, а также недостаток физической активности (не занимается физкультурой ежедневно или не выполняет упражнения высокой тяжести по крайней мере 3 раза в неделю 15 минут и более).

Результаты проведения качественного исследования показали, что со здоровьем подростков связаны детерминанты трех блоков, выделенных в авторской классификации социально-экономических детерминант здоровья подростков: социального и человеческого (без учета здоровья подростка) капитала, социокультурных детерминант и самосохранительного поведения. Связи уровня благосостояния со здоровьем подростков качественными методами выявлено не было.

Воздействие детерминант социального и человеческого (без учета здоровья подростка) капитала проявляется через состав семьи, характеристики родителей и прародителей и тип населенного пункта. Плохое здоровье пожилых членов семьи приводит к нежеланию подростков жить долго. Влияние типа населенного пункта проявляется через представления и фактическое поведение респондентов. Планка наступления старости для сельских подростков ниже (40–50 лет), чем для городских (60–70 лет). Уровень самосохранительного поведения сельских подростков в области дорожного движения и драк ниже уровня самосохранительного поведения городских подростков.

Проявления социокультурных детерминант здоровья и самосохранительного поведения подростков в Удмуртии и Московской области отли-

чаются и показаны в табл. 5. Знак «–» в ячейке означает отрицательную связь детерминанты со здоровьем (низкий уровень самосохранительной активности, отрицательное влияние на здоровье установок, представлений, норм, составляющих социокультурный контекст), «+» — положительную, «н.о.» — нейтральную или неопределенную (разнонаправленные тенденции, в том числе несовпадение фактического поведения и установок, не позволяют выделить единый вектор).

**Таблица 5.** Связь со здоровьем подростков социокультурных детерминант здоровья и направлений самосохранительного поведения подростков в Удмуртии и Московской области (результаты качественного исследования, 2010 и 2013 гг.)

Детерминанта здоровья	Республика Удмуртия	Московская область
Социокультурные детерминанты		
Отношение к суициду как к «норме» и низкая ценность долгой жизни	–	н.о.
Низкая ценность хорошего здоровья	–	н.о.
Маскулинное поведение	–	н.о.
Недоверие государству	–	–
Влияние компании (низкая ценность индивидуализма)	–	н.о.
Самосохранительное поведение		
Курение	н.о.	–
Употребление алкоголя	–	–
Употребление наркотиков	н.о.	–
Несообщение родителям о беременности и аборте (выбор в пользу отсутствия конфликта, а не здоровья)	–	н.о.
Частая смена половых партнеров, низкий уровень информированности о заболеваниях, передающихся половым путем	н.о.	–
Низкий уровень самосохранительного поведения в области дорожного движения	–	н.о.
Участие в драках и экстремальный досуг	–	н.о.
Физическая активность и отдых	+	н.о.
Низкая ценность здорового питания	–	–
Отрицательное отношение к профилактическим мерам и лечению в медицинских учреждениях	–	н.о.
Низкая ответственность за свое здоровье	–	н.о.

**Источник:** авторские оценки, основанные на данных качественного исследования.

Представленные отличия сочетаются с различиями в заболеваемости и смертности подростков двух регионов. Более высоким уровням заболеваемости и смертности подростков в целом и по выделенным в первой главе классам заболеваний и причин смерти в Удмуртии соответствует более негативный социокультурный контекст, негативные особенности самосохранительного поведения. Более низкий уровень самосохранительного поведения удмуртских подростков в области дорожного движения, участие в серьезных драках с применением оружия сочетается с более высокими уровнями смертности удмуртских подростков от внешних причин. С повышенной смертностью подмосковных подростков от причин, связанных с болезнями системы кровообращения, может соотноситься более низкий уровень самосохранительного поведения подмосковных подростков в области употребления наркотиков. Обыденное отношение подростков к суициду и ослабленная ценность долгой жизни может вносить свой вклад в высокую смертность удмуртских подростков от самоубийств.

Четыре основных выявленных направления влияния социокультурных детерминант на здоровье подростков заключаются в следующем:

- для удмуртских подростков, в отличие от подмосковных, суицид воспринимается практически как норма, а ценность долгой и здоровой жизни снижена. Низкая ценность хорошего здоровья для подростков была выявлена при обсуждении ряда направлений самосохранительного поведения: режима труда и отдыха, отношения к абортам, отношения к профилактическим мерам;
- подростки в обоих регионах (в Удмуртии больше, чем в Московской области), прежде всего мальчики, демонстрируют маскулинное поведение (сочетание употребления алкоголя, курения, физической активности, непризнания имеющихся проблем со здоровьем, отрицательного отношения к профилактике);
- государственные меры по улучшению здоровья и самосохранительного поведения (социальная реклама, просветительские меры в школе), по мнению подростков, нужны государству только для того, чтобы иметь возможность конкурировать с другими странами — в том случае, если процент здоровых людей возрастет;
- влияние компании, в которой общается подросток, на его самосохранительное поведение проявляется в том числе в низкой ценности индивидуализма, жестком регулировании поведения (все пьют один и тот же алкогольный напиток, нельзя отказаться, невозможно бросить курить и остаться в компании).

Сочетание количественных и качественных методов исследования позволило выявить комплекс социально-экономических детерминант здоровья российских подростков. Ряд детерминант оказался значимым при

использовании как количественного, так и качественного подхода, иные детерминанты оказались значимыми только на одном уровне, количественном или качественном. Весь комплекс представлен в табл. 6.

Питание является единственным фактором, обнаружившим значимую связь со всеми четырьмя зависимыми переменными регрессионного анализа, т.е. самооценкой здоровья и констатацией наличия хронических заболеваний у мальчиков и девочек. Периодическое питание вне дома, нерегулярность питания и соблюдение диеты «с целью похудеть, сбросить вес, улучшить или сохранить здоровье» в течение года до проведения опроса отрицательно связаны с самооценкой здоровья. Качественное исследование показало, что питание не входит в представления подростков о здоровом образе жизни, подростки не обращают на здоровое питание особого внимания.

Физическая активность положительно связана с самооценкой здоровья подростков по данным количественного исследования. В рамках качественного исследования было выявлено недовольство подростками проведением школьных уроков физкультуры, преобладание ценности учебы и работы над ценностью отдыха, а также сочетание занятий спортом с курением и употреблением алкоголя (маскулинное поведение).

**Таблица 6.** Комплекс социально-экономических детерминант здоровья подростков (по данным количественного и качественного исследований)

Блок	Детерминанты	Связь со здоровьем по результатам количественного анализа	Связь со здоровьем по результатам качественного анализа
Уровень благосостояния	Положительная оценка подростком динамики материального положения домохозяйства за последние 12 месяцев	+	Нет данных
Социальный и человеческий капитал	Проживание без родителей	–	Не обнаружена
	Расширенная семья	+ (для мальчиков)	Не обнаружена
	Многодетная семья	+ (для мальчиков) – (для девочек)	Не обнаружена
	Плохое здоровье пожилого члена семьи	Не обнаружена	–
	Проживание в городе (кроме областных центров), а не в селе	– (для девочек)	Не обнаружена

Окончание табл. 6

Блок	Детерминанты	Связь со здоровьем по результатам количественного анализа	Связь со здоровьем по результатам качественного анализа
Социологические детерминанты	Невысокая самооценка положения на «лестнице власти» (1–4 ступени)	–	Нет данных
	Отношение к суициду как к «норме» и низкая ценность долгой жизни	Нет данных	–
	Низкая ценность хорошего здоровья	Нет данных	–
	Маскулинное поведение	–	–
	Недоверие государству	Нет данных	–
	Влияние установок компании и окружения (низкая ценность индивидуализма)	Нет данных	–
Самосохранительное поведение	Курение	–	–
	Употребление алкоголя	+	–
	Употребление наркотиков	Нет данных	–
	Несообщение родителям о беременности и аборте (выбор в пользу отсутствия конфликта, а не здоровья)	Нет данных	–
	Частая смена половых партнеров, неосведомленность о заболеваниях, передающихся половым путем	Нет данных	–
	Физическая активность и отдых	+	+
	Низкий уровень самосохранительного поведения в области дорожного движения	Нет данных	–
	Драки и экстремальный досуг	Нет данных	–
	Периодическое питание вне дома, нерегулярное питание, соблюдение диеты с целью снижения веса	–	–
	Отношение к профилактическим мерам и лечению в медицинских учреждениях	Не обнаружена	–
	Низкий уровень ответственности за свое здоровье	Нет данных	–

**Источник:** составлено автором.

На количественном уровне была обнаружена связь положения подростка на «лестнице» власти и его самооценки здоровья. Низкое положе-

ние на «лестнице власти», т.е. ощущение бесправного положения, недостатка влияния предположительно прежде всего в семейном кругу и кругу сверстников отрицательно связано со здоровьем. На качественном уровне были выявлены мотивы недоверия принимаемым государством просветительским мерам в области здоровья и самосохранительного поведения, ощущение сниженной ценности человека для государства, отрицательное влияние компании на самосохранительное поведение подростков (сниженная ценность индивидуализма), склонность к маскулинному поведению (высокая оценка здоровья при плохом здоровье в сочетании с признанием в употреблении значительных количеств алкоголя), особенности отношения к суициду как к элементу повседневности у удмуртских подростков. Все это — проявления социокультурных детерминант здоровья.

На уровне самосохранительного поведения качественное исследование позволило выявить ряд особенностей, количественные данные о которых не содержатся в обследовании РМЭЗ. Это лояльное отношение к употреблению наркотиков, низкий уровень самосохранительного поведения в области дорожного движения, экстремального досуга, участие в драках с применением оружия в среде удмуртских подростков, обыденное отношение к криминальным абортам и недостаточная информированность подростков о заболеваниях, передающихся половым путем, при наличии сексуальной активности.

Уровень благосостояния оказался значимой детерминантой на количественном уровне. Положительное восприятие подростком динамики материального положения домохозяйства, в котором он проживает, за 12 месяцев до проведения опроса, положительно связано с самооценкой здоровья. На качественном уровне связей выявлено не было.

Социальный капитал связан со здоровьем подростков на количественном и качественном уровнях. В рамках количественного анализа были выявлены социально-демографические особенности состава домохозяйства, связанные с самооценкой здоровья: проживание без родителей и проживание в многодетной семье отрицательно связано с самооценкой здоровья девочек, проживание в расширенной и многодетной семье положительно связано со здоровьем мальчиков. На качественном уровне особенностей, позволяющих интерпретировать разнонаправленную связь проживания в многодетной семье с самооценкой здоровья мальчиков и девочек, выявлено не было, зато обнаружен дополнительный сюжет: плохое здоровье пожилых членов семьи — фактор нежелания жить долго у подростков. Таким образом, последствия старения населения могут сказываться и на здоровье подростков. На недоучет этих последствий, отсутствие адаптации психологии и инфраструктуры, использование потенциала людей старшего возраста в интересах общества обращается внимание в литературе [Калмыкова и др., 20174; Safarova, 2014].

Проживание в городе, не включая областные центры, а не в селе в рамках количественного подхода оказалось значимой благоприятной детерминантой здоровья (для девочек) в отличие от качественного исследования. В рамках качественного исследования был выявлен ряд особенностей установок, представления и фактического поведения сельских подростков Удмуртии, который затрудняет однозначное определение вектора возможного влияния на здоровье. Сельские подростки в отличие от городских склонны считать экологию влияющей на здоровье больше, чем поведение, причем как положительно, так и отрицательно. Планка наступления старости для сельских подростков Удмуртии ниже (40–50 лет), чем для городских (60–70 лет). Уровень самосохранительного поведения сельских подростков в области дорожного движения и драк ниже уровня самосохранительного поведения городских подростков.

## Обсуждение и выводы

С выявленными детерминантами здоровья подростков связаны основные выводы для социально-демографической политики.

Мы поддерживаем традиционные подходы, связанные с пропагандой здорового образа жизни, профилактикой заболеваний, улучшением материального благосостояния семей с детьми, и предлагаем усилить и дополнить данные меры.

Во-первых, с учетом различных рисков для здоровья подростков, обусловленных типом и составом семьи, необходимо усилить адресность мер социально-демографической политики для разных типов семей с детьми на основе типологии семей. Например, повышать доступ к материальным ресурсам для поддержания здоровья девочек в многодетных семьях, усиливать профилактику здорового образа жизни подростков в семьях с одним родителем без других родственников.

Во-вторых, при разработке социальной политики важно принимать во внимание наличие негативных гендерных стереотипов, влияющих на здоровье подростков для смягчения маскулинного поведения, выравнивания доступа к ресурсам по полу в домохозяйствах разного типа, улучшения самосохранительного поведения и повышения ценности здоровья для мальчиков и девочек.

Работа с социокультурными детерминантами здоровья подростков требует включения специальных мер во все виды социальной политики. Например, ограничение гендерных стереотипов в разных сферах жизнедеятельности снизит негативное маскулинное поведение, отрицательно влияющее на здоровье мальчиков, улучшит условия проживания девочек в многодетных семьях в том случае, если «ценность» девочек ниже «ценности» мальчиков как будущих «кормильцев».

В-третьих, при реализации программы «Десятилетия детства» следует расширять практику участия подростков в решениях, затрагивающих их интересы, для повышения самооценки положения на «лестнице власти», повышения ценности здоровой и долгой жизни, увеличения доверия к государству и обществу, развития индивидуализма, снижения патерналистских установок и повышения ответственности за собственное здоровье.

Учет важности самосохранительного поведения требует комплексной работы по вовлечению подростков в участие в принятии решений о своем здоровье и образе жизни, а также участия в жизни поселений и образовательных учреждений [Калабахина и др., 2014], пропаганды здорового образа жизни и ценности здоровья, разработки альтернативных здоровьесберегающих видов досуговой деятельности совместно с подростками. Важно создавать мероприятия, направленные на развитие доверия к медицинским учреждениям, и расширять сеть клиник, дружественных к молодежи [Кротин и др., 2006]. Участие подростков в принятии решений, затрагивающих их интересы, будет повышать их самооценки положения на лестнице власти, уважения, улучшит самосохранительное поведение подростков.

Необходимо внедрение особых программ профилактики и инструментов диагностики суицидального риска, адаптированных к социокультурному контексту проживания подростков, в том числе представителей коренных народов, поскольку качественные интервью в Удмуртии подтвердили негативное влияние распространенности суицидов на суицидальный риск. ВОЗ выделяет проблему дислокации и инкультурации среди факторов риска подросткового суицида [WHO, 2014: Preventing Suicide]. Отказ от традиционного уклада, национальной культуры и языка в сочетании с недоверием к государственным службам социальной защиты и здравоохранения не дает возможности эффективно преодолеть депрессивные расстройства, изоляцию и дискриминацию среди подростков.

Разработка нового социокультурно адаптированного инструментария диагностики суицидального риска должна быть связана с:

- 1) регулярным качественным и количественным мониторингом релевантности инструментария диагностики суицидального риска и сохранения значимости социальных и социокультурных факторов, оправдывающих применение данной методики;
- 2) включением в оценку ожидаемых экономических эффектов не только «цены» спасенных жизней подростков, но и «цены» предотвращенного дестабилизирующего социального и экономического эффекта, особенно в малых по численности поселениях. Социальный и экономический эффект от внедрения эффективных программ профилактики подросткового суицида не ограничивается количеством дополнительных прожитых лет качественной жизни одно-

го человека, а оценивается значительно выше за счет позитивного влияния на семью и окружение.

Профилактика суицидов выгодна не только для улучшения уровня здоровья населения, но и для экономики. Например, согласно одному из последних исследований ВОЗ [Инвестиции..., 2016], каждый доллар США, инвестированный в расширение масштабов лечения депрессии и тревожных расстройств, оборачивается 4 долл. США в виде улучшенного здоровья и способности работать. Правительства пока тратят на охрану психического здоровья в среднем всего 3% бюджетов на здравоохранение. Исследование по 36 странам с разным уровнем дохода на душу населения показало, что предположительные расходы в 2016–2030 гг. на расширение масштабов лечения, в первую очередь на психосоциальное консультирование и лечение антидепрессантами, составят 147 млрд долл. США, но эффект значительно превзойдет расходы и приведет к пятипроцентному увеличению трудоспособного населения и повышению производительности (этот эффект оценивается в 399 млрд долл. США), а улучшенное здоровье принесет еще 310 млрд долл. США в этих странах.

Исследования здоровья подростков невозможны без увеличения числа качественных исследований, выборочных количественных исследований с более широким набором вопросов о мотивации и факторах самосохранительного поведения, сбора дифференцированной по полу статистики о детерминантах здоровья подростков в рамках реализации государственной политики в области улучшения здоровья подростков.

## Список использованной литературы

1. Иванова А. Е., Михайлов А. Ю. 2017. Оценка демографической политики по снижению смертности на региональном уровне в России. Социально-экономические аспекты здоровья населения. 2 ноября. № 5 2017 (57). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/914/30/lang,ru/> (дата обращения: 08.09.2018).
2. Инвестиции в лечение депрессии и тревожных расстройств окупаются в четырехкратном размере. // ВОЗ: Центр СМИ. 13 апреля 2016 г. Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/ru/> (дата обращения: 08.09.2018).
3. Калабихина И. Е. и др. 2014. Методические рекомендации по развитию участия детей в принятии решений, затрагивающих их интересы, в муниципальных образованиях. М.: Фонд поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.
4. Калмыкова Н. М. и др. 2017. Формирование институтов поддержки людей старшего возраста и использования их потенциала в интересах российского общества / Н. М. Калмыкова, А. А. Костянян, Е. А. Майорова, М. Ю. Шерешева // Институциональные изменения в социальной сфере российских регионов. Коллективная монография под ред. д.э.н. М. Ю. Шерешевой. Экономический факультет МГУ им. М. В. Ломоносова. Москва. С. 204–228.

5. Кротин П. Н., Куликов А. М., Кожуховская Т.Ю. 2006. Клиники, дружественные к молодежи. СПб.: ЮНИСЭФ, СПб МАПО.
6. «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН. (Сайты обследования RLMS-HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>)
7. Inchley J et al. 2016. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, (Health Policy for Children and Adolescents, No. 7). – Access mode: <http://www.hbsc.org/publications/international/>
8. Rich M., Ginsburg K.R. 1999. The Reason and Rhyme of Qualitative Research: Why, When, and How to Use Qualitative Methods in the Study of Adolescent Health // Journal of adolescent health. N 25. P. 371-378. Access mode: [http://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(99\)00068-3/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(99)00068-3/fulltext)
9. Safarova G.L., Safarova A.A., Lisenenkov A.I. 2014. Gender aspects of population aging in Russia / Advances in Gerontology. Volume 4, Issue 4, pp 331–336. Access mode: <https://link.springer.com/article/10.1134/S2079057014040195>
10. Shorten, A., Smith, J. 2017. Mixed methods research: expanding the evidence base // Evidence-Based Nursing. N 20. Pp.74-75. – Access mode: <http://ebn.bmj.com/content/20/3/74>
11. Viner, R. M. et al. 2012. Adolescence and the social determinants of health // The Lancet, Volume 379, Issue 9826, pp.1641–1652. – Access mode: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60149-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60149-4/abstract)
12. World Health Organization. 2014. Preventing suicide: a global imperative. Geneva, WHO.