

DOI: 10.26653/1561-7785-2018-21-1-10

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ РОССИЙСКИХ ПОДРОСТКОВ

Газизуллина П.Г.

МГУ имени М.В. Ломоносова
(119991, г. Москва, Ленинские горы, 1, стр. 46)

E-mail: pelagiagazizullina@gmail.com

Аннотация. В статье приводятся результаты исследования самосохранительного поведения как фактора здоровья российских подростков. На данных 20-й волны РМЭЗ с использованием аппарата логистической регрессии проведен статистический анализ поведенческих факторов здоровья подростков. Зависимыми переменными выступили дихотомизированная самооценка здоровья (плохое-неплохое) и наличие хронических заболеваний. Шансы иметь хорошее здоровье уменьшаются, если подросток употребляет алкоголь (с любой частотой), курит или курил, нерегулярно питается, демонстрирует низкий уровень физической активности, указывает на ограниченность материальных ресурсов как причину отказа от медицинских услуг, имеет низкую самооценку и считает, что плохо контролирует собственную жизнь. Данные авторского качественного исследования самосохранительного поведения подростков, проведенного в Удмуртии и Московской области в 2009-2012 гг., дополняют результаты регрессионного анализа. Важнейшим фактором потребления алкоголя является компания, в которой проводит время подросток: именно она часто приобщает подростка к алкоголю, регулирует интенсивность потребления, а иногда и выбор потребляемого спиртного напитка. Курение подростки не всегда воспринимают как элемент рискованного поведения. Регулярное питание не рассматривают как необходимый элемент здорового образа жизни. Уроки физкультуры в школе воспринимают как учебную нагрузку, а не как физическую активность; кроме того, высокий уровень физической активности может сочетаться с курением и потреблением алкоголя. В ходе проведения исследования была продемонстрирована необходимость учитывать присутствие других людей при проведении опроса по методологии РМЭЗ: результаты регрессионного анализа по двум этим группам различаются.

Ключевые слова: самосохранительное поведение, здоровье подростков, факторы, регрессионный анализ.

Среди факторов, оказывающих влияние на здоровье людей, самосохранительное поведение сегодня играет особую роль. В 1960-е годы в западных странах, находившихся на третьем этапе эпидемиологического перехода, уровни заболеваемости и смертности перестали снижаться; стало ясно, что развитие здравоохранения не приносит желаемых результатов, и дальнейшее улучшение ситуации возможно только при осознании каждым членом общества ответственности за свое здоровье. Исследования самосохранительного поведения послужили основой для формирования соответствующей политики («*Health Promotion*») [1].

В результате у населения были сформированы установки, направленные на укрепление собственного здоровья и осуществление профилактики, после чего уровни заболеваемости и смертности продолжили снижаться.

В России подобный сценарий реализован не был; появилась угроза обратного эпидемиологического перехода [2], причины которого следует искать не в последней очереди в особенностях самосохранительного поведения населения.

В подростковом возрасте здоровье гораздо больше, чем раньше, становится зависимым от поведения [3. С. 376]. У подростков есть своя шкала социальных и культурных ценностей и даже собственный язык, отличные от того, что было в более раннем возрасте и что будет позже. То, что взрослые люди рассматривают как рискованное поведение, подростки могут расценивать совершенно по-другому. И это необходимо учитывать при

проведении политики, направленной на улучшение здоровья подростков.

Для выявления поведенческих факторов здоровья подростков на данных двадцатого раунда Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (далее РМЭЗ) [4] (2011 г.) был выполнен многомерный статистический анализ детерминант здоровья подростков с использованием аппарата логистической регрессии. В 2011 г. была также запущена вторая волна авторского качественного исследования, посвященного самосохранительному поведению подростков (результаты первой волны, проведенной в 2009-2010 гг., опубликованы [5]), что дает возможность дополнить и расширить результаты анкетного опроса.

В результате контент-анализа расшифровок 39-ти полуструктурированных интервью, проведенных с подростками в Удмуртии (24) и Московской области (15), были выделены и классифицированы направления самосохранительного поведения, оказывающие влияние на здоровье подростков. К ним относятся общее отношение к здоровью и здоровому образу жизни, ответственность за свое здоровье, отношение к просветительским мерам и социальной рекламе, установки на продолжительность жизни, физическая активность и отдых, отношение к профилактическим мерам и лечению в медицинских учреждениях, питание, отношение к суициду, дорожно-транспортные происшествия, иные травмы, отношение к абортam, половые отношения, курение, употребление алкоголя, употребление наркотиков. Выявлены отличия в поведении под-

ростков двух регионов, которые могут оказывать влияние на здоровье подростков. Эти отличия представ-

лены в табл. 1 в виде сравнительных уровней самосохранительного поведения по каждому направлению.

Таблица 1

Уровни самосохранительного поведения (ССП) подростков Удмуртии и Московской области (результаты качественного исследования, 2009-2010 и 2011-2012 гг.)

Table 1

Levels of self-preservation behavior of adolescents in Udmurtia and Moscow oblast (results of the qualitative research, 2009-2010 and 2011-2012)

Направления ССП	Уровни ССП	
	Республика Удмуртия	Московская область
Специфические		
Отношение к суициду	Низкий	Высокий
Дорожно-транспортные происшествия	Низкий	Средний
Иные травмы	Низкий	Средний
Отношение к абортам	Ниже среднего	Средний
Половые отношения	Средний	Низкий
Курение	Средний	Ниже среднего
Употребление алкоголя	Низкий	Ниже среднего
Употребление наркотиков	Средний	Низкий
Питание	Средний	Средний
Общие		
Ответственность за свое здоровье	В сельской местности — низкий, в городе — средний	Средний
Отношение к просветительским мерам и социальной рекламе	Низкий	Низкий
Установки на продолжительность жизни	Высокий, в сельской местности выше, чем в городе	Средний
Физическая активность и отдых	Выше среднего	Ниже среднего
Отношение к профилактическим мерам и лечению в медицинских учреждениях	Низкий	Средний
Питание	Средний	Средний
Общее отношение к здоровью и здоровому образу жизни	Средний	Средний

Источник: авторские оценки, основанные на данных качественного исследования.

Выявлено, что отношение к здоровью и здоровому образу жизни у удмуртских подростков формируется в режиме противопоставления себя окружающей среде, тогда как пове-

дение подмосковных подростков направлено скорее на адаптацию. Иными словами, удмуртские подростки стремятся не быть похожими по своему поведению на окружаю-

щих, причем противопоставление касается как отрицательных, так и положительных установок окружающих; подмосковные подростки, наоборот, хотят быть похожими на окружающих. Эти особенности необходимо учитывать при проведении политики, направленной на изменение самосохранительного поведения подростков с целью улучшения их здоровья.

В рамках двадцатого раунда РМЭЗ были опрошены 730 подростков в возрасте от 15 до 17 лет (386 мальчиков и 344 девочки). В ходе проведения исследования была выдвинута гипотеза о том, что сведения, полученные от подростков, которые отвечали на вопросы анкеты в присутствии других членов домохозяйства (57% подростков), и от тех, кто был проинтервьюирован наедине (43% подростков), отличаются.

Зависимыми переменными, характеризующими состояние здоровья подростков, являлись наличие хронических заболеваний и дихотомизированная самооценка здоровья (плохое-неплохое) без разделения и с разделением по полу. Данный подход апробирован в литературе [6; 7]. Эти переменные достаточно сильно связаны, но есть и непересекающиеся группы. Так, 17,3% не имеющих хронические заболевания подростков оценивают здоровье как плохое, а 30,6% имеющих хронические заболевания оценивают здоровье как плохое.

Всего в процессе исследования было сформировано и проанализировано около пятнадцати факторов самосохранительного поведения подростков, из которых семь оказались значимыми ($p \leq 0,05$). С помощью ап-

парата логистической регрессии были рассчитаны отношения шансов (*Odds Ratios*)¹.

Результаты регрессионного анализа представлены в табл. 2. В каждой ячейке содержатся три показателя: отношение шансов для исследуемой группы без учета присутствия посторонних людей при проведении опроса; для тех подростков из группы, которые были опрошены наедине, и для тех, которые опрашивались в присутствии других людей.

Курение

Значимые результаты были получены при разделении подростков на две группы: некурящих в настоящий момент и никогда не куривших в прошлом и курящих или куривших. По данным РМЭЗ курили на момент опроса или ранее 16,7% подростков.

Для всех подростков и отдельно для мальчиков курение в настоящем или прошлом означает более высокие шансы иметь хронические заболевания. Иными словами, шансы встретить курящего мальчика с хроническим заболеванием выше шансов встретить некурящего. Для девочек разница незначима. Нет значимой разницы и в шансах иметь плохое здоровье — ни для мальчиков, ни для девочек.

¹ Шанс — это отношение вероятности того, что событие произойдет (подросток имеет хронические заболевания и/или плохое здоровье) к вероятности того, что событие не произойдет. Отношение шансов представляет собой отношение шанса наступления интересующего события при воздействии изучаемого фактора к шансу его наступления без воздействия изучаемого фактора. Показатель характеризует тесноту связи между исследуемым фактором и зависимой переменной.

Таблица 2

**Поведенческие факторы здоровья подростков
(результаты регрессионного анализа на базе данных РМЭЗ, 2011)**

Table 2

Behavioral determinants of adolescent health
(results of the regression analysis based on RLMS-HSE data, 2011)

Зависимая переменная	Хронические заболевания			Плохое здоровье			
	Пол респондента	Все	Мальчики	Девочки	Все	Мальчики	Девочки
Присутствие посторонних Факторы	Без учета [нет/да]	Без учета [нет/да]	Без учета [нет/да]	Без учета [нет/да]	Без учета [нет/да]	Без учета [нет/да]	Без учета [нет/да]
Курение	1,75 [Н*/1,87]	2,02 [Н/2,08]	Н [Н/Н]	Н [Н/Н]	Н [Н/Н]	Н [Н/Н]	Н [Н/Н]
Употребление алкоголя	2,51 [2,42/Н]	Н [Н/Н]	2,13 [Н/2,79]	1,63 [1,97/Н]	Н [Н/Н]	2,65 [4,66/Н]	
Нерегулярное питание	2,44 [Н/3,70]	Н [Н/Н]	4,03 [Н/6,84]	2,10 [2,66/Н]	Н [2,36/Н]	2,69 [2,85/2,21]	
Низкий уровень физической активности	1,51 [Н/2,09]	1,68 [Н/2,23]	Н [Н/Н]	Н [Н/Н]	Н [Н/Н]	Н [Н/Н]	
Объяснение отказа от медицинских услуг ограниченностью материальных ресурсов	2,29 [Н/2,27]	Н [Н/Н]	2,34 [Н/2,63]	1,94 [Н/1,96]	2,60 [Н/2,54]	Н [Н/Н]	
Низкая самооценка	2,50 [4,43/1,67]	2,81 [7,39/Н]	2,31 [3,04/Н]	2,01 [2,94/Н]	1,90 [4,67/Н]	2,17 [Н/2,48]	
Низкий уровень ощущения контроля над собственной жизнью	1,57 [Н/1,83]	1,77 [Н/2,19]	Н [Н/Н]	1,55 [1,72/Н]	1,65 [2,15/Н]	Н [Н/Н]	

* «Н» означает, что значимой зависимости обнаружено не было ($p > 0,05$).

Источник: авторские расчёты по данным РМЭЗ, 2011 г.

При проведении качественного исследования было обнаружено, что у некоторых подростков снижена «планка» хорошего здоровья (подросток считает свое здоровье хорошим и при наличии хронических заболеваний).

Приведем пример: мальчик курит, регулярно употребляет алкоголь (пиво средней ценовой категории раз в неделю, в один из выходных, вместе с друзьями, и примерно раз в две недели — водку). Имея хроническое заболевание сердца и, вероятно, желудочно-кишечного тракта («там с желудком что-то... хотели на учет поставить»), подросток оценивает

свое здоровье как хорошее и считает, что ему пока и не нужно заботиться о нем («...забочусь? Не, это мне пока не надо, вот потом, когда уже лет 40 будет, сейчас зачем?»).

Напомним, что по данным РМЭЗ, около 30% подростков, имеющих хронические заболевания, оценивают здоровье как неплохое.

Если сравнить доли куривших или курящих и имеющих хронические заболевания в группах подростков, проходивших интервью в присутствии другого члена домохозяйства, с теми, кто проходил его наедине, видно, что их доли в обеих группах практически не отличаются (около 16%),

а вот доля имеющих хронические заболевания выше в первой группе (25% против 21%).

Можно выдвинуть гипотезу, что присутствовавшие при проведении интервью члены домохозяйства (например, родители) корректировали ответ подростка о наличии хронических заболеваний, меняя отрицательный ответ на положительный — в том случае, если подросток неверно отвечал на вопросы о наличии у него хронических заболеваний. В этом случае скорректированные таким образом данные следует признать более достоверными. Нельзя, однако, исключать и влияние случайного фактора.

Употребление алкоголя

Основным показателем, позволяющим получить представление об употреблении алкоголя, является частота его потребления. Нами было выделено пять групп частоты потребления алкоголя:

- 1) от ежедневного употребления до одного раза в неделю (3,6% всех подростков, 3,9% мальчиков, 3,2% девочек);
- 2) два-три раза за последний месяц (5,6% всех подростков, 5,2% мальчиков, 6,1% девочек);
- 3) один раз за последний месяц (4,4%, 5,2%, 3,5%, соответственно);
- 4) реже (9,7%, 7,8%, 11,9%, соответственно);
- 5) никогда (76,7%, 78%, 75,3%, соответственно).

Для мальчиков и девочек отдельно первая группа была объединена со второй вследствие своей малочисленности.

Результаты регрессионного анализа показали, что для всех подростков в целом и для девочек в частности употребление алкоголя как факт, с любой частотой, уже является риском для здоровья. Кроме того, в группе девочек, отвечавших на вопросы анкеты наедине, употребление алкоголя оказывается намного более значимым фактором повышения шансов иметь плохое здоровье.

Интересный результат был получен при анализе зависимости наличия хронических заболеваний от количества мест употребления алкоголя. В процессе взятия интервью респонденту предлагалось ответить на вопросы о том, потреблял ли он алкоголь в последние 30 дней в каждом из пяти мест: дома; в ресторанах или барах; в парке, на улице, в подъездах; на работе, по месту учебы; в гостях. Для подростков в целом и мальчиков в частности наиболее распространенным является вариант, когда употребление алкоголя происходило только в одном месте (42 и 46%, соответственно). Примерно в 50% случаев этим местом является дом. Для девочек доли употреблявших алкоголь в одном или двух местах примерно одинаковы (36 и 40%, соответственно).

Мальчики, употреблявшие алкоголь только в одном месте (среди них есть как те, кто пил один раз в месяц, так и те, кто пил несколько раз), составляют особую группу риска. Шансы встретить мальчика, имеющего хронические заболевания, среди мальчиков, за последний месяц употреблявших алкоголь только в одном месте, выше шансов встретить мальчика без хронических заболеваний в 4,11 раза. Для мальчиков, отвечавших

на вопросы в присутствии еще одного члена домохозяйства, отношение шансов составляет 4,52 раза.

Учитывая тот факт, что примерно половина употреблявших алкоголь мальчиков только в одном месте употребляли его дома, можно выдвинуть два предположения: либо подростка «спаивают» в семье или он берет пример с родителей, в частности, с отца, либо подросток употребляет алкоголь в компании и делает это постоянно в одном и том же «назначенном» месте, что соответствует данным, полученным при проведении интервью. Круг общения, компания, по данным качественного исследования, является важнейшим фактором употребления алкоголя; многие подростки считают, что вообще не существует другого способа употреблять алкоголь (зачастую и начать его употреблять), как только в компании. В дальнейшем отказ от выпивки компания может не воспринять: *«какой смеяться, там не захочешь — заставят!»*, *«самой не хочется, но скажут — пей, приходится пить... Один раз не стала... на меня полторашку вылили»*. В процессе проведения качественного исследования в Удмуртии была подмечена еще одна черта совместного употребления алкоголя: спиртной напиток может закупаться заранее, один тип на всех. В Московской области *«...кто что пьет, тот то и покупает. Не будут же все одно и то же пить»*.

Регулярность питания

Вопросы 20-го раунда РМЭЗ позволяют получить данные о четырех аспектах питания подростков. Это частота питания вне дома, регуляр-

ность питания, приём витаминов и соблюдение диеты. Оказалось, что два из этих показателей — регулярность питания и прием витаминов — связаны со здоровьем подростков.

Около 50% подростков удается питаться регулярно, изо дня в день, не реже трех раз в день. Среди мальчиков эта доля достигает почти 60%, а среди девочек — 48%. Еще около 30% подростков питаются скорее регулярно, чем нерегулярно. Почти 5% девочек и чуть меньше 3% мальчиков питаются нерегулярно, остальные — скорее нерегулярно.

Результаты регрессионного анализа показывают, что для всех подростков в целом шансы наличия хронических заболеваний больше для тех подростков, которым никогда не удается питаться регулярно. Для того, чтобы иметь повышенные шансы плохого здоровья, достаточно питаться скорее нерегулярно. При отдельном рассмотрении групп подростков, отвечавших на вопросы наедине либо в присутствии других членов домохозяйства, оказывается, что для первых связь между регулярностью питания и наличием хронических заболеваний становится незначимой, а для вторых — усиливается.

Качественное исследование показывает, что подростки редко обращают внимание на правильное регулярное питание как элемент здорового образа жизни. Здоровое питание вошло в представления о здоровом образе жизни только четырех удмуртских и трёх подмосковных подростков (еще одна девочка в Удмуртии сказала, что она заботится о своем здоровье, так как «ест овощи»).

Прием витаминов мог бы стать показателем профилактики, однако

эта гипотеза не подтвердилась. В среднем чуть более 17% подростков принимали витамины, минеральные вещества или биологически активные добавки за последний месяц. Связь между наличием хронических заболеваний и приемом витаминов значима для всех подростков. Отношение шансов иметь хронические заболевания для тех, кто принимает витамины, по сравнению с теми, кто этого не делает, составляет 2,19 раза для всех подростков, 1,95 — для мальчиков и 2,36 — для девочек. Шансы встретить подростков, оценивающих здоровье, как плохое, среди принимающих витамины, выше в полтора раза шансов встретить среди них подростков, оценивающих здоровье как неплохое.

На наш взгляд, полученные результаты следует интерпретировать следующим образом: именно наличие хронического заболевания или плохое здоровье являются факторами приема витаминов, а не наоборот. Анализ разницы в здоровье между принимающими витамины отдельно по имеющим и не имеющим хронические заболевания, а также разницы в наличии хронических заболеваний между принимающими и не принимающими витамины отдельно по оценивающим здоровье как плохое и неплохое говорит в пользу такой интерпретации. Так, если рассматривать отдельно группы подростков, оценивающих здоровье как плохое и неплохое, то получается, что если у подростка плохое здоровье, шансы наличия хронического заболевания у принимающих витамины в 2,68 раз выше, чем у не принимающих. Таким образом, показатель, который мог бы интерпретироваться как показатель

профилактики, в подростковом возрасте таковым не является.

Качественное исследование показало, что отношение подростков к различным профилактическим мерам колеблется от сожаления по поводу отсутствия какой-либо профилактики в их жизни (к этому скорее склонялись подмосковные подростки) до отрицания необходимости заниматься профилактикой: «...не надо мне это... если у тебя болезнь какая-нибудь сложная, то профилактику надо делать, а так....».

Физическая активность

В рамках РМЭЗ респондентам было предложено выбрать вариант, который наиболее точно описывает их физическую активность в настоящее время. По результатам опроса оказалось, что 30% опрошенных подростков не занимается физкультурой. Среди девочек еще 52% выполняет легкие физкультурные упражнения для отдыха менее трех раз в неделю или физкультурные упражнения средней или высокой тяжести менее трех раз в неделю. Среди мальчиков общий процент принадлежащих к этим двум группам такой же, но распределение внутри групп несколько другое, 25% мальчиков выполняет физкультурные упражнения средней или высокой тяжести менее трех раз в неделю, тогда как среди девочек этот показатель составляет 20%.

Доля имеющих хронические заболевания девочек среди тех, кто выполняет лёгкие физические упражнения, превышает долю имеющих хронические заболевания девочек, не занимающихся физкультурой вообще. Кроме случайного фактора, кото-

рым можно объяснить данное превышение, на наш взгляд, девочки, которые в реальности очень редко, меньше раза в месяц выполняют какие-либо физические упражнения (например, по данным качественного исследования, по настроению выполняют утреннюю гимнастику, занимаются со скакалкой, бегают), а соответственно, выполняют их менее трех раз в неделю, могут быть более склонны выбирать вариант ответа «легкие упражнения для отдыха» вместо «не занимаюсь физкультурой», чем мальчики. Последние, вероятно, легче соглашаются признать, что они вообще не занимаются физкультурой, если дело обстоит именно таким образом. Данные качественного исследования также обращают внимание на то, что подростки, которые занимаются в школе физкультурой, на вопрос о физической активности зачастую отвечают, что её нет, потому что занятия физкультурой школьники воспринимают как урок, как учебную нагрузку. Иногда это, судя по всему, оправдано: *«половину занятия... пишем лекции, как на лыжах кататься, как не сделать обморожение»*. Кроме того, зачастую мальчики сочетают регулярные занятия спортом с курением и употреблением алкоголя.

Для всех подростков, вместе взятых, шансы иметь хронические заболевания подростками, не занимающимися физкультурой или выполняющими легкие физкультурные упражнения для отдыха, в полтора раз больше, чем для остальных подростков.

Для мальчиков критическим является полное отсутствие занятий физкультурой.

Ограниченность материальных ресурсов как фактор отказа от медицинских услуг

Данная переменная была получена путем отнесения в одну группу всех респондентов, которые при ответе на ряд вопросов назвали недостаток материальных ресурсов причиной отказа от медицинских услуг, а в другую — всех остальных. В группе констатировавших недостаток материальных ресурсов находятся респонденты с самым разным уровнем душевого дохода (для домохозяйства, в котором они проживают). Уровень душевого дохода достаточно равномерно распределен по децильным группам. Отношение денежного душевого дохода к региональному прожиточному минимуму составляет от 0,1 до 4 раз.

Что характерно для всех респондентов, отказывающихся от медицинских услуг из-за недостатка материальных ресурсов, так это низкий показатель удовлетворенности материальным положением. В группе не отказывающихся 40,7% подростков удовлетворены или скорее удовлетворены своим материальным положением, в группе отказывающихся таких только 27,4%. Следовательно, это скорее социальный, чем экономический фактор. Он отражает даже не самосохранительное поведение (то есть совокупность отношения и установок) самих подростков, сколько поведение взрослых членов домохозяйства, в котором они проживают. Подростки могут не знать, сколько зарабатывают их родители, а поэтому опираются только на мнение родителей, которые, весьма возможно, говорят, что медицина должна быть бес-

платной, и на дополнительное медобслуживание у них нет денег. Заметим, что разделение подростков на группы отвечавших на вопросы наедине и в присутствии других людей не привело к изменениям результатов.

Самооценка

Для измерения самооценки в РМЭЗ используется вопросник самоуважения М. Розенберга [8]. Данный вопросник содержит 10 высказываний, с которыми респонденту предлагается согласиться или не согласиться, оценив их по четырех балльной шкале: 1 — Совсем не согласны, 2 — Не согласны, 3 — Согласны, 4 — Полностью согласны. Содержательный анализ отдельных вопросов позволяет выделить среди них две группы, одна из которых относится к самоуважению, а другая — к самоуничижению. Для подсчета самооценки использовалось следующее правило. Если высказывание относится к самоуничижению, то ответы не перекодировались. То есть за полное согласие с данным высказыванием респондент получал 4 балла. Если же высказывание относится к самоуважению, то за полное согласие с ним респондент получал 1 балл.

Таким образом, чем больше баллов набрал респондент, тем ниже его самооценка. Общий результат делился на 10. После этого переменная самооценки была разделена на 7 групп, сопоставимых по числу включенных подростков. Заметим, что нам не встречалось исследований, в которых самооценка по данным РМЭЗ подсчитывалась бы исходя из всего комплекса высказываний, а не из данных по какому-то одному из них ([7]).

Уровень самооценки у опрошенных подростков колеблется от 1,1 до 3. Примерно 50% респондентов имеют самооценку 2 и ниже, и столько же — выше. Среди подростков, имеющих низкую самооценку, шансы встретить мальчиков и девочек с плохим здоровьем и хроническими заболеваниями выше, чем среди подростков, имеющих высокую самооценку. Результаты, полученные при разделении подростков на группы отвечавших на вопросы наедине или в присутствии других людей, сильно различаются. При рассмотрении шансов иметь хронические заболевания для второй группы подростков почти все коэффициенты становятся незначимыми. Для первой — увеличиваются.

Существует несколько причин благоприятного влияния высокой самооценки на здоровье подростков. *Во-первых*, подростки с высокой самооценкой с большей вероятностью чувствуют заботу и поддержку, что, в свою очередь, оказывает сильное защитное действие на здоровье и способствует увеличению продолжительности жизни. *Во-вторых*, в соответствии с гипотезой «буфера», высокая самооценка смягчает влияние стрессов, помогая подростку более оптимистично интерпретировать негативные события в жизни, чувствовать контроль и способность справиться с ними [7].

Ощущение контроля над собственной жизнью

Методом, аналогичным использованному при вычислении самооценки, была построена шкала ощущения контроля над собственной жизнью. Этот раздел включал согла-

сие или несогласие с шестью высказываниями: «Я не могу справиться со своими проблемами», «Иногда я чувствую, что мной помыкают в жизни», «Я мало могу влиять на то, что со мной происходит», «Я всегда могу выполнить задуманное», «Я часто чувствую себя беспомощным перед проблемами, возникающими в моей жизни», «То, что со мной произойдет в будущем, во многом зависит от меня», «То, что я могу сделать, мало что изменит в моей жизни».

Все подростки в целом и мальчики, в частности, для которых характерен низкий уровень ощущения контроля над собственной жизнью, имеют повышенные шансы наличия хронических заболеваний и плохого здоровья. Связь между ощущением контроля над собственной жизнью и самооценкой здоровья подтверждается в литературе. Более высокий уровень чувства контроля в детстве связан с более высоким уровнем здоровья в среднем возрасте, а также коррелирует с уровнем смертности [9].

В ходе интервьюирования обсуждались вопросы ответственности за собственное здоровье. В частности, спрашивалось, что больше влияет на здоровье — экология или поведение человека. Оказалось, что опрошенные юноши активно приводили различные примеры того, как собственное поведение или экология влияют на здоровье, тогда как большая часть девушек довольно односложно отвечали на этот вопрос. Трудно четко определить связь между этими различиями, самосохранительным поведением и состоянием здоровья, однако одну гипотезу выдвинуть можно: чем активнее юноши стараются объ-

яснить, почему экология сильнее влияет на здоровье человека (и отрицательно, и положительно), тем в большей мере они снимают с себя ответственность за свое поведение.

Проведенный анализ подтверждает: поведение подростков оказывает значимое влияние на их здоровье. На здоровье мальчиков особое влияние оказывают нерегулярное питание, объяснение отказа от медицинских услуг ограниченностью материальных ресурсов и низкая самооценка; в меньшей степени — курение, низкий уровень физической активности, низкий уровень ощущения контроля над собственной жизнью. Здоровье девочек сильно зависит от регулярности питания, в меньшей степени на него оказывают влияние употребление алкоголя, объяснение отказа от медицинских услуг ограниченностью материальных ресурсов и низкая самооценка. Теснота, а иногда и наличие связи между уровнем здоровья и поведенческими факторами зависят от того, каким образом опрашивался подросток: наедине или в присутствии других людей.

Поведение подростков отличается по регионам. Отношение к здоровью и здоровому образу жизни у удмуртских подростков формируется в режиме противопоставления себя окружающей среде, тогда как поведение подмосковных подростков направлено скорее на адаптацию. В Московской области наблюдается большее соответствие слов и действий подростков, чем в Удмуртии.

Исследования здоровья подростков невозможны без увеличения числа качественных исследований, вы-

борочных количественных исследований с более широким набором вопросов о мотивации и факторах само-сохранительного поведения, сбора

дифференцированной по полу статистики о факторах здоровья подростков.

Литература и Интернет источники

1. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [cited 2017-10-22]
2. **Семёнова В.Г.** Обратный эпидемиологический переход в России. — М.: Центр стратегического планирования развития науки, экспертизы и научного консультирования РАН, 2005. — 282 с.
3. Rich M., Ginsburg K.R. 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*, № 25, 1999. P. 371–378
4. 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. — Режим доступа: <http://www.crc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>)
5. **Мошкович (Газизуллина) П.Г.** Особенности само-сохранительного поведения подростков в России // *Социально-экономические аспекты здоровья населения*. — 2011. — № 4(20), 2011. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/344/30/lang,ru/> (Дата обращения: 22.10.2017.)
6. **Кислицына О.А.** Детерминанты здоровья подростков // *Социально-экономические аспекты здоровья населения*. — 2011. — № 3(19). [Электронный ресурс] — Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/311/30/lang,ru/> (Дата обращения: 22.10.2017.)
7. **Кислицына О.А.** Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. — М.: ИСЭПН РАН. 2005. — 376 с.
8. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965. Цит. по: «Rosenberg Self Esteem Scale», The Morris Rosenberg Foundation, Sociology Department, University of Maryland. Available at: <http://www.socy.umd.edu/quick-links/rosenberg-self-esteem-scale> [cited 2017-10-22]
9. Dalgard O.S., Lund Haheim L. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway [Электронный ресурс] // *Journal of epidemiology and community health*, №8 (52), 1998 Pp. 476-481. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1756754/> [cited 2017-10-22]

Для цитирования:

Газизуллина П.Г. Поведенческие детерминанты здоровья российских подростков // *Народонаселение*. — 2018. — Т. 21. — № 1. — С. 122-135. DOI: 10.26653/1561-7785-2018-21-1-10.

Сведения об авторах:

Газизуллина Полина Геннадьевна, аспирант кафедры народонаселения Экономического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия.

Контактная информация: e-mail: pelagiagazizullina@gmail.com

DOI: 10.26653/1561-7785-2018-21-1-10

BEHAVIORAL DETERMINANTS OF ADOLESCENT HEALTH IN RUSSIA**Polina G. Gazizullina**

*Lomonosov Moscow State University
(1 Leninskiye Gory, Bldg. 46, Moscow, Russian Federation, 119991)*

E-mail: pelagiagazizullina@gmail.com

Abstract. The article presents results of the study of adolescents' self-preservation behavior as one of the key health determinants. The logistic regression analysis based on the RLMS-HSE Round 20 data using dichotomized self-reported health status and presence of chronic diseases as dependent variables has provided seven behavioral risk factors: alcohol use, smoking, irregular eating patterns, lack of physical activity, refusing medical treatment for financial reasons, low self-esteem, and sense of a low level of control over life. Our qualitative study, based on 39 semi-structured interviews with adolescents held in Udmurtia and Moscow oblast in 2009-2012, has shown that friends play an important role in involving adolescents into alcohol use: companies of friends often strongly influence the choice of alcoholic drinks and intensity of drinking. Some adolescents do not consider smoking a risk behavior; regular meals are not usually indicated by respondents as a basic element of the healthy lifestyle; middle and high levels of physical activity are often combined with drinking alcohol and smoking. The research has explicitly demonstrated the necessity of taking into account the presence of other people when interviewing RLMS participants, since the results of the logistic regression analysis in the two groups in question differ significantly.

Keywords: self-preservation behavior, adolescent health, factors, regression analysis.

References and Internet sources

1. The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. Available at: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (Accessed: 22 October 2017)
2. Semenova, V.G. Obratnyy epidemiologicheskiy perekhod v Rossii [*The Reverse Epidemiological Transition in Russia*]. Moscow. 2005. 282 p. (in Russ.)
3. Rich M., Ginsburg K.R. 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*. No. 25. 1999. P. 371-378
4. Rossiyskiy monitoring ekonomicheskogo polozheniya i zdorov'ya naseleniya NIU-VSHE (RLMS-HSE)», provodimyy Natsional'nym issledovatel'skim universitetom "Vysshaya shkola ekonomiki" i OOO «Demoskop» pri uchastii Tsentra narodonaseleniya Universiteta Severnoy Karoliny v Chapel Khille i Instituta sotsiologii RAN. [Russia Longitudinal Monitoring survey (RLMS-HSE) conducted by Higher School of Economics, Demoscope, Carolina Population Center and Institute of Sociology RAS]. Available at: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms-hse>; <http://www.hse.ru/org/hse/rlms> (in Russ.)
5. Gazizullina P.G. Osobennosti samosokhranitel'nogo povedeniya podrostkov v Rossii [Risk behavior patterns of adolescents in Russia]. *Sotsial'no-ekonomicheskiye aspekty zdorov'ya naseleniya* [*Social Aspects of Population Health*]. No. 4(20). 2011. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/344/30/lang.ru/> (Accessed: 22 October 2017). (in Russ.)

6. Kislitzyna O.A. Determinanty zdorov'ya podrostkov [Adolescent health determinants]. *Sotsial'no-ekonomicheskiye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social Aspects of Population Health]*, No. 3(19). 2011. Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/311/30/lang,ru/> (Accessed: 22 October 2017). (in Russ.)
7. Kislitzyna O.A. Neravenstvo v raspredelenii dokhodov i zdorov'ya v sovremennoy Rossii [*Income and Health Inequality in Modern Russia*]. Moscow. ISEPN RAS [Institute of Socio-Economic Studies of Population RAS]. 2005. 376 p. (in Russ.)
8. Rosenberg, M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton. Princeton University Press. 1965. Available at: <http://www.socy.umd.edu/quick-links/rosenberg-self-esteem-scale> (Accessed: 22 October 2017)
9. Dalgard O.S., Lund Haheim L. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. *Journal of Epidemiology and Community Health*. No. 8 (52). 1998. P. 476-481. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1756754/> (Accessed: 22 October 2017)

For citation:

Gazizullina P.G. Behavioral determinants of adolescent health in Russia. *Narodonaselenie [Population]*. 2018. Vol. 21. No. 1. P. 122-135. DOI: 10.26653/1561-7785-2018-21-1-10 (in Russ.)

Information about the author(s):

Gazizullina Polina Gennadyevna, postgraduate student, Lomonosov Moscow State University, Faculty of Economics Moscow, Russia.

Contact information: e-mail: pelagiagazizullina@gmail.com