

## Глава 6 ФАКТОРЫ НЕРАВЕНСТВА В ЗДОРОВЬЕ

В СССР и затем в России вопросам неравенства в здоровье населения не уделялось практически никакого внимания. Одним из важнейших идеологических постулатов в СССР был тезис о "социальной однородности советского общества". Поэтому исследования в области неравенства в смертности и здоровье населения не получили широкого распространения.

Первые оценки показателей здоровья в зависимости от уровня образования, условий труда, жилищных условий и т.п. были получены в результате цикла обследований, проведенных с начала 80-х годов сотрудниками ИСЭПН РАН в г. Таганроге [190, 191, 212, 213]. В 90-е годы было опубликовано несколько работ, приуроченных к переписям 1979 г. и 1989 г., посвященных оценкам смертности в зависимости от характера труда, уровня образования и этнического происхождения [214, 215, 216, 217]. Обнаружилось, что, несмотря на официально провозглашавшуюся в СССР политику преодоления социальных различий, в состоянии здоровья и смертности отдельных социально-демографических групп эти различия существовали, были весьма сходными с теми, которые наблюдались в западных странах, и даже не уступали им по величине.

Идентификация факторов дифференциации состояния здоровья населения является предметом исследования в этой главе. При этом основное внимание будет уделено различиям в здоровье, которые устранимы, неприемлемы, а значит несправедливы.

В качестве информационной базы исследования факторов, детерминирующих несправедливое неравенство в здоровье, использовалось обследование "Здоровье москвичей", проведенное в рамках международного сотрудничества в феврале-марте 2004 г. сотрудниками ИСЭПН РАН совместно с коллегами из Стокгольмского Центра изучения здоровья в странах с переходной экономикой, Университетского колледжа Южного Стокгольма (SCOHOST), в ходе которого было опрошено 1190 человек (510 мужчин и 680 женщин) в возрасте 18 лет и старше.

Участникам обследования было предложено оценить свое здоровье по пятибалльной шкале (самооценка здоровья) (оценка 1 соответ-

ствовала ответу "Очень плохое здоровье", оценка 5 - "Очень хорошее здоровье"). При этом респонденты должны были ответить на некоторые вопросы, касающиеся специфических проблем их здоровья. Демографические данные обследования включали информацию о поле респондентов, их возрасте, семейном положении и уровне образования (приложение, табл. П5). Несколько вопросов относились к уровню жизни опрошенных, включая месячные затраты на питание, лишения, жилищные условия и т.д. Были также заданы вопросы, касающиеся их образа жизни (привычек в еде, потреблении алкогольных напитков, курении, физической активности), социального окружения и поведения (частота общения с родственниками, друзьями, посторонними; участие в добровольных организациях; доверие людям и различным государственным институтам).

Статистический анализ социально-экономического неравенства в здоровье москвичей был проведен с помощью логистической регрессии. Коэффициенты шансов (OR) с 95% доверительными интервалами (CI) всегда учитывали возраст, образование и семейное положение отдельно для мужчин и женщин. В качестве зависимой переменной использовалась самооценка здоровья, которая была дихотомизирована как "неплохое здоровье" (оценки "Очень хорошее", "Хорошее" и "Удовлетворительное") и "плохое здоровье" (оценки "Очень плохое" и "Плохое"). При этом ко второй категории относились 17,2% жителей столицы (12,0% среди мужчин и 21,2% среди женщин).

Первое место в структуре смертности населения в России занимает смертность от болезней системы кровообращения - более 55%. Согласно "Докладу о состоянии здоровья населения Москвы в 2003 г." [218] основной причиной смертности москвичей, как и в целом по России, являются болезни системы кровообращения (56,9%). Болезни органов кровообращения стоят на первом месте в структуре первичной заболеваемости населения столицы - 22,2%. Поэтому представляет интерес рассмотреть факторы неравенства в распространенности сердечно-сосудистых заболеваний в городе. Москвичам было предложено оценить, не испытывали ли они в течение последних 12 месяцев симптомы, которые могли быть обусловлены болезнями системы кровообращения, а именно: боль в груди, сердечная слабость, повышенное кровяное давление. Вопросы о сердечных проблемах были дихотомизированы как "имеет проблемы" и "без проблем", следуя предыдущим исследованиям, которые использовали такие же вопросы [219, 220, 221]. Выяснилось, что 57,1% жителей столицы (49,4% среди мужчин и 62,9% среди женщин) имеют проблемы с сердцем. Это чуть выше показателя, зафиксированного при обследовании здоровья жителей г. Таганрога, проведенного в 1998 г. Тогда 55,5% опро-

шенных (45,2% среди мужчин и 63,3% среди женщин) имели симптомы сердечно-сосудистых заболеваний. Чаще всего жители Москвы жалуются на высокое кровяное давление - 38,5% (32,5% мужчин и 42,9% женщин), и сердечную слабость - 37,4% (28,5% мужчин и 44,1% женщин). На третьем месте - боли в груди: 32,6% опрошенных имеют такую проблему (26,2% мужчин и 37,4% женщин).

Один из важных показателей общественного здоровья - психическое здоровье населения. В качестве еще одного показателя здоровья, факторы неравенства в распределении которого проанализированы в этой главе, рассматривается наличие симптомов психических расстройств: нервных расстройств, депрессий и бессонницы, которые по аналогии с сердечными симптомами были дихотомизированы как "имеет проблемы" и "без проблем". К первой категории относилось 57,2% жителей города (48,2% среди мужчин и 64,0% среди женщин). При этом у 42,5% москвичей в течение последних 12 месяцев наблюдались нервные расстройства и депрессии, 41,7% страдали от бессонницы. Женщины в большей степени по сравнению с мужчинами подвержены этим недугам. 48% женщин испытывают нервные расстройства и депрессию, столько же имеют нарушения сна (против 35,5% и 33,3% соответственно для мужчин).

### 6.1. Бедность и материальные лишения

Низкие доходы, материальные лишения тесно связаны с плохим здоровьем, что нашло подтверждение во многих обследованиях населения Западной Европы [222, 223, 224, 225]. Однако, исследования, доказывающие эту связь для бывших социалистических стран, очень малочисленны [226, 227, 219, 221]. И, в особенности, это касается России. При этом остается неясной природа возникновения этой связи. Основной вопрос состоит в том, вызваны ли эти различия в здоровье относительной или абсолютной бедностью [228, 229, 230, 231, 232].

Исследователи выделяют различные механизмы для объяснения связи между материальным положением и здоровьем. *Материальная интерпретация* заключается в том, что различия в здоровье индивидов являются результатом различий в их материальном благосостоянии [84]. Материальное положение имеет очевидное влияние на здоровье, поскольку оно обеспечивает средства для получения таких фундаментальных условий для хорошего здоровья, как, например, жилье и питание. Бедности часто сопутствуют перенаселенное, сырое, холодное жилище, повышенный риск инфекций и невозможность поддерживать стандарты гигиены, неадекватное питание. Наименее обеспеченные слои населения, в отличие от располагающих большими ресур-

сами, потребляют меньше в 5,7 раза мясопродуктов, в 4,3 раза рыбы, в 3,4 раза молока и молокопродуктов, в 5,6 раза фруктов и ягод [233]. Основными в меню становятся хлеб, картофель, макароны. Складывающийся "бедный" тип питания приводит к возрастанию белково-калорийной недостаточности, проявляющейся у детей и подростков снижением массы тела и низкими ростовыми показателями. Нехватка белка наносит удар по всем физиологическим системам организма, включая умственное развитие человека.

Влияние неблагоприятных социально-экономических условий в детстве, включая плохое питание, может накапливаться в течение всей жизни и провоцировать увеличение риска сердечно-сосудистых заболеваний во взрослом возрасте.

*Психосоциальная интерпретация* приписывает существование различий в здоровье прямому или косвенному эффекту стресса, связанного с тем, что индивид занимает более низкую позицию в социально-экономической иерархии или живет в условиях относительного социально-экономического недостатка. Примером прямых эффектов стресса на физиологические системы является аллостатическая нагрузка, которая связана с износом организма, вызванного тем, что индивид ежедневно подвергается неблагоприятным обстоятельствам [234]. Сенсорная информация посылается в нервную систему и гормоны, чтобы подготовить мозг и тело к ответной реакции на неприятную ситуацию. В свою очередь, реакция мозга на эти сигналы оказывает воздействие на сердечно-сосудистую и иммунную систему. Е.Брюнер и М.Мармот (Brunner & Marmot, 1999) [235] отмечают: "Если такая биологическая реакция на стресс возникает слишком часто и длится слишком долго, это может привести к многочисленным негативным последствиям для здоровья, включая депрессию, повышенную восприимчивость к инфекциям, диабет, высокое кровяное давление и накопление холестерина на стенках сосудов с риском дальнейшего инфаркта и удара". Стресс может также косвенно повлиять на здоровье, провоцируя неблагоприятный профиль поведения, как, например, курение или злоупотребление алкоголем.

Материальная и психосоциальная интерпретации не являются взаимно исключаящими, и обычно невозможно отделить их эффекты друг от друга. В принципе, все материальные ресурсы, имеющие определенное значение в повседневной жизни, оказывают психосоциальное воздействие. Например, жилье или собственный автомобиль имеют как материальную интерпретацию, так и психосоциальную (в смысле безопасности, которую жилье или автомобиль предоставляют) [236]. Вопрос о том, какой из этих механизмов (материальный или психосоциальный) более важен для объяснения неравенства в здоровье населения, пока остается открытым.

Исследования бедности с использованием данных о доходах населения затруднены в России, в том числе и по той причине, что респонденты часто утаивают свои действительные доходы. Поэтому в качестве альтернативы денежному доходу, согласно концепции бедности, предложенной А.Сеном (Sen, 1984) [71], рассмотрим возможности индивидов удовлетворять свои "основные потребности".

Таблица 6.1.1.

## Распределение материальных лишений по полу, %

	Мужчины	Женщины	Все население
<b>Приходилось ли семье за последние 12 месяцев из-за материальных трудностей</b>			
<b>Занимать деньги на обычные расходы, такие как квартплата или питание</b>			
Да	15,5	20,1	18,2
Нет	84,5	79,9	81,8
<b>Есть мясо или рыбу только 1-2 раза в неделю</b>			
Да	17,1	24,3	21,2
Нет	82,9	75,7	78,8
<b>Отказываться от покупки необходимых предметов одежды и обуви</b>			
Да	32,0	49,1	41,8
Нет	68,0	50,9	58,2
<b>Отказываться от участия в общественных и культурных мероприятиях</b>			
Да	28,2	42,1	36,1
Нет	71,8	57,9	63,9
<b>Каким, по Вашему мнению, будет материальное положение вашей семьи через 5 лет</b>			
Затруднились ответить	42,2	43,4	42,9
Ухудшится	9,6	9,0	9,2
Не изменится или улучшится	48,2	47,6	47,9
<b>Имеется ли у Вас дача или коттедж</b>			
Да	52,5	41,0	46,0
Нет	47,5	59,0	54,0
<b>Индекс лишений</b>			
0	53,9	38,4	45,0
1	20,0	18,2	19,0
2	11,2	20,1	16,3
3 и более материальных лишений	14,9	23,2	19,7

Информация о таких возможностях может быть получена из вопросов обследования о том, приходилось ли респондентам из-за материальных трудностей занимать деньги на обычные регулярные расходы, такие как квартплата или питание; есть мясо или рыбу только один или два раза в неделю; отказываться от покупки необходимых предметов одежды и обуви; от участия в культурных мероприятиях. Дополнительно была рассмотрена оценка материального положения семьи респондента в будущем и наличие дачи или коттеджа (табл.6.1.1).

Обследование показало, что пятой части жителей Москвы приходится занимать деньги на обычные расходы как квартплата и питание (18,2%), есть мясо или рыбу только 1-2 раза в неделю (21,2%). Чуть менее половины москвичей (41,8%) вынуждены отказываться от покупки необходимых предметов одежды и обуви, треть (36,1%) не может посещать культурные мероприятия из-за недостатка материальных средств. Около половины москвичей (47,9%) оптимистично смотрят в будущее, полагая, что материальное положение их семьи улучшится или не изменится, 9% не уверены в завтрашнем дне, ожидая ухудшение экономической ситуации в их семье. При этом значительная часть опрошенных (42,9%) вообще затруднились оценить материальное положение своей семьи через пять лет.

Результаты логистического анализа показали (табл.6.1.2), что различия в здоровье тесно связаны с бедностью, которую мы оценили с помощью различных индикаторов. Наиболее существенное влияние на здоровье респондентов оказывали индикаторы основных потребностей в пище и одежде. Так, те респонденты, которые ответили, что они вынуждены регулярно отказываться от покупки необходимой одежды и обуви в 1,8 раз (женщины) и в 2,8 раз (мужчины) наиболее часто имеют проблемы со здоровьем по сравнению с другими мужчинами и женщинами. Аналогично, те москвичи, которым часто приходится отказываться от употребления мяса и рыбы, имеют двукратный риск возникновения проблем со здоровьем (OR =2,09 и OR =1,97 для женщин и мужчин соответственно). Женщины, которым приходится занимать деньги на обычные расходы, такие как квартплата и питание, наиболее подвержены плохому здоровью (OR=2,63). Аналогично, те москвички, которые вынуждены отказываться от посещения культурных мероприятий из-за материальных трудностей, чаще имеют плохое здоровье (OR=1,61). При этом для мужчин такая связь не была выявлена.

Пессимистические ожидания негативно сказываются на здоровье мужчин. Мужчины, которые полагают, что материальное положение их семьи через пять лет ухудшится, в 4 раза чаще (OR=3,75) сообщают о плохом здоровье. Для женщин эта зависимость не была выявлена.

Отсутствие дачи или коттеджа не оказывало влияние на здоровье.

Аналогичная модель ассоциации наблюдалась при рассмотрении симптомов сердечно-сосудистых заболеваний, о наличии которых сообщили 57% респондентов (49% среди мужчин и 62,9% среди женщин) (табл.6.1.2). Практически все рассмотренные индикаторы бедности способствовали риску возникновения проблем с сердцем.

На здоровье сердечно-сосудистой системы мужчин существенное воздействие оказывает невозможность употреблять в пищу мясо или рыбу чаще, чем один-два раза в неделю (OR=2,36). У москвичей, которые вынуждены отказываться от покупки необходимых предметов одежды и обуви, с наибольшей вероятностью развиваются симптомы сердечных заболеваний (OR=2,10). Аналогично, те мужчины, которые ответили, что им часто приходится занимать деньги на обычные расходы, такие как квартплата и питание, и отказываться от посещения культурных мероприятий из-за материальных трудностей, чаще страдают сердечно-сосудистыми заболеваниями по сравнению с другими (OR=1,89 и OR=1,69 соответственно).

Невозможность покупать одежду и обувь также негативно сказывается на здоровье сердечно-сосудистой системы женщин. Те москвички, которым регулярно приходится отказываться от покупок, в 2 раза чаще сообщают о проблемах с сердцем (OR=1,94).

Увеличивают риск развития симптомов сердечно-сосудистых заболеваний женщин необходимость занимать деньги на обычные расходы (OR=1,71) и невозможность посещать культурные мероприятия (OR=1,76).

Таблица 6.1.2.

**Самооценки здоровья,  
симптомы сердечно-сосудистых заболеваний и бедность**

	Самооценка здоровья ("плохое" или "очень плохое" здоровье)		Симптомы сердечно-сосудистых заболеваний	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
<b>Приходилось ли семье за последние 12 месяцев из-за материальных трудностей</b>				
<b>Занимать деньги на обычные расходы, такие как квартплата или питание (Да)</b>	1,26 (0,59-2,69)	2,63 (1,64-4,21)	1,89 (1,13-3,17)	1,71 (1,08-2,71)
<i>Significance</i>	ns	P<0,001	P<0,05	P<0,05
<b>Есть мясо или рыбу только 1-2 раза в неделю (Да)</b>	1,97 (1,04-3,76)	2,09 (1,36-3,22)	2,36 (1,41-3,96)	1,61 (1,02-2,53)
<i>Significance</i>	P<0,05	P<0,001	P<0,001	P<0,05
<b>Отказываться от покупки необ- ходимых предметов одежды и обуви (Да)</b>	2,84 (1,60-5,05)	1,85 (1,23-2,81)	2,10 (1,41-3,15)	1,94 (1,35-2,78)
<i>Significance</i>	P<0,001	P<0,005	P<0,001	P<0,001
<b>Отказываться от участия в общественных и культурных мероприятиях (Да)</b>	0,87 (0,46-1,66)	1,61 (1,07-2,42)	1,69 (1,12-2,56)	1,76 (1,22-2,53)
<i>Significance</i>	ns	P<0,05	P<0,01	P<0,005
<b>Материальное положение семьи через 5 лет</b>				
Затрудились ответить	1,09 (0,57-2,11)	1,23 (0,79-1,91)	1,04 (0,70-1,55)	1,10 (0,76-1,61)
Ухудшится	3,75 (1,64-8,58)	1,14 (0,57-2,30)	1,29 (0,65-2,59)	1,18 (0,60-2,34)
Не изменится или улучшится	1	1	1	1
<i>Significance</i>	P<0,005	ns	ns	ns
<b>Имеется ли дача или коттедж (Нет)</b>	0,69 (0,39-1,22)	1,48 (0,97-2,28)	0,93 (0,64-1,35)	1,11 (0,77-1,59)
<i>Significance</i>	ns	ns	ns	ns

OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Другие индикаторы бедности, рассмотренные нами, такие как оценка материального положения семьи в ближайшие пять лет и обладание дачей или коттеджем, были наименее важными и для женщин, и для мужчин (OR были малыми и статистически незначимыми).

Психические недуги - нервные расстройства и депрессия, бессонница - также тесно связаны с бедностью (табл. 6.1.3).

Таблица 6.1.3.

## Симптомы психических расстройств и бедность

	Нервные расстройства, депрессия		Бессонница	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
<b>Приходилось ли семье за последние 12 месяцев из-за материальных трудностей</b>				
<b>Занимать деньги на обычные расходы, такие как квартплата или питание (Да)</b>	1,86 (1,14-3,02)	1,72 (1,17-2,52)	0,931 (0,55-1,57)	1,53 (1,04-2,26)
<i>Significance</i>	P<0,01	P<0,01	ns	P<0,05
<b>Есть мясо или рыбу только 1-2 раза в неделю (Да)</b>	2,22 (1,38-3,56)	1,63 (1,13-2,35)	1,36 (0,84-2,21)	1,47 (1,02-2,13)
<i>Significance</i>	P<0,001	P<0,01	ns	P<0,05
<b>Отказываться от покупки необходимых предметов одежды и обуви (Да)</b>	2,22 (1,51-3,27)	1,40 (1,03-1,90)	1,89 (1,27-2,80)	1,23 (0,90-1,67)
<i>Significance</i>	P<0,01	P<0,05	P<0,005	ns
<b>Отказываться от участия в общественных и культурных мероприятиях (Да)</b>	1,64 (1,10-2,44)	1,60 (1,16-2,15)	1,12 (0,75-1,70)	1,27 (0,93-1,74)
<i>Significance</i>	P<0,01	P<0,005	ns	ns
<b>Материальное положение семьи через 5 лет</b>				
Затруднились ответить	1,68 (1,13-2,50)	1,27 (0,92-1,76)	1,03 (0,68-1,54)	1,47 (1,05-2,05)
Ухудшится	1,69 (0,87-3,32)	0,87 (0,49-1,53)	1,48 (0,77-2,84)	0,77 (0,43-1,37)
Не изменится или улучшится	1	1	1	1
<i>Significance</i>	P<0,05	ns	ns	P<0,05
<b>Имеется ли дача или коттедж (Нет)</b>	0,68 (0,47-0,98)	1,13 (0,83-1,54)	0,75 (0,52-1,09)	1,03 (0,75-1,42)
<i>Significance</i>	ns	ns	ns	ns

OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Нервные расстройства, депрессия наиболее распространены среди мужчин, которым приходится ограничивать себя в употреблении мяса или рыбы (OR=2,22) или отказываться от покупки необходимых предметов одежды и обуви (OR=2,22). Для мужчин такой вид лишения был также связан с бессонницей (OR=1,89).

Нервными расстройствами, депрессией также чаще страдают мужчины (OR=1,86) и женщины (OR=1,72), которым регулярно приходилось занимать деньги на обычные расходы, такие как квартплата или питание.

Пессимистические ожидания насчет будущего негативно сказываются на психическом состоянии мужчин. Так, те мужчины, которые полагают, что материальное положение их семьи ухудшится в ближайшие пять лет, или вообще боятся заглядывать в завтрашний день (затруднились ответить на вопрос) в 1,7 раз чаще страдают от нервных расстройств и депрессии по сравнению с теми, кто полагает, что положение их семьи, в материальном смысле, улучшится или, по крайней мере, не ухудшится.

Результаты исследования в г. Москве согласуются с полученными ранее в г. Таганроге (табл. 6.1.4) [237].

Наиболее важными для здоровья сердечно-сосудистой системы жителей и г. Москвы, и г. Таганрога оказались возможности покупать продукты и одежду. Интересно, что по некоторым показателям женщины оказались менее стойкими к бедности, чем мужчины, а по другим - наоборот. Так, женщины, живущие и в Москве, и в Таганроге гораздо сильнее мужчин страдают, если не могут себе позволить покупать необходимые предметы одежды и обуви (OR=1,94 в г. Москве и OR=1,71 в г. Таганроге). Мужчины же имеют повышенный риск возникновения проблем с сердцем, если они вынуждены ограничить потребление мяса или рыбы (OR=2,32 в г. Москве и OR=1,81 в г. Таганроге).

Таблица 6.1.4.

**Сердечно-сосудистые заболевания и бедность.  
Мужчины и женщины в возрасте 18-70 лет**

	Москва, 2004 г.		Таганрог, 1998 г.	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
<b>Приходилось ли семье за последние 12 месяцев из-за материальных трудностей</b>				
<b>Занимать деньги на обычные расходы, такие как квартплата или питание (Да)</b>	1,03 (0,86-1,23)	1,73 (1,09-2,76)	1,43 (0,94-2,18)	1,36 (0,93-2,01)
<i>Significance</i>	ns	P<0,05	ns	ns
<b>Есть мясо или рыбу только 1-2 раза в неделю (Да)</b>	2,32 (1,36-3,95)	1,63 (1,03-2,58)	1,81 (1,25-2,62)	1,54 (1,09-2,18)
<i>Significance</i>	P<0,001	P<0,05	P<0,005	P<0,01
<b>Отказываться от покупки необходимых предметов одежды и обуви (Да)</b>	2,04 (1,34-3,0)9	1,94 (1,35-2,79)	1,58 (1,15-2,16)	1,71 (1,28-2,29)
<i>Significance</i>	P<0,001	P<0,001	P<0,005	P<0,001
<b>Отказываться от участия в общественных и культурных мероприятиях (Да)</b>	1,56 (1,02-2,39)	1,75 (1,22-2,53)	1,41 (0,96-2,07)	1,19 (0,85-1,68)
<i>Significance</i>	P<0,001	P<0,001	P<0,05	ns
<b>Употребление овощей и фруктов в осеннее зимний период</b>				
Почти каждый день	1,13 (0,47-2,71)	0,87 (0,41-1,88)	0,62 (0,39-0,99)	0,52 (0,34-0,80)
1-2 раза в неделю	1,80 (0,72-4,49)	1,11 (0,49-2,53)	0,69 (0,44-1,06)	0,75 (0,49-1,13)
1 раз в месяц	-	-	0,84 (0,52-1,36)	0,82 (0,52-1,28)
Почти никогда	1	1	1	1
<i>Significance</i>	ns	ns	ns	P<0,01
<b>Обладание менее, чем четырьмя товарами длительного пользования</b>			1,11 (0,82-1,52)	1,35 (1,01-1,80)
<i>Significance</i>			ns	P<0,05
<b>Нет садового участка</b>			1,21 (0,89-1,63)	1,19 (0,90-1,57)
<i>Significance</i>			ns	ns
<b>Нет машины</b>			1,32 (0,94-1,84)	1,17 (0,84-1,61)
<i>Significance</i>			ns	ns

Необходимо отметить, что влияние бедности, измеренной с помощью индикаторов основных потребностей, на возникновение симптомов сердечно-сосудистых заболеваний были более ярко выражены в столице по сравнению с г. Таганрогом (OR значительно выше). Частота употребления овощей и фруктов в осенне-зимний период оказалась важна для здоровья жителей Таганрога, но не Москвы. При этом в таганрогском исследовании использовался ряд дополнительных индикаторов для измерения бедности, таких как наличие товаров длительного пользования, автомобиля, садового участка. Анализ показал, что эти индикаторы текущей бедности не были важными для здоровья респондентов.

Таблица 6.1.5.

**Сердечно-сосудистые заболевания и глобальный индикатор бедности.  
Мужчины и женщины в возрасте 18-70 лет, Таганрог 1998 г.**

	Мужчины	Женщины
<b>Индекс текущей бедности</b>		
5 материальных проблем	2,39 (1,46-3,91)	2,76 (1,74-4,38)
2-4 материальных проблем	1,07 (0,73-1,58)	1,43 (0,99-2,05)
0-1 материальных проблем	1	1
<b>Изменение материального положения домохозяйства за последние 10 лет</b>		
<i>Significance</i>	P < 0,001	P < 0,001
Ухудшилось	2,13 (1,47-3,08)	2,52 (1,82-3,50)
Не изменилось/улучшилось	1	1
<i>Significance</i>	P<0,001	P<0,001

OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Восемь из вопросов исследования в Таганроге о материальных проблемах в настоящем (см. табл. 6.1.4) были скомбинированы в индекс текущей бедности с категориями 0-1, 2-4, 5 и более материальных проблем (табл. 6.1.5). При этом пятая часть жителей города относилась к последней категории. Очевидно, что существует прямая зависимость между степенью бедности и симптомами сердечно-сосудистых заболеваний: те респонденты, которые имеют 5 и более экономических проблем в настоящем, страдают значительно чаще от сердечных заболеваний, чем другие (OR=2,39 и OR=2,76 для мужчин и женщин соответственно). Глобальная мера бедности, такая, как ухудшение экономического положения домохозяйства за период 1988-1998 гг., также была связана возникновением проблем с сердцем у женщин (OR=2,52) и мужчин (OR=2,13).

## 6.2. Влияние хода жизни на неравенство в здоровье

Некоторые исследования посвящены объяснению возникновения неравенства в здоровье с течением времени. *Эффекты хода жизни* имеют отношение к тому, как статус здоровья в любом данном возрасте, для данной возрастной когорты отражает не только современные условия, но предшествующие обстоятельства жизни [238, 239, 240]. Предполагаются важными три четких механизма: во-первых, латентные эффекты, через которые обстоятельства ранней жизни влияют на здоровье во взрослом возрасте независимо от промежуточного опыта; во-вторых, так называемые эффекты магистрали, через которые обстоятельства ранней жизни воздействуют на траекторию жизни индивида, что в свою очередь влияет на статус здоровья в дальнейшем; и, в-третьих, совокупные эффекты, посредством которых интенсивность и длительность экспозиции окружающей среды неблагоприятно влияет на статус здоровья. Независимо от механизмов, ведущих к их проявлению, эффекты хода жизни, пожалуй, являются одними из самых основных для понимания источников неравенства в здоровье [241, 242].

Согласно результатам исследования, полученным на основе обследования, проведенного в г. Таганроге в 1998 г., те респонденты, которые испытывали материальные трудности в детстве, имели высокий риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний во взрослом возрасте (OR=1,8 и OR=2,1 для женщин и мужчин соответственно) (табл. 6.2.1).

Таблица 6.2.1.

Воздействие неблагоприятного материального положения в детстве на здоровье, Таганрог 1998 г.

Материальное положение в детстве	Мужчины	Женщины
Плохое	2,06 (1,50-2,83)	1,78 (1,32-2,39)
Хорошее	1	1
<i>Significance</i>	P<0,001	P<0,001

OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Более того, следующая таблица (табл. 6.2.2) убедительно доказывает, что неблагоприятное положение в детстве, плюс неблагоприятное материальное положение в настоящем, многократно повышают риск возникновения проблем с сердцем (OR=5,53 и OR=7,76 для мужчин и женщин соответственно). Этот результат является подтверждением того, что риск

возникновения сердечно-сосудистых заболеваний связан с материальными трудностями, накапливаемыми в течение всего жизненного цикла.

Таблица 6.2.2.

Воздействие неблагоприятного материального положения в детстве и в настоящем на здоровье, Таганрог 1998 г.

Материальное положение в детстве Индекс текущей бедности	Мужчины		Женщины	
	Хорошее	Плохое	Хорошее	Плохое
0-1 материальных проблем	1	2,72 (1,36-5,42)	1	2,90 (1,47-5,73)
2-4 материальных проблем	1,29 (0,75-2,24)	2,36 (1,35-4,13)	1,94 (1,19-3,16)	2,60 (1,56-4,33)
≥ 5 материальных проблем	2,61 (1,30-5,26)	5,53 (2,73-11,23)	2,78 (1,52-5,07)	7,76 (3,81-15,82)
<i>Significance</i>	P < 0,001		P < 0,001	

OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

## 6.3. "Нездоровые люди" или "нездоровые места"?

Существует огромный интерес в подтверждении роли места или обстановки (района проживания, рабочего места, региона) в производстве неравенства в здоровье [243, 244, 245]. *Эффекты пространства или места* имеют отношение к факторам, которые содержат информацию о местах или окружениях, а не просто о людях, которые населяют их. С.Макинтайр (Macintyre, 1997) [246] предложил следующие типы эффектов места: коллективный и контекстуальный.

*Коллективный эффект* имеет отношение к агрегированным групповым свойствам, которые оказывают влияние на здоровье. Например, проживание в областях с большой долей людей, которые имеют определенные индивидуальные характеристики (например, основанные на возрасте, социальном классе, доходе или происхождении).

*Контекстуальный эффект* относится к более широкому политическому, культурному или институциональному контексту. Например, присутствие или отсутствие характеристик, которые свойственны местам, как, например, ресурсы инфраструктуры, экономическая политика, социальные программы поддержки. Контекстуальные эффекты могут также включать влияние культурного фона, как, например, этнические, религиозные, и лингвистические особенности сообществ, а также влияние экологии или окружающей среды.

### 6.3.1. Жилищные условия

Жилище - это не только укрытие от неблагоприятных воздействий природы, но и мощный фактор, воздействующий на человека и в значительной степени определяющий состояние его здоровья. Плохие жилищные условия способствуют росту числа случаев астмы, респираторных, аллергических заболеваний, других болезней легких, несчастных случаев и травм, бытового насилия, шумового воздействия, воздействия токсических веществ, таких как свинец, асбест или угарный газ, а также психических расстройств, таких как депрессия. При этом перечень болезней, на возникновение которых могут влиять жилищные условия, все увеличивается.

Важнейшим показателем качества условий жизни в квартире является **плотность** ее заселения. Согласно исследованиям, высокая плотность заселения в жилище вызывает высокий уровень таких заболеваний как менингококковое заболевание [247], туберкулез [248] и гепатит [249]. Однако сегодня, перенаселенность жилища рассматривается скорее как фактор психического нездоровья, нежели физического. Исследования влияния скученности на психическое здоровье [250, 251, 252], свидетельствуют о высокой корреляции между депрессией, психологическими симптомами, смертностью по причине несчастных случаев и насильственной смертностью (включая самоубийства). Неблагоприятное влияние на психическое здоровье начинало проявляться, когда плотность заселения жилища составляла 1,5 человек на комнату [253]. Например, результаты обследования женщин в Западном Лондоне [254] свидетельствуют о J-форме взаимосвязи между плотностью заселения и проявлением симптомов психических заболеваний. Даже после учета таких переменных как социальный статус, безработица и наличие детей, эта связь сохранялась.

Дети в особенности подвержены неблагоприятному воздействию перенаселенности жилища, результатом которой являются повышенная возбудимость, напряженность, агрессия и более низкие уровни взаимодействия с другими детьми, плохая успеваемость [255].

Высокая плотность заселения жилища в ранней жизни в дальнейшем провоцирует возникновение проблем со здоровьем: способствует респираторным заболеваниям [256], развитию раковых заболеваний [257], задержке роста [258] и сердечно-сосудистым заболеваниям [259].

Чрезмерный шум в перенаселенных квартирах, доносящийся из соседних домов или с оживленной улицы, является причиной расстройства сна и может привести к повышенной раздражительности и, в конечном итоге, нанести вред сердечно-сосудистой системе и психическому здоровью [260, 261, 262, 263, 264].

Имеются все возрастающие свидетельства того, что **сырость** внутри помещений является важным фактором риска для возникновения респираторных заболеваний и аллергии, как у взрослых, так и у детей [265, 266, 267]. Риск возникновения таких симптомов, как кашель и хрипы в 1,5-3,5 раза выше для детей, проживающих в сырых помещениях [268]. Кроме респираторных заболеваний также сообщается о влиянии сырости жилища на возникновение депрессии [269, 270] и наличие таких общих симптомов, как усталость, головная боль, головокружение и трудности в концентрации внимания [271].

Сырость может так же усиливать социальную изоляцию, так как люди стесняются приглашать к себе в гости друзей и родственников.

**Температура** воздуха в жилище также оказывает влияние на здоровье. Согласно исследованию П.Вилкинсона и Б.Армстронга (Wilkinson & Armstrong, 2001) [272] минимумы показателя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний наблюдались при средней дневной температуре около 20°C. При повышении от этого уровня, так же как и при падении ниже этого пункта, смертность увеличивалась. Такая связь была найдена для многих городов во всем мире, кроме некоторых тропических стран, которые имеют более высокие минимумы. Основными детерминантами холодных температур для британских жилищ были следующие: возраст жилья (чем старше, тем более холодное), отсутствие/неудовлетворенность системой отопления, стоимость отопления (наиболее высокая стоимость - более холодное жилье), размер жилья (чем меньше, тем холоднее), низкий уровень дохода домохозяйства (чем меньше, тем более холодное жилище). В соответствии с неопубликованными, предварительными расчетами<sup>20</sup>, из 240 000 дополнительных зимних смертей в Восточной Европе 48000, возможно, связаны с условиями жилья.

Результаты исследований свидетельствуют о том, что **тип жилья** также воздействует на здоровье. Те кто, владеет собственным домом

<sup>20</sup> ВОЗ, EUR/04/5046269/BD/1



или отдельной квартирой, имеют меньший риск для здоровья, по сравнению с теми, кто арендует жилье [273].

Исследования показывают, что качество городского окружения и удовлетворение своей жилой средой, которые определяются большим количеством различных аспектов жилого окружения, тесно связаны со здоровьем. **Характеристики района проживания** имеют значимое влияние на смертность и преждевременную смертность жителей района [274, 275, 276]; самооценку здоровья [277]; и даже такие заболевания как, например, гонорея [278]; а также такого фактора риска для здоровья, как низкий вес при рождении [279]. Плохая городская планировка, лишенная таких полезных элементов окружающей среды, как деревья, парки и места для прогулок, приводит к отсутствию физических нагрузок, ожирению, утрате способности к общению и способствует росту использования автотранспортных средств, загрязнению воздуха и воды. Неухоженность, запущенность окружения, горы мусора, надписи на стенах, разбитые окна в подъездах, брошенные во дворах автомобили и т.п. (что свидетельствует о низком уровне сознания людей, и, как следствие, о низком социальном контроле) влияют на восприятие жителями своего района, как надежного и безопасного, что в результате пагубно отражается на здоровье [280, 281, 282].

Ощущение незащищенности, вызванное высоким уровнем преступности в районе проживания, оказывает негативное влияние на здоровье жителей. Так, по оценкам Британского Обзора преступлений за 2002/2003 гг. опасение относительно преступлений существенно влияет на качество жизни 7% населения, и чуть меньше воздействует еще на треть. Опасение относительно преступления в значительной степени связано с тем, приходилось ли человеку быть ранее жертвой преступления против личности или собственности, и с существующим уровнем преступности в городе или непосредственно в окружении (районе проживания) [283].

Другие исследования показывают, что характеристики района проживания непосредственно влияют на формирование личных привычек, воспитание детей, ведение домашнего хозяйства и образование, которые могут оказывать косвенный эффект на здоровье [284].

Влияние жилищных условий москвичей на неравенство в их здоровье было проанализировано с помощью метода логистической регрессии. В качестве зависимых переменных были выбраны самооценка здоровья и наличие симптомов психических расстройств.

Таблица 6.3.1а.

**Распределение характеристик жилищных условий  
по полу, %**

	Мужчины	Женщины	Все население
<b>Тип жилья</b>			
Собственная отдельная квартира	91,0	92,2	91,7
Арендванная квартира	3,7	3,2	3,4
Арендванная комната, общежитие, коммунальная квартира	5,3	4,6	4,9
<b>Количество человек в одной комнате</b>			
≤1	42,9	44,0	43,5
1-2	48,2	45,4	46,6
>2	8,6	10,6	9,7
Missing	0,2		0,1
<b>Удовлетворенность жилищными условиями</b>			
Да	56,9	59,0	58,1
Нет	43,1	41,0	41,9
<b>Изменение жилищных условий за 10 лет</b>			
Улучшились или не изменились	87,5	87,9	87,7
Ухудшились	12,5	12,1	12,3

В качестве независимых переменных были рассмотрены две группы вопросов обследования. Одна из них характеризует жилище респондентов (тип жилья; плотность заселения, измеренная с помощью такого индикатора как количество человек, проживающих в одной комнате; удовлетворенность жилищем; изменение жилищных условий за последние 10 лет). А другая - имеет отношение к особенностям района проживания (оценка района как места для жизни; оценка уровня преступности в районе; наличие или отсутствие таких характеристик, как чистый и здоровый воздух, чистая и ухоженная территория, развитая транспортная сеть, достаточная сеть магазинов и предприятий бытового обслуживания). В табл. 6.3.1а и табл. 6.3.1б представлено распределение независимых переменных по полу респондентов.

Таблица 6.3.1б.

## Распределение характеристик района проживания по полу, %

	Мужчины	Женщины	Все население
<b>Можете ли Вы сказать, что Ваш район имеет:</b>			
<b>Чистый и здоровый воздух</b>			
Да	60,2	58,2	59,1
Нет	39,8	41,8	40,9
<b>Чистую и ухоженную территорию</b>			
Да	72,5	73,5	73,1
Нет	27,5	26,5	26,9
<b>Развитую транспортную сеть</b>			
Да	88,4	84,9	86,4
Нет	11,6	15,1	13,6
<b>Достаточную сеть магазинов и предприятий бытового обслуживания</b>			
Да	87,6	83,1	85,0
Нет	12,4	16,9	15,0
<b>Уровень преступности в районе</b>			
Высокий	10,8	13,7	12,4
Средний	30,6	25,7	27,8
Низкий	20,6	16,8	18,4
Затруднились ответить	38,0	43,8	41,3
<b>Индекс проблем района проживания</b>			
0	40,4	35,7	37,7
1	30,0	31,0	30,6
2	18,4	21,5	20,2
3 и более проблем	11,2	11,8	11,5
<b>Оценка района как места для жизни</b>			
Плохой	7,5	9,3	8,5
Удовлетворительный	30,8	28,8	29,7
Хороший	61,2	61,6	61,4
Missing	0,6	0,3	0,4

Подавляющее большинство москвичей (92%) проживают в собственных отдельных квартирах (приватизированных или муниципальных), 3% арендуют квартиру, 5% обитают в коммунальном жилище, общежитиях или арендуют комнату (табл. 6.3.1а). При этом в 43% случаев плотность заселения жилья составляет 1 и менее человек на комнату, в 47% - менее 2 человек на комнату и около 10% - более 2 человек. Среднее число человек на комнату равно 1,5 человек, что значительно выше, чем в среднем по стране (1,2 человек) [285]. При этом большая часть жителей Москвы (58%) довольна своими жилищными условиями. Только 12% респондентов отметили ухудшение своих жилищных условий за последние 10 лет.

Больше половины (61,4%) москвичей довольны своим районом как местом для жизни, и только десятая часть (8,5%) не довольны (табл. 6.3.1б). Около 40% москвичей не удовлетворены воздухом, 27% отметили неухоженность территории, 14% не довольны транспортной сетью, 15% сетью магазинов и предприятий бытового обслуживания.

Согласно результатам логистического анализа количество человек, проживающих в одной комнате, оказывает слабое и статистически незначимое влияние на самооценку здоровья москвичек (табл. 6.3.2). Слабая и статистически незначимая связь наблюдалась между здоровьем (как самооценкой здоровья, так и психическим здоровьем) и удовлетворенностью жилищными условиями. Шансы иметь плохое здоровье в 3 раза ( $OR=2,80$ ) увеличиваются для женщин, проживающих в коммунальной квартире, общежитии или снимающих комнату, по сравнению с теми, кто имеет собственную отдельную квартиру (приватизированную или муниципальную). Мужчины, проживающие в арендованной квартире, в 5 раз чаще ( $OR=4,90$ ) по сравнению с теми, кто живет в собственной отдельной квартире, имеют симптомы психических заболеваний.

Изменение жилищных условий за последние 10 лет тесно связано со здоровьем москвичей. Респонденты, условия проживания которых ухудшились за последнее десятилетие, в 2 раза чаще ( $OR=2,13$  для мужчин и  $OR=1,78$  для женщин) сообщают о плохом здоровье по сравнению с теми жителями Москвы, жилищные условия которых не изменились или улучшились. Аналогично, мужчины, чьи жилищные условия изменились в худшую сторону, в 2 раза чаще испытывают психические расстройства ( $OR=1,78$ ).

Таблица 6.3.2.

## Зависимость здоровья от жилищных условий

	Самооценка здоровья ("плохое" или "очень плохое" здоровье)		Симптомы психических расстройств	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
<b>Тип жилья</b>				
Собственная отдельная квартира*	1	1	1	1
Арендванная квартира	0,86 (0,11-6,86)	0,60 (0,07-4,86)	4,90 (1,58-15,2)	0,68 (0,29-1,63)
Арендванная комната, коммунальная квартира, общежитие	2,03 (0,71-5,79)	2,80 (1,12-7,01)	1,14 (0,52-2,51)	1,14 (0,53-2,44)
<i>Significance</i>	ns	ns	P<0,05	ns
<b>Количество человек в одной комнате</b>				
≤1*	1	1	1	1
1-2	0,68 (0,36-1,27)	0,91 (0,57-1,45)	0,71 (0,49-1,05)	0,72 (0,50-1,04)
>2	1,05 (0,36-3,05)	1,45 (0,69-3,09)	0,40 (0,19-0,81)	0,99 (0,55-1,76)
<i>Significance</i>	ns	ns	P<0,05	ns
<b>Удовлетворенность жилищными условиями (Нет)</b>	1,11 (0,62-1,97)	1,21 (0,78-1,87)	1,40 (0,98-2,00)	1,18 (0,85-1,64)
<i>Significance</i>	ns	ns	ns	ns
<b>Изменение жилищных условий за последние 10 лет</b>				
Улучшились/ не изменились*	1	1	1	1
Ухудшились	2,13 (1,02-4,45)	1,78 (1,00-3,18)	1,78 (1,04-3,05)	1,11 (0,68-1,81)
<i>Significance</i>	P<0,05	P<0,05	P<0,05	ns

\* - контрольная (reference) группа  
OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Таблица 6.3.3.

## Зависимость здоровья от характеристик района проживания

	Самооценка здоровья ("плохое" или "очень плохое" здоровье)		Симптомы психических расстройств	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
<b>Чистый и здоровый воздух (Нет)</b>	1,37 (0,72-1,64)	1,09 (0,72-1,64)	1,60 (1,21-2,30)	1,20 (0,87-1,65)
<i>Significance</i>	ns	ns	P<0,01	ns
<b>Чистая и ухоженная территория (Нет)</b>	1,59 (0,86-2,96)	2,01 (1,29-3,13)	1,51 (1,01-2,24)	1,42 (0,98-2,04)
<i>Significance</i>	ns	P<0,005	P<0,05	ns
<b>Развитая транспортная сеть (Нет)</b>	1,57 (0,68-3,65)	2,00 (1,16-3,44)	2,13 (1,21-3,76)	1,27 (0,81-2,00)
<i>Significance</i>	ns	P<0,01	P<0,01	ns
<b>Достаточная сеть магазинов и предприятий бытового обслуживания (Нет)</b>	1,29 (0,56-2,98)	1,48 (0,88-2,49)	1,32 (0,77-2,25)	1,41 (0,91-2,19)
<i>Significance</i>	ns	ns	ns	ns
<b>Уровень преступности</b>				
Высокий	2,15 (0,76-6,06)	1,14 (0,54-2,37)	1,98 (1,01-3,86)	1,08 (0,60-1,91)
Средний	1,21 (0,48-3,04)	0,94 (0,48-1,85)	2,09 (1,25-3,47)	1,36 (0,83-2,23)
Низкий*	1	1	1	1
Затруднились ответить	1,42 (0,60-3,38)	1,15 (0,63-2,11)	1,28 (0,79-2,10)	1,03 (0,66-1,62)
<i>Significance</i>	ns	ns	P<0,01	ns
<b>Оценка района</b>				
Хороший*	1	1	1	1
Удовлетворительный	0,77 (0,39-1,48)	1,23 (0,77-1,95)	1,31 (0,89-1,92)	1,47 (0,82-2,61)
Плохой	1,87 (0,71-4,93)	2,13 (1,11-4,08)	1,54 (0,78-3,05)	1,45 (1,01-2,08)
<i>Significance</i>	ns	ns	ns	ns

\* - контрольная (reference) группа  
OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Оценка района как места для жизни тесно связана с самооценкой здоровья женщин (табл. 6.3.3). Так, те из них, кто не доволен своим районом, в 2 раза чаще имеют плохое здоровье (OR=2,13). Для мужчин эта связь немного слабее и статистически незначима. Высокий

уровень преступности в 2 раза повышает риск плохого здоровья и возникновения симптомов психических заболеваний для мужчин, а на здоровье женщин не оказывает никакого влияния.

Грязная и неухоженная территория, а так же недостаточно развитая транспортная сеть негативно отражаются на здоровье женщин (OR=2,01 и OR=2,00 соответственно). Риск возникновения симптомов психических заболеваний в 2 раза выше для мужчин, проживающих в районах с недостаточно развитой транспортной сетью. Отсутствие достаточной сети магазинов, предприятий бытового обслуживания, чистого и здорового воздуха оказывали меньший и часто статистически незначимый эффект на здоровье москвичей.

В табл. 6.3.4 пять вопросов, касающихся характеристик района, в котором проживают респонденты, были скомбинированы в индекс проблем района проживания, классифицированный как 0, 1, 2, 3 и более проблем (табл. 6.3.1). Очевидно, что те респонденты, которые проживают в районе с 3 и более проблемами, значительно чаще имеют плохое здоровье и страдают от симптомов психических заболеваний по сравнению с респондентами, живущими в благополучных районах.

Таблица 6.3.4.

**Зависимость здоровья от количества проблем  
в районе проживания**

Индекс проблем района проживания	Самооценка здоровья ("плохое" или "очень плохое" здоровье)		Симптомы психических расстройств	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
0*	1	1	1	1
1	1,35 (0,67-2,74)	1,51 (0,90-2,52)	1,32 (0,86-2,02)	1,19 (0,81-1,75)
2	1,94 (0,87-4,32)	1,91 (1,09-3,35)	1,88 (1,14-3,09)	1,37 (0,87-2,06)
3 и более проблем	2,45 (1,00-6,02)	2,27 (1,18-4,36)	2,60 (1,41-4,80)	1,64 (0,94-2,84)
<i>Significance</i>	ns	P<0,05	P<0,01	ns

\* - контрольная (reference) группа  
OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Итак, исследование показало, что тип жилья оказывает влияние на статус здоровья населения. Проживающие в общежитиях, коммунальных квартирах, арендованных комнатах, чаще имеют плохое здоровье по сравнению с собственниками отдельной квартиры (привати-

зированной или муниципальной). Аналогично, те, кто арендуют квартиру, чаще страдают от психических расстройств (особенно мужчины) по сравнению с собственниками жилья.

Эти результаты согласуются с ранее полученными другими исследователями [286, 236]. Различные гипотезы были предложены для объяснения связи между типом жилья и здоровьем [236]. Согласно одной из них, тип жилья скорее является признаком других причинных факторов, таких как доход или социальное положение, нежели чем оказывает прямое воздействие на здоровье. С другой стороны, жилье может быть ресурсом, способствующим здоровью, полученным с помощью дохода, т.е. высокие доходы позволяют индивиду, выбирать жилье с лучшими условиями, лучшим физическим и социальным окружением [236]. Однако наше исследование показало, что тип собственности оказывает воздействие на здоровье независимо от дохода (при учете материального положения OR практически не изменились). Стоимость жилья в Москве столь высока, что люди даже с достаточно высокими доходами не в состоянии приобрести собственное отдельное жилье. Мобильность населения Москвы чрезвычайно низкая - в год переезжает на другое место жительства только около 2% населения. Вероятно, тип собственности прогнозирует жилищные условия, которые влияют на здоровье. Например, условия проживания в коммунальной квартире, общежитии, могут негативно отразиться на здоровье. Однако, проживание в арендованном жилье, как показали С.Вейч и Г.Льюис (Weich & Lewis, 1998) [287], связано с высокими шансами психических расстройств, даже после контроля за потенциальными факторами, включая проблемы жилища.

Еще одна модель ассоциации между типом жилья и здоровьем предполагает, что существует прямая связь между психологическими особенностями, такими как самооценка, и здоровьем. Обладание отдельной квартирой может повысить самооценку индивида, что благоприятно отразится на его здоровье.

П.Хауден-Чепмен и Н.Вилсон (Howden-Chapman & Wilson, 2000) [288] предположили, что обладание отдельным жильем обеспечивает некую степень контроля над помещением - чувство защищенности, что очень важно для здоровья. Эта тема была детально исследована П.Саундерсом (Saunders, 1990) [289] и И.Винтером (Winter, 1994) [290]. Таким образом, природа связи между типом жилья и здоровьем населения г. Москвы требует дальнейшего выяснения.

Однако понятно, что новый Жилищный кодекс, вступивший в действие с 1-го марта 2005 г., усилит жилищное неравенство россиян

и, в результате, еще более усугубит различия в здоровье. В старом кодексе право на получение жилья имели все нуждающиеся в улучшении жилищных условий<sup>22</sup>. Главное нововведение нового кодекса - отмена всех категорий льготников и уничтожение понятия "очередь на жилье". Теперь заявки на постановку в очередь будут приниматься только от малоимущих граждан (при этом критерии и порядок присвоения статуса малоимущего еще не определены), детей-сирот, инвалидов и страдающих тяжёлыми формами хронических заболеваний, перечень которых еще не установило правительство. Остальным гражданам придется покупать жилье за собственные деньги или же через ипотечное кредитование. Что касается последнего, то для большинства россиян ипотека пока малодоступна по причине высокого уровня первичного взноса, высоких ставок кредитов и небольших сроков кредитования. В марте 2005 г. исследовательский холдинг ROMIR Monitoring<sup>23</sup> решил выяснить у своих респондентов, готовы ли они воспользоваться ипотекой для приобретения квартиры. Согласно полученным результатам подавляющее большинство опрошенных (91%) даже не задумываются об ипотеке ради улучшения своих жилищных условий.

Согласно результатам исследования в г. Москве, плотность заселения жилища, вопреки ожиданиям, не была связана со здоровьем. Аналогичные результаты были получены и другими исследователями. Например, исследование, проведенное в Таиланде, показало, что в то время как субъективные индикаторы плотности заселения жилища (недостаток уединенности и ощущение переполненности) были связаны со здоровьем, объективная мера (количество человек, приходящихся на одну комнату) - нет [291]. Дело в том, что связь между здоровьем и плотностью заселения существенно осложнена такими факторами, как время, проводимое дома, культурные различия и условия жилья [292].

Была обнаружена существенная связь между здоровьем (как физическим, так и психическим) и восприятием жителями качества городского окружения и уровня преступности в районе проживания. При этом анализ сочетанных рисков района проживания (эффект коктейля) свидетельствует о том, что чем больше проблем в районе, тем более отрицательные эффекты для здоровья. Поэтому, необхо-

<sup>22</sup> На сегодня официально в очереди на получение жилья стоят 4,43 млн. семей (около 10%), желают улучшить свои жилищные условия 61% россиян или 28 млн. семей.

<sup>23</sup> <http://www.romir.ru/socpolit/socio/2005/03/ip.htm>

димо, чтобы органы, отвечающие за жилищное строительство, осознали высокую значимость среды обитания и признали, что антропогенная среда является жизненно важным фактором для здоровья человека.

В последние годы усугубляется начавшееся еще в эпоху социализма деление районов столицы на "богатые" и "бедные", "пятые авеню" и "гарлемы". Создаются кварталы для новоявленной элиты со своей собственной, качественно отличной инфраструктурой, и застраиваются многоэтажки для малообеспеченных граждан, а ведь последних - подавляющее большинство. В итоге внутри Москвы растут разные города, "города внутри города". Необходимо осознать, что такое строительство закрепляет социальное неравенство и негативно отражается на здоровье населения.

### 6.3.2. Условия труда

Рабочее место - это один из важнейших средовых факторов, определяющих наше физическое и психическое здоровье. На рабочем месте люди сталкиваются с рядом рисков почти таких же многочисленных, как и различные типы работы, включая химические факторы, электромагнитные излучения, переохлаждения, высокие температуры, высокую влажность, загрязнение, шум, вибрации, различные психосоциальные факторы. Это может привести к большому разнообразию нарушений здоровья, включая травмы, раковые заболевания, потерю слуха, респираторные и мышечные заболевания, заболевания сердечно-сосудистой системы, нарушение репродуктивной функции, кожные заболевания, психические расстройства и т.д.

По оценке МОТ [293] во всем мире ежегодно погибает два миллиона мужчин и женщин от болезней и несчастных случаев, связанных с производством - это около 6 000 рабочих ежедневно. При этом большинство смертей, несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний можно предотвратить.

В России Министерство здравоохранения сообщает, что ежегодно 600 000 человек трудоспособного возраста погибает по разным причинам, из них 480 000 мужчин.

Основными "убийцами" считаются:

раковые заболевания (32%), возникновение которых связано с условиями трудовой деятельности (асбест; канцерогенные химические вещества и процессы; ионизирующее излучение радиоактивных материалов; радон; ультрафиолетовое облучение; кремниевая и другая

канцерогенная пыль; пребывание в одном производственном помещении с курящими людьми (пассивное курение); выхлопные газы дизельных двигателей и силовых установок;

сердечно-сосудистые заболевания (23%), возникновение которых связано с условиями трудовой деятельности (посменная работа и ночной труд; ненормированный рабочий день; напряженный характер труда ввиду сочетания высоких требований, предъявляемых к работнику, и жестко регламентированного графика работы, что ведет к гипертонии и высокому уровню содержания в крови "гормонов стресса", например, у водителей автобусов; шум; высокая степень риска получить травму; химические вещества, такие как диоксид углерода, нитроглицерин, свинец, кобальт, угарный газ (литейное производство, регулирование движения автотранспорта); вещества и соединения, выделяющиеся при горении, мышьяк, сурьма; нахождение в одном производственном помещении с курящими людьми);

несчастные случаи на производстве (19%);

инфекционные заболевания (17%), возникновение которых связано с условиями трудовой деятельности (инфекционные и паразитарные болезни (малярия, заболевания вирусной и бактериальной этиологии, сонная болезнь, зооноз и пр.); питьевая вода плохого качества; плохое состояние канализационных систем; несоблюдение санитарно-гигиенических требований; отсутствие необходимых знаний).

При всей своей чудовищной величине сам по себе показатель уровня смертности на производстве все же не раскрывает всей масштабы проблемы. Еще около 160 миллионов человек по всему миру страдают от заболеваний, связанных с трудовой деятельностью. В каждом третьем случае болезнь приводит к потере трудоспособности на 4 и более рабочих дня.

По данным Государственного доклада "О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2002 г." [294] численность работников, занятых во вредных и опасных условиях труда, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, составила 22,4% от общей численности работающих в промышленности, 10,1% - в строительстве, 13,8% - на транспорте, 2,4% - в связи. Около половины работающих во вредных и опасных условиях труда - женщины.

В 2002 г. было зарегистрировано 11 277 случаев профессиональных заболеваний и отравлений, из них 2 568 у женщин. Показатель профессиональной заболеваемости в 2002 г. составил 2,23 на 10 000 работников (динамика представлена на рис. 6.3.1).

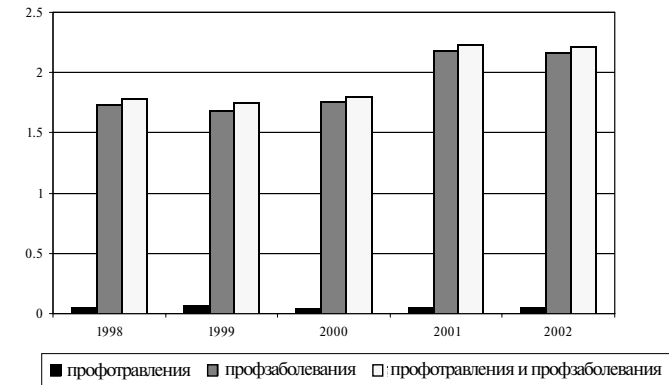


Рис. 6.3.1. Показатели профессиональной заболеваемости (на 10 тыс. работников)

Источник: О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2002 году: Государственный доклад. - М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2003.

При этом на долю хронических профзаболеваний и отравлений приходилось 98,4% от общего числа профзаболеваний и отравлений, что приводит к ограничению профессиональной трудоспособности и ее утрате.

Причем в последние годы четко проявляется тенденция к росту числа профессиональных заболеваний с преобладанием тяжелых форм и ранней инвалидизацией.

В структуре хронических профессиональных заболеваний преобладают заболевания органов дыхания (36,7%), заболевания от физических перегрузок и перенапряжения отдельных органов и систем (18,6%), а также заболевания органов слуха (16,9%) и вибрационная болезнь (17,3%) (табл.6.3.5).

Таблица 6.3.5.

**Профессиональная заболеваемость работников по нозологическим группам**

	1997	1998	1999	2000	2001
<b>заболевания органов дыхания</b>	32,3	34	36,3	35,1	36,7
<b>вибрационная болезнь</b>	19,7	20,1	18,4	17,3	17,3
<b>заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы</b>	15,3	16	16,6	18,3	18,6
<b>заболевания органов слуха</b>	16,4	15,9	17,09	17,1	16,9
<b>инфекционные и паразитарные заболевания</b>	3,4	3,4	6,56	2,5	3,9

Источник: О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2002 году: Государственный доклад. - М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2003.

Вместе с тем, зарегистрированный уровень профессиональной заболеваемости не отражает истинной ситуации, так как выявляемость профессиональной патологии не полная и происходит на поздних стадиях развития заболевания. Неполное выявление и регистрация больных с профессиональной патологией обусловлены несовершенством законодательства по охране труда, отсутствием правовых и экономических санкций за сокрытие профессиональных заболеваний, недостатками организации и качества проведения профилактических осмотров работающих. По оценкам МОТ [293], в Российской Федерации 4,96 миллионов трудящихся страдают от профессиональных заболеваний.

Наиболее высокие уровни регистрируются на предприятиях угольной промышленности, общем машиностроении, цветной металлургии, тяжелом машиностроении, энергетическом машиностроении, черной металлургии, станкостроительной и инструментальной промышленности.

В 2002 г. по показателям профессиональной заболеваемости (количество случаев на 10 000 работающих) "лидировали" Кемеровская область - 20,24, Ростовская область - 8,07, Республика Коми - 7,88, Чукотский автономный округ - 6,95, Свердловская область - 4,99, Челябинская область - 4,42, Сахалинская область и Приморский край - 3,96. В Москве ситуация обстоит значительно лучше, чем в среднем по стране, - 0,39 случаев на 10 000 работающих в 2001 г.

По данным "Доклада о состоянии здоровья населения Москвы в 2003 г." [218] число впервые выявленных случаев профессиональных заболеваний в столице составило 230 случаев (для сравнения в 2002 г. - 220, 2001 г. - 170, 2000 г. - 210). Удельный вес профессиональных заболеваний, выявленных на медосмотрах, в 2003 г. составил 57% (в 2002 г. - 53%, 2001 г. - 39%, 2000 г. - 50%). Вместе с тем этот показатель у женщин был равен 37% (в 2002 г. 28%, 2001 г. - 34%, 2000 г. - 36%).

Однако, как отмечается в докладе, показатели профессиональной заболеваемости работников г. Москвы, как и в целом по России, не отражают ее истинный уровень. В Москве отсутствует городской Центр профпатологии. Лечебно-профилактические учреждения, проводящие медосмотры, не оснащены в полном объеме диагностическим оборудованием и реактивами для проведения функциональных и лабораторных исследований. При этом узкие специалисты не принимают участие в проведении медосмотров. Так, серьезной проблемой остается участие онкологов для медосмотра лиц, контактирующих с канцерогенами (в 2003 г. из 41 тыс. работников онкологами осмотрено лишь 3,3%).

Структура профзаболеваний работников в Москве несколько отличается от структуры в целом по России. Ведущей патологией в столице в 2003 г. являлись заболевания органов слуха - 51,3% (в 2002 г. - 47,3%, 2001 г. - 27,6%, 2000 г. - 19,3%). Наиболее подвержены профзаболеваниям работники автомобильной промышленности (25,6%), воздушного транспорта (24,3%), авиационной промышленности (11,3%), строительства (9,5%), здравоохранения (7,4%).

Обстоятельствами и условиями возникновения хронических профзаболеваний в России служат: несовершенство технологических процессов (в 42,50% случаев), конструктивные недостатки средств труда (30,61%), несовершенство рабочих мест (5,19%), несовершенство сантехустановок (4,04%), неприменение средств индивидуальной защиты (СИЗ) (2,23%), отсутствие СИЗ (1,96%), несовершенство СИЗ (1,60%), нарушение правил техники безопасности (0,81%). Возникновение острых профзаболеваний (отравлений) было в основном обусловлено нарушением правил техники безопасности (23,03%), несовершенством технологических процессов (15,73%), профессиональным контактом с инфекционным агентом (10,11%), отступлениями от технологического регламента (8,99%), авариями (8,99%), неприменением СИЗ (6,74 %).

Несмотря на снижение обращаемости работающих за медицинской помощью, в последние годы остаются высокими показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности в целом по Российской Федерации (табл.6.3.6).

Среди трудоспособного населения отмечается рост показателя первичного выхода на инвалидность. В последние годы каждый пятый среди впервые признанных инвалидами утратил трудоспособность в возрасте моложе 45 лет (женщины) и 50 лет (мужчины).

Остается высоким уровень производственного травматизма. Общее количество несчастных случаев на производстве по всему миру (как приведших к смертельному исходу, так и без него) оценивается в 270 миллионов в год. В России по официальным данным ежегодно получают травмы 150 тысяч человек. Наиболее высокий уровень травматизма в угольной, лесозаготовительной и деревообрабатывающей промышленности.

Таблица 6.3.6.

**Показатели заболеваемости работников  
с временной утратой трудоспособности**

	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Число случаев на 100 работающих</b>	54,7	57,9	62,3	62,1	62,0
<b>Число календарных дней нетрудоспособности на 100 работающих</b>	800,5	812,4	859,4	868,5	859,2
<b>Средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности</b>	14,6	14,0	13,8	13,9	13,85

Источник: О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2002 году: Государственный доклад. - М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2003.

В ходе опроса, проведенного в г. Москве, две пятых (38,3%) из 702 работников сообщили о вредных воздействиях на рабочем месте (табл. 6.3.7). При этом 16,4% работников имеют только одно вредное воздействие, 8,8% - два, 15,1% - три и больше вредных воздействий. Очевидно, что мужчины заняты на более вредных производствах по сравнению с женщинами.

Таблица 6.3.7.

**Распределение работников  
по количеству вредных воздействий на рабочем месте**

Количество вредных воздействий на рабочем месте	Мужчины N=383	Женщины N=319	Все работники N=702
<b>0</b>	59,3	64,6	61,7
<b>1</b>	14,4	18,8	16,4
<b>2</b>	9,1	8,5	8,8
<b>3 и больше</b>	17,2	8,2	15,1
<b>Итого</b>	100,0	100,0	100,0

Наиболее часто встречающимся на рабочем месте неблагоприятным фактором является повышенный уровень шума - 18,2% работников подвержены его воздействию (табл.6.3.8). Неудивительно, что, как было отмечено выше, согласно официальной статистике в структуре профессиональной заболеваемости в столице лидируют заболевания органов слуха.

Таблица 6.3.8.

**Распределение работников  
по видам вредных воздействий на рабочем месте**

Виды вредных воздействий	Мужчины	Женщины	Все работники
<b>Частое переохлаждение</b>	19,1	12,5	16,1
<b>Высокие температуры</b>	8,9	6,0	7,5
<b>Высокая влажность</b>	8,4	4,4	6,6
<b>Повышенный уровень загрязнения</b>	19,6	8,2	14,4
<b>Химические факторы</b>	8,1	7,2	7,7
<b>Повышенный уровень шума</b>	19,1	17,2	18,2
<b>Вибрация</b>	11,5	4,4	8,3
<b>Другие неблагоприятные факторы</b>	9,7	9,1	9,4

Согласно обследованию наиболее неблагоприятными отраслями экономики являются транспорт и связь, строительство и промышленность (табл.6.3.9). Работники транспорта и связи наиболее подвержены частым переохлаждениям (33,9%), повышенному уровню шума (32,2%), повышенному уровню загрязнения (25,4%), вибрациям (18,6%), высоким температурам (15,3%). Строители чаще всего жалуются на повышенный уровень загрязнения (37,5%), повышенный уровень шума (29,8%), частое переохлаждение (22,8%), вибрации (15,8%). Занятые в промышленности отмечают такие вредные воздействия на рабочем месте, как повышенный уровень шума (26,6%), вибрации (18,8%), частое переохлаждение (17,2%).



Таблица 6.3.9.

## Распределение вредных воздействий по отраслям экономики

	Промышленность	Строительство	Транспорт и связь	Сфера обслуживания	Здравоохранение, спорт, социальная защита	Наука, образование, культура и искусство	Финансы и страхование	Армия, милиция	Органы управления	Прочее
Частое переохлаждение	17,2	22,8	33,9	17,2	9,8	6,8	6,3	7,1		27,9
Высокие температуры	10,9	7,0	15,3	8,3		4,1	3,1	7,1		14,8
Высокая влажность	6,3	8,8	10,2	4,4	4,0	6,8	3,1			14,8
Повышенный уровень загрязнения	15,6	37,5	25,4	13,4	15,7	7,5	9,4	7,1		9,8
Химические факторы	10,9	10,5	10,2	3,9	15,7	8,8	3,1			9,8
Повышенный уровень шума	26,6	29,8	32,2	12,8	9,8	17,7	12,5	7,1	16,7	14,8
Вибрация	18,8	15,8	18,6	5,0	5,9	6,1		7,1		4,9
Другие неблагоприятные факторы	10,9	17,5	8,5	8,4	11,8	5,4	6,3	10,7	11,1	13,1

Чем ниже профессиональная категория работника, тем больше вероятность подверженности людей неблагоприятным факторам на рабочем месте (табл.6.3.10). Кроме того, условия труда тесно связаны с уровнями полученного образования и заработной платы.

Таблица 6.3.10.

## Зависимость количества вредных воздействий на рабочем месте от характера работы, образования и оплаты труда

Количество вредных воздействий на рабочем месте	Характер работы			Образование			Средняя оплата труда*, руб.
	Физический труд	Умственный труд, частично квалифицированный	Умственный труд, квалифицированный	Начальное и среднее профессиональное	Среднее общее и ниже	Высшее профессиональное	
0	44,3	61,2	72,0	50,0	46,9	70,6	13424
1	16,2	17,4	15,8	17,7	15,3	16,0	9992
2	13,8	9,1	6,0	11,5	14,3	6,3	10307
3 и больше	27,5	12,4	6,3	20,8	23,5	7,0	8858
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	11912

\* учитывая все места работы

Согласно обследованиям, проведенным сотрудниками ИСЭПН РАН в г. Таганроге, респонденты связывают уровень своего здоровья с производственными факторами, считая их причиной ухудшения самочувствия и возникновения хронических заболеваний [295]. Так, 30% опрошенных отмечали, что условия и характер труда ухудшили их самочувствие, хотя и не привели к возникновению хронического заболевания, в то время как по мнению 11% жителей Таганрога, условия труда способствовали появлению хронических заболеваний. Среди причин их возникновения именно условия труда респонденты признали главными. Однако непосредственная связь между самооценкой здоровья и условиями труда проявлялась не так явно, как, например, связь с материальным благосостоянием. В большой степени это может быть объяснено существованием временного лага между воздействием условий труда и отражением его на здоровье.

Обследование, проведенное в Москве, показало, что на различия в здоровье работника оказывает влияние количество вредных воздействий на рабочем месте, так называемый эффект коктейля. Так, те работники, которые подвержены на рабочем месте влиянию трех и более неблагоприятных факторов, в 2 раза ( $OR=2,18$ ,  $CI (1,08-4,41)$ )<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Рассчитано методом логистической регрессии с учетом пола и возраста.

чаще сообщают о плохом здоровье по сравнению с теми работниками, которые работают на безвредных производствах.

Условия работы оказывают влияние и на психическое здоровье людей. Это влияние носит сложный характер. С одной стороны, работа - это источник личного удовлетворения и достижений, межличностных контактов и финансовой безопасности, которые являются необходимыми условиями хорошего психического здоровья. Отсутствие работы или безработица, могут оказывать негативное воздействие на наше психическое благополучие. У лиц, оставшихся без работы, в два раза возрастает риск развития депрессивных симптомов и клинической депрессии по сравнению с лицами, продолжающими работать [296]. С другой стороны, при плохой организации труда и в случаях, когда работа по устранению рисков на рабочих местах недостаточно эффективна, работа может оказывать неблагоприятное влияние на психическое здоровье и благополучие.

Стресс, связанный с работой, - это возможная реакция организма, когда работа предъявляет к людям требования, не соответствующие уровню их знаний и навыков, в результате чего они оказываются неспособными успешно выполнять свои служебные обязанности.

Свыше половины работников, опрошенных в Москве, сообщали о стрессовых факторах на рабочем месте: 62% работников испытывают умственное напряжение, 66% - психоэмоциональную нагрузку, 48% - стрессы, а 28% отмечают монотонность выполняемой ими работы (табл. 6.3.11). При этом и мужчины, и женщины в равной степени испытывают стрессовые факторы на рабочем месте.

Только 13,4% опрошенных москвичей работают в благоприятной психо-эмоциональной обстановке, 22,8% подвержены хоть одному стрессовому фактору по месту работы, 23,4% отметили две стрессовые характеристики рабочего места, 28,2% - три характеристики, 12,3% - имеют все четыре стрессовых фактора.

Таблица 6.3.11.

## Стрессовые факторы на рабочем месте

	Мужчины	Женщины	Все работники
<b>Умственное напряжение</b>	61,5	63,0	62,2
<b>Психо-эмоциональная нагрузка</b>	64,7	66,8	65,6
<b>Стресс</b>	47,0	48,3	47,6
<b>Монотонный труд</b>	28,9	27,3	28,1

Стрессовые факторы могут относиться к содержанию работы, рабочей нагрузке и месту работы, организации рабочего времени, степени участия в процессе принятия решений и возможности воздействия на этот процесс. Большинство причин стресса относятся к характеру организации работы и управления производственными процессами. Другие источники стресса могут относиться к возможности служебного роста, статусу и оплате труда, роли работников в рамках организации, межличностным взаимоотношениям, организационной культуре и неадекватной сбалансированности служебной и личной жизни [297].

Москвичам было предложено оценить по пятибалльной шкале свои возможности на основном месте работы принимать участие в организации рабочего процесса (оценка 1 соответствует ответу "совсем нет возможности", 5 - "большие возможности"). Практически половина работающих жителей столицы совсем не имеют возможности определять часы работы (48%) и принимать решение о рабочем окружении (52%) (табл. 6.3.12). Еще треть (31%) не могут определять, как будет организована ежедневная работа. Женщины гораздо чаще мужчин ощущают несвободу на рабочем месте.

Стресс оказывает различное влияние на разных людей. Он может стать причиной насилия на работе или формирования зависимости (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, сексуальная распущенность, пристрастие к азартным играм, зависимость от современной технологии). Стресс может привести к психологическим проблемам, таким как раздражимость, неспособность концентрироваться, сниженная способность к принятию решений или нарушение сна. Долгосрочный стресс или травматические события на работе могут стать причиной развития психического заболевания (тревога и депрессия), приводящего к временной или даже постоянной нетрудоспособности. Например, в Великобритании психические заболевания - это третья по распространенности причина длительной временной нетрудоспособности среди женщин и четвертая - среди мужчин. Работники с депрессивными состояниями имеют на 1,5-3,2 дня больше дней нетрудоспособности по болезни в год по сравнению с другими рабочими, а их производительность снижается примерно на 20% [298]. Связанный с работой стресс также ассоциируется с физическими болезнями и проблемами со здоровьем, такими, как инфаркт миокарда, гипертензия, язвы, головная боль, боль в районе шеи и спины, кожная сыпь и низкая сопротивляемость инфекциям [296].

Таблица 6.3.12.

## Возможности работников в зависимости от пола

	Определять часы работы			Определять, как будет организована работа			Принимать решение о рабочем окружении		
	Мужчины	Женщины	Все работники	Мужчины	Женщины	Все работники	Мужчины	Женщины	Все работники
<b>1 (нет возможности)</b>	43,9	53,6	48,3	30,8	33,5	32,0	43,3	61,7	51,6
<b>2</b>	11,4	9,1	10,4	9,0	9,9	9,4	10,5	7,5	9,1
<b>3</b>	15,2	11,7	13,6	15,9	14,4	15,2	14,2	10,1	12,4
<b>4</b>	9,0	8,5	8,8	15,4	10,5	13,2	10,8	5,8	8,5
<b>5 (большие возможности)</b>	20,5	17,0	18,9	28,9	31,6	30,1	21,2	14,9	18,4
<b>Итого</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Исследование здоровья москвичей показало, что количество стрессовых факторов на рабочем месте негативно сказывается на состоянии психического здоровья опрошенных. Согласно логистическому анализу, жители Москвы, работа которых характеризуется одновременно и умственным напряжением, и психоэмоциональной нагрузкой, и стрессами, и монотонным трудом (а таких работников оказалось 12%), практически в 4 раза ( $OR=3,79$ ) чаще подвержены нервным расстройствам и депрессиям по сравнению с работающими в спокойной психоэмоциональной обстановке (рис. 6.3.2).

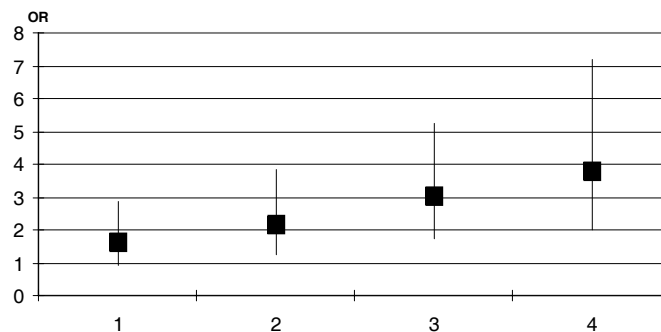


Рис. 6.3.2. Зависимость психического здоровья (инцидентность нервных расстройств и депрессий) от количества стрессовых факторов на рабочем месте. OR с 95% доверительными интервалами с учетом пола и возраста. 0 стрессовых факторов - контрольная (reference) группа

Различия в здоровье, вызванные условиями труда, безусловно, являются несправедливыми. Ухудшение здоровья на производстве не является фатально неотвратимым. Болезнь не возникает из ничего. Большинство смертей, несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний можно и нужно предотвратить.

При этом безопасные условия труда экономически выгодны. Внедрение самых строгих норм охраны и гигиены труда будет в полной мере соответствовать интересам каждого работника, каждого работодателя, каждой страны.

#### 6.4. Социальный капитал

Человек - существо социальное. И на его здоровье, несомненно, оказывают влияние социальные условия, в которых он проживает. Понятие социального капитала недавно было использовано в исследованиях, посвященных здоровью, как возможное объяснение неравенства в здоровье, а именно, для объяснения взаимосвязи между неравенством доходов и здоровьем [299].

Тем не менее, понятие социального капитала было разработано совершенно для иных целей. Термин "социальный капитал" появился еще в работе Л.Ханифан (Hanifan, 1920) [300], в которой она пишет, что социальный капитал "относится к осязаемым качествам, которые особенно важны в повседневной жизни людей, а именно: добрая воля, братство, сострадание и социальное взаимодействие между отдельными индивидами и семьями, которые составляют социальную единицу". С тех пор появилось значительно больше работ по социальному капиталу, особенно в последнее десятилетие, и их число продолжает возрастать.

П.Бурдьё (Bourdieu, 1986) [301] определил социальный капитал как "ресурсы, основанные на родственных отношениях и отношениях в группе членства". Но наибольшую известность понятие "социальный капитал" получило в более широкой трактовке Д.Коулмана (Coleman, 1990) [302], согласно которой социальный капитал - это потенциал взаимного доверия и взаимопомощи, формируемый в межличностных отношениях: обязательства и ожидания, информационные каналы и социальные нормы.

Одним из самых горячих поклонников и пропагандистов теории "социального капитала" является Р.Патнем (Putnam, 1993) [303]. "По аналогии с физическим и человеческим капиталом, воплощенным в орудиях труда и обучении, которые повышают индивидуальную производительность,- объясняет он, - социальный капитал содержится в таких элементах общественной организации, как социальные сети,

социальные нормы и доверие (networks, norms and trust), создающих условия для координации и кооперации ради взаимной выгоды".

В отличие от капитала денежного социальный капитал по мере расхождения только возрастает, поскольку, чем интенсивней практика кооперации и взаимовыручки, тем прочней и эффективней сети солидарности и больше взаимное доверие. Р. Патнем подчеркивает, что социальный капитал представляет собой необходимое условие для функционирования гражданского общества, его "сокровенную суть".

Согласно А. Портез (Portes, 1998) [394] социальный капитал - в меньшей степени, характеристика индивидов и, в большей степени, "структурное свойство больших агрегатов": "Социальный капитал - это способность индивидов распоряжаться ограниченными ресурсами на основании своего членства в определенной социальной сети или более широкой социальной структуре... Способность к накоплению социального капитала не является индивидуальной характеристикой личности, она является особенностью той сети отношений, которую выстраивает индивид. Т.е. социальный капитал - продукт включенности человека в социальную структуру".

Таким образом, социальный капитал лежит за пределами личности самой по себе, но по мере того, как личность становится частью группы, она может иметь доступ к социальному капиталу. Следовательно, социальный капитал является переменной общественного уровня, чей аналог на индивидуальном уровне измеряется социальными связями человека, хотя социальный капитал, вероятно, больше, чем просто сумма социальных связей на индивидуальном уровне.

Популярности понятия "социальный капитал" способствовала дискуссия, разгоревшаяся в американской научной прессе после того, как была обнаружена тенденция к сокращению социального капитала в Америке на протяжении последней четверти века. Для подсчета национального объема социального капитала применялись два показателя: индекс доверия и членство в общественных объединениях. Р. Патнем (1995) [305] обнаружил явную тенденцию к сокращению социального капитала в Америке на протяжении последних 25 лет. Число членов разного рода добровольных ассоциаций (от родительских комитетов до клубов женщин-избирателей и кружков игры в боулинг) за минувшие два-три десятилетия сократилось на 25-50%; время неформального общения (informal socializing and visiting) с 1965 г. уменьшилось на четверть, а деятельность в общественных организациях - чуть ли не наполовину; наконец, индекс доверия (процент положительных ответов на вопрос: "Можно ли доверять большинству людей?") с 1972 г. снизился примерно на треть.

Различают несколько типов социального капитала в зависимости от типа связей между людьми:

- сцепляющий социальный капитал (bonding social capital) - описывает ближайшие связи между людьми или гомогенными группами (например, членами одной семьи, ближайшими друзьями, людьми одной национальности, религии и т.д.);

- смыкающий социальный капитал (bridging social capital) - имеет отношение к удаленным связям между людьми и характеризуется более слабыми, но более переплетенными отношениями, как, например, между деловыми партнерами, знакомыми, друзьями друзей и т.д.;

В соответствии с Р. Патнем (2000) [306] сцепляющий социальный капитал хорошо подходит для того, чтобы "устраиваться" в жизни ("getting by" in life), а смыкающий социальный капитал - для того, чтобы "продвигаться" ("getting ahead"). По его мнению, основное различие между этими двумя типами социального капитала состоит в том, что "...сцепляющий социальный капитал представляет своего рода социологический суперклей, тогда как смыкающий социальный капитал выступает в роли социологического WD 40 ...".

- связующий социальный капитал (linking social capital) - относится к взаимоотношениям между индивидами и группами, находящимися на разных ступенях социальной иерархии, где существует разная степень доступа к власти, благосостоянию и т.п. Примером связующего социального капитала являются ресурсы и сети, воплощенные во взаимоотношениях между отдельными сообществами и государством или другими органами. Отличить сцепляющий, смыкающий и связующий социальный капитал друг от друга трудно, учитывая множественные и переплетающиеся связи индивидов. Связующий социальный капитал может рассматриваться как расширение смыкающего социального капитала, включающее сети и связи с индивидами, группами или корпоративными действующими субъектами, представляющими общественные организации, школы, деловые круги, легальные институты, религиозные/политические организации.

По сравнению с другими формами капитала (финансовым, человеческим), социальный капитал - менее осязаемый, и, следовательно, более трудно поддается измерению. Для измерения социального капитала используют различные индикаторы. Примерами таких индикаторов, упомянутых в литературе, служат агрегированные ответы на вопросы специальных обследований, касающихся степени взаимного доверия (например, доля респондентов в обществе, которые согласны с тем, что "можно доверять большинству людей"); или плотность членства в общественных организациях, включая религиозные

группы, спортивные клубы, группы по интересам, трудовые союзы и так далее; или социальные сети (частота общения с родственниками, друзьями или соседями).

### Социальный капитал и здоровье

Механизмы, связывающие социальный капитал и здоровье, еще недостаточно изучены. На общественном уровне, полагают, что социальный капитал способствует сохранению здоровья путем устранения стрессов и обеспечения социальной поддержки посредством внесемейных связей, а также с помощью неформального социального контроля над поведением, негативно сказывающимся на здоровье как, например, курение несовершеннолетних и злоупотребление алкогольными напитками. На более высоких уровнях общественной организации, например, на уровне государства или нации, социальный капитал может способствовать повышению здоровья через косвенные магистрали, как, например, поощрение равного политического участия, что в свою очередь гарантирует обеспечение адекватного здравоохранения, социальной поддержки бедных слоев населения и других социальных услуг. Социальный капитал иногда по ошибке идентифицируют в качестве чисто психосоциального фактора. Однако должно быть очевидным, что ресурсы, доступные через социальные связи, могут иногда приобретать и форму осязаемых факторов (как, например, денежные займы, доступ к информации), дополнительно к психосоциальным ресурсам (как, например, доверие, нормы взаимности и эмоциональная поддержка).

Рассмотрим подробно несколько механизмов, с помощью которых социальный капитал оказывает влияние на здоровье.

#### *Социальная поддержка, социальные сети*

Установление связи между социальной средой индивидов и их здоровьем представляет одну из основных целей исследований прошлого столетия в области здоровья. Э.Дюркгейм (Durkheim, 1893) [307] был среди первых, кто отметил, что недостаток сплоченности в обществе имеет отрицательные последствия для здоровья. Общественная изоляция связана с ощущением несчастья, болезнью и сокращением продолжительности жизни [308]. Согласно исследованию Г.Винстра (Veenstra, 2000) [309] общение с коллегами по работе, посещение религиозных организаций и участие в различных клубах способствует хорошему здоровью. Частота общения с сотрудниками и посещаемость религиозных служб имели прочную положительную связь со здоровьем, даже после контроля над человеческим капиталом [310].

В соответствии с результатами, полученными Р.Патнем (2001) [311], присоединение к группе вдвое уменьшало шансы индивида умереть в следующем году.

Социальная поддержка является характеристикой социальных сетей. В 1970-х Л.Беркман и С.Сайм (Berkman & Syme, 1979) [312] обнаружили положительные эффекты ближайших сетей (родственники, друзья, соседи) на здоровье индивидов. Последующие исследования [313] подтвердили, что смертность для лиц со слабыми социальными связями или при полном их отсутствии была значительно выше, чем для лиц с прочными социальными связями.

Кроме того, было отмечено, что хороший статус здоровья сохранялся на более длительный период для индивидов, которые имели поддержку супруга, детей, других родственников, близких друзей или соседей. Семья является основой [305] и фундаментальным источником [314] социального капитала, основным местом, где происходит его накопление и передача [315]. Она занимает самую верхнюю позицию в ранжировании семи основных источников социального капитала [316]. Семьи и сообщества через соседство, дружбу и групповые взаимоотношения, являются основными источниками экономического и социального благополучия их членов.

Влияние социальной среды на здоровье индивидов имеет разнообразное, иногда противоречивое направление [317]. Фактически, связь между людьми может быть источником защиты против отрицательных эффектов стресса или источников стресса (например, конфликты на работе, супружеские конфликты или домашнее насилие). Согласно последним исследованиям, трудности, связанные с хроническими взаимными конфликтами, оказывают влияние на иммунную систему индивидов, внося изменения в механизмы, которые регулируют эндокринную систему [318].

*Участие и гражданская вовлеченность* выражены в членстве в гражданских общественных организациях или группах, добровольных работах, политическом участии и т.п. Чувство принадлежности к обществу также является индикатором, который обычно используется при анализе социального капитала и социальной сплоченности.

#### *Членство в гражданских общественных организациях*

Гражданское общество, или пространство между личностью и государством, которое заполнено перекрещивающейся сетью добровольных организаций, должно содействовать сохранению и усилению общественной сплоченности [319]. Гражданские организации могут способствовать объединению участников общества, служить в качест-

ве механизмов для разрешения конфликтных ситуаций, содействовать возникновению чувства идентичности и повысить социальный статус [320]. Общественные связи, возникающие при участии в добровольных организациях и ассоциациях, социально сплавляют общество, предохраняя индивидов от социальной изоляции, способствуя активному включению в общество, сохраняя свободу выбора, защищая индивидов, удовлетворяя потребности, которые государственные институты не в силах осуществить [321]. Навыки, приобретенные индивидом в гражданских организациях, могут быть применены в политике [322]. Внедрение политической деятельности в неполитические гражданские общественные институты укрепляет способность общества улучшать свой уровень благосостояния. Очевидным примером является общество, которое способно организовать и использовать давление на правительство с целью получения неких ресурсов [321].

#### *Политическое участие*

Участие в деятельности, связанной с областью политики, так же считается типом вклада в конструкцию социального капитала. Политическое участие от классических форм, таких как, например, голосование, до более сложных проявлений как, например, международный лоббизм, становится инструментом общественной интеграции и сплоченности. Кроме того, участие в принятии решения или через совещательные механизмы, или формы активного гражданства, является основой установления доверия.

#### *Доверие*

Теоретики социального капитала [302, 323, 324], описывают доверие как отношение, которое создает ожидание, с одной стороны, и обязательство - с другой. Это - своего рода, тип "кредита", который придает чувство безопасности во взаимоотношениях между заинтересованными лицами. Высокий уровень доверия подразумевает, что "обязательства" будут выполнены. Другими словами, кредит будет возвращен во время, установленное партнерами. Доверие, следовательно, ассоциируется с постоянным совместным честным поведением, основанным на обоюдно разделяемых участниками общества нормах.

Уровень доверия в обществе включает два подуровня: доверие людям (межличностное доверие) и доверие учреждениям. Доверие считается одним из наиболее чувствительных индикаторов социального капитала.

Исследования показывают, что существует корреляция между плохим здоровьем и низким уровнем межличностного доверия и норм взаимности [303, 306]. Кроме того, уровни уважения, терпимости и

общественной сплоченности также оказывают влияние на состояние здоровья [325, 326, 327, 328].

И.Кавачи и др. (Kawachi et al., 1997) [327], проанализировавшие связь между здоровьем и социальным капиталом, используя в качестве индикаторов межличностное доверие, нормы взаимности и плотность членства в организациях, пришли к выводу о том, что низкий уровень доверия в обществе тесно связан с высокими показателями смертности. Они обнаружили, что групповое членство на душу населения имело сильную обратную связь со смертностью по всем причинам, скорректированной с учетом возраста. Членство в гражданских ассоциациях и доверие сильно коррелируют друг с другом. Согласно результатам регрессионного анализа, уровень доверия объясняет 58% вариации смертности в штатах. Низкие уровни доверия в обществе тесно связаны с высокими показателями смертности по всем основным классам причин смерти, включая коронарные заболевания сердца, злокачественные новообразования, сердечно-сосудистые заболевания, несчастные случаи и младенческую смертность [321].

Низкий уровень межличностного доверия ассоциируется с низким уровнем доверия общественным учреждениям [329]. Аналогично, низкий уровень межличностного доверия коррелирует с низким уровнем политического участия и снижением эффективности государственных институтов [303, 322].

#### **Социальный капитал, неравенство доходов и здоровье**

Как уже упоминалось выше (см. параграф 4.1) между социальным капиталом, неравенством и здоровьем существует тесная связь, которую можно схематично изобразить на рис.6.4.1.

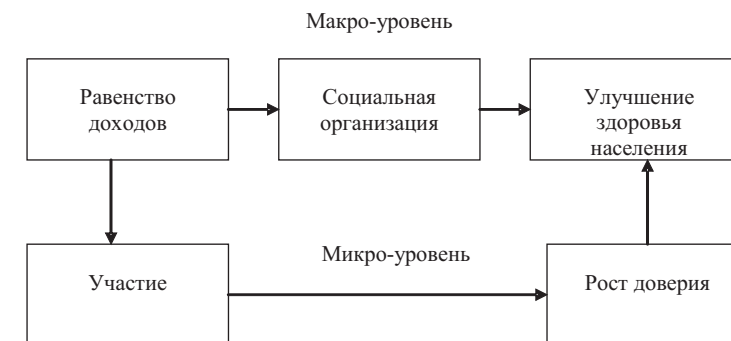


Рис. 6.4.1. Связь между распределением доходов, социальным капиталом и здоровьем

Р.Вилкинсон (Wilkinson, 1996, 1997) [87, 330], пытаясь объяснить связь между неравенством дохода и низкой сплоченностью общества, предположил, что существует некая "культура неравенства", которая является более агрессивной и насильственной, и менее связующей. Изучая взаимоотношения между неравенством дохода, социальным капиталом и здоровьем, Р.Вилкинсон подчеркнул значение влияния психосоциальных факторов на физическое здоровье. По его мнению, в более равных областях общественная среда более сплоченная, и, следовательно, там меньше враждебность, больше доверия, и, как результат, меньше насилия, меньше убийств. Это имеет очевидные последствия для здоровья. С точки зрения Р.Вилкинсона, чем более стратифицировано общество, тем более негативно это должно повлиять на состояние здоровья менее удачливых, что означает не только материальные лишения, низкий уровень образования, слабые социальные связи, недостаточный доступ к ресурсам, но и психологическое напряжение, связанное с низким статусом, как, например, ощущение униженности, неполноценности, и недостаток контроля.

Согласно И.Кавачи и др. (Kawachi et al., 1994) [299], неравенство дохода может быть связано с плохим здоровьем через разочарование, крушение надежд, которые являются результатом роста неравенства, который может быть ускорен недостаточными инвестициями в человеческий капитал. Эти недостаточные инвестиции могут произойти в областях с низким уровнем социального капитала, в которых одновременно с большой вероятностью существуют значительные диспропорции в распределении дохода. Р.Патнэм (2001) [311] обнаружил, что в штатах с низким уровнем социального капитала и высоким уровнем восприятия неравенства, самооценки уровня благосостояния и счастья были низкими.

Исследование М.Райзера и др. (Raiser et al., 2001) [331] показало негативную корреляцию между социальным капиталом (участием в добровольных организациях, доверием системе в целом) и неравенством в распределении доходов в странах с переходной экономикой в середине 90-х годов.

В связи с этим один из возможных путей построения и укрепления социального капитала, а, следовательно, и улучшения здоровья населения, заключается в изменении распределения доходов в сторону более равного.

## Социальный капитал москвичей

### Неформальное общение и неформальная социальная поддержка

Обследование позволило выявить участие москвичей в неформальных социальных связях с помощью вопросов о взаимоотношении в семье, контактах с родственниками, друзьями, соседями.

Половина опрошенных москвичей (49,2%) оценили взаимоотношения в семье как хорошие и дружеские, 7,6% отметили частые ссоры и конфликты в семье (табл. 6.4.1).

Таблица 6.4.1.

#### Взаимоотношения между членами семьи

	Мужчины	Женщины	Все население
Хорошие, дружеские	49,8	48,8	49,2
Нормальные	32,1	29,1	30,4
Напряженные, неровные, частые ссоры	6,7	8,3	7,6
Одинокое	11,4	13,8	12,8
Итого	100,0	100,0	100,0

Жители Москвы довольно часто общаются со своими соседями. 60% респондентов поддерживают контакты с соседями каждый день или каждую неделю. Не каждый год общаются с соседями 9% респондентов (табл. 6.4.2). Женщины контактируют с соседями чаще по сравнению с мужчинами.

С возрастом частота общения с соседями возрастает (рис. 6.4.2). Особенно это касается женщин: в возрасте до 30 лет 56% москвичек общаются с соседями каждый день или каждую неделю, в возрасте 31-40 лет - 65%, а в возрасте 61-70 лет - 77%. Пик общения с соседями для мужчин наступает в возрасте 51-60 лет (64% респондентов имеют частые контакты с соседями), а затем вновь начинает снижаться.

Таблица 6.4.2.

#### Распределение частоты общения с соседями по полу

	Мужчины	Женщины	Все население
Почти каждый день или каждую неделю	54,5	64,6	60,3
Каждый месяц или несколько раз в год	35,5	27,2	30,8
Не каждый год	10,0	8,2	9,0
Итого	100	100	100

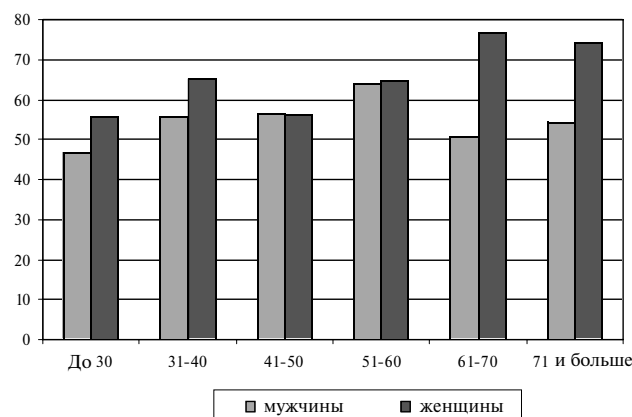


Рис. 6.4.2. Доля респондентов, которые общаются с соседями почти каждый день или каждую неделю

Таблица 6.4.3.

**Частота общения с родственниками, друзьями и знакомыми в зависимости от пола и возраста**

	Навещают				Принимают			
	Часто	Редко	Никогда	Итого	Часто	Редко	Никогда	Итого
	<b>с родственниками</b>							
<b>Мужчины</b>	42,2	53,1	4,7	100	39,0	53,7	7,3	100
<b>Женщины</b>	42,6	50,6	6,8	100	44,6	50,7	4,7	100
<b>Все население</b>	42,4	51,7	5,9	100	42,2	52	5,8	100
При этом в возрасте:								
<b>До 30</b>	52,8	44,5	2,6	100	46,4	48,3	5,3	100
<b>31-40</b>	47,6	50,8	1,6	100	43,5	52,9	3,7	100
<b>41-50</b>	44	53,4	2,6	100	40,9	53	6	100
<b>51-60</b>	43,3	51,7	4,9	100	39,9	53,7	6,4	100
<b>61-70</b>	34,4	55	10,6	100	40	53,1	6,9	100
<b>71 и больше</b>	20,9	59,7	19,4	100	40,3	52,5	7,2	100
	<b>с друзьями и знакомыми</b>							
<b>Мужчины</b>	51,8	42,5	5,7	100	47,8	45,9	6,3	100
<b>Женщины</b>	45,7	46,6	7,6	100	49,0	45,6	5,4	100
<b>Все население</b>	48,3	44,9	6,8	100	48,5	45,7	5,8	100

При этом в возрасте:								
<b>До 30</b>	71,7	27,2	1,1	100	66,8	29,8	3,4	100
<b>31-40</b>	61,3	36,1	2,6	100	60,2	37,7	2,1	100
<b>41-50</b>	49,1	49,1	1,7	100	50,9	47	2,2	100
<b>51-60</b>	42,4	51,2	6,4	100	39,9	53,7	6,4	100
<b>61-70</b>	25,6	62,5	11,9	100	30,6	60	9,4	100
<b>71 и больше</b>	19,4	54	26,6	100	26,6	56,8	16,5	100

Две пятых москвичей поддерживают тесное общение с родственниками: часто навещают их (42,4%), принимают в гости (42,2%) (табл. 6.4.3). В то время как около 6% респондентов никогда не общаются с родственниками. Около половины москвичей часто общаются с друзьями. При этом не имеют таких контактов 6-7% жителей Москвы (6,8% никогда не навещают друзей и знакомых, а 5,8% никогда не приглашают их в гости). Чем старше становятся москвичи, тем меньше они контактируют с родственниками и, в особенности, с друзьями.

Исследование мировых ценностей (World Values Survey)<sup>25</sup> позволяет оценить, насколько важен для людей, в том числе и для россиян, неформальный социальный капитал: семья и друзья. В целом жители стран с переходной экономикой, включая Россию, оценивают значение семьи так же высоко, как и жители благополучных стран с развитой рыночной экономикой. Например, 84% граждан Российской Федерации отметили огромную значимость семьи (для сравнения, в странах с переходной экономикой в целом - 86%, в странах ОЭСР - 86%). Однако, значение друзей для жителей стран с переходной экономикой значительно ниже по сравнению со странами ОЭСР (в целом 35% жителей бывших социалистических стран отметили высокую важность друзей, для развитых стран эта цифра была равна 57%). Однако и в самих транзитивных странах наблюдаются значительные вариации. Например, в России 29% населения высоко оценили значение друзей, а в Грузии - 68% опрошенных, Хорватии - 48%, Болгарии - 41%, Венгрии, Чехии - 38%, Украине - 34%, Литве - 22%.

Обследование позволило оценить, насколько коммуникабельны москвичи. Чаще всего жители города общаются с людьми из других возрастных групп (55%) (табл. 6.4.4). А реже всего - с людьми из другого социального круга: пятая часть респондентов (22%) ответили, что

<sup>25</sup> <http://www.worldvaluessurvey.org/>, (данные 1995-1997 гг.)



никогда не имеют таких контактов. Мужчины гораздо общительнее женщин. Частично это объясняется большей долей работников среди мужчин по сравнению с женщинами. Так, с людьми из другого социального круга часто общаются 41% мужчин и 29% женщин. Аналогично, с незнакомыми людьми часто имеют контакты 48% мужчин и 34% женщин. Чем старше становятся респонденты, тем реже они общаются с посторонними людьми.

Таблица 6.4.4.

**Частота общения с посторонними людьми  
в зависимости от пола и возраста**

	С незнакомыми людьми				С людьми из другого социального круга				С людьми других возрастных групп			
	Часто	Редко	Никогда	Итого	Часто	Редко	Никогда	Итого	Часто	Редко	Никогда	Итого
<b>Мужчины</b>	45,7	42,5	11,8	100	41,0	40,8	18,2	100	57,6	37,3	5,1	100
<b>Женщины</b>	34,4	48,5	17,1	100	28,8	45,9	25,3	100	52,5	35,7	11,8	100
<b>Все население</b>	39,2	46,0	14,8	100	34,0	43,7	22,3	100	54,7	36,4	8,9	100
При этом в возрасте:												
<b>До 30</b>	51,3	44,5	4,2	100	45,3	46,4	8,3	100	68,7	29,1	2,3	100
<b>31-40</b>	51,3	42,4	6,3	100	41,4	47,1	11,5	100	67,5	29,8	2,6	100
<b>41-50</b>	46,6	41,4	12,1	100	40,1	43,5	16,4	100	61,6	31,5	6,9	100
<b>51-60</b>	33,5	51,7	14,8	100	31,0	42,4	26,6	100	51,7	38,4	9,9	100
<b>61-70</b>	22,5	45,6	31,9	100	18,8	41,9	39,4	100	33,8	48,1	18,1	100
<b>71 и больше</b>	15,1	53,2	31,7	100	14,4	38,1	47,5	100	27,3	51,1	21,6	100

Согласно проведенному обследованию большинство москвичей знают, к кому обратиться в трудную минуту (табл. 6.4.5): в случае болезни (97%), в случае, если необходимо занять денег (88%), если нужна компания (84%) или необходимо поговорить о личных проблемах (84%). Печально, что с возрастом, возможность обратиться к кому-нибудь за помощью, уменьшается.

Таблица 6.4.5.

**Помощь в кризисной ситуации, в случае:  
(в % от числа опрошенных)**

Возраст	Болезни	Необходимости занять 3000 руб.	Когда нужна компания	Необходимости поговорить о личных проблемах
<b>До 30</b>	98,1	93,6	93,6	89,8
<b>31-40</b>	96,9	92,7	92,7	87,4
<b>41-50</b>	97,0	86,6	86,6	82,8
<b>51-60</b>	97,5	78,3	78,3	80,8
<b>61-70</b>	96,3	79,4	79,4	81,3
<b>71 и больше</b>	94,2	66,2	66,2	74,1
<b>Итого</b>	96,9	88,2	84,4	83,5

Москвичам был задан вопрос о том, как часто они чувствуют себя одинокими. Жизнь в мегаполисе разъединяет его жителей, а не сближает. Чувствовать себя одиноким можно и в толпе, и на работе, и в семье. Это чувство иногда зависит не от окружения, не от количества друзей или недругов, а прежде всего от субъективного ощущения. Треть жителей Москвы ответили, что чувствуют себя одинокими часто (9,7%) или иногда (23,3%) (табл. 6.4.6).

Таблица 6.4.6.

**Чувство одиночества в зависимости от пола**

	Мужчины	Женщины	Все население
<b>Часто</b>	7,6	11,3	9,7
<b>Иногда</b>	19,6	26	23,3
<b>Редко</b>	27,3	25,1	26,1
<b>Никогда</b>	45,5	37,5	40,9
<b>Итого</b>	100	100	100

Женщины страдают от одиночества чаще, чем мужчины. При этом чаще чувствуют себя одинокими молодые и, в особенности, пожилые москвичи (рис. 6.4.3).

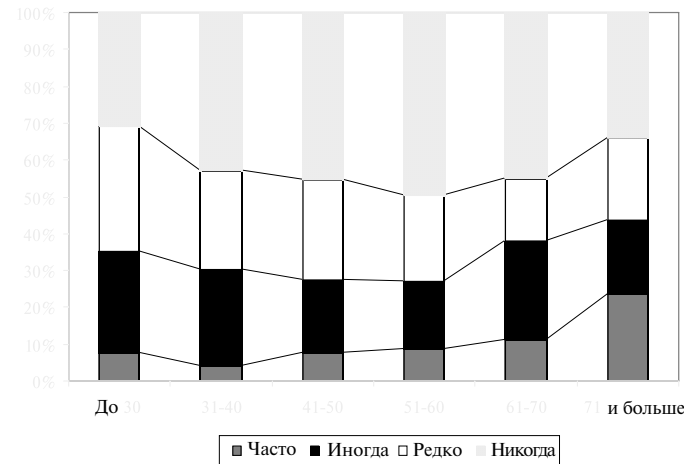


Рис. 6.4.3. Чувство одиночества в зависимости от возраста

Эпоха преобразований в России привела к тому, что людям пришлось приспосабливаться к новым условиям жизни. Некоторые сделали это лучше, некоторые - хуже. Люди осознали, в состоянии они или нет справиться с непредвиденными и ранее неизвестными проблемами, а, осознав это, обрели или утратили уверенность в своей способности контролировать и управлять жизнью. Ощущение свободы выбора и контроля над жизнью воздействует на здоровье с помощью различных механизмов [332]. Это ощущение очень важно на субъективном и подсознательном уровне. Низкое ощущение контроля приводит к тому, что люди сомневаются в своих силах, не уверены в результате своих действий. Другими словами, когда люди сталкиваются с проблемами, которые, как они считают, находятся выше их возможностей разрешить, это вызывает стресс. Другой возможный механизм связи между контролем над жизнью и здоровьем состоит в том, что ощущение бессилия (т.е. низкий контроль) способствует рискованному поведению, как, например, курение, злоупотребление алкоголем, пренебрежение мерами предосторожности, позволяющими избежать производственной или автомобильной аварии, исходя из принципа: "чему быть - того не миновать" [333]. Человек, который считает, что он может контролировать свою жизнь, больше склонен заботиться о своем здоровье, ограничивая потребление алкоголя, отказываясь от курения и занимаясь физическими упражнениями. Эти механизмы не являются взаимно исключаящими, а скорее существуют параллельно друг другу.

Таблица 6.4.7.  
Ощущение свободы выбора и контроля над жизнью  
в зависимости от пола

	Мужчины	Женщины	Все население
<b>1 Низкий контроль</b>	9,6	8,4	8,9
<b>2</b>	9,4	12,8	11,3
<b>3</b>	28,8	27,4	28,0
<b>4</b>	28,6	23,8	25,9
<b>5 Высокий контроль</b>	18,8	19,9	19,4
<b>З/О*</b>	4,7	7,8	6,5
<b>Итого</b>	100,0	100,0	100,0

\* З/О - затруднились ответить

Социальная уверенность или ощущение москвичами свободы выбора и контроля над жизнью было измерено по пятибалльной шкале, где оценка 1 соответствовала ответу "совсем не чувствую контроля", а оценка 5 - "чувствую в полной мере". Большая часть опрошенных (45,3%) в полной мере чувствуют свободу выбора и могут контролировать свою жизнь (оценки 4 и 5) (табл. 6.4.7). Ощущение свободы выбора и контроля над жизнью существенно уменьшается с возрастом (рис. 6.4.4). Так, если в возрасте до 30 лет только 12% москвичей не могут контролировать свою жизнь (оценки 1 и 2), то в возрасте 31-40 лет таких респондентов уже 14%, 41-50 лет - 19%, 51-60 лет - 25%, 61-70 лет - 27%, 71 и старше - 31%.

Согласно исследованиям Р.Роуза (Rose, 2003) [333] уровень социальной уверенности в России значительно ниже, чем в других постсоциалистических странах Центральной и Восточной Европы. В Чешской Республике, Венгрии и Польше три четверти населения ощущают полный контроль над своей жизнью, тогда как в России - только половина. Еще больше отстают россияне по уровню социальной уверенности от жителей США. По данным исследования мировых ценностей (World Values Survey)<sup>26</sup> уверенность в своей способности влиять на жизненные обстоятельства выразили 83% американцев против 43% россиян. В то время как в начале 90-х годов 56% россиян в полной мере ощущали свободу выбора и контроль над жизнью.

<sup>26</sup> <http://www.worldvaluessurvey.org/>, (данные 1995-1997 гг.)

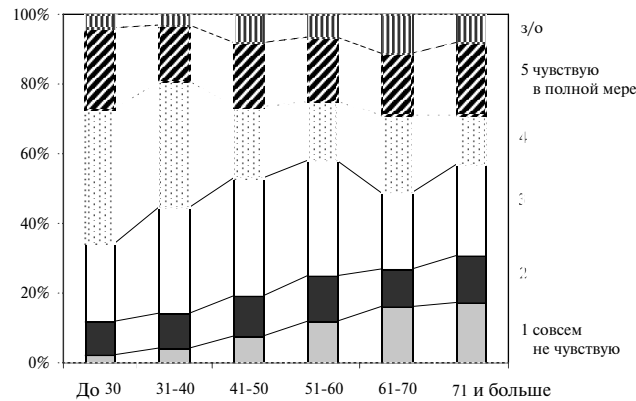


Рис. 6.4.4. Ощущение свободы выбора и контроля над жизнью в зависимости от возраста

#### Участие в добровольных организациях

Среди всех типов перечисленных организаций, членство в профсоюзах было на первом месте (11% респондентов) (табл. 6.4.8). На самом деле эта цифра должна быть больше (учитывая, что 24% респондентов работают на государственных предприятиях), но ввиду того, что профсоюзы стали "невидимыми", москвичи, вероятно, забыли, что являются членами этой организации. На втором месте по количеству членов расположились спортивные клубы. Около 6% москвичей заявили о своей принадлежности к ним. В целом необходимо отметить необычайно низкую вовлеченность жителей города в общественную жизнь.

Таблица 6.4.8.

#### Членство москвичей в различных организациях и ассоциациях

	Активный член	Рядовой член	Не член
Спортивный клуб	1,8	3,9	94,4
Экологическая организация	0,1	0,6	99,3
Культурное, музыкальное, танцевальное или театральное общество	1,1	1,7	97,2
Женская организация	0,1	0,7	99,2
Общество трезвости	0,0	0,3	99,7
Общественная организация по месту жительства	0,9	1,2	97,9
Политическая партия	0,5	0,9	98,6
Профсоюз	1,3	9,6	89,1
Религиозная организация	0,3	1,7	98,1
Другие клубы или ассоциации	1,8	2,9	95,3

Одной из наиболее популярных мер социального капитала является инструмент Патнема  $P$  (Putnam's instrument), позволяющий определить плотность членства в добровольных организациях.

$P$  может быть вычислен двумя способами: путем опроса людей, о том, членами каких организаций они являются, и опроса организаций о количестве их членов:

Определение	Подсчет людей	Подсчет организаций
Человек $p_i$ является членом $y_i$ организаций	$i = 1, \dots, n$ людей	$j = 1, \dots, m$ организаций
Организация $j$ имеет $z_j$ членов	$N = \sum_i y_i$	$M = \sum_j z_j$
$P = N/n = M/n$		

Табл. 6.4.9 показывает распределение плотности членства москвичей в добровольных организациях и ассоциациях.

Таблица 6.4.9.

#### Распределение плотности членства москвичей в различных организациях и ассоциациях

Возраст	Количество организаций, членом которых является респондент			$P$
	0	1	2 и больше	
<b>Мужчины</b>				
До 30	62,1	33,1	4,8	0,45
31-40	69,9	26,9	3,2	0,42
41-50	74,0	23,1	2,9	0,37
51-60	70,9	24,4	4,7	0,35
61-70	80,7	17,5	1,8	0,21
71 и больше	71,7	19,6	8,7	0,41
Итого	70,4	25,5	4,1	0,38
<b>Женщины</b>				
До 30	77,3	19,9	2,8	0,28
31-40	77,6	20,4	2,0	0,33
41-50	72,7	23,4	3,9	0,31
51-60	77,8	21,4	0,8	0,23
61-70	83,5	16,5	0,0	0,17
71 и больше	82,8	15,1	2,1	0,23
Итого	78,2	19,7	2,1	0,26
<b>Все население</b>				
До 30	70,2	26,0	3,8	0,36
31-40	73,8	23,6	2,6	0,37
41-50	73,3	23,3	3,4	0,34
51-60	74,9	22,7	2,5	0,28
61-70	82,5	16,9	0,6	0,18
71 и больше	79,1	16,5	4,3	0,29
Итого	74,9	22,2	2,9	0,31

Среднестатистический житель Москвы является членом 0,31 организаций. Этот результат очень похож на полученный ранее Сиисиэйннен (Siisiäinen, 1999) [334] для прибалтийских стран и Хьёлунд, Палдем и Свендсен (Hjølund, Paldam & Svendsen, 2001) [335] для России в целом (табл. 6.4.10).

Таблица 6.4.10.

**Плотность членства в добровольных организациях  
россиян и жителей других стран**

	Финляндия*	Норвегия*	Швеция*	Эстония*	Латвия*	Литва*	Россия**
<b>0</b>	23	25	9	54	70	67	68
<b>1</b>	30	29	23	29	22	25	25
<b>2 и больше</b>	47	46	68	17	8	8	7
<b>П</b>	<b>1,7</b>	<b>1,7</b>	<b>2,6</b>	<b>0,7</b>	<b>0,5</b>	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>

\* Siisiäinen M. Voluntary associations and social capital in Finland / Cpt 6 in Deth, Maraffi, Newton & Whiteley, 1999

\*\* Hjølund, Paldam, Svendsen Social capital in Russia and Denmark: a comparative study, Aarhus, Denmark, 25/7-2001 / In the book project Paldam, M. and Svendsen, G.T. Trust, Social Capital and Economic Growth: An International Comparison. - Edward Elgar, Cheltenham, UK, 2003.

Из табл. 6.4.9 видно, что мужчины значительно активнее женщин. С возрастом мужчины все меньше принимают участие в организациях и ассоциациях, однако всплеск активности наступает вновь после 70 лет.

Участие в политической жизни - другое измерение социального капитала. Как показало обследование, политикой интересуются более половины москвичей (58,7%). Интерес к политике чаще демонстрируют мужчины, чем женщины (63,9% и 54,7% соответственно). Чем старше респонденты, тем чаще они интересуются политикой: до 30 лет - 49,1%, 31-40 лет - 53,9%, 41-50 лет - 60,8%. 51-60 лет - 61,1%, 61-70 лет - 71,9%. У респондентов старше 70 лет интерес к политике уменьшается (табл. 6.4.11). Вероятно, на первый план выходят другие проблемы, в том числе и связанные со здоровьем.

Таблица 6.4.11.

**Интерес к политике в зависимости от пола и возраста**

Возраст	Мужчины				Женщины				Все население			
	Интересуются	Не интересуются	З/О	Итого	Интересуются	Не интересуются	З/О	Итого	Интересуются	Не интересуются	З/О	Итого
<b>До 30</b>	50,0	46,0	4,0	100	48,2	51,8	0,0	100	49,1	49,1	1,9	100
<b>31-40</b>	61,3	36,6	2,2	100	46,9	53,1	0,0	100	53,9	45,0	1,0	100
<b>41-50</b>	70,2	29,8	0,0	100	53,1	46,1	0,8	100	60,8	38,8	0,4	100
<b>51-60</b>	68,6	31,4	0,0	100	55,6	42,7	1,7	100	61,1	37,9	1,0	100
<b>61-70</b>	82,5	15,8	1,8	100	66,0	33,0	1,0	100	71,9	26,9	1,3	100
<b>71 и больше</b>	60,9	39,1	0,0	100	61,3	37,6	1,1	100	61,2	38,1	0,7	100
<b>Итого</b>	<b>63,9</b>	<b>34,5</b>	<b>1,6</b>	<b>100</b>	<b>54,7</b>	<b>44,6</b>	<b>0,7</b>	<b>100</b>	<b>58,7</b>	<b>40,3</b>	<b>1,1</b>	<b>100</b>

Еще одно измерение социального капитала касается политической осведомленности, которую можно измерить с помощью распространенности такого занятия как чтение публикаций по политическим и общественным вопросам (табл. 6.4.12).

Таблица 6.4.12.

**Чтение публикаций по политическим и общественным вопросам  
в зависимости от пола**

	Мужчины	Женщины	Все население
<b>Нисколько</b>	38,2	52,2	46,2
<b>До 15 минут</b>	26,7	24,1	25,2
<b>16-30 минут</b>	19,4	11,9	15,1
<b>31-60 минут</b>	9,8	6,9	8,2
<b>Больше 60 минут</b>	5,9	4,9	5,3
<b>Итого</b>	100,0	100,0	100,0

Обследование показало, что около половины москвичей (46,2%) вообще не читают публикаций, посвященных общественным и политическим вопросам. При этом мужчины уделяют чтению газет больше времени по сравнению с женщинами.

Однако чтение газет не является единственным способом получения информации о политической и общественной жизни страны. Согласно результатам обследования большинство москвичей предпочитают получать информацию такого рода из радио или телевизионных передач (табл. 6.4.13).

Таблица 6.4.13.

**Прослушивание по радио и просмотр по ТВ передач о политике и общественной жизни в зависимости от пола**

	Мужчины	Женщины	Все население
Нисколько	12,4	13,1	12,8
До 15 минут	16,1	17,9	17,1
16-30 минут	25,7	28,1	27,1
31-60 минут	26,5	20,7	23,2
Больше 60 минут	19,4	20,1	19,8
Итого	100,0	100,0	100,0

Около десятой части респондентов (11%) никогда не читают газет, не слушают радио программы и не смотрят ТВ передачи, посвященные политическим и общественным вопросам. Среди мужчин таких оказалось 9,6%, среди женщин - 12%. Как уже было замечено, чем старше становятся респонденты, тем больше они интересуются политическими и общественными вопросами. С возрастом уменьшается число жителей Москвы, которые никогда не читают публикаций, не слушают радио и не смотрят передачи, посвященные этой тематике: в возрастной группе до 30 лет таких было 21%, 31-40 лет - 10%, 41-50 лет - 9%, 51-60 лет - 7%, 61-70 лет - 5%, 71 и старше - 10%.

### Доверие

Проведенное обследование позволило также оценить ту роль в жизни страны, то влияние, которым обладают в глазах общественно-го мнения различные институты власти и общественные организации. Респондентам обследования было предложено оценить доверие 14 различным органам власти по пятибалльной шкале. Оценка 1 соответствовала ответу "совсем нет доверия", а оценка 5 - "самое высокое доверие".

Обследование показало, что москвичи не доверяют практически ни одному из властных институтов, за исключением президента и церкви (табл. 6.4.14).

Таблица 6.4.14.

**Доверие населения различным органам власти**

	Президенту	Правительству	Государственной Думе	Какой-либо партии	Местным органам власти	Суду	Милиции	Армии	Профсоюзам	Телевидению, радио	Прессе	Банковской системе	Церкви	Медицинским учреждениям
1 Совсем нет доверия	15,1	29,9	40,5	46,7	33,5	37,8	45,9	35,0	36,8	29,9	29,1	30,8	13,7	13,5
2	8,2	17,0	20,4	11,8	14,2	12,4	15,9	12,5	11,8	18,2	16,7	10,9	7,0	11,4
3	22,5	26,1	21,5	12,8	20,4	17,2	17,4	16,5	12,4	31,8	31,1	22,9	16,6	32,7
4	25,1	11,5	5,0	6,3	10,4	6,9	6,6	12,6	5,2	12,7	11,8	14,6	23,6	28,6
5 Самое высокое доверие	22,2	3,1	1,5	3,4	4,8	2,0	3,1	5,7	2,3	3,0	3,0	4,2	22,4	7,8
3/0	6,9	12,4	11,1	18,9	16,6	23,7	11,2	17,7	31,5	4,3	8,2	16,5	16,7	6,0
Итого	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Так, президенту оказывают самое высокое доверие 22,2% респондентов, а церкви - 22,4%. Правительству в настоящее время оказывают высокое доверие 3,1% москвичей, тогда как тех, кто заявляет о полном отсутствии доверия, почти в 10 раз больше - 29,9%. Госдума пользуется полным доверием всего у 1,5% опрошенных, совсем не доверяют ей 40,5%. Наибольшее недоверие москвичей, судя по данным опроса, вызывают современные политические партии - 46,7% участников опроса заявили о своем недоверии к ним. Налицо преобладание негативного отношения жителей Москвы к так называемым институтам "третьей власти", призванным защищать гражданские права и свободы. По данным обследования, милиции полностью доверяют 3,1% опрошенных, совсем не доверяет 45,9%, судам - 2% против 37,8%.

Причем женщины гораздо в большей степени по сравнению с мужчинами доверяют органам власти (рис. 6.4.5). Например, президенту оказали самое высокое доверие 26,8% женщин и 16,1% мужчин.

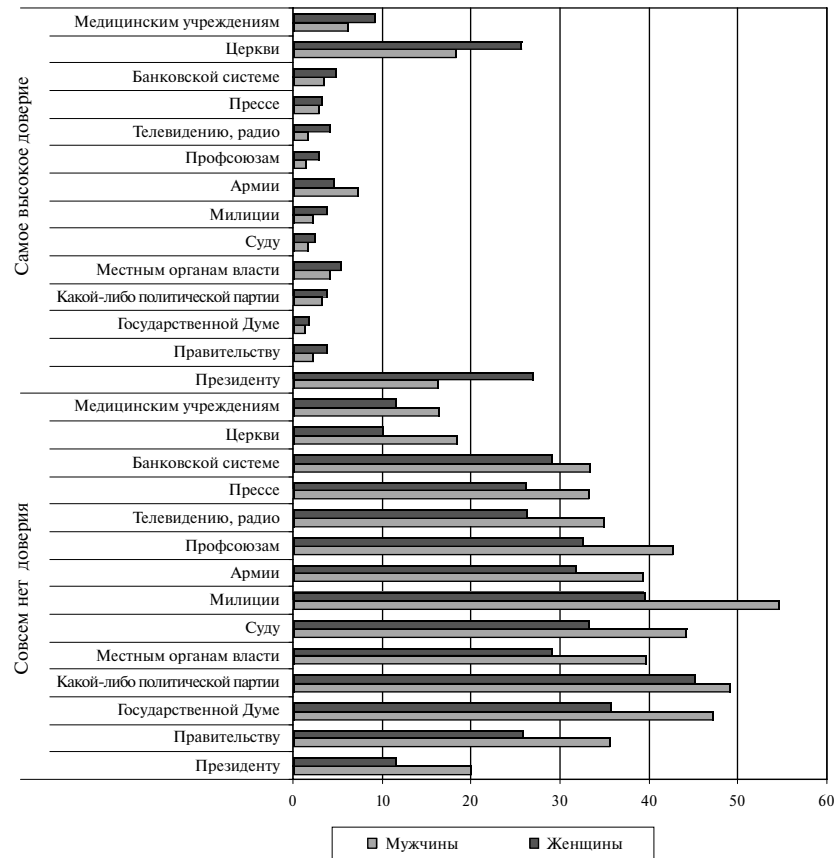


Рис. 6.4.5. Доля респондентов, оказавших самое высокое и самое низкое доверие органам власти

Рис. 6.4.6 демонстрирует средние оценки, выражающие доверие каждому из властных институтов, исчисленные по пятибалльной шкале оценок, выставляемых респондентами.

Партии и профсоюзы получили самую низкую оценку - 1,86 и 1,89 соответственно, ниже даже, чем милиция (1,93). Примечательно, что Дума располагается прямо рядом с милиционерами (1,95). Судам оказывается чуть большее доверие (1,99). Перешагнули отметку 2 балла армия (2,29), телевидение, радио и пресса (2,38), банковская система (2,41). Реально пользующимися доверием можно назвать только те институты, у которых средняя оценка превышает 3 балла. На первом месте здесь церковь (3,41), затем идут президент (3,33), медицинские учреждения (3,06).

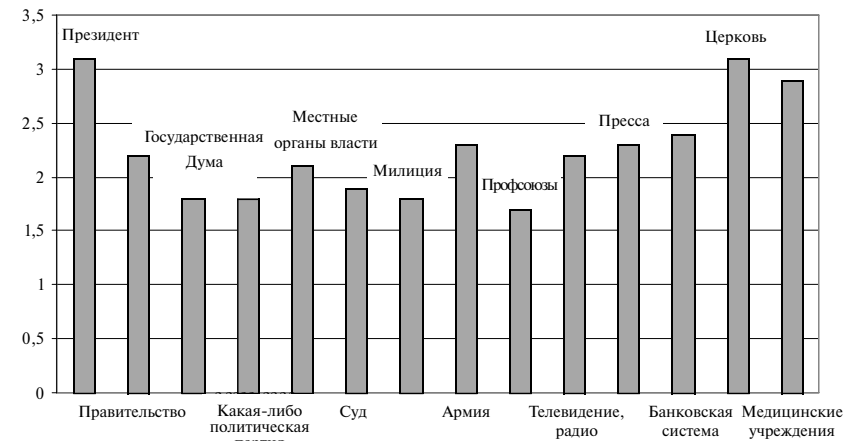


Рис. 6.4.6. Средние оценки доверия населения различным органам власти

При понижении доверия к президенту происходит снижение доверия к другим властным институтам, которые, таким образом, не являются альтернативными объектами доверия. Если человек не доверяет и президенту, то он уже чаще всего никому и ничему не доверяет. Так, из тех, кто не доверяет президенту (а таких у нас оказалось 23,3% от числа опрошенных (оценивших свое доверие на 1 и 2)), 97,8% не доверяют и правительству, 98,5% - Государственной Думе, 85,6% - какой-либо партии, 83,5% - местным органам власти, 87,4% - суду, 88% - милиции, 80,5% - армии, 86,7% - профсоюзам, 77,6% - телевидению и радио, 71,9% - прессе, 68,6% - банковской системе. Исключение составляют церковь и медицинские учреждения: из тех, кто не доверяет президенту, только около 50% не оказывают доверие этим институтам. Таким образом, недоверие к президенту выражает общее недоверие к обществу, общее недовольство им и своим положением в нем.

Таблица 6.4.15.

Доля респондентов, оказавших высокое и самое высокое доверие органам власти (в % к соответствующей возрастной группе)

	Президенту	Правительству	Государственной Думе	Какой-либо партии	Местным органам власти	Суду	Милиции	Армии	Профсоюзам	Телевидению, радио	Прессе	Банковской системе	Церкви	Медицинским учреждениям
До 30	41,6	11,3	6,4	6,8	11,2	17,0	9,3	13,8	9,3	17,3	18,0	35,6	49,1	36,8
31-40	48,9	18,0	6,4	9,0	17,4	13,1	11,6	24,8	10,3	12,1	10,6	22,3	51,7	41,8
41-50	43,9	7,9	4,0	8,0	18,8	5,6	11,1	17,2	6,1	13,8	14,2	14,7	54,5	37,3
51-60	52,7	16,9	5,0	15,2	17,8	8,2	9,4	22,0	9,5	14,1	13,0	16,9	56,1	36,3
61-70	56,9	23,6	9,5	18,2	22,3	6,3	11,5	27,9	14,3	15,5	18,2	14,1	59,0	32,2
71 и больше	72,0	31,9	16,4	20,5	28,9	22,7	15,0	41,0	24,1	29,8	27,3	28,3	68,5	50,7

Интересно рассмотреть, как зависит доверие москвичей от возраста (табл. 6.4.15). Сразу бросается в глаза высокий, по сравнению с другими возрастными группами, процент "доверяющих" и "очень доверяющих" в группе самого старшего возраста (71 год и старше). С возрастом увеличивается доля респондентов, оказывающих высокое и очень высокое доверие президенту, какой-либо политической партии, местным органам власти, армии. Правительству, Государственной Думе, суду, профсоюзам, телевидению, прессе меньше всего доверяют люди среднего возраста. Заметим, что банковская система большим доверием пользуется у молодежи в возрасте до 30 лет: 35,6% жителей Москвы соответствующего возраста оказывают высокое и самое высокое доверие банковской системе. Люди более старших возрастов, наученные горьким опытом, настороженно относятся к ней.

Доверие людям (межличностное доверие) было измерено по пятибалльной шкале с помощью вопроса о том, можно ли доверять большинству людей или надо быть осторожными при общении с людьми. Оценка 1 соответствовала ответу "надо быть осторожным", а оценка 5 - "можно доверять большинству". Полученные результаты свидетельствуют о том, что большинство москвичей не доверяют друг другу: 42,9% респондентов полагают, что надо быть осторожным при обще-

нии с людьми, и только 6,6% придерживаются мнения, что можно доверять большинству людей (табл. 6.4.16). Женщины чуть более настороженно относятся к людям по сравнению с мужчинами (доля женщин, полагающих, что надо быть осторожным при общении с людьми, составила 43,8% против 41,6% мужчин).

Таблица 6.4.16.

Распределение уровня доверия людям по полу

	Мужчины	Женщины	Все население
1 (надо быть осторожным)	41,6	43,8	42,9
2	14,3	14,4	14,4
3	22,4	20,6	21,3
4	12,0	13,1	12,6
5 (можно доверять большинству)	6,2	6,3	6,6
3/0	2,9	1,8	2,3
Итого	100	100	100
В среднем	2,3	2,2	2,2

Очевидно, что с возрастом, приобретенным жизненным опытом, доверие другим людям уменьшается: доля респондентов, считающих, что надо быть осторожными с другими людьми, в возрасте до 30 лет составляет 37%, а в возрасте 51-60 лет - уже половина респондентов убеждена в этом (табл. 6.4.17).

Таблица 6.4.17.

Распределение уровня доверия людям по возрасту

Возраст	Надо быть осторожным	2	3	4	Можно доверять большинству	3/0	Итого	В среднем
До 30	37,4	15,1	22,3	15,1	8,7	1,5	100,0	2,4
31-40	37,7	17,3	23,0	12,0	5,2	4,7	100,0	2,3
41-50	37,5	14,2	27,6	11,6	7,3	1,7	100,0	2,4
51-60	51,7	12,8	17,7	9,9	6,9	1,0	100,0	2,1
61-70	48,8	14,4	18,1	14,4	1,9	2,5	100,0	2,0
71 и больше	49,6	11,5	15,8	12,2	7,9	2,9	100,0	2,1

Надо сказать, что доверие является одним из самых мощных факторов, определяющих не только социальное, но и экономическое здоровье страны. В странах с низким уровнем доверия люди боятся вступать в товарные и финансовые операции, соответственно, потенциал для экономического роста гораздо ниже. Ученые делают вывод, что странам, где уровень доверия ниже 30% грозит опасность надолго попасть в ловушку бедности. По данным исследования мировых ценностей (World Value Survey)<sup>27</sup> в скандинавских странах около 60% людей считают, что можно доверять другим людям<sup>28</sup>. В странах Южной Америки, таких как Бразилии или Перу - только 5%. В России же в соответствии с данными этого исследования всего 23% придерживаются мнения, что можно доверять людям. В начале 90-х годов число жителей России, полагающих, что можно доверять большинству людей, было значительно больше - 38%.

Статистический анализ влияния социального капитала на различия в здоровье москвичей был проведен с помощью логистической регрессии. В качестве зависимой переменной была рассмотрена самооценка здоровья.

Три группы независимых переменных были использованы в логистическом анализе. Первая группа относится к неформальным социальным связям и неформальной социальной поддержке и включает такие индикаторы как взаимоотношения между членами семьи, частота общения москвичей с соседями, частота общения с родственниками и друзьями, представленная четырьмя разными переменными (посещение родственников, прием родственников, посещение друзей и знакомых, прием друзей и знакомых). Аналогично, частота общения с посторонними людьми представлена тремя вопросами (общение с незнакомыми людьми, общение с людьми из другого социального круга, общение с людьми других возрастных групп). Следующая переменная касается помощи в кризисной ситуации. Респондентам было предложено ответить на вопросы о том, знают ли они кого-нибудь, кто придет к ним на помощь, если они заболеют, если необходимо занять 3000 рублей, если нужна компания или необходимо поговорить о личных проблемах. Ответы на эти вопросы были скомбинированы в одну переменную с тремя категориями. К первой были отнесены респонденты, которым не к кому обратиться в кризисной ситуации или кто

<sup>27</sup> <http://www.worldvaluessurvey.org/>, (данные 1995-1997 гг.)

<sup>28</sup> На вопрос "Как вы считаете можно ли доверять большинству людей или надо быть осторожным при общении с людьми?" можно было дать два ответа: "Надо быть осторожным", "Можно доверять большинству".

утвердительно ответил на один из этих вопросов. Ко второй категории были отнесены респонденты, которые знают кого-либо, кто придет на помощь в 2-х кризисных ситуациях; третью категорию представляют те москвичи, которые ответили утвердительно на 3 или 4 вопроса.

Были так же рассмотрены такие индикаторы как чувство одиночества и ощущение контроля над жизнью.

Согласно полученным результатам (табл. 6.4.18) отношения в семье оказывают существенное влияние на здоровье жителей столицы, в особенности на здоровье женщин. Для тех женщин, которые охарактеризовали отношения в своих семьях как напряженные, неровные, с частыми ссорами, риск иметь плохое здоровье практически в 4 раза выше (OR=3,75), чем для женщин, отношения в семьях которых хорошие, дружеские. Общение с соседями не имеет никакой связи со здоровьем москвичей. Что касается общения с родственниками, то для опрошенных особенно важно иметь возможность посещать их. Так, OR для тех москвичей, которые никогда не навещают родственников, было равно 2,52 для мужчин и 2,78 для женщин. При этом возможность принимать у себя родственников никак не влияет на здоровье респондентов, так же как и возможность приглашать к себе друзей и знакомых. А вот возможность навещать друзей и знакомых оказалась важным фактором здоровья для женщин, но не для мужчин. Риск иметь плохое здоровье для женщин, которые никогда не навещают друзей и знакомых в 3 раза выше (OR=2,96), чем для женщин, которые часто ходят в гости.

Анализ показал, что частота общения с посторонними людьми существенно влияет на здоровье мужчин. Так, те из них, кто никогда не общается с незнакомыми людьми, с людьми из другого социального круга или с людьми из других возрастных групп, чаще имеют плохое здоровье (OR=2,8, OR=2,4 и OR=3,2 соответственно), по сравнению с теми мужчинами, кто общается с посторонними часто.

Помощь в кризисной ситуации тесно связана со здоровьем женщин. Для женщин, которым не к кому обратиться в трудной ситуации или есть только один человек, который пришел бы к ним на помощь, риск иметь плохое здоровье возрастает почти в 3 раза (OR=2,74).

Чувство одиночества тесно связано с ухудшением здоровья, как для мужчин, так и для женщин. Для жителей Москвы, которые часто чувствуют себя одинокими, шансы иметь плохое здоровье увеличиваются более чем втрое (OR=3,25 для мужчин и OR=3,48 для женщин) по сравнению с теми, кто никогда не страдает от одиночества. Ощущение низкого контроля над жизнью значительно повышает риск плохого здоровья у мужчин (OR=3,93), для здоровья женщин этот индикатор не важен.



Таблица 6.4.18.

Социальные связи, социальная поддержка и самооценка здоровья  
("плохое" и "очень плохое" здоровье)

	Мужчины		Женщины	
	OR	CI	OR	CI
<b>Взаимоотношения между членами семьи</b>				
Хорошие, дружеские*	1		1	
Нормальные	1,56	(0,80-3,02)	1,89	(1,14-3,12)
Напряженные, неровные, частые ссоры	1,70	(0,53-5,49)	3,75	(1,82-7,74)
Одиночки	1,93	(0,76-4,92)	2,04	(1,09-3,84)
<i>Significance</i>		ns		P<0,001
<b>Общение с соседями</b>				
Почти каждый день или каждую неделю*	1		1	
Каждый месяц или несколько раз в год	0,63	(0,33-1,20)	1,02	(0,63-1,66)
Не каждый год	0,85	(0,31-2,30)	1,38	(0,65-2,90)
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Посещение родственников</b>				
Часто*	1		1	
Редко	0,74	(0,39-1,38)	1,22	(0,78-1,89)
Никогда	2,52	(0,89-7,16)	2,78	(1,33-5,80)
<i>Significance</i>		ns		P<0,05
<b>Прием родственников</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,16	(0,63-2,12)	0,89	(0,59-1,36)
Никогда	1,17	(0,40-3,44)	1,28	(0,54-3,03)
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Посещение друзей и знакомых</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,17	(0,60-2,27)	1,29	(0,82-2,04)
Никогда	1,62	(0,55-4,80)	2,96	(1,45-6,02)
<i>Significance</i>		ns		P<0,01
<b>Прием друзей и знакомых</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,55	(0,81-2,99)	0,91	(0,59-1,41)
Никогда	1,68	(0,58-4,88)	1,68	(0,76-3,69)
<i>Significance</i>		ns		ns

Продолжение табл. 6.4.18.

	Мужчины		Женщины	
	OR	CI	OR	CI
<b>Общение с незнакомыми людьми</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,70	(0,85-3,38)	1,26	(0,77-2,07)
Никогда	2,80	(1,20-6,55)	1,42	(0,78-2,58)
<i>Significance</i>		P<0,05		ns
<b>Общение с людьми из другого социального круга</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,19	(0,58-2,48)	1,34	(0,78-2,31)
Никогда	2,41	(1,09-5,32)	1,69	(0,95-3,03)
<i>Significance</i>		P<0,05		ns
<b>Общение с людьми других возрастных групп (вне семьи)</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,55	(0,82-2,92)	1,44	(0,91-2,28)
Никогда	3,22	(1,20-8,67)	1,68	(0,92-3,08)
<i>Significance</i>		P<0,05		ns
<b>Помощь в кризисной ситуации</b>				
0-1	1,73	(0,62-4,87)	2,74	(1,04-7,22)
2	1,96	(0,87-4,45)	1,60	(0,85-3,02)
3-4*	1		1	
<i>Significance</i>		ns		P<0,05
<b>Чувство одиночества</b>				
Часто	3,25	(1,26-8,37)	3,48	(1,85-6,57)
Иногда	2,15	(1,00-4,61)	2,43	(1,42-4,17)
Редко	1,84	(0,89-3,82)	1,52	(0,86-2,70)
Никогда*	1		1	
<i>Significance</i>		P<0,05		P<0,001
<b>Контроль над жизнью</b>				
Низкий	3,93	(1,95-7,92)	1,63	(0,97-2,74)
Средний	1,18	(0,54-2,56)	1,29	(0,77-2,16)
Высокий*	1		1	
<i>Significance</i>		P<0,001		ns

\* контрольная (reference) группа

OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Другая группа переменных, влияние которых на неравенство в здоровье было проанализировано с помощью логистической регрессии, характеризует участие москвичей в общественной жизни - участие в гражданских организациях и ассоциациях (является ли респондент членом какой-либо организации или нет).

Наконец, последняя группа переменных характеризует уровень доверия в обществе: доверие четырнадцати различным институтам власти и межличностное доверие. Ответы на вопрос о доверии органам власти, представленные в виде пятибалльной шкалы (с оценками 1 - "совсем нет доверия", 5 - "самое высокое доверие"), были скомбинированы в переменную с двумя категориями: "нет доверия" (оценки 1 и 2) и "есть доверие" (оценки 3, 4, 5). Для того чтобы выяснить насколько москвичи в целом доверяют или не доверяют органам власти, исходя из их ответов, для каждого из них была вычислена средняя оценка доверия четырнадцати общественным организациям. Затем все участники обследования были разделены на три группы: те, у которых средняя оценка меньше 2,5 баллов ("низкое доверие"), 2,5-3,5 балла ("среднее доверие") и больше 3,5 баллов ("высокое доверие"). К первой группе относились 50% респондентов, ко второй - 40%, к третьей - 10%.

Ответы на вопрос о том, можно ли доверять большинству людей или надо быть осторожными при общении с людьми, были сгруппированы как "низкое доверие" (оценки 1, 2), "среднее доверие" (оценка 3) и "высокое доверие" (оценки 4, 5).

В соответствии с результатами логистического анализа (табл. 6.4.19) членство в гражданских организациях и ассоциациях оказывает влияние на самооценку здоровья москвичек: для тех женщин, которые не принадлежат к какой-либо добровольной организации, шансы иметь плохое здоровье увеличиваются в 2 раза (OR=1,83).

Для того чтобы не загромождать таблицу, в нее были включены наиболее интересные результаты, касающиеся влияния доверия различным органам власти на самооценку здоровья москвичей. Так, недоверие президенту негативно воздействует на здоровье мужчин: OR=3,61 для тех мужчин, которые не доверяют президенту. На здоровье женщин недоверие президенту не оказывает никакого влияния. Ранее было установлено, что если человек не доверяет президенту, то он не доверяет практически ни одному из представленных органов власти (за исключением церкви и медицинских учреждений). Недоверие президенту можно рассматривать как недоверие государственной системе в целом. К другим институтам, недоверие которым, как показало исследование, повышает шансы мужчин иметь плохое здоровье, относятся профсоюзы, суд, телевидение и радио, медицинские учреждения, правительство, банковская система.

Таблица 6.4.19.

Участие, доверие и самооценка здоровья  
("плохое" и "очень плохое" здоровье)

	Мужчины		Женщины	
	OR	CI	OR	CI
<b>Членство в организациях</b> (Не член)	1,40	(0,70-2,83)	1,83	(1,04-3,22)
<i>Significance</i>		ns		P<0,05
<b>Доверие различным органам власти</b>				
<b>Президент</b> (Нет доверия)	3,61	(1,92-6,78)	1,25	(0,73-2,14)
<i>Significance</i>		P<0,001		ns
<b>Правительство</b> (Нет доверия)	1,94	(1,02-3,68)	1,36	(0,87-2,12)
<i>Significance</i>		P<0,05		ns
<b>Суд</b> (Нет доверия)	2,36	(1,04-5,35)	1,08	(0,62-1,87)
<i>Significance</i>		P<0,05		ns
<b>Профсоюзы</b> (Нет доверия)	2,60	(1,00-6,79)	0,74	(0,44-1,27)
<i>Significance</i>		P<0,05		ns
<b>Телевидение, радио</b> (Нет доверия)	1,98	(1,08-3,63)	1,01	(0,66-1,53)
<i>Significance</i>		P<0,05		ns
<b>Банковская система</b> (Нет доверия)	1,93	(0,99-3,79)	1,72	(1,07-2,75)
<i>Significance</i>		P<0,05		P<0,05
<b>Медицинские учреждения</b> (Нет доверия)	1,98	(1,08-3,64)	1,08	(0,67-1,76)
<i>Significance</i>		P<0,05		ns
<b>Доверие органам власти в целом</b>				
Низкое	2,12	(0,47-9,69)	1,33	(0,70-2,55)
Среднее	1,51	(0,32-7,07)	1,51	(0,79-2,88)
Высокое*	1		1	
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Доверие людям</b>				
Низкое	2,09	(0,83-5,26)	1,03	(0,61-1,76)
Среднее	0,88	(0,28-2,78)	0,79	(0,40-1,56)
Высокое*	1		1	
<i>Significance</i>		ns		ns

\* - контрольная (reference) группа

OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Женщины гораздо в меньшей степени интересуются политикой и в большей степени оказывают доверие органам власти по сравнению с мужчинами. Полученные результаты свидетельствуют о том, что единственный институт, недоверие которому увеличивает шансы женщин иметь плохое здоровье, - банковская система. Влияние доверия различным органам власти в целом, хоть и показало ясный градиент для мужчин (шансы мужчины, которые не доверяют властным институтам, иметь плохое здоровье увеличиваются в два раза по сравнению с теми, кто оказывает высокое доверие), было статистически незначимым. То же касается и доверия людям. На здоровье женщин недоверие не оказывало никакого влияния.

### Социальный капитал и психическое здоровье

Психические расстройства, как и многие другие состояния здоровья, возникают из взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов [336, 337]. Классические исследования [338, 339, 340] свидетельствуют о существовании связи между психическим здоровьем и социальной структурой, социальной изоляцией и бедностью.

Существуют два традиционных объяснения связи между психическими расстройствами и низким уровнем социального капитала.

Одно из них состоит в том, что психическое расстройство наносит ущерб психологическому и социальному функционированию, что способствует нисходящему "социальному сдвигу" [341, 342]. Таким образом, индивиды с психическими расстройствами и психической нетрудоспособностью оказываются в социально невыгодном окружении. Некоторые психические расстройства, как, например, шизофрения, могут привести к драматической социальной деградации в результате нарушенного психического и социального функционирования. Симптомы психических расстройств оказывают негативное воздействие на возможности индивида справляться с обычными нуждами межличностного взаимодействия [343]. Неблагоприятные эффекты на социализацию могут также иметь место при более общих психических расстройствах, как, например, депрессия и беспокойство. Эти психические расстройства приводят к неблагоприятным последствиям, включающим разрушение стабильности в браке [344], высокие показатели подросткового материнства [345], более слабую общественную связь [346].

Второе объяснение связи между психическими расстройствами и низким уровнем социального капитала заключается в том, что индивиды в социально невыгодной обстановке более подвержены влиянию психосоциальных раздражителей (неблагоприятных событий жизни). Эти раздражители действуют как спусковой механизм для наступления симптомов психических расстройств и потери индивидуальных психологических способностей, необходимых для социального функ-

ционирования [347]. Психосоциальные механизмы возникновения психических расстройств включают аномию<sup>29</sup>, ощущение безвыходности, опасности, крушение стремлений, низкую самооценку [310].

Существует достоверное подтверждение того, что влияние этих раздражителей опосредованы психологическими, социальными и физическими ресурсами, доступными в среде индивида [310]. Вмешательство, которое увеличивает эти ресурсы, может оказать защитное действие против неблагоприятных эффектов психосоциальных раздражителей [348]. Например, одной из причин возникновения депрессии является недостаток доверительных связей. Безработица, финансовые трудности и низкий социальный статус также способствуют появлению депрессии [349]. Все эти факторы прямо или косвенно оказывают влияние на социальную сплоченность. Низкий уровень социального капитала может привести к повышенной инцидентности депрессии. Даже в условиях, когда психосоциальные показатели обычно не рассматриваются как патологические, наблюдается эта связь. Например, социально изолированные пожилые люди имеют сравнительно больший риск возникновения болезни Альцгеймера, независимо от других факторов риска [350]. В своем макроэкономическом исследовании социального капитала в России Р.Роуз (Rose, 1999) [351] обнаружил, что меры социального капитала объясняют почти 10% вариации "эмоционального здоровья".

Из всего вышесказанного можно сделать вывод о том, что взаимосвязь между социальным капиталом и психическими расстройствами не однонаправленная (социальный капитал оказывает воздействие на психическое здоровье, так же как и психическое здоровье влияет на социальный капитал), и выяснение причинности требует дальнейшего исследования.

Вышеизложенная гипотеза о влиянии социального капитала на возникновение психических расстройств была протестирована в нашем исследовании с помощью логистической регрессии.

Как показывают результаты анализа (табл. 6.4.20) наличие симптомов психических заболеваний тесно связано с чувством одиночества респондентов. Для тех москвичей, которые часто чувствуют себя одинокими,

<sup>29</sup> АНОМИЯ (от фр. *anomie* - отсутствие закона) - термин введен Э. Дюркгеймом (90-е годы XIX в.) и обозначает нарушение культур, единства общества, возникшее из-за отсутствия четко установленных норм. У Дюркгейма А. - означала распад прочной системы нравственных ценностей: рост преступности, числа самоубийств, разводов. А. выступает не столько причиной, сколько следствием нарушения той части культур, единства, которая касается религиозных и семейных ценностей. Особенность проявления А. в нашей стране заключается в отказе ориентироваться на позитивные нормы (нормы разрешающие), в руководстве принципом: разрешено все, что не запрещено, чем произвольно расширяются границы допустимого.

риск возникновения психических расстройств возрастает девятикратно (для женщин (OR=8,81)) и пятикратно (для мужчин (OR=4,67)) по сравнению с теми респондентами, которые никогда не испытывают такого чувства. Другим фактором, оказывавшим сильное влияние на психическое состояние москвичей, являются взаимоотношения в семье. Женщины, отношения в семьях которых характеризуются как напряженные, неровные, с частыми ссорами и конфликтами, в 3 раза (OR=3,4) чаще испытывают симптомы, связанные с психическими проблемами. Для мужчин этот риск возрастает семикратно (OR=6,84) по сравнению с теми мужчинами, отношения в семье которых хорошие, дружеские. Значительно слабая, но статистически значимая, ассоциация наблюдалась между наличием симптомов психических расстройств и ощущением контроля над жизнью (OR=1,71 для мужчин и OR=1,62 для женщин, которые ощущают низкий контроль над жизнью).

Таблица 6.4.20.

**Социальные связи, социальная поддержка и симптомы психических расстройств**

	Мужчины		Женщины	
	OR	CI	OR	CI
<b>Взаимоотношения между членами семьи</b>				
Хорошие, дружеские*	1		1	
Нормальные	1,42	(0,95-2,13)	1,87	(1,28-2,73)
Напряженные, неровные, частые ссоры	6,84	(2,71-17,22)	3,40	(1,69-6,83)
Одиночки	1,51	(0,81-2,82)	1,67	(0,96-2,90)
<i>Significance</i>		P<0,001		P<0,001
<b>Общение с соседями</b>				
Почти каждый день или каждую неделю*	1		1	
Каждый месяц или несколько раз в год	1,23	(0,84-1,80)	1,28	(0,89-1,85)
Не каждый год	0,99	(0,54-1,83)	0,75	(0,42-1,32)
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Посещение родственников</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,98	(1,37-2,88)	1,41	(1,01-1,95)
Никогда	2,37	(0,97-5,81)	2,98	(1,32-6,76)
<i>Significance</i>		P<0,001		P<0,01
<b>Прием родственников</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,57	(1,08-2,27)	1,46	(1,05-2,01)
Никогда	1,75	(0,86-3,58)	1,65	(0,74-3,71)
<i>Significance</i>		P<0,05		P<0,05

Продолжение табл. 6.4.20.

	Мужчины		Женщины	
	OR	CI	OR	CI
<b>Посещение друзей и знакомых</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,29	(0,88-1,91)	1,10	(0,79-1,55)
Никогда	2,05	(0,88-4,81)	1,09	(0,56-2,15)
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Прием друзей и знакомых</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,36	(0,93-2,00)	1,10	(0,79-1,54)
Никогда	1,68	(0,77-3,65)	0,80	(0,39-1,66)
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Общение с незнакомыми людьми</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,20	(0,82-1,76)	1,33	(0,93-1,90)
Никогда	0,94	(0,52-1,73)	0,98	(0,60-1,60)
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Общение с людьми из другого социального круга</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,06	(0,68-1,49)	1,25	(0,85-1,82)
Никогда	1,41	(0,82-2,43)	0,82	(0,52-1,29)
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Общение с людьми других возрастных групп (вне семьи)</b>				
Часто*	1		1	
Редко	1,01	(0,69-1,47)	0,93	(0,65-1,31)
Никогда	0,85	(0,37-1,96)	1,12	(0,64-1,95)
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Помощь в кризисной ситуации</b>				
0-1	1,46	(0,62-3,48)	0,92	(0,36-2,38)
2	0,78	(0,41-1,49)	0,97	(0,56-1,67)
3-4*	1		1	
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Чувство одиночества</b>				
Часто	4,67	(2,17-10,15)	8,81	(4,27-18,19)
Иногда	2,69	(1,65-4,37)	5,55	(3,49-8,81)
Редко	1,68	(1,09-2,59)	3,23	(2,12-4,94)
Никогда*	1		1	
<i>Significance</i>		P<0,001		P<0,001
<b>Контроль над жизнью</b>				
Низкий	1,71	(1,04-2,81)	1,62	(1,05-2,51)
Средний	1,52	(0,99-2,32)	1,16	(0,79-1,69)
Высокий*	1		1	
<i>Significance</i>		P<0,05		ns

\* - контрольная (reference) группа  
OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Существенное влияние на состояние психического здоровья москвичей оказывает частота общения с родственниками. Так, те респонденты, которые никогда не посещают родственников, в 2,4 раза (мужчины) и в 3 раза (женщины) чаще страдают от нервных расстройств, депрессии и бессонницы, по сравнению с теми, кто часто навещает своих родных.

Общение с соседями, друзьями, знакомыми, посторонними людьми, а так же наличие кого-то, кто придет на помощь в трудную минуту, не оказывают никакого влияния на состояние психического здоровья москвичей.

Наличие симптомов психических расстройств жителей Москвы тесно связано с недоверием различным государственным институтам (табл. 6.4.21). Особенно это касается мужчин. Те респонденты, которые не доверяют властным институтам, чаще в 2,59 раз (мужчины) и в 1,86 раз (женщины) страдают от депрессии и бессонницы, по сравнению с теми индивидами, кто оказывает высокое доверие. С психическими проблемами мужчин связано недоверие другим людям (OR=2,65 для мужчин, оценивших свое доверие к людям в 3 балла - психологическая середина шкалы). На возникновение психических расстройств у женщин недоверие не оказывает никакого влияния.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать некоторые выводы. Все меры социального капитала, рассмотренные нами, были в той или иной степени связаны со здоровьем москвичей, за исключением контактов с соседями. Хорошие отношения с родственниками, в особенности с самыми близкими (членами семьи), возможность навещать родных способствуют сохранению хорошего здоровья, в том числе и психического. Социальная уверенность, определяемая как ощущение свободы выбора и контроля над жизнью, является особенно важным фактором для сохранения хорошего здоровья мужчин. В то же время недоверие основным государственным и общественным институтам, которое широко распространено в России, негативно сказывается на здоровье мужчин. Недоверие президенту, которое можно рассматривать как недоверие системе в целом, в несколько раз увеличивает шансы мужчин иметь плохое здоровье и симптомы психических расстройств.

Таблица 6.4.21.

## Участие, доверие и симптомы психических расстройств

	Мужчины		Женщины	
	OR	CI	OR	CI
<b>Членство в организациях</b> (Не член)	1,10	(0,74-1,62)	0,79	(0,54-1,18)
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Доверие различным органам власти</b>				
<b>Президент</b> (Нет доверия)	2,18	(1,45-3,28)	1,13	(0,75-1,72)
<i>Significance</i>		P<0,001		ns
<b>Местные органы власти</b> (Нет доверия)	1,64	(1,10-2,43)	1,52	(1,07-2,15)
<i>Significance</i>		P<0,05		P<0,05
<b>Милиция</b> (Нет доверия)	1,18	(0,78-1,79)	1,46	(1,02-2,08)
<i>Significance</i>		ns		P<0,05
<b>Армия</b> (Нет доверия)	1,32	(0,89-1,95)	1,52	(1,06-2,18)
<i>Significance</i>		ns		P<0,05
<b>Телевидение, радио</b> (Нет доверия)	1,66	(1,15-2,38)	1,13	(0,82-1,57)
<i>Significance</i>		P<0,01		ns
<b>Пресса</b> (Нет доверия)	1,53	(1,06-2,20)	1,05	(0,75-1,47)
<i>Significance</i>		P<0,05		ns
<b>Медицинские учреждения</b> (Нет доверия)	1,57	(1,05-2,35)	0,97	(0,67-1,42)
<i>Significance</i>		P<0,05		ns
<b>Доверие органам власти в целом</b>				
Низкое	2,59	(1,14-5,92)	1,86	(1,12-3,09)
Среднее	1,82	(0,78-4,22)	1,26	(0,76-2,10)
Высокое*	1		1	
<i>Significance</i>		P<0,05		P<0,05
<b>Доверие людям</b>				
Низкое	1,45	(0,89-2,35)	1,00	(0,66-1,52)
Среднее	2,66	(1,51-4,67)	1,06	(0,65-1,75)
Высокое*	1		1	
<i>Significance</i>		P<0,005		ns

\* контрольная (reference) группа

### 6.5. Образ жизни

**Образ жизни** - понятие, характеризующее особенности повседневной жизни людей (охватывает труд, быт, формы использования свободного времени, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участие в политической и общественной жизни, нормы и правила поведения людей). Термин "здоровый образ жизни" подразумевает, что поведение людей изо дня в день можно оценить как здоровое или нездоровое. Согласно словарю "Основные термины и понятия", изданному Минздравом РФ в 2001 г., **здоровый образ жизни** включает в себя "благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни" [352].

М.Лэйлонд (Lalonde, 1974) [353] одним из первых идентифицировал образ жизни как детерминант здоровья и болезни. В соответствии с его определением: "Агрегация решений индивидов, которые влияют на их здоровье, и над которым у них более или менее есть контроль.... Персональные решения и привычки, которые плохи, с точки зрения здоровья, создают возложенные на самого себя риски. Когда эти риски приводят к болезни или смерти, то можно сказать, что образ жизни жертвы содействовал или вызвал ее собственную болезнь или смерть". По расчетам отечественных ученых, вклад образа жизни в здоровье составляет 50-55% [354]. Факторы образа жизни в большей степени, чем другие, способствуют преждевременной смерти человека [355].

Образ жизни является широким понятием, охватывающим разные аспекты деятельности человека. Рассмотрим основные из них.

#### Физическая активность

Существуют четыре области, где люди имеют возможность проявлять физическую активность в повседневной жизни: работа (особенно если работа характеризуется ручным трудом); передвижение (например, способ, каким человек добирается на работу: пешком или на велосипеде); домашние обязанности (например, работа по хозяйству); свободное время (например, занятия какими-либо видами спорта). Физическая неактивность определяется как очень маленькая физическая активность в любой из этих областей или вообще ее отсутствие.

Хорошо известно, что регулярная физическая активность благотворно влияет на состояние здоровья. Физически пассивные люди среднего и старшего возраста подвергаются значительно большему риску развития целого ряда неинфекционных болезней по сравнению с лицами, ве-

дущими умеренный и чрезвычайно активный образ жизни. По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) [356], общая физическая неактивность провоцирует 1,9 миллионов смертей в мире (3,4%). Успешная борьба с гиподинамией позволит сократить частоту ишемической болезни сердца на 15-39%, инсульта - на 33%, гипертензии - на 12%, диабета - на 12-35%, рака толстой кишки - на 22-33%, рака молочной железы - на 5-12% и переломов на фоне остеопороза - на 18% [357].

По данным обследования, проведенного в Москве, 39% москвичей и 42% москвичек не занимаются физическими упражнениями в свободное время никогда; 27% мужчин и 28% женщин упражняются иногда; и только 34% мужчин и менее 30% женщин занимаются спортом не менее одного раза в неделю (табл. 6.5.1).

Таблица 6.5.1.

Занятие физическими упражнениями в свободное время

	Мужчины	Женщины	Все население
Не менее одного раза в неделю	34,0	29,8	31,6
Иногда	27,0	27,8	27,5
Никогда	39,0	42,4	40,9
Итого	100,0	100,0	100,0

Как видно из рис. 6.5.1 физическая активность (частота занятий физическими упражнениями в свободное время) снижается с возрастом и для мужчин и для женщин.

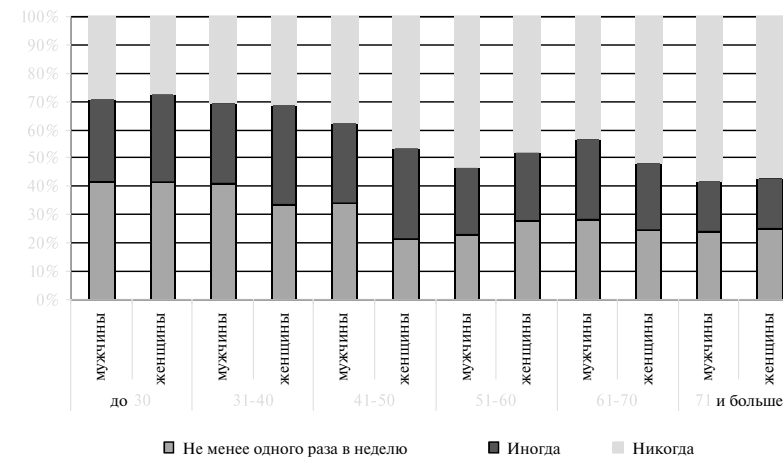


Рис. 6.5.1. Занятия физическими упражнениями в зависимости от пола и возраста

### Потребление фруктов и овощей

Фрукты и овощи - важные компоненты здоровой диеты. Все больше исследований подтверждают, что они способствуют предотвращению таких недугов, как, например, сердечно-сосудистые заболевания [358, 359, 360, 361] и некоторые виды рака, преимущественно пищеварительной системы [362].

Недостаточное потребление овощей и фруктов, по оценкам ВОЗ [356], способствует возникновению около 19% случаев рака желудочно-кишечного тракта, около 31% случаев ишемического заболевания сердца и 11% случаев инфаркта во всех странах. Более того, 2,7 миллионов смертей в мире (4,9%) имеют отношение к недостаточному потреблению фруктов и овощей.

По сравнению с благополучными странами большинство населения страны питается значительно хуже (табл. 6.5.2). В России употребляется в среднем в 2 раза меньше овощей и фруктов, в 1,5-2 раза меньше мяса, молока, рыбы, растительного масла, но зато больше, чем на Западе, хлеба и картофеля.

Таблица 6.5.2.

Потребление продуктов питания  
в России и других странах (кг на душу)

	Россия	Германия	США	Финляндия	Франция	Чехия	Польша
Годы	2002	2000	2000	1999	2000	1998	2001
Овощи и бахчевые	91	93	124	63	136	82	121
Фрукты и ягоды	40	156	100	85	93	73	57
Мясо и мясопродукты в пересчете на мясо	46	86	116	68	94	71	62
Молоко и молочные продукты	229	430	267	294	434	290	291
Рыба и рыбопродукты	11,1	13,7	10,5	14,6	24,7	5,3	...
Растительное масло	10,6	21,2	27,1	7,3	11,8	15	18,4
Картофель	122	73	57	62	84	76	130
Хлебные продукты	122	80	105	75	83	98	119

Результаты исследований, проведенных Институтом питания РАМН, свидетельствуют о крайне недостаточном потреблении россиянами и все более нарастающем дефиците витаминов (А, группы В, С, Е), а также микроэлементов (железа, цинка, йода) у значительной

части населения Российской Федерации. Так, дефицит витаминов группы В выявляется у 30-40%, б-каротина - более чем у 40%, а витамина С - у 70-90% обследуемых [363]. При этом выявляемый дефицит зачастую носит характер сочетанной витаминной недостаточности. Настораживает, что дефицит витаминов обнаруживается не только зимой и весной, но и в летне-осенние периоды, что свидетельствует о формировании у большинства населения России крайне неблагоприятного кругло-годового типа полигиповитаминоза.

По результатам обследования около 7% жителей Москвы почти никогда не употребляют в пищу свежие овощи и фрукты (табл. 6.5.3). Отрадно, что эта цифра значительно ниже той, которая была зафиксирована при обследовании уровня жизни и здоровья в г. Таганроге в 1998 г., где 16% респондентов ответили, что они почти никогда не употребляют в пищу овощи и фрукты в зимний период.

Таблица 6.5.3.

Частота употребления в пищу свежих овощей и фруктов  
в осенне-зимний период

	Мужчины	Женщины	Все население
Почти каждый день	68,2	67,1	67,6
Один или два раза в неделю	26,1	25,1	25,5
Почти никогда	5,7	7,8	6,9
Итого	100,0	100,0	100,0

### Избыточный вес и ожирение

Суммарным показателем рационального питания и разумной физической активности является масса тела. Распространение избыточного веса и ожирения обычно оценивается с помощью индекса массы тела (*BMI*), который рассчитывается по формуле:  $BMI = m/h^2$ , где *m* - масса тела человека (в килограммах), а *h* - рост человека (в метрах). Выделяют следующие значения *BMI*: <15 - острый дефицит веса, 15-20 - дефицит веса, 20-25 нормальный вес, 25-30 - избыточный вес, >30 - ожирение.

По данным ВОЗ, в мире в 1995 г. насчитывалось около 200 млн. человек, страдающих ожирением. Сегодня их число возросло до 300 млн. И в ближайшие годы их численность будет расти. Именно это дает основания ВОЗ уверенно говорить о "мировой эпидемии". По данным Всероссийского мониторинга обеспеченности населения питанием, которые привел на пресс-конференции в Москве в ноябре 2003 г. директор НИИ питания РАМН В.Тутельян, 55% россиян старше 30 лет страдают от лишнего веса.

При избыточном весе и ожирении страдают практически все органы и системы человека. В первую очередь нарушается деятельность сердечно-сосудистой системы. Тучные в большей степени, чем люди с нормальной массой тела, подвержены гипертонической болезни, стенокардии, инфарктам миокарда и кровоизлияниям в мозг. Страдающие ожирением в несколько раз чаще болеют диабетом, желчнокаменной болезнью, холециститами и холангитами. Снижаются функции половых и щитовидной желез. При большой массе тела обычны артриты (воспаления одного или нескольких суставов), включая межпозвоночные сочленения, что проявляется частыми, почти привычными радикулитами с последующей деформацией составных поверхностей позвонков и искривлением позвоночника. Страдает также психика. Это проявляется сонливостью, рассеянностью, ослаблением памяти, повышенной утомляемостью. Возможны головокружения и эмоциональная неустойчивость с быстрыми сменами настроения.

В соответствии с данными, ВОЗ [356] приблизительно 58% диабета, 21% ишемического заболевания сердца и 8-42% определенного вида рака связаны с *BMI*, превышающим  $21 \text{ kg/m}^2$ .

По данным обследования москвичей, лишний вес имеют примерно 44% мужчин (табл. 6.5.4). У женщин этот показатель выше - слишком полных среди них больше половины (52,7%). Это можно объяснить тем, что мужчины все-таки больше занимаются спортом. При этом от ожирения страдают 10% москвичей и 21% москвичек.

Таблица 6.5.4.

Распределение индекса массы тела

	Мужчины	Женщины	Все население
Недостаток веса	6,7	14,3	11,1
Нормальный вес	49,7	33,0	40,2
Избыточный вес	33,6	31,7	32,5
Ожирение	10,0	21,0	16,3
Итого	100,0	100,0	100,0

Большинство мужчин начинают существенно толстеть после 30 лет, когда повышается их социальный статус и больше времени приходится проводить, сидя на своем рабочем месте (рис. 6.5.2). А если они и передвигаются - то на автомобиле. После выхода на пенсию число мужчин, имеющих избыток веса, начинает уменьшаться.

Одной из основных причин избыточного веса и ожирения в России является неполноценное питание. Рацион среднестатистического россияни-

на построен на недорогих замороженных мясных и рыбных полуфабрикатах, молочных продуктах, хлебо-булочных изделиях и картофеле. По оценкам диетологов Института питания РАМН, в половине случаев такая пища по калорийности превосходит энергозатраты человека на 30 и более процентов, но при этом не соответствует жизненным потребностям организма.

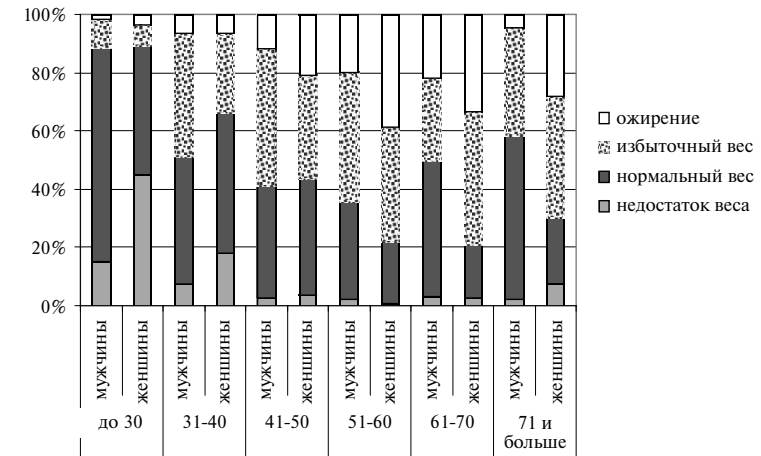


Рис. 6.5.2. Распределение индекса массы тела в различных возрастных группах

### Курение

То, что курение - зло для здоровья, общепризнано. Ежегодное число смертей, связанных с потреблением табачных изделий, составляет порядка 1,2 млн. (14% от всех смертей) [357]. Не случайно в США и во всех западноевропейских странах ведется упорная антитабачная пропаганда. И уже есть результаты - курение перестает быть модой. Россия за последние 10 лет стала одной из самых курящих стран мира. Каждый год потребление табачных изделий в стране растет на 1,5-2 процента. В постсоветском экономическом пространстве наша страна стала одним из главных рынков сбыта мировых производителей табака. Количество курильщиков в России превышает среднемировой уровень почти в 1,5 раза. По данным Минздрава России, в стране курят 70% мужчин и более 14% женщин<sup>30</sup>. Что катастрофично - к этой вреднейшей привычке все чаще имеют пристрастие дети и подростки, даже в 10-12-летнем возрасте.

Что же содержат в себе сигареты? Все, конечно, знают про никотин, "один грамм" которого "убивает лошадь". В дыме табака содержатся

<sup>30</sup> <http://www.atkmedia.ru/news/dates.php?id=23301>



более 30 ядовитых веществ: никотин, углекислый газ, окись углерода, синильная кислота, аммиак, смолистые вещества, органические кислоты и другие. 1-2 пачки сигарет содержат смертельную дозу никотина. Курильщика спасает лишь то, что эта доза вводится в организм не сразу, а дробно. Курильщик имеет в 2-3 раза выше риск инфаркта по сравнению с некурящими [364]. Для мужчин в возрасте старше 45 лет, которые выкуривают 25 и более сигарет в день, риск умереть от сердечно-сосудистых заболеваний выше в 15 раз по сравнению с некурящими мужчинами того же возраста. Даже "легкие" курильщики имеют возрастающий риск сердечно-сосудистых заболеваний: согласно результатам исследования в США, женщины, выкуривающие 1-4 сигареты в день, подвержены риску возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в 2,5 раза чаще по сравнению с некурящими женщинами [365]. Обследование, проведенное в Дании, так же подтвердило, что курение 3-5 сигарет в день существенно увеличивает риск развития сердечных заболеваний и способствует росту смертности. При этом этот риск выше для женщин по сравнению с мужчинами [366].

Курильщики составляют 96-100% всех больных раком легких. Те, кто начал курить в раннем возрасте, имеют высокий риск заболевания раком легких. Результаты исследования [367] бывших курильщиков с раком легких показали, что те, кто начал курить до 15 лет, имеют в два раза больше клеточных мутаций по сравнению с теми, кто начал курить после 20 лет.

Согласно недавнему исследованию Пето и Дол (Peto & Doll, 2000) [368] влияния продолжительного курения на смертность от рака легких, люди, курившие в течение многих лет, а затем бросившие эту пагубную привычку в среднем возрасте, избегали последующего риска рака легких. При этом прекращение курения до среднего возраста позволяет избежать более чем 90% рисков, связанных с курением.

Распространенность курения среди опрошенных в Москве мужчин составила 53,6%, а среди женщин - 27,2%. При этом 18,2% москвичей курили ранее, но к моменту обследования бросили курить, для женщин эта цифра была равна 10,7% (табл. 6.5.5).

Таблица 6.5.5.

Распространение курения среди мужчин и женщин

	Мужчины	Женщины	Все население
Не курят и никогда не курили	28,2	62,1	47,6
Курили, но бросили	18,2	10,7	13,9
Курят	53,6	27,2	38,5
Итого	100,0	100,0	100,0

Распространенность курения среди женщин России вызывает особое беспокойство. До середины 90-х годов уровень женского курения в нашей стране был традиционно ниже, чем среди женщин других стран. Если в странах Европы частота курения достигала среди женщин 30-40%, то в России этот показатель не превышал 5-15%. Так, например, в конце 80-х годов в Австрии курили 32% женщин, в Канаде - 31%, в Венгрии - 30%, в бывшей Югославии - 36%, а в Москве - всего лишь 12%, в Новосибирске - 4% женщин [369]. Однако, с началом социально-экономических преобразований в России, которые сопровождались также значительным ростом свободной торговли табачными изделиями, наплывом рекламы и, одновременно, значительным снижением какой бы то ни было профилактической работы, ограничивающей курение в обществе, стал наблюдаться рост распространенности курения. Так, в странах Восточной Европы и Средней Азии, включая и Россию, распространенность курения среди женщин в 1995 году составляла уже 26% [370].

Частота курения, как у мужчин, так и у женщин снижается с возрастом (рис. 6.5.3). Так, среди курящих мужчин наибольшая частота курения наблюдалась в возрастной группе до 30 лет - 66,9%. В возрастной группе 61-70 лет курили только 31,6% москвичей, а в возрасте 71 и больше лет - 21,7%. Что касается женщин, чаще всего курят москвички в возрасте до 50 лет (около 40% среди опрошенных женщин в соответствующей возрастной категории), затем частота курения значительно снижается до 29,1% в возрастной группе 51-60 лет, 6,8% среди женщин в возрасте 61-70 лет и 5,4% среди тех, кто старше 70 лет.

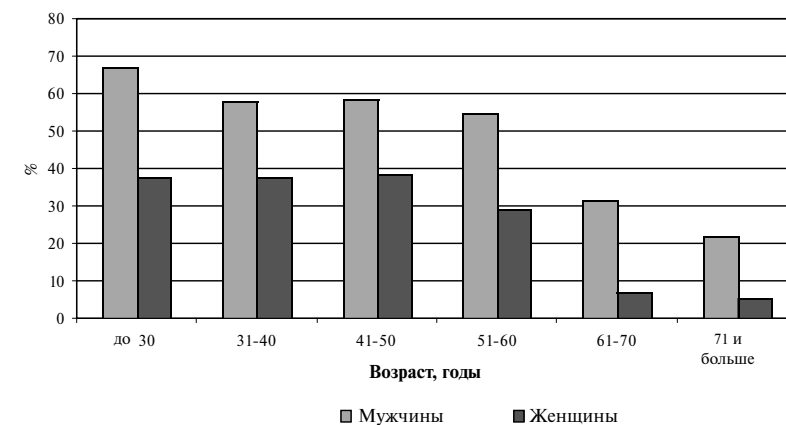


Рис. 6.5.3. Число курящих респондентов в % к соответствующей возрастной группе

Существуют различия между мужчинами и женщинами в интенсивности курения. Всего 18,7% мужчин, но 41,6% женщин выкуривают 1-9 сигарет в день, 81,3% мужчин и 58,4% женщин курят 10 и больше сигарет в день (в целом по населению Москвы 27,9% выкуривают 1-9 сигарет в день, 72,1% - 10 и более сигарет).

Представляло интерес изучить, в каком возрасте москвичи начинают курить. Оказалось, что половина курильщиков, как мужчин, так и женщин, пристрастились к этой вредной привычке в возрасте от 15 до 20 лет (50,5% среди мужчин и 48,9% среди женщин) (табл. 6.5.6). До 15 лет начали курить 31,5% мужчин и 12,5% женщин.

Таблица 6.5.6.

Возраст начала курения

	Мужчины	Женщины	Все население
До 15 лет	31,5	12,5	23,9
15-20 лет	50,5	48,9	49,9
20-30 лет	15,8	28,8	21,0
Старше 30 лет	2,2	9,8	5,3
Итого	100,0	100,0	100,0

На рис. 6.5.4 видно, что молодые женщины в возрасте до 30 лет начинают курить гораздо раньше, чем женщины старших возрастов - треть молодых женщин начали курить до 15 лет. В более старших возрастных группах от 31 до 60 лет доля женщин, начавших курить до 15 лет значительно ниже, а в возрастных группах после 60 лет таких женщин не оказалось вовсе. Таким образом, возраст начала курения постепенно снижается.

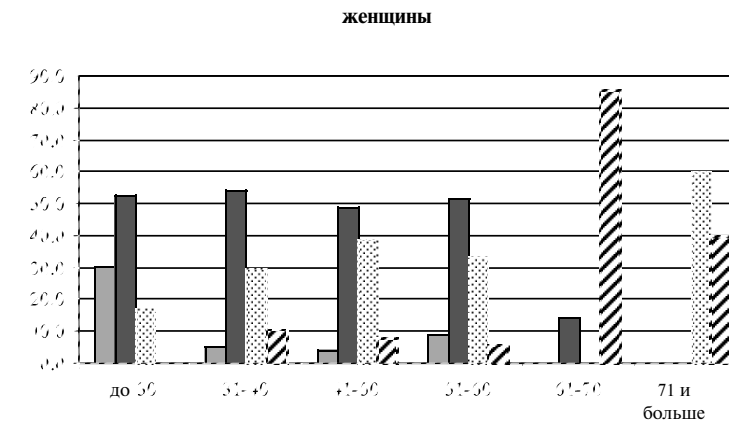
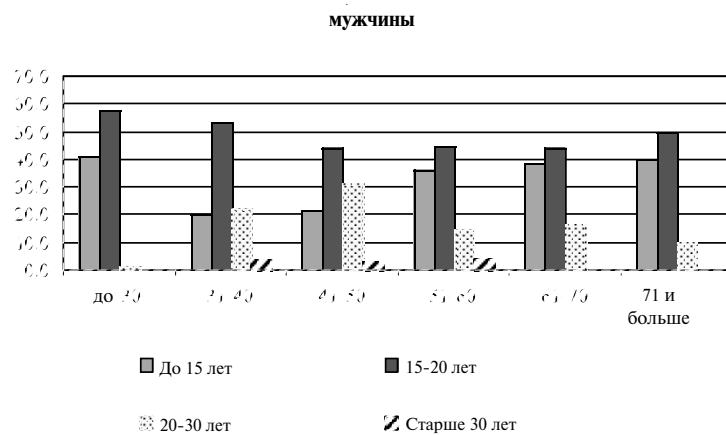


Рис. 6.5.4. Возраст начала курения в зависимости от пола и возраста респондентов

### Алкоголь

Многие эпидемиологические исследования показывают, что умеренные дозы алкоголя даже полезны для сосудов. В соответствии с результатами исследований, умеренно пьющие имеют более низкие показатели смертности по причине сердечно-сосудистых заболеваний по сравнению с сильно пьющими и воздерживающимися [371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379]. В сутки - не более 10 г в пересчете на чистый алкоголь. Конкретнее - 30 мл крепких спиртных напитков, или 120 мл сухого вина, или 250 мл пива. Словом, пить надо уметь. Умеют ли это в России? Увы! Вот цифры: среднее потребление алкоголя достигло 15<sup>31</sup> литров на человека в год, учитывая детей и стариков.

Злоупотребление алкоголем - чрезвычайно актуальная для нас проблема. Пьянство и алкоголизм губят здоровье людей, провоцируют многие заболевания, в том числе и сердечно-сосудистые.

В мире, алкоголь вызывает 3,2% смертей (1,8 миллионов). Этот показатель значительно выше для мужчин (5,6% смертей), чем для женщин (0,6% смертей) [356].

Каждый год свыше 55 тыс. молодых европейцев умирают вследствие злоупотребления алкоголем: в Европе одна из четырех смертей среди мужчин в возрасте 15-29 лет связана с употреблением спиртных

<sup>31</sup> <http://www.minzdravrf.ru/kon1.2.7..asp>

напитков. Кроме того, от 40% до 60% всех летальных исходов в результате травм обусловлено алкогольным опьянением [357].

При анализе ответов респондентов на вопрос обследования, проведенного в Москве, "Употребляете ли Вы алкогольные напитки?" оказалось, что 27,3% практически не употребляют спиртные напитки (16% мужчин и 36% женщин) (табл. 6.5.7).

Особо следует отметить значительную частоту потребления алкоголя женщинами - 11% из них прибегают к алкоголю не менее одного раза в неделю.

Таблица 6.5.7.

Частота употребления алкогольных напитков  
в зависимости от пола

	Мужчины	Женщины	Все население
Практически не употребляют	15,9	35,9	27,3
Только по праздникам	22,8	42,5	34,1
1-2 раза в месяц	19,1	10,0	13,9
1 раз в неделю	16,9	7,5	11,5
Несколько раз в неделю	20,4	3,5	10,8
Каждый день	4,9	0,6	2,4
Итого	100,0	100,0	100,0

Анализ зависимости частоты потребления алкогольных напитков от возраста показал, что молодежь употребляет алкоголь чаще, чем лица старших возрастных групп (рис. 6.5.5).

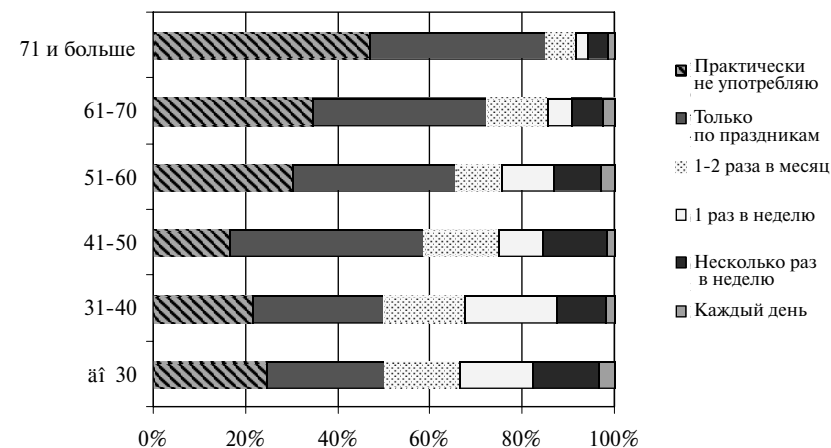


Рис. 6.5.5. Частота употребления алкоголя в зависимости от возраста

С возрастом заметно меняется и отношение людей к различным видам спиртного. Более молодые люди предпочитают пиво, и по мере увеличения возраста частота потребления пива заметно уменьшается. Если в группе молодых людей в возрасте до 30 лет доля любителей пива (употребляющих пиво не менее одного раза в неделю) составляет 34,5%, то в возрастной группе 61-70 лет - 8,2%, а в группе пожилых людей старше 70 лет - 2,2%. С возрастом москвичи отдадут предпочтение крепким спиртным напиткам. В возрастной группе до 30 лет доля лиц, употребляющих не менее одного раза в неделю водку, коньяк, самогон и пр., составляет 10% и увеличивается до 14% в возрастной группе 41-50 лет, а затем вновь начинает снижаться (рис. 6.5.6).

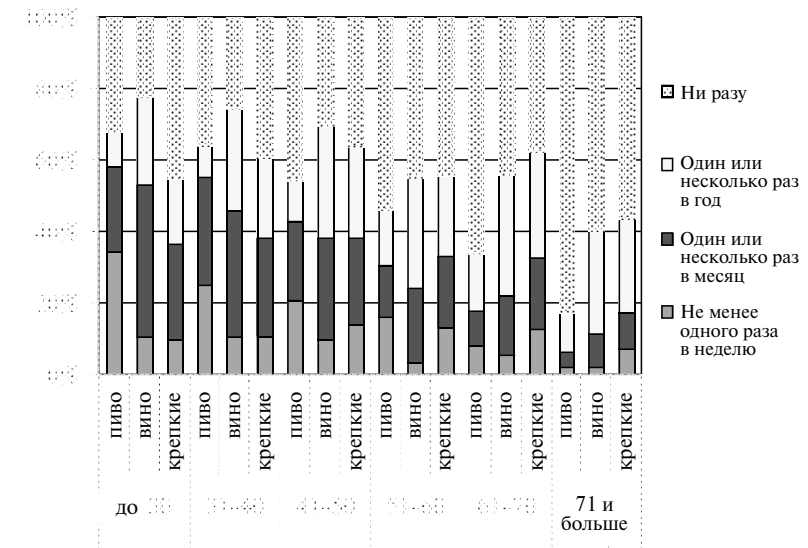


Рис. 6.5.6. Частота употребления различных алкогольных напитков в зависимости от возраста

Частота потребления алкогольных напитков сама по себе еще не определяет уровень и интенсивность алкоголизации населения, степень опасности ее последствий для пьющих и для общества в целом. Наше исследование показало, что москвичи потребляют алкогольные напитки не только часто, но и много.

При оценке потребления алкогольных напитков (в пересчете на чистый этанол) были использованы следующие массовые (весовые) концентрации чистого алкоголя (табл. 6.5.8):

Таблица 6.5.8.

## Содержание чистого алкоголя в напитках

Тип напитка (и содержание в нем спирта в % по объему)	Стандартная порция (мл)	Содержание чистого алкоголя (г)
Пиво (5%)	250	9,8
Вино (11%)	120	10,4
Крепкие спиртные напитки (40%)	30	9,4

Источник: British Journal of Addiction, 85: 1171-1175 (1990).

Как видно из данных, представленных в табл. 6.5.9, в среднем за один прием женщины употребляют любых алкогольных напитков значительно меньше, чем мужчины. Среднее количество пива в пересчете на чистый алкоголь, потребляемый за один прием жителями Москвы, составило около 43 г среди мужчин и 24 г среди женщин, вина - 38 г среди мужчин и 24 г среди женщин, крепких алкогольных напитков - 80 г среди мужчин и 35 г среди женщин.

Наибольший процент лиц, употребляющих за раз более 20 г чистого алкоголя в виде пива и вина, определяется среди мужчин и женщин в возрасте до 30 лет, и с возрастом число этих лиц уменьшается.

Среди употребляющих крепкие спиртные напитки наибольший процент лиц, употребляющих чистый алкоголь более 20 г за раз, определяется в возрастной группе 41-50 лет среди мужчин и 51-60 лет среди женщин.

Распределение средней дозы чистого алкоголя, употребляемого за один прием, по полу, возрасту и видам алкогольных напитков показало, что, в среднем, мужчины значительно больше употребляют чистого алкоголя любого вида за раз, чем женщины во всех возрастных группах. При этом как среди мужчин, так и среди женщин отмечается снижение количества употребляемого за один прием алкоголя с возрастом.

Таблица 6.5.9.

Потребление чистого алкоголя за один прием  
(в граммах в среднем на каждого человека)

Возраст	Мужчины			Женщины			Все население		
	пиво	вино	крепкие напитки	пиво	вино	крепкие напитки	пиво	вино	крепкие напитки
До 30	55,7	43,7	94,3	27,7	30,0	43,5	43,1	36,0	74,8
31-40	46,7	37,9	84,5	27,8	29,2	38,7	38,8	33,3	68,0
41-50	44,0	40,6	90,0	21,5	23,3	37,0	34,5	30,3	69,4
51-60	29,5	32,8	78,1	21,1	22,2	36,5	25,7	25,4	58,7
61-70	24,2	26,3	53,6	13,2	12,6	23,6	20,3	17,4	38,6
71 и больше	31,9	21,9	46,5	10,3	11,4	27,6	24,7	14,9	38,7
<b>Итого</b>	<b>43,3</b>	<b>37,5</b>	<b>79,7</b>	<b>23,8</b>	<b>23,5</b>	<b>35,2</b>	<b>35,0</b>	<b>29,1</b>	<b>61,3</b>

Исследование показало, что злоупотребление (употребление более 20 г/за раз [380]) алкоголем любого вида во всех возрастных группах среди мужчин значительно выше, чем среди женщин (табл. 6.5.10).

Наибольший вклад в общее количество употребляемого за неделю чистого алкоголя у мужчин вносят крепкие спиртные напитки (49,3%) и пиво (39,9%), в то время как вклад вин оказался значительно меньше (10,8%) (табл. 6.5.11). Однако вклад различных напитков в общее количество чистого алкоголя, выпитого за неделю, различается в зависимости от возраста. Молодые москвичи в возрасте до 30 лет употребляют больше пива: 55,5% в структуре общего потребления чистого алкоголя. С возрастом пиво заменяется крепкими спиртными напитками.

У женщин в среднем наибольший вклад в общее количество употребляемого чистого алкоголя вносит пиво (35,4%), вино и крепкие спиртные напитки представляют практически равные части (32,6% для вина и 32,1% для крепких напитков) по вкладу в общее количество чистого алкоголя, выпитого за неделю. Однако с возрастом отмечается тенденция к снижению вклада пива и увеличению вклада крепких напитков в общее количество употребляемого чистого алкоголя.

Таблица 6.5.10.

Респонденты, употребляющие более 20 граммов  
чистого алкоголя за один прием  
(в % к соответствующей возрастной группе)

Возраст	Мужчины				Женщины				Все население			
	пиво	вино	крепкие напитки	всего	пиво	вино	крепкие напитки	всего	пиво	вино	крепкие напитки	всего
До 30	58,9	58,1	67,7	100	19,9	46,1	28,4	100	38,1	51,7	46,8	100
31-40	47,3	53,8	68,8	100	17,3	40,8	26,5	100	31,9	47,1	47,1	100
41-50	42,3	42,3	84,6	100	8,6	32,8	30,5	100	23,7	37,1	54,7	100
51-60	18,6	16,3	64,0	100	6,0	22,2	30,8	100	11,3	19,7	44,8	100
61-70	15,8	21,1	73,7	100	0,0	3,9	18,4	100	5,6	10,0	38,1	100
71 и больше	4,3	10,9	56,5	100	0,0	4,3	9,7	100	1,4	6,5	25,2	100
Итого	36,9	38,6	70,4	100	9,3	26,6	24,9	100	21,1	31,8	44,4	100

Таблица 6.5.11.

Вклад различных алкогольных напитков в общее количество  
употребляемого чистого алкоголя за неделю (в %)

Возраст	Мужчины				Женщины				Все население			
	пиво	вино	крепкие напитки	всего	пиво	вино	крепкие напитки	всего	пиво	вино	крепкие напитки	всего
До 30	55,5	14,2	30,3	100	43,7	34,7	21,6	100	53,6	17,6	28,8	100
31-40	33,4	11,3	55,3	100	37,3	32,8	29,9	100	34,0	14,8	51,1	100
41-50	40,9	9,6	49,5	100	34,5	34,3	31,3	100	40,0	13,1	46,9	100
51-60	23,5	5,2	71,2	100	30,5	28,3	41,1	100	24,8	9,3	66,0	100
61-70	21,3	6,6	72,0	100	6,2	27,0	66,7	100	18,8	10,1	71,1	100
71 и больше	9,9	9,8	80,3	100	2,0	24,3	73,7	100	9,2	11,1	79,7	100
Итого	39,9	10,8	49,3	100	35,4	32,6	32,1	100	39,2	14,3	46,6	100

В табл. 6.5.12 приведено распределение респондентов обследования по количеству выпитого за неделю чистого алкоголя. Данные таблицы еще раз свидетельствуют о том, что чрезмерное потребление алкоголя скорее является "вредной привычкой", свойственной мужчинам, нежели женщинам. Так, более 270 г чистого алкоголя выпили на неделе, предшествующей опросу, 18% мужчин и только 1% женщин.

Таблица 6.5.12.

Распределение респондентов по количеству выпитого на неделе  
чистого алкоголя (%)

	Мужчины	Женщины	Все население
Не употребляли	31,4	67,5	52,0
До 70 г	25,5	25,7	25,6
71-140 г	15,1	4,3	8,9
141-210 г	10,6	1,5	5,4
Больше 210 г	17,5	1,0	8,1
Итого	100	100	100

Влияние образа жизни москвичей на различия в их здоровье было проверено с помощью метода логистической регрессии. В качестве зависимых переменных были рассмотрены самооценка здоровья и наличие симптомов сердечно-сосудистых заболеваний.

В качестве независимых переменных были проанализированы 7 вопросов, касающихся образа жизни респондентов: физическая активность; частота потребления овощей и фруктов зимой; индекс массы тела; частота употребления алкоголя; количество чистого алкоголя, выпитого на неделе, предшествующей опросу; возраст начала курения и количество выкуриваемых сигарет.

Таблица 6.5.13.

Зависимость здоровья от образа жизни

	Самооценка здоровья ("плохое" или "очень плохое" здоровье)			
	Мужчины		Женщины	
	OR	CI	OR	CI
<b>Физическая активность</b>				
Не менее одного раза в неделю*	1		1	
Реже или никогда	1,93	(0,95-3,94)	1,74	(1,06-2,87)
Significance	ns		P<0,05	
<b>Фрукты и овощи</b>				
Почти каждый день*	1		1	
1-2 раза в неделю	1,74	(0,93-3,27)	1,29	(0,81-2,06)
Почти никогда	4,57	(1,87-11,17)	2,31	(1,20-4,45)
Significance	P<0,005		P<0,05	

Продолжение табл. 6.5.13.

	Мужчины		Женщины	
	OR	CI	OR	CI
<b>Частота употребления алкоголя</b>				
Практически не употребляю или употребляю только по праздникам*	1		1	
1-4 раза в месяц	0,76	(0,37-1,56)	0,42	(0,20-0,87)
Несколько раз в неделю	1,52	(0,73-3,18)	0,20	(0,25-1,57)
Каждый день	2,77	(0,92-8,31)	2,10	(0,18-24,46)
<i>Significance</i>	ns		P<0,05	
<b>Возраст начала курения</b>				
Никогда не курил и не курю*	1		1	
Начал до 15 лет	2,22	(1,05-4,70)	1,91	(0,58-6,26)
Начал в возрасте 15-20 лет	1,15	(0,53-2,52)	1,11	(0,58-2,15)
Начал в возрасте 20 и старше лет	0,64	(0,20-2,06)	1,25	(0,66-2,35)
<i>Significance</i>	P<0,05		ns	
<b>Количество выкуриваемых сигарет</b>				
Никогда не курил и не курю*	1		1	
Курил, но бросил	1,18	(0,50-2,76)	0,84	(0,36-1,93)
Курю 1-3 сигареты в день	0,85	(0,10-7,22)	2,91	(1,05-8,08)
Курю 4-9 сигарет в день	0,66	(0,14-3,18)	1,00	(0,38-2,63)
Курю 10 и больше сигарет в день	1,78	(0,86-3,71)	1,35	(0,72-2,53)
<i>Significance</i>	ns		ns	

\* - контрольная (reference) группа

OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Согласно полученным результатам низкая физическая активность или полное ее отсутствие неблагоприятно сказывается на здоровье и мужчин, и женщин (OR=1,93 и OR=1,74, соответственно) (табл. 6.5.13). Для женщин эта связь была статистически значимой. Респонденты, которые почти никогда не употребляют в пищу свежие овощи и фрукты в зимний период, наиболее подвержены плохому здоровью (OR=4,57 для мужчин и OR=2,31 для женщин).

Ранний возраст начала курения негативно сказывается на самооценке здоровья жителей столицы. Так, те из них, кто начал курить в возрасте до 15 лет, в 2 раза чаще (OR=2,22 для мужчин и OR=1,91 для женщин) имеют плохое здоровье по сравнению с никогда не курившими. Для мужчин эта связь была статистически значима. Большое количество выкуриваемых сигарет в день (10 и более штук) увеличивает риск иметь плохое здоровье для мужчин (однако эта ассоциация не является статистически значимой).

При анализе ассоциации потребления алкоголя и здоровья необходимо помнить, что получить адекватную информацию о потреблении алкоголя чрезвычайно сложно ввиду того, что респонденты часто утаивают ее. Полученная нами информация свидетельствует о том, что москвичи, которые каждый день употребляют алкогольные напитки чаще почти в 3 раза (мужчины) и 2 раза (женщины) имеют плохое здоровье. Однако эта связь была статистически незначима.

Тем не менее, четкая статистически значимая связь прослеживается между потреблением алкоголя и возникновением симптомов сердечно-сосудистых заболеваний (табл.6.5.14). Частота и количество потребления алкоголя существенно влияет на возникновение сердечных симптомов у мужчин. Риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается двукратно для тех мужчин, которые на неделе, предшествующей опросу, выпили более 210 г чистого алкоголя, по сравнению с теми, кто выпил до 70 г. В 3 раза чаще имеют проблемы с сердцем мужчины, потребляющие алкоголь каждый день.

Симптомы сердечно-сосудистых заболеваний тесно связаны с индексом массы тела. При этом форма зависимости для мужчин имеет U-образную форму: риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний наблюдается для мужчин, которые имеют недостаток веса (OR=2,63) и страдают ожирением (OR=2,58). Для женщин прослеживается немного другая зависимость: чем больше индекс массы тела, тем выше риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний. Так, женщины, страдающие ожирением, практически в 2 раза чаще (OR=1,83) жалуются на проблемы с сердцем по сравнению с женщинами с нормальным весом.

Другие индикаторы образа жизни (физическая активность, употребление свежих овощей и фруктов в зимний период, курение) не были связаны с риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Согласно данным Департамента здравоохранения г. Москвы болезни органов дыхания занимают второе место в структуре заболеваемости жителей столицы (20%) [218]. Поэтому отдельно было

Таблица 6.5.14.

**Связь между образом жизни  
и симптомами сердечно-сосудистых заболеваний**

	Мужчины		Женщины	
	OR	CI	OR	CI
<b>Частота употребления алкоголя</b>				
Практически не употребляю или употребляю только по праздникам*	1		1	
1-4 раза в месяц	1,20	(0,77-1,85)	0,88	(0,56-1,38)
Несколько раз в неделю	1,37	(0,88-2,89)	1,47	(0,58-3,70)
Каждый день	2,87	(1,11-7,37)	0,22	(0,02-2,81)
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Количество чистого алкоголя выпитого на неделе, предшествующей опросу</b>				
Не употреблял	1,12	(0,68-1,84)	1,04	(0,69-1,55)
До 70 г в неделю*	1		1	
70-140 г в неделю	0,78	(0,42-1,45)	0,73	(0,31-1,74)
140-210 г в неделю	0,88	(0,44-1,74)	0,49	(0,12-2,06)
> 210 г в неделю	2,10	(1,16-3,78)	0,41	(0,07-2,55)
<i>Significance</i>		P<0,05		ns
<b>ВМІ</b>				
Недостаток веса	2,63	(1,22-5,66)	1,03	(0,59-1,79)
Нормальный вес*	1		1	
Избыточный вес	1,17	(0,76-1,80)	1,20	(0,76-1,88)
Ожирение	2,58	(1,28-5,21)	1,83	(1,05-3,19)
<i>Significance</i>		P<0,01		ns

\* - контрольная (reference) группа

OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

проанализировано влияние курения на возникновение симптомов заболевания дыхательной системы. Респондентам обследования было предложено ответить на вопрос, имели ли они на протяжении последних 12 месяцев проблемы с дыханием. Ответы были дихотомизированы как "имеет проблемы" (25,8% респондентов, 29% среди женщин и 21,6% среди мужчин) и "без проблем" (табл. 6.5.15).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что возраст начала курения хорошо предсказывает возникновение проблем с дыханием для мужчин. Так, мужчины, начавшие курить в возрасте до 20 лет, в 2 раза чаще (OR=2,09 для начавших курить до 15 лет и OR=1,98 для начавших курить в возрасте 15-20 лет) имеют жалобы на проблемы с дыханием. Аналогично, женщины, начавшие курить в возрасте 15-20 лет, в 2 раза чаще (OR=2,07) испытывают проблемы с дыханием по сравнению с никогда не курившими женщинами. Количество выкуриваемых сигарет значительно увеличивает риск возникновения симптомов заболеваний дыхательной системы и для мужчин, и для женщин.

Таблица 6.5.15.

**Курение и проблемы с дыханием**

	Мужчины		Женщины	
	OR	CI	OR	CI
<b>Возраст начала курения</b>				
Никогда не курил и не курю*	1		1	
Начал до 15 лет	2,09	(1,12-3,39)	1,23	(0,49-3,08)
Начал в возрасте 15-20 лет	1,98	(1,10-3,58)	2,07	(1,29-3,30)
Начал в возрасте 20 и старше лет	1,36	(0,63-2,93)	1,53	(0,91-2,57)
<i>Significance</i>		ns		P<0,05
<b>Количество выкуриваемых сигарет</b>				
Никогда не курил и не курю*	1		1	
Курил, но бросил	1,17	(0,58-2,38)	0,86	(0,45-1,63)
Курю 1-3 сигареты в день	3,13	(0,96-10,17)	2,01	(0,84-4,81)
Курю 4-9 сигарет в день	2,67	(1,09-6,56)	1,38	(0,70-2,74)
Курю 10 и больше сигарет в день	2,16	(1,21-3,84)	2,38	(1,48-3,82)
<i>Significance</i>		P<0,05		P<0,005

\* - контрольная (reference) группа

OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

В табл. 6.5.16 четыре вопроса, касающиеся образа жизни респондентов (никогда не занимаются физическими упражнениями, курят, употребляют алкогольные напитки каждый день, почти никогда не употребляют в пищу свежие овощи и фрукты), были скомбинированы

в индекс нездорового образа жизни, классифицированный как 0, 1, 2 и более вредных привычек.

Численность москвичей, имеющих две и более вредные привычки, составила 21,8%. Среди мужчин их было значительно больше (29,2%), чем среди женщин (16,2%). В целом 36% опрошенных (31% среди мужчин и 39,7% среди женщин) придерживаются здорового образа жизни (не имеют вредных привычек).

Таблица 6.5.16.

## Зависимость здоровья от количества вредных привычек

Количество вредных привычек	Самооценка здоровья ("плохое" или "очень плохое" здоровье)		Симптомы сердечно-сосудистых заболеваний	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
0*	1	1	1	1
1	1,67 (0,76-3,67)	1,56 (0,98-2,47)	1,24 (0,79-1,94)	0,93 (0,63-1,37)
2 и больше	3,12 (1,43-6,68)	2,18 (1,20-3,95)	1,23 (0,76-2,00)	1,06 (0,64-1,77)
<i>Significance</i>	P<0,05	P<0,05	ns	ns

\* - контрольная (reference) группа

OR (95% CI) с учетом возраста, образования и семейного положения.

Очевидно, что те респонденты, которые имеют две и более вредные привычки, чаще в 3 раза (мужчины (OR=3,12)) и в 2 раза (женщины (OR=2,18)) имеют плохое здоровье по сравнению с респондентами, не имеющими вредных привычек.

Иногда приходится слышать, что придерживаться принципов здорового образа жизни при существующем уровне благосостояния большинства россиян слишком дорого. Однако легко показать, что это не так. Что дешевле: больше употреблять в пищу продукты растительного происхождения (морковь, капусту, свеклу, крупы и т.п.) или животного происхождения (мясо, колбасу, сосиски); курить или не курить; принимать алкоголь умеренными дозами или злоупотреблять? А разве физическая нагрузка (зарядка по утрам) стоит дорого? То есть человек сам в состоянии улучшить свое здоровье, оздоровив образ жизни, не дожидаясь широкомасштабных действий со стороны государства.

Однако, с другой стороны, все больше исследований подтверждают, что выбор образа жизни происходит под влиянием факторов, не зависящих от человека (так называемая, социально-детерминистская позиция) [381, 382, 383]. Наше исследование показало, что четвертая часть курильщиков приобрели эту вредную привычку еще в подростковом возрасте (до 15 лет), т.е. в возрасте, когда человек имеет ограниченную возможность делать по-настоящему свободный выбор.

## Детерминанты выбора здорового образа жизни

Можно выделить несколько важных детерминант выбора здорового образа жизни.

## 1. Индивидуальные навыки.

Индивидуальными жизненными навыками являются способности для адаптивного и позитивного поведения, которое позволяет эффективно справляться с требованиями повседневной жизни. Они состоят из познавательных и физических навыков, которые позволяют управлять своей жизнью. Индивидуальные навыки включают грамотность, способность к принятию решений и решению проблем, творческое и критическое мышление, способность к сочувствию, взаимной поддержке, самопомощи и самозащите, общению и сопротивлению [384].

## 2. Удовольствие против "здорового" выбора.

Выбор образа жизни делается под влиянием человеческой физиологии. Организм человека находит сладкую или жирную пищу вкусной, легко привыкает к определенным химическим веществам, ищет возможности отдохнуть. Эти биологические характеристики не так-то легко преодолеть. Л.Тайгер (Tiger, 1992) [385] предположил, что людьми движет поиск удовольствий и стремление избежать боли.

## 3. Стресс.

На выбор образа жизни существенное влияние оказывает стресс. Для того чтобы снять напряжение, люди курят или прибегают к алкоголю. Люди, живущие в условиях бедности и/или неуверенности, с наибольшей вероятностью, прибегают к рискованному поведению, как, например, курение, злоупотребление алкоголем, наркотиками. Удовольствие, которое в этом случае они получают, часто служит в качестве отвлечения и передышки от трудных жизненных ситуаций.



#### 4. Особенности личности могут повлиять на изменение образа жизни.

Особенности личности как, например, оптимизм и высокая самооценка, содействуют здоровому образу жизни. Если у индивидов низкая самооценка или они не чувствуют, что их усилия будут иметь результат, зачем тогда заниматься здоровым образом жизни? Концепция "беспомощности" демонстрирует эту связь. Согласно этой концепции, люди начинают верить, что их усилия не имеют значения; что они не могут контролировать среду, окружающую их [386, 387]. Если люди полагают, что они не могут осуществить контроль над различными аспектами своей жизни, они вряд ли будут пытаться заботиться о своем здоровье, здоровье своей семьи или сообщества, в котором они живут.

#### 5. Влияние общественных норм и культуры на выбор образа жизни.

Поведение человека отражает, в известной мере, культуру и ценности общества, в котором он живет. Общественные нормы и стандарты поведения также ограничивают персональный выбор образа жизни. Курение может быть широко распространенным средством борьбы со стрессом в сообществах с низким доходом или сообществах иммигрантов, но в значительно меньшей степени допустимым поведением в сообществах со средним и высоким доходом. Подчинение общественными нормами представляет собой некую безопасность и включенность в общественную среду. Например, согласно исследованию Д.Сандквиста и др. (Sundquist et al., 1999) [382] люди, живущие в наиболее обездоленных районах, чаще курили, не занимались физическими упражнениями, и страдали от лишнего веса, независимо от своего социально-экономического положения.

#### 6. Контроль, сплоченность и социальная поддержка.

Чувство контроля над своей жизнью и общественная сплоченность являются другими важными компонентами выбора образа жизни. Здоровая социальная среда позволяет людям чувствовать, что о них заботятся, любят и ценят. Это уменьшает стресс, увеличивает контроль над своей жизнью и уменьшает социальную изоляцию - факторы, которые оказывают мощные защитные эффекты на здоровье.

Факторы, оказывающие влияние на выбор москвичей образа жизни, были проанализированы с помощью логистической регрессии. В роли зависимой переменной было выбрано потреб-

ление алкоголя за последнюю неделю, предшествующую опросу, представленное в виде двоичной переменной, равной 1, если потребление составило 313 г или больше чистого алкоголя (что эквивалентно 1 литру крепких спиртных напитков, 3 литрам вина или 8 литрам пива), и 0 - если меньше 313 г. Число респондентов, относящихся к первой группе, равно 5,6%. В качестве независимых переменных были проанализированы несколько вопросов, касающихся образования участников обследования, экономических проблем, взаимоотношений в семье, возможности контролировать свою жизнь. Экономические проблемы (в виде ограниченных возможностей потребления) были затем скомбинированы в индекс лишений, классифицированный как 0, 1, 2 и более экономических проблем.

Оценка риска OR (с 95% доверительным интервалом) высокого потребления алкогольных напитков была произведена с учетом пола, возраста и семейного положения. Сначала было проанализировано влияние каждой независимой переменной на потребление алкоголя с целью выявления "чистых" эффектов образования, материального положения, взаимоотношений в семье и контроля над жизнью (модель 1). Затем был рассмотрен эффект тех же самых переменных со взаимным контролем для того, чтобы выяснить, влияют ли эти факторы на потребление алкоголя независимо друг от друга или посредством друг друга (модель 2).

В результате, были определены главные факторы, влияющие на решение москвичей употреблять алкоголь в больших количествах (табл. 6.5.17). Один из основных - бедность. Так те респонденты, которые сообщили о двух и более экономических проблемах, имеют почти трехкратный риск злоупотребления алкоголем (OR=2,62). В 3 раза чаще делают выбор в пользу высокого потребления алкогольных напитков жители Москвы, которые вынуждены занимать деньги на обычные расходы такие, как квартплата и питание (OR=2,73). Двукратно увеличивается вероятность употребления спиртного в больших количествах для тех участников обследования, которые не имеют материальной возможности есть мясо или рыбу чаще 1-2 раз в неделю (OR=2,38), покупать необходимые одежду и обувь (OR=1,75), посещать культурные мероприятия (OR=1,91).

Образование не оказывало никакого эффекта на повышенное потребление алкоголя.

Таблица 6.5.17.

## Детерминанты выбора высокого потребления алкоголя

	Модель 1		Модель 2	
	OR	CI	OR	CI
<b>Уровень образования</b>				
Среднее общее или ниже	0,95	(0,47-1,91)	0,84	(0,39-1,82)
Начальное или среднее профессиональное	1,24	(0,67-2,29)	1,03	(0,53-2,00)
Высшее профессиональное или выше*	1		1	
<i>Significance</i>		ns		ns
<b>Контроль над жизнью</b>				
Низкий (Оценки 1 и 2)	1,09	(0,48-2,46)	0,85	(0,36-2,03)
Средний (Оценка 3)	2,11	(1,18-3,77)	2,13	(1,13-4,02)
Высокий (Оценки 4 и 5)*	1		1	
<i>Significance</i>		P<0,05		P<0,05
<b>Взаимоотношения в семье</b>				
Хорошие, дружеские*	1		1	
Нормальные	1,94	(1,01-3,74)	1,76	(0,88-3,51)
Напряженные, частые ссоры и конфликты	6,09	(2,4-11,07)	5,06	(2,09-2,30)
Одинокие	3,94	(1,84-8,44)	4,29	(1,94-9,49)
<i>Significance</i>		P<0,001		P<0,001
<b>Индекс лишений</b>				
0*	1		1	
1	1,07	(0,51-2,24)	1,19	(0,54-2,65)
2 и более экономических проблем	2,62	(1,46-4,47)	2,64	(1,39-5,04)
<i>Significance</i>		P<0,005		P<0,01
<b>Приходилось ли семье за последние 12 месяцев из-за материальных трудностей</b>				
Занимать деньги на обычные расходы, такие как квартплата или питание (Да)	2,73	(1,51-4,95)		
<i>Significance</i>		P<0,001		
Есть мясо или рыбу только 1-2 раза в неделю (Да)	2,38	(1,29-4,41)		
<i>Significance</i>		P<0,01		
Отказываться от покупки необходимой одежды и обуви (Да)	1,75	(1,03-2,99)		
<i>Significance</i>		P<0,05		
Отказываться от посещения культурных мероприятий (Да)	1,91	(1,11-3,26)		
<i>Significance</i>		P<0,05		

\* - контрольная (reference) группа  
OR (95% CI) с учетом пола, возраста и семейного положения.

Полученные результаты позволяют убедиться в значимости семьи, как основы социального капитала, оказывающего влияние на здоровье и выбор образа жизни. Плохие взаимоотношения в семье "подталкивают" москвичей к злоупотреблению алкогольными напитками (OR=6,09). Аналогично, вероятность высокого потребления алкоголя повышается для одиноко проживающих жителей столицы (OR=3,94). Однако трудно различить причины и следствие в данном случае. Злоупотребление алкоголем может быть вызвано плохим психологическим климатом в семье, одиночеством, но верно и обратное: повышенное потребление алкогольных напитков осложняет взаимоотношения в семьях, способствует их разрушению.

Невозможность человека контролировать свою жизнь также провоцирует повышенное употребление алкогольных напитков. Те респонденты, которые не в полной мере ощущают контроль над своей жизнью (оценили его на 3) в 2 раза чаще (OR=2,11) злоупотребляют алкоголем по сравнению с теми, кто уверен, что может контролировать то, как он живет. При этом все рассмотренные факторы провоцируют злоупотребление алкоголем независимо друг от друга.

Таким образом, различия в здоровье людей, которые придерживаются или не придерживаются здорового образа жизни, можно рассматривать как несправедливые, так как выбор образа жизни часто осуществляется под влиянием шансов, которые предоставляет сама жизнь.

#### 6.6. Степень влияния социально-экономических факторов на здоровье населения

Для того чтобы протестировать степень влияния различных социально-экономических факторов на здоровье, была рассчитана серия групповых линейных регрессий отдельно для мужчин и женщин, где зависимой переменной выступала самооценка здоровья по пятибалльной шкале.

Групповые регрессии показывают, что на здоровье сильнее всего оказывает влияние человеческий капитал, объясняя 14,5% дисперсии состояния здоровья для мужчин (табл.6.6.1) и 23,4% для женщин (табл.6.6.2).

Отметим, что коэффициенты регрессии (или В коэффициенты) представляют независимые вклады каждой независимой переменной в зависимую переменную. Однако, их значения не сравнимы, поскольку зависят от единиц и диапазонов измерения соответствующих переменных (диапазоны измерения представлены в

приложении, табл.П6). Коэффициенты бета являются коэффициентами, которые были бы получены, если бы мы заранее стандартизовали все переменные, т.е. сделали их среднее равным 0, а стандартное отклонение равным 1. Преимущество бета-коэффициентов (по сравнению с В коэффициентами) заключается в том, что бета-коэффициенты позволяют сравнить относительные вклады каждой независимой переменной в предсказание зависимой переменной.

Знак "плюс" или "минус" при бета-коэффициентах характеризует направление действия факторов.

Так, старение ведет к ухудшению здоровья, а более высокий уровень образования, напротив, содействует улучшению здоровья. При этом не удивительно, что наиболее значимым фактором здоровья является возраст. На женщин возраст оказывает большее влияние, чем на мужчин: бета-коэффициент связи между возрастом и здоровьем для женщин равен - 0,45, а для мужчин - 0,35. Образование же напротив большее влияние оказывает на здоровье мужчин.

Следующей не менее важной для здоровья группой факторов является социальный капитал, объясняя 12,8% дисперсии зависимой переменной для мужчин и 14,5% для женщин. При этом для мужчин особо важно общение с друзьями и незнакомыми людьми: чем реже они общаются с ними, тем хуже их здоровье. Также на здоровье мужчин положительное влияние оказывают участие в добровольных организациях, доверие людям и доверие системе в целом. А для женщин особенно важной является такая характеристика социального капитала как отношения в семье: чем они хуже, тем более негативно это сказывается на здоровье. Так же как мужчинам, женщинам важно чаще общаться с друзьями и незнакомыми людьми. Здоровье улучшается у тех женщин, у кого есть кто-то, кто может помочь в кризисной ситуации.

Материальное положение жителей столицы объясняет 10,3% дисперсии здоровья для мужчин и 10,2% для женщин: чем лучше материальное положение, тем лучше здоровье.

Индикатор социальной уверенности, т.е. ощущение контроля над жизнью и свободы выбора, особенно важен для здоровья мужчин, объясняя 9,6% дисперсии здоровья. Бета-коэффициент связи между степенью контроля над жизнью и здоровьем (0,31) такой же, как и для связи между здоровьем и материальным положением (0,32).

Образ жизни объясняет 6% дисперсии зависимой переменной для мужчин и 8% для женщин. Самыми важными для здоровья индикаторами образа жизни являются частота употребления свежих овощей и фруктов в осенне-зимний период и физические упражнения.

При этом по степени воздействия на здоровье для женщин более важным является питание (бета-коэффициент равен - 0,23 против 0,12 для физических упражнений), а для мужчин, напротив, физические упражнения (бета-коэффициент равен - 0,21 против 0,11 для питания).

Наименьшее влияние на здоровье оказывали индикаторы жилищных условий. Среди множества факторов, характеризующих условия жизни москвичей, самыми важными являются изменение жилищных условий за последние 10 лет (здоровье хуже у тех, чьи жилищные условия ухудшились) и уровень преступности в районе проживания (чем более низкий уровень преступности, тем лучше здоровье).

Включенные во множественный регрессионный анализ все 23 разные фактора в совокупности объясняют 27,5% дисперсии здоровья для мужчин и 29,5% для женщин (табл.6.6.1, табл.6.6.2, комбинированная модель). При этом свою статистическую значимость сохранили только шесть индикаторов для мужчин и четыре индикатора для женщин.

Самым значимым для здоровья индикатором остается возраст.

Материальное положение оказывает существенный позитивный эффект на здоровье. Для мужчин хорошее материальное положение даже может компенсировать ухудшение здоровья в связи со старением. Бета коэффициент связи между возрастом и здоровьем равен -0,25, а между материальным положением и здоровьем 0,23.

Очень важным фактором для здоровья мужчин является степень социальной уверенности - ощущение контроля над жизнью и свободы выбора. Чуть более уступают ему индикатор социального капитала - доверие системе, и характеристика образа жизни - физические упражнения в свободное время.

Для женщин особую важность имеют отношения в семье.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что для того, чтобы понять, почему одни люди болеют чаще и умирают раньше, необходимо выйти за рамки медико-биологического взгляда. Конечно, невозможно сделать людей моложе на 20 или 30 лет, для того, чтобы уменьшить различия в их здоровье. Однако, улучшение их материального положения, повышение уровня их образования, могут в значительной мере содействовать повышению статуса здоровья населения в целом и сокращению несправедливых различий в здоровье. При этом важно отметить, что низкая степень социальной уверенности и недоверие системе в целом значительно подрывают здоровье мужчин.

Таблица 6.6.1.

Степень влияния факторов, детерминирующих различия в здоровье мужчин

	Групповые модели			Комбинированная модель		
	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>Sig</i>	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>Sig</i>
				Общий R <sup>2</sup> : 27,5%		
<b>Человеческий капитал</b>	R <sup>2</sup> : 14,5%					
Возраст	-0,02	-0,35	0,001	-0,02	-0,25	0,001
Образование	0,08	0,15	0,001	0,05	0,09	0,05
<b>Материальное положение</b>	R <sup>2</sup> : 10,3%					
Оценка материального положения	0,33	0,32	0,001	0,23	0,23	0,001
<b>Образ жизни</b>	R <sup>2</sup> : 5,9%					
Фрукты	-0,085	-0,11	0,05	ns	ns	ns
Физ. упражнения	0,35	0,21	0,001	0,16	0,10	0,05
Курение	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Алкоголь	ns	ns	ns	ns	ns	ns
<b>Социальная уверенность</b>	R <sup>2</sup> : 9,6%					
Контроль	0,209	0,31	0,001	0,09	0,14	0,005
<b>Социальный капитал</b>	R <sup>2</sup> : 12,8					
Членство в добр. организациях	0,22	0,12	0,005	ns	ns	ns
Доверие людям	0,07	0,11	0,01	ns	ns	ns
Доверие системе	0,03	0,12	0,01	0,03	0,11	0,01
Отношения в семье	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Частота общения с родственниками	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Частота общения с друзьями	0,13	0,18	0,001	ns	ns	ns
Частота общения с посторонними	0,08	0,15	0,001	ns	ns	ns
Помощь в кризисной ситуации	ns	ns	ns	ns	ns	ns
<b>Жилищные условия</b>	R <sup>2</sup> : 1,7%					
Воздух	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Территория	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Транспортная сеть	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Сеть магазинов и предприятий бытового обслуживания	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Преступность	-0,06	-0,09	0,05	ns	ns	ns
Тип квартиры	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Изменение жилищных условий за 10 лет	-0,12	-0,14	0,005	ns	ns	ns

Таблица 6.6.2.

Степень влияния факторов, детерминирующих различия в здоровье женщин

	Групповые модели			Комбинированная модель		
	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>Sig</i>	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>Sig</i>
				Общий R <sup>2</sup> : 29,5%		
<b>Человеческий капитал</b>	R <sup>2</sup> : 23,4%					
Возраст	-0,02	-0,45	0,001	-0,014	-0,34	0,001
Образование	0,05	0,09	0,01	0,04	0,07	0,05
<b>Материальное положение</b>	R <sup>2</sup> : 10,2%					
Оценка материального положения	0,31	0,32	0,001	0,16	0,16	0,001
<b>Образ жизни</b>	R <sup>2</sup> : 8,0%					
Фрукты	-0,17	-0,23	0,001	ns	ns	ns
Физ. упражнения	0,19	0,12	0,001	ns	ns	ns
Курение	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Алкоголь	ns	ns	ns	ns	ns	ns
<b>Социальная уверенность</b>	R <sup>2</sup> : 2,9%					
Контроль	0,11	0,17	0,001	ns	ns	ns
<b>Социальный капитал</b>	R <sup>2</sup> : 14,5					
Членство в добр. организациях	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Доверие людям	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Доверие системе	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Отношения в семье	-0,15	-0,20	0,001	-0,06	-0,07	0,05
Частота общения с родственниками	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Частота общения с друзьями	0,09	0,13	0,005	ns	ns	ns
Частота общения с посторонними	0,07	0,17	0,001	ns	ns	ns
Помощь в кризисной ситуации	0,11	0,12	0,005	ns	ns	ns
<b>Жилищные условия</b>	R <sup>2</sup> : 2,1%					
Воздух	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Территория	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Транспортная сеть	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Сеть магазинов и предприятий бытового обслуживания	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Преступность	-0,07	-0,10	0,01	ns	ns	ns
Тип квартиры	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Изменение жилищных условий за 10 лет	-0,09	-0,10	0,01	ns	ns	ns