

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Социально-демографические и экономические факторы здоровья и
самосохранительного поведения детей и подростков**

Малева Т.М., директор ИНСАП РАНХиГС, к.э.н., ORCID 000-0002-1483-0326, email:
maleva-tm@ranepa.ru

Карцева М.А., с.н.с. ИНСАП РАНХиГС, к.э.н., ORCID 000-0002-4292-3597, email:
kartseva-ma@ranepa.ru

Кузнецова П.О., с.н.с. ИНСАП РАНХиГС, к.э.н., ORCID 0000-0002-1524-5620, email:
kuznetsova-po@ranepa.ru

Препринт

Москва 2021

Аннотация

Состояние здоровья детей не только во многом определяет состояние здоровья населения в текущий момент времени, но и является ключевым детерминантом здоровья и других аспектов жизнедеятельности человека во взрослых возрастах. Понимание факторов, определяющих состояние здоровья детей, может дать важную информацию для формирования эффективных программ государственной политики РФ в области охраны здоровья детей. В работе представлены результаты критического анализа и систематизации российских и зарубежных научных исследований, изучающих детерминанты здоровья детей. Обзор литературы базируется на современных публикациях в области экономики, социологии, медицины и общественного здоровья.

Результаты научных исследований в области детского здоровья свидетельствуют о том, что наиболее важными социально-экономическими детерминантами здоровья детей в развитых странах являются материальное благополучие, условия проживания, статус миграции, образование и занятость родителей, здоровье родителей, образ жизни и поведение окружающих ребенка людей, экологические факторы. Среди демографических факторов детского здоровья выделяются демографическая структура домохозяйства и пол ребенка. Результаты зарубежных работ и российских работ в области медицины и общественного здоровья показывают, что, несмотря на различия принципов функционирования национальных систем здравоохранения, дети из более обеспеченных семей имеют лучшее здоровье по сравнению с детьми из менее обеспеченных семей (социальный градиент в здоровье). Насколько нам известно, количество исследований факторов здоровья российских детей и подростков, выполненных с использованием национально репрезентативных данных, очень ограничено. Существующие исследования были выполнены достаточно давно, их методология и результаты нуждаются в актуализации. Проведенный анализ литературы закладывает теоретические и методологические основы для проведения современного эконометрического исследования факторов здоровья российских детей.

Ключевые слова: дети, подростки, здоровье, самосохранительное поведение, неравенство, социально-экономический статус

JEL-коды: I12, I14, J13 D31

The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration

**Socio-demographic and economic factors of health and health behavior
of children and adolescents**

Maleva T.M., Institute for Social Analysis and Forecasting, RANEPA, Director, Candidate
of Science, ORCID: 000-0002-1483-0326,

email: maleva-tm@ranepa.ru

Kartseva M.A., Institute for Social Analysis and Forecasting, RANEPA, Senior
Researcher, Candidate of Science, ORCID: 000-0002-4292-3597,

email: kartseva-ma@ranepa.ru

Kuznetsova P.O., Institute for Social Analysis and Forecasting, RANEPA, Senior
Researcher, Candidate of Science, ORCID: 0000-0002-1524-5620,

email: kuznetsova-po@ranepa.ru

Working Paper

Moscow 2021

Abstract

Children's health not only largely determines the health of the population at the current time but is also a key determinant of health and other aspects of life in adulthood. Understanding the factors that determine health in childhood can provide important information for the design of an effective state policy in the field of children's health. The paper presents the results of a critical analysis and systematization of Russian and foreign scientific studies of the determinants of children's health and health-related behaviors. The literature review is based on contemporary publications in the fields of economics, sociology, medicine and public health. The results of scientific research indicate that the most important socio-economic determinants of children's health in developed countries are material well-being, living conditions, migration status, education and employment of parents, parental health, lifestyle and behavior of people around the child, and environmental factors. Among the demographic factors of child health, the demographic structure of the household and the gender of the child stand out. The results of Russian and foreign studies in the field of medicine and public health show that, despite the differences in national health systems, children from wealthier families tend to show better health compared to children from less wealthy families (social gradient in health). To the best of our knowledge, the number of studies of the health factors of Russian children and adolescents, based on nationally representative data, is very limited. Existing studies were carried out quite a long time ago, their methodology and results need to be updated. Literature review lays the theoretical and methodological foundations for conducting a modern econometric study of the health factors and health-related behavior of Russian children.

Keywords: children, adolescents, health, health behavior, inequality, socio-economic status

JEL-codes: I12, I14, J13 D31

Содержание

Введение	6
1 Социально-демографические и экономические факторы здоровья детей и подростков в России и в мире	8
1.1 Социально-демографические и экономические факторы здоровья детей и подростков в зарубежных странах	8
1.2 Социально-демографические и экономических факторы здоровья детей и подростков в России	20
2 Социально-демографические и экономические факторы самосохранительного поведения подростков в России и в мире.....	31
Заключение.....	44
Благодарности.....	48
Список источников.....	48

Введение

Здоровье – один из ключевых факторов благополучия человека, успешного развития страны, обеспечения устойчивого экономического роста, социальной стабильности. В России проблемы сохранения здоровья населения стоят особенно остро. Несмотря на определенные успехи в этой области, достигнутые в последние десять лет, продолжительность жизни россиян существенно ниже продолжительности жизни жителей большинства развитых государств. Сбережение народа России является высшим национальным приоритетом государственной политики (Послание Президента национальному Федеральному Собранию, 21.04.2021).

Здоровье детей играет особенно важную роль в формировании здоровья населения России. Во-первых, дети составляют практически четвертую часть общей численности населения РФ (22,4% на 2020 г. по оценкам Росстата). Однако еще большее значение состоянию здоровья детей придает тот факт, что здоровье, заложенное в детстве, является ключевым детерминантом здоровья человека во взрослых возрастах. Опосредованно здоровье человека в детстве во многом определяет различные аспекты жизнедеятельности человека на протяжении всей его жизни – образование, занятость, социальную интегрированность, репродуктивное поведение и пр. При этом важно отметить, что здоровье и образ жизни, заложенные в детстве, с трудом поддаются коррекции во взрослых возрастах (например, [1-3]). Таким образом, здоровье детей является одним из ключевых детерминантов развития человеческого потенциала населения. Инвестиции в здоровье детей могут содействовать экономическому росту и социальному развитию страны, а также заложить основу для сокращения различного рода неравенств.

Формирование и укрепление здоровья российских детей – важная задача национальной государственной политики. Задача улучшения состояния здоровья детей является важным фокусом национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография». Приоритетный характер мер по укреплению детского здоровья отмечается в целом ряде нормативных документов (например, Указ Президента РФ от 29.05.2017 г. № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства», Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 мая 2015 г. № 996-р г. Москва «Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период

до 2025 года»). Эмпирическое изучение социально-демографических и экономических факторов, определяющих состояние здоровья детей, может дать важную информацию для формирования эффективных программ государственной политики в области охраны здоровья детей.

В данной работе проводится критический анализ и систематизация современных теоретических и эмпирических исследований социально-экономических и демографических детерминантов здоровья и здорового поведения детей и подростков в России и в мире. Особое внимание в исследовании уделяется изучению феномена социального градиента в здоровье детей, то есть зависимости состояния здоровья от материального благополучия домохозяйства. В работе подробно рассматриваются теоретические гипотезы, объясняющие наличие социального градиента в здоровье, а также анализируются результаты эмпирических исследований, тестирующих выдвинутые предположения. Проведенный анализ литературы закладывает теоретические и методологические основы для проведения современного эконометрического исследования факторов здоровья российских детей.

1 Социально-демографические и экономические факторы здоровья детей и подростков в России и в мире

В работе анализируются и систематизируются основные подходы к изучению социально-демографических и экономических факторов здоровья детей на основе зарубежного и российского опыта. Критический обзор зарубежных исследований сфокусирован на работах, посвященных здоровью детей в развитых странах, так как опыт развитых стран является наиболее релевантным для российской действительности.

1.1 Социально-демографические и экономические факторы здоровья детей и подростков в зарубежных странах

Несмотря на то, что за последние двадцать лет в развитых странах были достигнуты существенные успехи в области обеспечения благосостояния и благополучия детского населения, вопросы здоровья детского населения остаются крайне актуальными даже в странах с относительно высоким уровнем доходов. Важнейшим фокусом национальных политик в области детского здоровья в развитых странах является сокращение устранимого неравенства в здоровье детей. Результаты изучения и анализа социально-демографических и экономических факторов здоровья дают политикам ключевую информацию о возможных направлениях интервенций, а также об эффективности тех или иных мер.

Здоровье детей в развитых странах находится в фокусе деятельности различных международных организаций. Например, в отчете Европейской комиссии [4] анализируется состояние здоровья детей от 0 до 14 лет в 27 странах Европейского союза, 4 странах Европейской ассоциации свободной торговли и 3 странах-официальных кандидатах на вступление в ЕС (Хорватия, Македония, Турция). Особое внимание в работе уделяется изучению социально-демографических и экономических детерминантов здоровья детей.

Авторы отмечают, что зависимость здоровья детей от социально-экономических факторов имеет сложную комплексную структуру. Социально-

экономические факторы могут иметь как прямое, так и опосредованное влияние на здоровье детей, могут наблюдаться синергетические эффекты, взаимосвязь и взаимовлияние различных факторов и т. п. Авторы предлагают иерархическую структурную схему влияния социально-экономического статуса на здоровье детей (рисунки 1). Именно социально-экономический статус во многом определяет окружение, обстановку (как физическую, так и психологическую), в которой рождается и растет ребенок, образование родителей, а также роль женщины в обществе и правовой статус мигрантов. Перечисленные факторы могут напрямую оказывать влияние на здоровье детей, а также могут оказывать значительное влияние на питание, образование детей, образ жизни, доступ к здравоохранению и социальным услугам. Аналогично особенности деторождения, питания, воспитания и ухода, образа жизни, доступа к здравоохранению могут влиять на здоровье детей как напрямую, так и опосредовано – через подверженность рискам и восприимчивость к неблагоприятному воздействию. Таким образом, здоровье ребенка является результатом комбинации и взаимодействия различных социальных, биологических и психологических факторов, которые оказывают влияние на подверженность рискам (например, неблагоприятные жилищные и санитарно-гигиенические условия увеличивают риск инфекционных заболеваний) и восприимчивость к неблагоприятному воздействию (например, недостаточное или неполноценное питание может привести к более тяжелому течению инфекционных заболеваний).

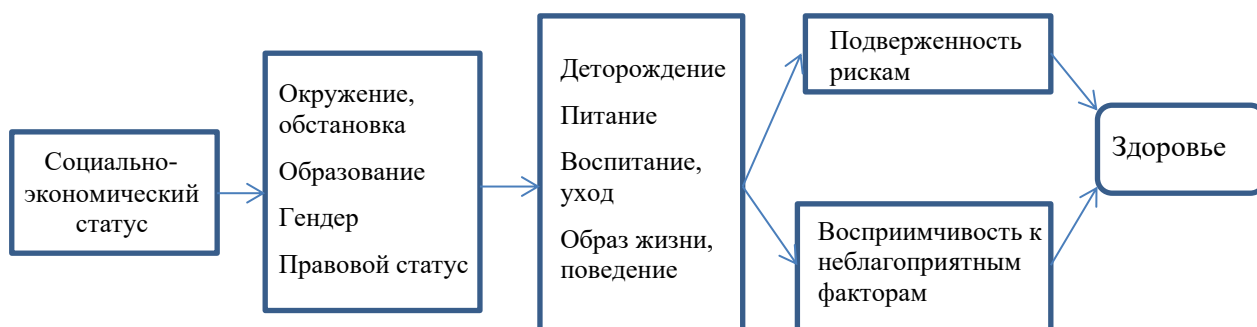


Рисунок 1. Структурная схема влияния социально-экономического статуса на здоровье детей

Источник: [4].

В работе [4] подробно рассматривается влияние отдельных социально-экономических факторов на состояние здоровья детей в рассматриваемых странах.

Бедность и низкий социально-экономический статус негативно отражаются на состоянии здоровья детей (также см. [5]). Механизм влияния бедности на здоровье детей не так очевиден, как это может казаться. Вопрос о том, насколько материальное благополучие домохозяйства важно для развития и воспитания детей, до сих пор остается дискуссионным, существуют полярные точки зрения. Однако с уверенностью можно утверждать, что более обеспеченные домохозяйства имеют больший доступ к услугам здравоохранения, причем к услугам более высокого качества, а также могут позволить себе более благоприятные условия проживания. Таким образом, дети из бедных домохозяйств испытывают большие риски для здоровья и имеют меньше возможностей для того, чтобы справиться с неблагоприятными факторами.

Авторы подчеркивают, что проблема детской бедности характерна не только для низкодоходных стран. Даже в развитых странах ЕС уровень детской бедности в среднем на 3 п. п. превышает уровень бедности взрослого населения. Состояние здоровья детей из бедных семей хуже, чем состояние здоровья детей из относительно более благополучных домохозяйств. Принимая во внимание социально-демографическую структуру бедных домохозяйств, можно сделать вывод о том, что наибольшие риски в здоровье несут дети из многодетных семей, дети одиноких родителей, дети мигрантов. Занятость родителей, в особенности занятость матерей, тесно связаны с детской бедностью. Отсутствие оплачиваемой занятости у родителей – важнейший фактор бедности детей, а, следовательно, рискам для их здоровья.

Условия проживания также являются одним из ключевых факторов здоровья детей в ЕС. Показано, что плохие жилищные условия, отсутствие постоянного жилища оказывают разрушительное влияние на здоровье детей. Под плохими жилищными условиями, как правило, подразумевается низкая жилищная обеспеченность (площадь жилища в расчете на одного проживающего), проблемы со светом и отоплением, плохое эксплуатационное состояние жилья (ветхое, требующее значительного ремонта). Ограничения доступа к санитарии и гигиене также во многом определяют неравенство в здоровье детей в странах ЕС.

Среди факторов, определяющих здоровье детей в рассматриваемых странах, авторы также выделяют демографическую структуру домохозяйства. Так, например, в последние 40 лет в европейских странах наблюдаются такие демографические

тренды как увеличение количества детей, рожденных вне брака; увеличение количества разводов. Эти демографические изменения приводят к росту количества детей, растущих в неполных семьях, подверженных риску бедности и соответственно рискам здоровью.

Пол является одним из детерминантов здоровья ребенка. В целом гендерная принадлежность оказывает влияние практически на все аспекты жизни, определяя образ жизни людей. Гендерное неравенство выражается в систематических различиях в материальном благополучии, доступности ресурсов и услуг, сферах деятельности и пр. и играет существенную роль в формировании гендерного неравенства в здоровье, в том числе неравенства в здоровье детей. Огромную роль в формировании здоровья детей играет статус женщины в обществе (образование, позиция в обществе, в семье, на рынке труда). Чем выше статус женщин, тем больше они инвестируют ресурсов в здоровье детей, тем лучше состояние здоровья детей (см. также [6]). Стоит отметить, что статус женщины в обществе также оказывает влияние на репродуктивное поведение женщин.

Образование родителей оказывает значимое влияние на благополучие и здоровье детей в европейских странах. При этом наибольший эффект на здоровье детей оказывает образование матери. Широко известен положительный эффект образования матери на вес ребенка при рождении. Однако спектр каналов влияния образования матери на здоровье детей существенно шире. Более образованные матери лучше осведомлены в вопросах планирования семьи, более ответственно относятся к своему здоровью во время беременности, лучше ухаживают за детьми, чаще показывают их медицинским работникам (также в [7]). Несмотря на то, что средний уровень образования женщин в ЕС в настоящее время является достаточно высоким, проблема неравенства в здоровье детей, обусловленного неравенством образования родителей, остается весьма актуальной.

Отдельной задачей в европейских странах является забота о здоровье детей мигрантов. Показано, что в среднем здоровье детей мигрантов существенно хуже здоровья детей граждан. Дети мигрантов гораздо чаще сталкиваются с такими серьезными проблемами как социальная исключенность, бедность, ограничения в доступе к образованию и здравоохранению, что негативно отражается на их здоровье. Подверженность и восприимчивость детей мигрантов к рискам в здоровье варьируется по странам и во многом зависит от правового статуса мигрантов (также

в [8]). Аналогичный эффект наблюдается для детей, принадлежащих к национальным меньшинствам (например, [9]).

Здоровье матери – важный фактор детского здоровья в европейских странах. Не вызывает сомнений тот факт, что здоровье матери имеет определяющее влияние на течение беременности, на здоровье новорожденного, а соответственно на состояние здоровья человека в детстве и во взрослых возрастах. К факторам риска относятся: наличие у матери хронических заболеваний, заболевания, перенесенные во время беременности, курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотических и психоактивных веществ, негативное воздействие факторов окружающей среды и т. п. Негативное влияние перечисленных факторов на исход беременности и здоровье новорожденного хорошо изучено, разработаны и применяются меры охраны здоровья матери и ребенка. Однако нельзя сказать, что проблема полностью решена. В настоящее время в европейских странах наблюдается значительный рост возраста, в котором женщины рожают первого ребенка. За последние 40 лет средний возраст матерей значительно вырос, что приводит к дополнительным рискам в здоровье детей. Более того, развитие новых технологий ставит перед европейским обществом новые проблемы, связанные со здоровьем матерей. Развитие медицины привело к тому, что женщины старших возрастов и женщины с проблемами со здоровьем, которые раньше не могли иметь детей, имеют возможность родить ребенка. Таким образом, здоровье матерей, родивших детей с помощью медицинских технологий (например, экстракорпорального оплодотворения), в среднем хуже, что может негативно сказываться на здоровье детей. Помимо биологических каналов влияния здоровье матери оказывает влияние на питание детей, на их образ жизни, на уход и воспитание детей.

Образ жизни и поведение окружающих ребенка людей, в особенности его родителей, также являются одним из основных детерминантов детского здоровья в европейских странах. Под образом жизни понимаются особенности питания, физическая активность, вредные привычки и т. п. (например, [10, 11]) Также важную роль в формировании здоровья детей играют подходы к воспитанию, практикуемые родителями (например, [12]).

Вопросы здоровья детей также широко освещаются в научной литературе. В частности, в экономической и социологической литературе существует значительное

количество исследований, посвященных эмпирическому анализу различных факторов здоровья детей в развитых странах (обзор соответствующих работ представлен в [13-15]). В подавляющем большинстве случаев теоретической основой таких работ является модификация модели спроса на здоровье и медицинские услуги Гроссмана [16]. В модели Гроссмана здоровье рассматривается как капитал со всеми его свойствами – в него можно инвестировать, его можно передавать по наследству, здоровье ухудшается с течением времени. Ниже в краткой форме приводятся основные положения модели Гроссмана в приложении к здоровью детей.

В модели предполагается, что все дети рождаются с одинаковым запасом здоровья H_0 . Далее, взрослея, дети подвергаются различным шокам в здоровье (возникновение острых и хронических заболеваний, травмы и т. п.), которые ухудшают их состояние здоровья. Родители могут улучшать состояние здоровья детей, инвестируя в него время и деньги. Согласно предположениям модели, здоровье ребенка в текущем периоде есть функция состояния его здоровья в предыдущем периоде, объема родительских инвестиций и шоков здоровья текущего периода. Формально здоровье ребенка (H_t) в модели определяется следующим образом (формула (1)):

$$H_t = f(H_{t-1}, I_t, P_t, \Omega), \quad (1)$$

где H_{t-1} – состояние здоровье ребенка в предыдущий период;

I_t – шоки здоровья;

P_t – родительские инвестиции;

Ω – характеристики родителей (генетика, здоровье, образование, доходы и пр.).

Здоровье в модели не только определяет полезность ребенка, но также является важным фактором различных товаров и фондов. В частности, здоровье ребенка является ключевым детерминантом его человеческого капитала. Например, для того чтобы посещать школу необходим минимальный уровень здоровья (H_{min}). Более того, здоровье определяет способности ребенка к обучению и аккумуляции человеческого капитала (E). Человеческий капитал (E_t), в свою очередь, зависит от здоровья (H_t), родительских и других вложений (X_t) в возможности ребенка в обучении, и родительских базовых характеристик (Ω) (формула 2):

$$E_t = g(H_t, X_t, \Omega). \quad (2)$$

Образование, в свою очередь, определяет успешность индивида во взрослом возрасте (в частности, его доходы). Предполагается, что дети из более обеспеченных семей будут иметь лучшее здоровье (за счет родительских инвестиций), то есть $\frac{\partial H}{\partial I} > 0$. Можно предположить, что шоки в здоровье детей не являются экзогенными, их частота и величина зависит от среды, в которой растет и воспитывается ребенок. Таким образом, дети из более обеспеченных семей растут в более благоприятных условиях ($\frac{\partial I}{\partial \Omega} > 0$, $\frac{\partial H}{\partial \Omega} > 0$). Также можно выдвинуть гипотезу о том, что дети из более обеспеченных семей лучше справляются с негативными последствиями шоков, причиненных здоровью по сравнению с детьми из семей с недостаточными ресурсами (лучшая информированность, лучшее медицинское обслуживание и т. п.).

Одним из возможных и широко обсуждаемых расширений модели является учет в ней так называемой «динамической комплементарности». Идею существования «динамической комплементарности» выдвинул Дж. Хекман в работе [17]. Суть концепции заключается в том, что производительность инвестиций в человеческий капитал в текущем периоде зависит от объема человеческого капитала, накопленного в предыдущем периоде. Подобная комплементарность может быть причиной того, что отдача от образования подростков выше для подростков с лучшим здоровьем, для более подготовленных и мотивированных. Аналогичные рассуждения могут быть использованы и при анализе здоровья детей. Здоровье в предыдущем периоде может оказывать влияние на эффективность инвестиций в здоровье в текущем периоде.

Пионерской работой в области эмпирического изучения детерминантов здоровья детей, оказавшей существенное влияние на дальнейшее развитие этого научного направления, стала работа исследователей Энн Кейс, Даррена Любоцки и Кристины Паксон, опубликованная в журнале *American Economic Review* в 2002 году [18] и посвященная изучению влияния социально-экономического статуса на здоровье детей 0-17 лет в США. Эмпирической основой работы являются данные четырех национально репрезентативных обследований, проведенных в 1987-1995 гг.

и содержащих как информацию о здоровье детей, так и информацию о социально-экономическом положении их домохозяйства.

В качестве основного индикатора здоровья детей авторы используют субъективную оценку здоровья детей, данную родителями – в ходе социологического обследования родителей просили оценить здоровье их детей в целом по пятибалльной шкале (от отличного до плохого). В настоящее время важность самооценки здоровья как фактора объективного состояния здоровья, заболеваемости и смертности взрослых не вызывает сомнений (например, [19]). Однако для детей значимость субъективной оценки здоровья изучена в меньшей степени. Для проверки устойчивости результатов авторы используют дополнительные показатели здоровья детей – количество дней постельного режима, количество дней с ограничениями в физической активности, наличие эпизодов госпитализации, количество пропущенных дней в школе.

Проведенный авторами статистический анализ показал наличие существенной положительной корреляции между оценкой здоровья детей и подушевым доходом домохозяйства. Другими словами, чем выше доход семьи, тем лучше здоровье ребенка. Подобная зависимость получила название доходный градиент в здоровье (социальный градиент в здоровье, градиент в здоровье). Авторы также показывают, что с возрастом детей градиент в здоровье становится более выраженным. Проведенный эконометрический анализ подтвердил гипотезы авторов. С помощью порядковой логит-модели в работе была оценена зависимость здоровья детей от дохода домохозяйства. При этом осуществлялся дополнительный контроль на возраст ребенка, год проведения обследования, дополнительные характеристики детей и родителей, включая образование родителей. Результаты регрессионного анализа показали, что доходы семьи имеют значимое положительное влияние на здоровье детей всех возрастов, при этом величина эффекта растет с увеличением возраста детей. Увеличение подушевого дохода в два раза ведет к увеличению вероятности иметь отличное или очень хорошее здоровье для детей 0–3 лет на 4%, для детей 4–8 лет – на 4,9%, для детей 9–12 лет – на 5,9% и для детей 13–17 лет – на 7,2%. Таким образом, гипотеза о наличии для детей градиента в здоровье и его зависимости от возраста детей была статистически подтверждена. Необходимо отметить, что для других используемых показателей здоровья также была выявлена статистически значимая связь с показателем дохода домохозяйства.

В отношении образования родителей в работе показано, что и образование матери, и образование отца являются значимыми факторами здоровья детей. При этом величина эффекта мало варьируется для детей разных возрастных групп. Единственное исключение составляют дети младшего возраста (от 0 до 3 лет). Для них положительный эффект образования родителей на здоровье несколько выше, чем для других возрастных групп. Авторы предполагают, что более образованные родители в большей степени заботятся о здоровье детей или/и более образованные родители вообще больше заботятся о своих детях (более терпеливы, заботливы, более внимательны). Необходимо отметить, что включение в регрессионный анализ образования родителей практически не изменило результаты анализа в отношении влияния доходов домохозяйства на здоровье детей.

В работе авторы делают попытку определить механизм, с помощью которого доходы домохозяйства защищают здоровье детей от ухудшения. Выдвигаются следующие гипотезы. Во-первых, здоровье детей из более бедных домохозяйств могут чаще подвергаться негативным шокам, чем здоровье детей из более обеспеченных семей (например, бедные семьи могут проживать в районах с плохой экологией и низкой безопасностью, испытывать проблемы с обеспечением полноценного питания, с обеспечением надлежащего ухода и т. п.). Вторая гипотеза состоит в том, что, испытав один и тот же шок в здоровье, дети из более обеспеченных семей восстанавливают здоровье быстрее и более успешно, чем дети из низкодоходных домохозяйств (за счет возможности покупки медицинских услуг лучшего качества и в большем объеме, за счет возможности создания комфортной среды для восстановления и т. п.). Для тестирования гипотез в исследовании проводится регрессионный анализ зависимости наличия хронических заболеваний у детей от дохода домохозяйства, а также зависимости вероятности плохого здоровья у ребенка от наличия хронических заболеваний и дохода домохозяйства (используются логит-модели). Рассматриваются хронические заболевания 14 типов.

Показано, что в большинстве случаев вероятность наличия у ребенка хронического заболевания снижается с увеличением дохода. В наибольшей степени доходный градиент выражен для психических расстройств, заболеваний уха, заболеваний пищеварительной системы и для астмы. Авторы показали, что наличие хронических заболеваний ухудшает оценку здоровья детей. Например, астма увеличивает вероятность плохого здоровья на 9,8%, диабет – на 16,9%, эпилепсия –

на 22,3%, хроническое заболевание печени – на 18,7% (при среднем уровне доходов). Проведенный регрессионный анализ позволил также сделать вывод о том, что степень, в которой наличие хронического заболевания, ухудшает здоровье ребенка, статистически значимо зависит от дохода семьи. Чем выше доход семьи, тем в меньше негативное влияние хронических заболеваний на здоровье детей. Таким образом, полученные результаты подтверждают гипотезу о том, что благосостояние родителей является своеобразным буфером, смягчающим негативное влияние шоков в здоровье на состояние здоровья детей. При этом наибольший «защитный» эффект дохода наблюдается для тяжелых заболеваний. То есть градиент в здоровье по доходам становится более выраженным с увеличением тяжести заболевания. Анализируя декомпозицию эффектов, авторы делают вывод о том, что доминирующим механизмом влияния доходов на здоровье детей является именно смягчение последствий шоков в здоровье, снижение вероятности шоков вносит меньший вклад в общее состояние здоровья. Однако авторы отмечают, что в менее обеспеченных домохозяйствах хронические заболевания у детей могут быть диагностированы на более поздних этапах, чем в более обеспеченных домохозяйствах, что может несколько завышать оценку эффекта благосостояния на течение хронических заболеваний.

Помимо влияния текущего дохода семьи на состояние здоровья детей в работе [18] анализируется влияние среднегодового дохода за разные периоды, начиная с периода за шесть лет до рождения ребенка. Авторы приходят к выводу, что наибольший эффект на здоровье детей оказывает среднегодовой доход, рассчитанный как средний подушевой доход домохозяйства, начиная с момента за шесть лет до рождения ребенка до момента наблюдения. При этом градиент в здоровье по среднегодовому доходу также становится более выраженным в старших возрастах.

В работе показано, что помимо дохода домохозяйства и образования родителей важными детерминантами здоровья детей являются здоровье при рождении, здоровье родителей, наличие и особенности медицинской страховки, образ жизни родителей, особенности ухода и воспитания.

Работа [18] дала импульс к появлению целого ряда исследований, посвященных анализу градиента в здоровье в разных странах. Значимое положительное влияние благосостояния семьи на здоровье детей было выявлено в

США, Канаде, Великобритании, Австралии, Германии и ряде других стран (например, [15, 18, 20-31]). Рассмотрим подробнее результаты некоторых из них.

Статья [20] посвящена анализу социального градиента в здоровье в Канаде. Эмпирической основой исследования являются данные национально репрезентативного панельного обследования детей и молодежи, проведенного в Канаде в 1994, 1996 и 1998 гг. Обследование охватывает группу детей, которым на момент опроса 1994 г. было от 0 до 11 лет. Данные обследования содержат подробную информацию о демографических характеристиках ребенка и его здоровье, а также о социально-экономическом положении домохозяйства, в котором проживает ребенок.

Используя методику, предложенную в [18], авторы подтверждают наличие градиента в здоровье детей по доходам в Канаде. При этом полученные оценки влияния дохода семьи на здоровье детей очень близки к аналогичным оценкам, полученным в [18] для США. Так же, как и в США, в Канаде градиент в здоровье становится более выраженным с увеличением возраста детей. Данное наблюдение представляет особый интерес с учетом того, что в Канаде в отличие от США, введено бесплатное государственное медицинское страхование.

Используя панельную структуру данных, авторы анализируют влияние шока в здоровье, полученного в предыдущие периоды на текущее состояние здоровья детей в зависимости от доходов домохозяйства. В качестве шока в здоровье рассматривается наличие в предыдущем периоде (в 1994 г.) хронических заболеваний. В работе [20] не было выявлено статистически значимой вариации эффекта шоков предыдущего периода на здоровье детей в зависимости от доходов домохозяйства. Тем не менее при оценке взаимосвязи здоровья и текущих шоков в здоровье наблюдается доходный градиент (так же, как и в [18]). На основании полученных результатов авторы делают вывод о том, что в долгосрочной перспективе последствия шоков в здоровье для детей из бедных семей и для детей из богатых семей не различаются. Однако в краткосрочной перспективе (при возникновении нового хронического заболевания) здоровье детей из менее обеспеченных семей ухудшается в большей степени, чем здоровье детей из более обеспеченных домохозяйств. Таким образом, наблюдаемый градиент в здоровье детей скорее объясняется более высокой частотой возникновения шоков у детей из бедных семей, чем менее успешным восстановлением здоровья после шоков.

В работе [24] изучается социальный градиент в здоровье детей в Англии. Эмпирической основой работы являются данные ежегодного социологического обследования здоровья населения, проводимого в Англии, за период 1997-2002 гг. В качестве базового показателя здоровья для детей 0-12 лет используется оценка здоровья детей родителями, а для детей 13-15 лет – самооценка здоровья. Обе оценки используют одну и ту же пятибалльную шкалу здоровья (от очень хорошего до очень плохого). В работе также используется информация о наличии у детей различных хронических заболеваний (12 типов). В качестве дополнительных показателей здоровья рассматриваются ограничения рутинной деятельности, а также биомаркеры – уровень гемоглобина и ферритина. Интересно отметить, что показатель доходов семьи в работе построен на основе категориального показателя здоровья, то есть является квазинепрерывным.

Авторы анализируют зависимость здоровья детей от благосостояния семьи с использованием методики [18]. Результаты исследования показали наличие значимого доходного градиента в здоровье детей в Англии в рассматриваемый период времени. Однако не было выявлено зависимости выраженности градиента в здоровье от возраста детей. Данные выводы сохраняются при использовании всех индикаторов здоровья, кроме биомаркеров. Доход домохозяйства не оказывает статистически значимого влияния на уровень рассматриваемых биомаркеров.

Также была показана статистическая зависимость вероятности наличия отдельных хронических заболеваний от дохода семьи (астма, психические расстройства, заболевания кожи) – при увеличении дохода вероятность наличия хронических заболеваний у детей значимо снижается. Вероятность наличия других хронических заболеваний у детей не зависит от доходов семьи. Регрессионный анализ показал, что в Англии доход родителей смягчает негативный эффект хронических заболеваний на здоровье детей. В особенности эффект выражен для диабета и психических расстройств (аналогичные результаты были получены в [18]).

Кроме дохода домохозяйства в исследовании [24] рассматриваются другие социально-демографические и экономические факторы здоровья детей. С помощью эконометрических процедур показано, что значимыми факторами здоровья детей являются образование родителей (состояние здоровье положительно связано с образованием родителей, причем образование матери имеет большее значение, чем образование отца), принадлежность к расовому или этническому меньшинству

(фактор ухудшает здоровье), проживание в большой семье (фактор ухудшает здоровье), низкий вес при рождении (фактор ухудшает здоровье), здоровье родителей (чем лучше здоровье родителей, тем лучше здоровье ребенка). Также значимыми детерминантами здоровья являются питание (регулярное потребление овощей улучшает оценку здоровья), а также образ жизни родителей (если родители занимаются физкультурой/спортом, то ребенок с большей вероятностью имеет хорошее здоровье).

Стоит отметить, что в той или иной степени социальный градиент в здоровье наблюдается во всех рассмотренных в литературе странах. Даже в странах Северной Европы с развитой системой перераспределения и социальной поддержки доход родителей является значимым фактором здоровья детей (например, [32, 33]).

1.2 Социально-демографические и экономические факторы здоровья детей и подростков в России

В России здоровье подрастающего поколения традиционно находится в фокусе государственной политики. Развитие детского здравоохранения, создание эффективной инфраструктуры для оказания своевременной медицинской помощи детям – важнейшие задачи реализующегося в настоящее время национального проекта «Здравоохранение». Тем не менее состояние здоровья российских детей и подростков вызывает беспокойство у специалистов. По сравнению с развитыми странами в России наблюдаются высокие показатели младенческой и перинатальной смертности, отмечается рост первичной заболеваемости практически по всем видам патологий (по сравнению с уровнем 1991 г.), в структуре причин детской инвалидности половину составляют предотвратимые и управляемые причины (например, [34-38]). В работах подчеркивается, что значительное улучшение состояния здоровья детей не может быть достигнуто только путем модернизации здравоохранения. Помимо доступности и качества медицинской помощи определяющими детерминантами детского здоровья являются различные социальные, экономические, демографические, экологические факторы.

Влияние демографических характеристик и социально-экономического положения семьи на здоровье детей и подростков в России подробно анализируется в медицинской литературе, а также в публикациях, посвященных вопросам общественного здоровья. Обзор подобных работ представлен в [39]. В обзоре

приводятся результаты исследований, выполненных в Москве, Нижнем Новгороде, Уфе, Омске, Санкт-Петербурге, в Астраханской и Воронежской области. В целом результаты исследований свидетельствуют о том, что здоровье детей формируется в результате воздействия целого комплекса факторов, среди которых социально-экономические факторы играют крайне важную роль (наряду с биологическими, медицинскими и экологическими факторами).

Так, в работе, анализирующей детерминанты здоровья подростков Воронежской области [40], было показано, что социально-экономическое положение определяет практически четверть (24,4%) вариаций здоровья детей 15-17 лет. Среди ключевых детерминантов здоровья детей, ассоциированных с их социально-экономическим положением, исследователи часто выделяют материальное благосостояние домохозяйства, состояние здоровья матери, здоровье ребенка при рождении, количество детей в семье, соблюдение режима дня, обеспечение полноценного питания, количество двигательной активности.

Монография д.м.н. Т.М. Максимовой [41] посвящена исследованию взаимосвязи состояния здоровья и социально-экономического положения населения России. В частности, в первом разделе изложены результаты анализа социального градиента в здоровье детей. Эмпирическую основу исследования составляют данные опроса родителей детей 46 лет, посещающих дошкольные образовательные учреждения, проведенного в Москве. Охват опроса – 1100 родителей. Проведенное исследование показало, что состояние здоровья детей варьируется в зависимости от благосостояния их семей. Среди детей из благополучных семей 85% имеют отличное или хорошее здоровье (по оценке родителей), тогда как аналогичный показатель среди детей с низким уровнем материальной обеспеченности в два раза ниже – 42,5%. Дети из менее обеспеченных семей чаще подвержены хроническим заболеваниям, имеют более высокий уровень травматизма. В семьях с худшими материальными условиями у детей чаще наблюдается отставание в физическом и умственном развитии. В более обеспеченных домохозяйствах дети, наоборот, чаще опережают нормы развития. Также отмечается социальный градиент в потреблении услуг здравоохранения – дети из более обеспеченных семей чаще получают платные виды медицинской помощи, чаще получают медицинское обслуживание в платных медицинских организациях. Наличие социального градиента в здоровье детей

подтверждается врачами-педиатрами (в ходе исследования было проведено 135 интервью с врачами).

Автор [41] отмечает наличие целого ряда рисков в здоровье детей из малообеспеченных семей. Например, материальное благосостояние оказывает эффект на протекание беременности. У женщин из менее обеспеченных домохозяйств чаще встречаются различные осложнения беременности (например, повышенное артериальное давление). Также у женщин из семей с низким уровнем материальной обеспеченности дети чаще рождаются раньше срока. Здоровье детей при рождении лучше в более обеспеченных семьях. Среди детей из менее обеспеченных домохозяйств в большей степени распространены родовые травмы, что, по мнению автора, может косвенно свидетельствовать о неравенстве доступа к качественным медицинским услугам для людей из разных социально-экономических групп.

Автор отмечает значительную вариацию уровня жизнеобеспечения детей из семей с разным уровнем достатка. Менее обеспеченные семьи реже могут обеспечить детям полноценное питание. В рационе детей из семей с относительно низким достатком отмечается дефицит мяса, недостаточное потребление овощей и фруктов. Также среди бедных семей отмечаются случаи количественно недостаточного питания. Дети из малообеспеченных семей реже занимаются физкультурой и спортом, имеют меньше возможностей для отдыха. Вероятность наличия у родителей вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем) значительно выше для детей из семей с низкой материальной обеспеченностью.

Состояние здоровья детей дошкольного возраста (5-7 лет) из бедных семей также анализируется в публикации [42]. В основе этого исследования лежат данные углубленного комплексного медицинского обследования 108 детей из бедных домохозяйств. Показатели здоровья детей из бедных семей сопоставляются с показателями здоровья детей из контрольной группы, в которую вошли 108 детей соответствующего возраста из семей со средним уровнем благосостояния. В ходе обследования детей осматривал педиатр, врачи-специалисты, выполнялись клинические анализы, выполнялись комплексное ультразвуковое исследование, фиброгастроскопия и электрокардиография. Также подробно были изучены истории болезни детей, собран анамнез жизни и текущие жалобы.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что уровень заболеваемости детей из бедных семей в 1,2 раза превышает аналогичный показатель для детей из домохозяйств со средним достатком. У детей из малообеспеченных семей чаще отмечается недостаточная масса тела и низкий рост, у них также чаще отмечается задержка физического и психического развития, они чаще не готовы к обучению в школе. Распространенность хронических заболеваний у детей из менее обеспеченных семей в два раза выше, чем у детей из семей со средними доходами.

Понимание значимости различных социально-экономических и демографических факторов риска детского здоровья важно не только для формирования соответствующих мер социальной политики. В работе [43] представлен отчет о разработке информационной системы междисциплинарного мониторинга здоровья детей. В основе системы мониторинга лежит линейная вероятностно-статистическая модель здоровья, учитывающие различные факторы риска здоровья детей – факторы физического развития, факторы функционального состояния, факторы личностного и речевого развития, а также факторы семейной среды. Факторы семейной среды включают в себя социальный статус семьи (образование родителей, жилищные условия), материальное положение семьи и характеристики положения ребенка в семье (поведение ребенка, образ жизни родителей). Эмпирической основой моделирования стали данные обследования учеников 111 классов в Москве, Реутове, Вологде, Нальчике и Петропавловске-Камчатском. В ходе обследования проводилось анкетирование детей, антропометрические замеры, дети проходили осмотр педиатра и врачей-специалистов, также проводилось тестирование физических и когнитивных способностей ребенка. Модель была построена с помощью факторного анализа. Полученная в итоге эмпирическая модель помогает врачам по наблюдаемым характеристикам определить риски для здоровья детей и подростков, выявить и спрогнозировать отклонения в состоянии здоровья ребенка, принять решение относительно тактики ведения пациента в части определения необходимых видов помощи.

Несмотря на безусловную научную и практическую значимость результатов, полученных в медицинской литературе и в литературе, освещающей вопросы общественного здоровья, большинство подобных исследований имеют определенную специфику. В этих работах эмпирический анализ выполняется на

данных, не являющихся репрезентативными на национальном уровне. Таким образом, выводы, сформулированные в этих исследованиях, следует с осторожностью распространять на всю генеральную совокупность детей и подростков в РФ.

Аналізу социально-экономических и демографических факторов здоровья детей и подростков в России посвящено значительное количество социологических и экономических научных работ. Большинство подобных работ основываются на больших массивах микроданных, полученных в ходе социологических обследований населения.

Следует отметить уникальное лонгитюдное исследование факторов здоровья детей, проводимое Институтом социально-экономического развития территорий Российской академии наук (ИСЭРТ РАН). Начиная с 1995 г. по настоящее время специалистами ИСЭРТ РАН проводится мониторинг здоровья и развития детей. Программа мониторинга была инициирована и реализована при поддержке и непосредственном участии д.э.н. Н.М. Римашевской. Мониторинг представляет собой панельное социологическое обследование домохозяйств. Анкета мониторинга аналогична анкете обследования «Национальная программа изучения развития детей» (NCDS), проводимого в Великобритании на регулярной основе, начиная с 1958 г. Выборку обследования составляют семьи, в которых в период с 15 по 30 мая 1995 г. родились дети, и которые на тот момент проживали в городах Вологде, Череповце, Великом Устюге, Кириллове и в пгт Вожега Вологодской области. В дальнейшем выборка обследования была расширена за счет присоединения когорт, родившихся в 1998, 2001, 2004 и 2014 гг. Основной задачей обследования стало динамическое наблюдение влияния различных демографических, медицинских и социально-экономических факторов на здоровье и развитие детей. Сбор информации проводится путем личного интервью с информантом по заранее разработанной анкете.

Инструментарий мониторинга детского здоровья содержит следующие виды вопросников:

– Анкета для домохозяйства, которая позволяет собрать информацию о социально-демографическом составе домохозяйства, уровне жизни семьи, жилищных условиях, особенностях занятости членов семьи на рынке труда и их образовании, образе жизни родителей. В рамках данной анкеты также задаются

вопросы, позволяющие выявить медицинские и биологические факторы здоровья детей, а именно состояние здоровья родителей, планирование рождений, особенности протекания беременности и родов;

– Анкета, посвященная вопросам здоровья и развития детей. Эта анкета заполняется участниками опроса при достижении ребенком возраста 1 месяц, 6 месяцев, 1 год и далее ежегодно. Оценка здоровья и развития детей, данная родителями, дополняется оценками врачей-педиатров;

– Анкета для детей. Этот тип анкеты был добавлен в инструментарий обследования в 2005 г. Респондентами этой анкеты являются дети в возрасте от 10 лет и старше. Дети отвечают на вопросы об их здоровье, использовании времени, увлечениях и различных активностях.

Результаты вологодского мониторинга здоровья детей отражены в многочисленных публикациях, например [4453] и других. Результаты многолетнего мониторинга свидетельствуют о том, что здоровье детей постепенно ухудшается по мере взросления. Важнейшим фактором снижения потенциала здоровья детей и подростков является социально-экономическое положение домохозяйств, в которых они проживают. Уровень жизни семьи имеет опосредованное влияние на здоровье детей, во многом определяя возможность семьи обеспечить ребенку адекватный уход, полноценное питание, условия проживания, медицинское обслуживание, отдых и оздоровление и многое другое. Дети из семей с низким социально-экономическим статусом реже занимаются спортом и наоборот чаще имеют вредные привычки (курение, потребление алкоголя). При этом масштаб влияния социально-экономических факторов варьируется в зависимости от возраста ребенка.

Данные вологодского мониторинга также позволили доказать, что в раннем возрасте (от 0 до 1 года) доминирующими детерминантами здоровья детей являются медико-биологические факторы. Плохое здоровье родителей, курение матери, низкий гемоглобин у матери в время беременности, плохие условия труда во время беременности, искусственное вскармливание негативно отражаются на здоровье детей раннего возраста. В дошкольном и школьном возрасте социально-экономические приобретают гораздо большее значение. Низкий уровень благосостояния семьи ограничивает возможности организации полноценного питания детей, организации профилактики заболеваний и укрепления здоровья, что негативно отражается на состоянии здоровья детей. Характеристики места

проживания значимо связаны со здоровьем детей. Неблагоприятные жилищные условия (низкая жилищная обеспеченность, плохое отопление, повышенная влажность и пр.) негативно отражаются на иммунитете и здоровье детей. Также разрушающее действие оказывает плохая экологическая ситуация. Другим ключевым фактором здоровья детей является уровень социально-гигиенической грамотности родителей и особенности их образа жизни.

Несмотря на то, что вологодский мониторинг здоровья и развития детей, осуществляемый ИСЭРТ РАН, является уникальным для России обследованием, проводимым на панельной основе с использованием международно сопоставимого инструментария и дающим важнейшую информацию о факторах здоровья детей и их динамике, он обладает теми же ограничениями, что и медицинские исследования. Данное обследование не является репрезентативным для детского населения РФ и результаты исследований, выполненных с использованием микроданных вологодского мониторинга, с трудом могут быть распространены на генеральную совокупность детей и подростков в Российской Федерации.

Далее в обзоре мы фокусируемся на исследованиях детерминант здоровья российских детей и подростков, выполненных с использованием данных, репрезентирующих население соответствующего возраста. Необходимо отметить, что количество таких исследований очень ограничено.

Одним из наиболее значащих среди подобных исследований в области здоровья детей и подростков в России является исследование «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (HBSC, Health behavior in school-aged children). HBSC – это обследование ВОЗ, проводимое более, чем 50 странах Европы и Северной Америки, в том числе и в России. Основная задача обследования – получение информации о поведенческих и социальных факторах, определяющих поведение и здоровье детей и подростков. Обследование проводится с регулярностью один раз в четыре года. В России оно было проведено в 1993/94, 1997/98, 2001/02, 2005/06, 2009/10, 2013/14, 2017/18 гг. при участии Санкт-Петербургского научного института физической культуры. В ходе социологического обследования опрашиваются дети 11, 13 и 15 лет. При этом обеспечивается репрезентативность выборки для каждой возрастной группы. Объем выборки для каждой возрастной группы составляет около 1500 человек.

В отчете Европейского регионального бюро ВОЗ, анализирующем данные социологического обследования HBSC, проведенного в 2017/2018 гг., отмечается наличие социального градиента практически для всех характеристик здоровья и образа жизни подростков [54]. Социальный градиент в здоровье рассматриваемых возрастных групп наблюдается в подавляющем большинстве стран, и Россия не является исключением. Для российских детей социальный градиент в здоровье и образе жизни выражен достаточно отчетливо. Благополучие домохозяйства в работе определяется с помощью балльной шкалы достатка семьи (ШДС), агрегирующей в себе информацию о наличии в домохозяйстве различных материальных ценностей (автомобиль, компьютер, посудомоечная машина, количество ванных комнат, наличие у ребенка собственной комнаты, возможность провести отпуск вне дома). Предполагается, что низкий достаток имеют 20% подростков с наименьшими величинами ШДС, а высокий – 20% подростков с наибольшими показателями ШДС.

В [54] показано, что в России дети из более благополучных семей чаще обеспечены полноценным питанием, у них чаще сформированы правильные пищевые привычки. Дети из семей с высокими показателями ШДС чаще завтракают каждый школьный день, значительно чаще ежедневно питаются со всей семьей. Для подростков из семей с высоким ШДС вероятность ежедневного потребления фруктов в два раза выше, чем для подростков с низким ШДС, а вероятность ежедневного потребления овощей – в полтора раза выше. Однако дети из более обеспеченных домохозяйств чаще потребляют сладости и сахаросодержащие напитки. Интересно отметить, что социальный градиент в питании детей в России в большей степени выражен для девочек. Дети из менее обеспеченных домохозяйств реже правильно ухаживают за полостью рта. Дети с высокими показателями ШДС в 1,3 раза чаще чистят зубы ежедневно по сравнению с детьми из низкообеспеченных семей. Дети из семей с низким ШДС реже вовлечены в физическую активность – интенсивная физическая активность четыре раза в неделю и более отмечается для 32% девочек и 40% мальчиков из домохозяйств с низким уровнем обеспеченности (39% и 57% соответственно для девочек и мальчиков из семей с высоким ШДС). Однако не отмечается статистически значимых различий в распространенности избыточного веса/ожирения среди детей из семей с разным благополучием.

В ходе обследования HBSC детям предлагалось оценить состояние своего здоровья по четырехбалльной шкале – отличное, хорошее, удовлетворительное и плохое. Самооценка здоровья демонстрирует статистически значимый социальный градиент. В России дети из домохозяйств с низким ШДС реже оценивают свое здоровье как отличное (22% девочек и 33% мальчиков), чем дети из семей с высоким показателем ШДС (29% девочек и 49% мальчиков). Девочки из низкообеспеченных семей чаще имеют множественные жалобы на здоровье (для мальчиков эффект статистически не значим). Также девочки из домохозяйств с низким уровнем ШДС чаще испытывают подавленность, раздражение, нервозность (для мальчиков эффект доходов семьи статистически не значим). Однако мальчики из менее благополучных семей в большей степени склонны к потреблению алкоголя. 8% мальчиков из домохозяйств с низким ШДС находились в состоянии опьянения в течение 30 дней, предшествовавших опросу, тогда как среди мальчиков из семей с высоким ШДС – только 4%. Эффект дохода на курение статистически не значим. Важно отметить, что употребление каннабиса в большей степени распространено среди мальчиков с высоким ШДС – 10% мальчиков из высокообеспеченных домохозяйств хотя бы один раз в жизни употребляли каннабис, среди мальчиков с низким ШДС аналогичный показатель составляет только 1%. Для девочек не было выявлено значимого эффекта благосостояния на употребление алкоголя, табака и каннабиса.

В работе [54] отмечается более высокий уровень травматизма детей с более высоким ШДС. Эффект статистически значим только для мальчиков. Половина (51%) мальчиков из наиболее обеспеченных домохозяйств за последние 12 месяцев получали хотя бы одну травму, потребовавшую медицинского вмешательства, тогда как аналогичная доля мальчиков из наименее обеспеченных домохозяйств составила только 39%. Полученный результат нуждается в дополнительном осмыслении – или действительно уровень травматизма растет с уровнем дохода, или дети из высокодоходных домохозяйств с большей вероятностью при травме обращаются к врачу.

Социальные факторы здоровья подростков с использованием предыдущих раундов HBSC обсуждаются в более ранних отчетах ВОЗ, а также в работе [55].

Большой вклад в изучение факторов здоровья российских детей и подростков внесла российский экономист, д.э.н. О.А. Кислицына (например, [56-59]). Работа [58] посвящена анализу факторов здоровья детей младшего и среднего школьного

возраста (7-13 лет). Эмпирической основой работы являются микроданные тринадцатой волны Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ, проведенной в 2004 г. В качестве основной характеристики здоровья детей используется субъективная оценка, данная родителями – в ходе опроса родителям было предложено оценить здоровье их детей по пятибалльной шкале – от очень плохого до очень хорошего. Для эмпирического анализа оценка здоровья была дихотомизирована (1 – очень хорошее и хорошее здоровье, 0 – иначе). Дополнительно в работе был рассмотрен индикатор наличия хронических заболеваний.

Для выявления значимых детерминантов здоровья детей в работе был проведен эконометрический анализ зависимости показателей здоровья детей от различных демографических и социально-экономических факторов. В качестве инструмента оценивания использовалась логит-модель. Исследование показало, что статистически значимый негативный эффект на здоровье детей 7-13 лет оказывает наличие у матери хронических заболеваний, большой размер домохозяйства (6 и более человек), употребление алкоголя матерью, курение матери, наличие у матери депрессии, школьная нагрузка, низкая жилищная обеспеченность. В качестве переменной, характеризующей доходы домохозяйства, в работе использовалась дамми-переменная, отражающая нехватку денег на медицинские услуги. Показано, что при прочих равных нехватка денег на медицинские услуги не оказывает значимого влияния на состояние здоровья детей в возрасте 7-13 лет.

В статье [56] автор исследует факторы, определяющие состояние здоровья российских подростков (14-17 лет). Как и в [58] эмпирической базой работы стали микроданные обследования РМЭЗ НИУ ВШЭ за 2004 г. Основным показателем здоровья подростков является самооценка здоровья, данная ими в ходе обследования (пятиступенчатая шкала, от очень хорошего до очень плохого). Для проведения статистического анализа самооценка здоровья была дихотомизирована (1 – очень хорошее и хорошее здоровье, 0 – иначе).

Для определения факторов, определяющих здоровье российских подростков, в работе была оценена логит-модель. В качестве объясняющих переменных были использованы различные биологические факторы здоровья, демографические и социально-экономические факторы, факторы образа жизни (родителей и самих подростков) и пр. Результаты проведенного анализа показывают, что негативный

эффект на здоровье подростков оказывает наличие у матери хронических заболеваний, большой размер домохозяйства (6 и более человек), употребление алкоголя матерью, курение матери, депрессия матери, собственное курение, отсутствие адекватного объема физической активности. Также как и в случае анализа факторов здоровья детей 7-13 лет, не было выявлено значимого эффекта нехватки денег на медицинские услуги на здоровье подростков. В работе показано наличие некоторой гендерной вариации факторов здоровья подростков.

Работа П.Г. Газизуллиной [60] также посвящена эмпирическому исследованию факторов здоровья российских подростков 14-17 лет. Фактологическую основу анализа составляют микроданные РМЭЗ НИУ ВШЭ за 2010-2016 гг. Так же, как и в работах Кислицыной, в качестве показателей здоровья подростков используются самооценка здоровья и наличие хронических заболеваний. Для выявления значимых детерминант здоровья детей используется регрессионная логит-модель.

Согласно результатам проведенного исследования статистически значимое влияние на здоровье подростков оказывают демографические характеристики домохозяйства, проживания – проживание в многодетной семье увеличивает риски в здоровье подростков. Авторы показывают, что отрицательная динамика благосостояния домохозяйства за последние 12 месяцев негативно сказывается на здоровье подростков. Также значимыми факторами плохого здоровья являются такие характеристики образа жизни детей как курение, недостаточный уровень физической активности, несоблюдение принципов здорового питания. В работе подтверждаются результаты, полученные ранее в [56] о гендерной вариации факторов здоровья подростков.

Таким образом, объем количественных исследований социально-экономических и демографических факторов здоровья российских детей и подростков, базирующихся на национально репрезентативных данных, в настоящее время очень ограничен. Полученные ранее результаты нуждаются в актуализации. Необходимо проведение более полного исследования, основывающегося на международно сопоставимой методологии.

2 Социально-демографические и экономические факторы самосохранительного поведения подростков в России и в мире

Здоровье, данное человеку от рождения или имеющееся у него на момент вступления во взрослую жизнь, может рассматриваться как своеобразный капитал. Таким образом различные проявления заботы о своем здоровье могут расцениваться как позитивные инвестиции в этот капитал, а вредные привычки – как негативные инвестиции.

В работе [61] сделана попытка объяснить низкую продолжительность жизни российских мужчин с помощью гипотезы о присущей им инвестиционной близорукости, выражающейся в нежелании думать о долгосрочных последствиях принимаемых ими решений. В качестве негативных инвестиций в капитал здоровья авторы рассматривают курение и отказ от занятий спортом. Авторы приходят к выводу о том, что инвестиционная близорукость по отношению к собственному здоровью может быть следствием неуверенностью в себе и своем материальном положении в настоящем и будущем, что в свою очередь закрепляет в человеке психологию «временщика».

В более поздней работе [62] на близкую тему рассматривается конкретный вид негативной инвестиции в здоровье – курения. Эмпирическая часть исследования проведена на данных опросов студентов в Санкт-Петербурге. Авторов интересовала взаимосвязь общего уровня жизнерадостности молодых взрослых и степени их инвестиционной близорукости по отношению к негативным инвестициям в здоровье. Уровень жизнерадостности определялся авторами на основании 7 вопросов, включенных в анкету, касающихся оценки собственного материального положения в настоящем и будущем, уверенности в завтрашнем дне, уверенности в себе, а также реакции на неожиданные изменения в планах. Полученные результаты показывают, что действия людей по отношению к своему здоровью не всегда укладываются в рамки неоклассической экономической теории, подразумевающей рациональность выбора. В случае курения оказывается, что инвестиционная близорукость не оказывает влияние на склонность к курению. Значимым фактором курения оказывается жизнерадостность: чем выше уровень *animal spirits* (понятие,

представляющее смесь различных эмоций: уверенность в будущем благосостоянии, общее позитивное или негативное настроение и др.), тем ниже риск быть курильщиком.

В работе [63] рассмотрены проблемы разработки мотивационной политики государства по продвижению здорового образа жизни среди населения. Здоровый образ жизни может быть определен как в широком смысле (условия жизни человека, его поведенческие навыки, позволяющие сберечь и укрепить здоровье), так и в узком смысле (исключительно поведенческие аспекты).

Авторы последовательно рассматривают два взаимосвязанных вопроса: 1) нужно ли государству вмешиваться в такую сферу как индивидуальное поведение людей, не нарушая их прав; 2) каковы конкретные механизмы такого стимулирования на различных уровнях – национальном, региональном, локальном, семейном и индивидуальном. По мнению авторов, мотивационная политика государства должна быть ориентирована на формирования сознательного отношения граждан к своему здоровью и к изменению образа жизни в сторону здоровьесбережения. Государство является одним из многих игроков, способных менять поведение граждан в лучшую сторону, в число которых, например, входят производители рекламы и работодатели.

В работе перечислены четыре способа мотивации к здоровому образу жизни: принуждение (через приказы и распоряжения), вознаграждение (через поощрение в материальной и нематериальной форме), солидарность (через создание определенного климата внутри коллектива) и приспособление (через соучастие в общих мероприятиях, например таких, как дни здоровья).

В исследовании [64] сравниваются представления населения о здоровом образе жизни с реальным поведением людей в обыденной жизни. В качестве эмпирической базы рассматриваются данные социологического обследования населения Вологодской области в 2012 г. Авторы выделяют следующие ключевые индикаторы самосохранительного поведения: 1) место здоровья в системе ценностей человека; 2) мотивы, побуждающие человека заботиться о своем здоровье; 3) изменение отношения к здоровью на протяжении жизни и его причины; 4) представления о факторах, влияющих на здоровье; 5) самооценку соответствия своего поведения здоровому образу жизни; 6) намерения по улучшению собственного образа жизни по отношению здоровью; 7) собственные усилия по

сохранению здоровья, включающие питание, занятия физкультурой, стрессоустойчивость, потребление медицинских услуг, вредные привычки, профилактика заболеваний, в том числе наследственных; 8) интерес к информации о здоровье и здоровом образе жизни; 9) мнение о предпочтительной для человека продолжительности жизни.

В ходе опроса было установлено, что предпочтительная продолжительность жизни по мнению жителей Вологодской области должна составлять от 70 до 80 лет, причем было выявлено, что среди имеющих установку на долголетие доля внимательно относящихся к своему здоровью выше. Согласно полученным результатам, большая часть опрошенных имеет правильные установки на здоровьесбережение, хотя весьма распространены и неверные взгляды о допустимости проявлению саморазрушительного поведения, в том числе курения и неумеренного потребления алкоголя.

Были выявлены факторы, влияющие на выбор самосохранительной стратегии человека. Значимое влияние на самосохранительное поведение оказывают такие индивидуальные характеристики как стремление к более долгой жизни, наличие супруга (официальный брак), позитивный опыт родителей, высокий уровень образования и занятия умственным трудом на работе.

По результатам исследования авторами были предложен ряд мер по распространению здоровьесберегающих практик среди населения региона, в том числе направленных на повышение доступности услуг спортивных сооружений за счет развития спортивно-оздоровительной инфраструктуры и системы льгот для малообеспеченного населения.

В статье [65] оценивается причинно-следственное влияние уровня образования родителей на состояние здоровья их детей и вероятности их рискованного с точки зрения здоровья поведения. Изучается эффект, который оказала на разные поколения реформа обязательного школьного образования в Германии, проведенная после окончания Второй мировой войны. Одним из результатов реформы стал рост минимальной длительности школьного образования с восьми до девяти лет. Оценки, полученные с помощью регрессионной модели с использованием инструментальных переменных, а также с использованием метода сравнения разностей, показывают, что рост количества лет школьного образования матерей снижает вероятность курения и избыточного веса детей в подростковом

возрасте. Этот эффект сохраняется в зрелом возрасте, снижая вероятности хронических болезней, которые часто являются следствием нездорового образа жизни. Для количества лет обучения отцов таких эффектов не выявлено. В связи с этим автор делает вывод о значимости инвестиций в образование детей и улучшение среды их сверстников в раннем возрасте. Изменения в семейном доходе, демографическом составе семьи и поведении родителей, в вопросах, связанных со здоровьем, оказались менее значимы эмпирически, это свидетельствует о том, что влияние образования на здоровье и поведение, связанное со здоровьем, превышает прямое воздействие, оказываемое поведением родителей.

В более позднем исследовании того же автора [66] продолжается изучение эффекта, оказываемого на здоровье, характеристиками родительской семьи. На этот раз изучается взаимосвязь между продолжительностью жизни и образованием родителей на данных немецкого панельного обследования социально-экономического положения населения. С использованием метода анализа продолжительности событий (survival analysis) автор показывает, что образование матери значимо влияет на ожидаемую продолжительность жизни детей, причем этот эффект сохраняется даже с учетом уровня собственного образования детей. Эффект не зависит от пола респондента, оказываясь значимым и для мужчин, и для женщин. Кроме того, он сохраняется для различных возрастных когорт, будучи более ярко выраженным для более молодых респондентов. Для образования отца аналогичных эффектов на продолжительность жизни детей выявлено не было. Автор приходит к выводу, что главным направлением влияния характеристик родительской семьи на здоровье и длительность жизни детей являются не доходы и профессиональный статус родителей, а воспитание отношения к собственному здоровью. Это исследование расширяет выводы более ранних работ по данной тематике, в которых основное внимание уделялось взаимосвязи между собственным образованием людей и продолжительностью жизни. Автору удалось показать, что с учетом межпоколенческого эффекта связь между образованием и продолжительностью жизни существенно усиливается, а отдача от образования становится еще выше.

В исследовании [67] изучается влияние образования матери на здоровье детей и их дальнейшее поведение в отношении здоровья. В качестве эмпирической базы в работе также используются панельные данные немецкого социально-экономического положения населения, содержащие информацию о трех поколениях

респондентов. Подобная структура данных позволяет учитывать не только образование матери, но и характеристики ее собственной родительской семьи (количество братьев и сестер, образование родителей). При расчетах использовался регрессионный анализ с включением инструментальных переменных. Как показывают результаты, образование матери оказывает существенное влияние на поведение в отношении здоровья ее дочерей-подростков (но не сказывается на поведении сыновей-подростков), а также на состояние здоровья детей первого года жизни. В качестве возможных направлений, по которым происходит влияние образования матери на поведение детей и их здоровье, авторы называют собственное поведение матери в отношении здоровья, ассортативность браков (выбор супруга из близких социально-экономических групп), семейный доход и школьное образование ребенка. В исследовании был получен следующий результат: более высокое образование матери повышает вероятность курения дочери. Авторы предполагают, что это можно объяснять тем, что ребенок с большей вероятностью будет обучаться в старшей школе.

В близкой по тематике работе [68] изучается характер влияния образования матерей на когнитивные способности детей, возникающие у них поведенческие проблемы, школьную успеваемость и вероятность возникновения избыточной массы тела и ожирения. Отдельно авторами рассматривается проблема эндогенности материнского школьного образования, для решения которой анализируются различия в стоимости ее обучения в детском и подростковом возрасте. При оценках использовались панельные данные для участников Национального лонгитюдного исследования 1979 г. (NLSY79) и их детей, таким образом удалось контролировать результаты на способности матери и факторы ее стартовых обстоятельств. Согласно полученным результатам, существует значительная отдача от образования при переходе от поколения к поколению. Например, для детей в возрасте 7-8 лет было показано, что дополнительный год обучения матери повышает успеваемость ребенка по математике (измеренную с помощью стандартизированного математического теста) почти на 10% стандартного отклонения и значительно снижает частоту проблем в поведении. В ходе количественного анализа авторами был изучен широкий спектр каналов, по которым может происходить влияние образования матери на ребенка, включая семейное окружение и родительские инвестиции на разных этапах его детства и отрочества. Среди значимых факторов следует отметить доход семьи,

более позднее рождение детей и ассортативность браков. Также было показано, что образование матерей существенно сказывается на их поведении на рынке труда.

Работа [69] опирается на уникальные административные данные о здоровье детей в Германии. Цель исследования заключалась в изучении роли здоровья детей в передаче человеческого капитала от поколения к поколению. Более конкретно, был исследован вопрос, в какой степени детальный список состояния здоровья ребенка, диагностированный врачами системы общественного образования, может объяснить различия в развитии детей в зависимости от образования их родителей. Сравнения проводились между родителями с высшим образованием и остальными. Согласно проведенным расчетам (использовались оценки с фиксированными эффектами для братьев и сестер), состояние здоровья детей объясняет 18% различий в когнитивных способностях и 65% различий в языковых способностях. По мнению авторов, это свидетельствует о том, что важным направлением политики, направленной на сокращение различий в успеваемости детей, должно стать улучшение здоровья детей из неблагополучных семей.

Исследователи отмечают, что проблемы со здоровьем являются весьма распространенными даже в детском возрасте [70]. Среди наиболее распространенных нарушений здоровья, приводящих к значительным социальным издержкам, можно назвать ожирение, двигательные нарушения и различные хронические заболевания. Кроме того, эти проблемы со временем перерастают в болезни взрослых, что влечет за собой дополнительные социальные расходы. В работе исследуются межпоколенческие взаимосвязи здоровья родителей и детей на данных немецкого панельного обследования.

Был рассмотрен широкий набор показателей здоровья: антропометрические и объективные показатели здоровья, а также его самооценка. Согласно полученным результатам, существует значимая взаимосвязь между здоровьем родителей и их детей младшего возраста. Чтобы учесть эндогенность здоровья родителей, оцениваются панельные модели с фиксированным эффектом. С контролем результатов на доходы родителей, их образование и состав семьи, было показано, что дети родителей с плохим здоровьем также имеют значительно более плохое здоровье, чем их сверстники. Так, например, индекс массы тела (ИМТ) отца является значимым фактором наличия избыточного веса у их детей. Кроме того, у матерей с высокой самооценкой здоровья, как правило, более здоровые дети.

В статье [71] на примере законодательно определяемого возраста поступления в школу изучается влияние образования женщин на рождаемость и здоровье детей. Вопрос исследования состоит в объяснении существенных различий в образовании, фертильности и здоровье детей в зависимости от возраста поступления в школу их матерей. Авторы приходят к выводу, что определение возраста поступления в школу влияет на образование женщин и характеристики их партнера, что в свою очередь оказывает определенное влияние на фертильность и здоровье младенцев. Таким образом, жесткое фиксирование возраста поступления в школу сказывается в первую очередь на уровне образования молодых женщин, часть из которых не успевает завершить свое школьное образование.

В работе [72] представлена попытка определения механизмов, с помощью которых образование матери влияет на здоровье ребенка. В качестве показателя здоровья используется рост ребенка в зависимости от его половозрастных характеристик. В качестве эмпирической базы в работе были использованы данные Бразильского демографического и медицинского обследования, проведенного в 1986 г. Согласно результатам исследования, почти все влияние образования матери на здоровье ребенка объясняется показателями доступа к информации в СМИ (газеты, радио и телевидение). Также была обнаружена значимая взаимосвязь между образованием матери и доступом к услугам системы общественного здравоохранения. Также в исследовании было выявлено, что лишь незначительная часть эффекта материнского образования передается через доход.

Одним из важнейших проявлений негативных инвестиций в здоровье является курение. И мужчины, и женщины, как правило, начинают курить в подростковом возрасте. В современной исследовательской литературе широко представлены работы, изучающие различные аспекты курения среди детей и подростков.

В статье [73] представлены результаты обследования популяции детей в возрасте 12-17 лет одного из округов Тюмени (размер выборки 1596 человек) по вопросам курения. Обследование включало как выяснение статуса курения у ребенка, так и измерение артериального давления. Ребенок считался 1) активно курящим, если он выкуривал не менее 1 сигареты в неделю; 2) пассивно курящим, если курильщиком являлся кто-то из членов его семьи. Пороговое значение

артериального давления зависело от возраста; оно составляло 120/75 мм рт. ст. для 12 лет, 130/80 мм рт. ст. для 13-14 лет, 135/85 мм рт. ст. для 15-17 лет.

В ходе исследования было установлено, что курение подростков значимо связано с количеством курящих родственников: в некурящих семьях активно курили 5,4% детей, в семьях с одним курящим родственником – 7,2% детей (9,9% мальчиков и 4,7% девочек), в семьях с двумя и более курящими родственниками – 19,0% детей (26,9% мальчиков и 13,2% девочек). Положительная зависимость также была выявлена между количеством курящих родственников и вероятностью того, что ребенок уже пробовал курить: она составляла 35,1% для некурящих семей, 37,5% для семей с одним курящим родственником ребенка и 52,5% для семей с двумя курящими родственниками. Кроме того, на данных обследования было показано, что дети из курящих семей проявляют интерес к курению в более раннем возрасте.

Результатом более раннего и более интенсивного курения детей из семей с курящими родственниками является значимо более высокое артериальное давление у них по сравнению с их сверстниками из некурящих семей.

Влияние образа жизни родителей на курение детей подтверждается и во многих других исследованиях. Так, например, в работе, выполненной на американских данных [74], исследуется взаимосвязь между курением подростков 12-17 лет и их родителей. Были использованы данные Национального исследования здоровья и употребления наркотиков за 2004–2012 гг. При расчетах учитывались различия в интенсивности курения; отдельно были рассмотрены курильщики с никотиновой зависимостью и без нее. Был проведен регрессионный анализ взаимосвязи между курением родителей и их детей-подростков с учетом влияния других факторов. Было показано, что курение с никотиновой зависимостью у родителей (в отличие от курения без зависимости и курения ранее) значимо повышает вероятность курения их детей. Этническая принадлежность респондентов оказалась незначимой. К значимым факторам курения подростков относятся образование родителей, семейное положение, воспитание подростков, их психическое здоровье, представления о курении, восприятие курения одноклассников и употребления других психоактивных веществ.

В исследовании [75] был проведен сравнительный анализ распространенности курения и факторов, оказывающих влияние на риски курения среди подростков, в столицах трех странах – Эстонии, Финляндии и России. В

Эстонии отдельно рассматривались русские и эстонские школы. Как показали результаты проведенного социологического исследования, распространенность курения среди девочек в эстонских школах Таллина оказалась выше, чем для остальных подвыборок (русские школы Таллина, Москва и даже Хельсинки, где распространенность курения составляла 39,5%). Среди мальчиков была обнаружена обратная тенденция: доля курящих среди мальчиков из эстонских школ Таллина оказалась, напротив, ниже, чем во всех остальных подвыборках. Были выявлены различные индивидуальные факторы, оказывающие влияние на риск быть курильщиком, в том числе место учебы, класс, курение родителей, друзей, а также братьев и сестер. Авторы отмечают, что в зависимости от школы характер влияния индивидуальных факторов, например факт курения друзей или братьев и сестер, меняется.

Полученные результаты позволяют авторам сделать вывод о том, что помимо семьи, значимое влияние на здоровьесберегающее поведение ребенка оказывает школьная среда, в которой он растет.

Аналогичная задача – выявление факторов, влияющих на распространенность курения среди подростков – ставилась авторами исследования [76], проведенного на российских данных. Была использована информация 13-го раунда Российского мониторингового исследования состояния здоровья (RLMS), проведенного в 2004 году. В ходе эмпирического анализа была рассмотрена подвыборка детей в возрасте 14-17 лет.

Результаты исследования показали, что курение чаще встречается среди мальчиков (доля курящих 26,1% против 5,7% среди девочек). Курение матери и употребление алкоголя подростками оказались положительно взаимосвязанными с курением как мальчиков, так и девочек. Самооценка своего социально-экономического положения как неблагоприятного была связана с курением девочек, в то время как жизнь в неполной семье, отсутствие физической активности и низкий уровень самооценки оказались значимыми факторами курения среди мальчиков.

По результатам исследования авторы приходят к выводу о значимости семьи и семейного окружения для вероятности стать курильщиком для подростков в России. Дети могут копировать образ жизни своих родителей, перенося вредные привычки из поколения в поколение. При проведении мер, направленных на

сокращение курения среди подростков, необходимо принимать во внимание, что часть неблагоприятного влияния на детей может исходить из родительской семьи.

Взаимосвязи между факторами, полученные на российских данных, подтверждаются и результатами мета-анализа. Так, в работе [77] представлен систематизированный обзор литературы о влиянии материнского курения на вероятность курения мальчиков и девочек. Авторов интересовал вопрос, существуют ли в данном вопросе значимые статистические различия, а именно влияет ли курение матери на курение девочек больше, чем на курение мальчиков. В обзор были включены 57 работ, опубликованных в 1989-2009 гг. Результаты показывают, что курение матери оказывает более сильное влияние на курение девочек, хотя авторы отмечают неясность теоретического обоснования данного факта.

Определению гендерных различий в причинах начала курения также посвящена работа [78]. Как и в предыдущем исследовании, основным методом является мета-анализ. Было проанализировано 40 (в основной анализ было включено 12) англоязычных научных публикаций из базы данных PUBMED, опубликованных в 1980-2010 гг., в которых давалась оценка возраста начала курения. Рассматривались дети в возрасте 8-19 лет из девяти стран. Мальчики, как правило, начинают курить раньше (исключение составляют Йемен и Китай). Было установлено, что, как правило, местом начала курения для мальчиков является школа, а для девочек – семья. Авторы отмечают существенные гендерные и культурные различия, сопровождающие начало курения детей и подростков. Это говорит о том, что политика, направленная на профилактику и борьбу с курением, должна быть гендерно ориентированной.

Есть и другие факторы, которые могут оказывать влияние на начало курения в подростковом возрасте. В работе [79] детально исследуются гендерные различия во влиянии на подростковое курение такого фактора как избыточный вес и ожирение. На данных национального лонгитюдного исследования молодежи среди детей (США) была проведена оценка дискретных моделей вероятности начать и бросить курить. Оценки контролировались на региональные особенности (цены на сигареты, политика табачного контроля) и социально-экономические факторы.

В связи с неоднозначным характером причинно-следственной связи между курением и избыточным весом, связанным с эндогенностью массы тела, был применен метод инструментальных переменных. В ходе эмпирического

исследования были зафиксированы отчетливые гендерные различия. Девочки с меньшим индексом массы тела (ИМТ) реже начинают курить, в то время как для мальчиков зависимости между распространенностью курения и ИМТ выявлено не было. Начало курения для девочек не зависит от цены на сигареты, хотя для мальчиков оно снижается с ростом региональных цен.

В работе [80], выполненной на российских данных, была продемонстрирована неоднозначная взаимосвязь между курением и избыточным весом для женщин. С помощью регрессионного анализа факторов, оказывающих влияние на вероятность курения, было показано, что индекс массы тела (ИМТ) для курящих женщин в возрасте от 15 до 25 лет выше, чем для некурящих. Как и в предыдущем исследовании, аналогичной взаимосвязи между курением и ИМТ для молодых мужчин выявлено не было.

Еще одну группу факторов начала курения в подростковом возрасте представляет социально-экономический статус семьи, в которой он воспитывается. В работе [81] проведен эмпирический анализ такого влияния на данных о распространенности курения среди школьников в Канаде. В первом раунде наблюдений принимали участие никогда не курившие ученики 5-х классов. Затем, спустя один или два года, было проведено повторное обследование с их участием. Была применена регрессионная пуассоновская модель для оценки факторов начала курения, в которую было включено 13 независимых переменных. В ходе расчетов был оценен избыточный риск каждого независимого фактора для участников с низким социально-экономическим статусом (СЭС) по сравнению с умеренно-высоким.

Исследование показало, что за 1-2 года наблюдений начали курить 9,4% респондентов. Низкий СЭС был связан с более высокой распространенностью и сочетанием факторов риска. Так, респонденты из районов с низким средним СЭС, чьи матери не имели высшего образования, сталкиваются с втрое большим риском начала курения, чем их более обеспеченные сверстники.

Исследование [82] также посвящено анализу взаимосвязи между социально-экономическим статусом родителей и курением подростков. Эмпирическая часть исследования проведена на данных телефонного опроса более 1300 подростков в возрасте от 12 до 17 лет в штате Массачусетс. Согласно полученным результатам, риск курения среди подростков увеличивался на 28% с каждым дополнительным

снижением в родительском образовании и на 30% при каждом дополнительном снижении дохода родительского домохозяйства. Расчеты проводились с учетом возраста, пола, расовой/этнической принадлежности и располагаемого дохода подростков с помощью логистической регрессии. Статус курения родителей был посредником в этих взаимосвязях. Таким образом, авторы приходят к выводу о том, что более важным определяющим фактором подросткового курения является родительский СЭС (устойчивая обратная зависимость), в то время как однозначной взаимосвязи между курением подростков и их родителей выявлено не было.

Несколько реже встречаются работы, посвященные такому негативному проявлению нездорового образа жизни подростков, как злоупотребление алкоголем. В отличие от курения, которое вредит здоровью в любом объеме, для алкогольных напитков существует безопасный уровень потребления. Вследствие этого блок вопросов, касающихся потребления алкоголя, должен быть существенно больше и подробнее, чем аналогичная часть опросника, посвященная курению. Кроме того, вопрос об употреблении алкоголя является социально чувствительным, и многие респонденты склонны его скрывать или существенно занижать. В результате средний уровень потребления алкоголя согласно данным социологических обследований оказывается существенно ниже оценок, полученных на данных розничных продаж (см. об этом в более раннем исследовании авторов [83]).

В работе [84] изучается влияние злоупотребления алкоголем на различные характеристики благосостояния и здоровья подростков. Авторы отмечают, что несмотря на значимость данной проблемы, существует не так много эмпирических работ, ее исследующих. В работе используются данные обследования более 2000 детей в Архангельской области в 2003 г. Изучалось влияние трех групп факторов подросткового пьянства: семьи, окружения и девиантного поведения. Злоупотребление алкоголем рассматривалось как наличие эпизодов неумеренного потребления. Результаты показали, что при сравнительно умеренном уровне злоупотребления алкоголя основными факторами риска независимо от пола являются легкий доступ к алкоголю, незнание рисков неумеренного потребления, а также наличие сверстников, употребляющих алкоголь. Также способствуют злоупотреблению алкоголем подростками другие проявления нездорового образа жизни и девиантного поведения, в том числе употребление легких наркотиков и прогулы занятий. Авторы приходят к выводу о множественной природе факторов

пьянства, в связи с чем меры, направленные на сокращение и предупреждение злоупотреблением алкоголем, должны быть одновременно направлены на сферы рискованного поведения подростков.

Авторы другого исследования [85], выполненного на российских данных, пытаются ответить на вопрос, начинается ли неумеренное употребление алкоголя среди молодежи, выбравшей рабочие профессии, до или после начала их профессионального образования. Выборка исследования включает учащихся средних школ, которая дополнительно разделяется на группу школьников, ориентированных на получение профессионально-технического образования, и их сверстников, чьи планы не связаны с данным видом образования. Результаты показывают, что ориентация на профессиональное образование связана с непропорционально высокой распространенностью употребления алкоголя среди учащихся средних школ, даже до того, как они поступят в профессиональные училища. В исследовании были даны оценки зависимости злоупотребления алкоголем с различными видами внешкольных занятий: свободное время, проводимое со сверстниками в рискованных ситуациях, чтение (не для учебы), оплачиваемая работа и др. Среди рассмотренных факторов чтение продемонстрировало наиболее сильную (отрицательную) связь с употреблением алкоголя.

Исследование [86] посвящено поиску социальных факторов, оказывающих влияние на употребление алкоголя подростками в России. Эмпирическое исследование было проведено на основе данных социологического опроса 387 учащихся средних школ в Архангельске. При оценивании потребления алкоголя школьниками использовались данные самооценки по следующим шкалам: шкала социального контекста потребления алкоголя, шкала вовлеченности подростков в употребление алкоголя, а также индекс алкогольной проблемы Рутгерса.

В ходе исследования были обнаружены значительные гендерные различия как в проблемном употреблении алкоголя, так и во влиянии на него различных социальных факторов. В целом шкала социального контекста потребления алкоголя продемонстрировала хорошую способность различать тех, кто употребляет алкоголь с высокой интенсивностью, от тех, кто употребляет алкоголь с низкой интенсивностью и чей тип потребления может быть расценен как менее опасный.

Помимо отсутствия вредных привычек, есть и другие – более активные – способы сохранить свое здоровье. В работе [87] на двух волнах российского лонгитюдного обследования РМЭЗ проанализирована взаимосвязь между доходами, питанием, уровнем физической активности и избыточным весом детей в возрасте младшего и среднего школьного возраста (от 7 до 13 лет). Рассматривались ситуация по состоянию на 1995 г. и 2002 г. – период, охарактеризованный авторами как время экономически потрясений. Было показано, что длительность активной физической деятельности детей является низкой (1,0-1,5 часа в неделю), при том что время, проводимое детьми в сидячем состоянии, за время наблюдений увеличилось с 31 до 37 часов в неделю. Распространенность избыточной массы тела не различалась существенно в зависимости от дохода, однако наблюдалось заметное снижение доли детей с избытком веса в группе с высокими доходами. Единственным фактором, стабильно способствующим меньшему риску избыточного веса, оказалась физическая активность детей (умеренная и выше). Таким образом, было показано, что доходное неравенство не объясняет тенденцию к росту распространенности избыточного веса и ожирения среди российских детей.

Заключение

Несмотря на то, что за последние двадцать лет в развитых странах были достигнуты существенные успехи в области обеспечения благосостояния и благополучия детского населения, вопросы детского здоровья остаются крайне актуальными даже в странах с относительно высоким уровнем доходов. Важнейшим фокусом национальных политик в области детского здоровья в развитых странах является сокращение устранимого неравенства в здоровье детей.

Результаты научных исследований в области детского здоровья свидетельствуют о том, что социально-экономические факторы продолжают играть важную роль в формировании здоровья детей. При этом отмечается, что зависимость здоровья детей от социально-экономических факторов имеет сложную комплексную структуру. Социально-экономические факторы могут иметь как прямое, так и опосредованное влияние на здоровье детей, могут наблюдаться синергетические эффекты, взаимосвязь и взаимовлияние различных факторов и т. п. Наиболее важными социально-экономическими детерминантами здоровья детей в развитых странах являются материальное благополучие, условия проживания, статус

миграции, образование и занятость родителей, здоровье родителей (особенно здоровье матери), образ жизни и поведение окружающих ребенка людей, экологические факторы. Среди демографических факторов детского здоровья выделяются демографическая структура домохозяйства (например, риски здоровья выше в многодетных домохозяйствах, в неполных семьях) и пол ребенка (риски выше для девочек).

Отдельным фокусом академических исследований является изучение взаимосвязи между состоянием здоровья детей и доходами домохозяйства. Результаты работ показывают, что, несмотря на различия принципов функционирования национальных систем здравоохранения, дети из более обеспеченных семей имеют лучшее здоровье по сравнению с детьми из менее обеспеченных семей. Значимое положительное влияние благосостояния семьи на здоровье детей было выявлено в США, Канаде, Великобритании, Австралии, Германии и ряде других стран. Подобная зависимость получила название доходный градиент в здоровье детей (социальный градиент в здоровье, градиент в здоровье). В ряде работ показано, что с возрастом детей градиент в здоровье становится более выраженным, то есть величина эффекта благосостояния семьи на здоровье ребенка увеличивается с возрастом ребенка.

Дискуссионным является механизм влияния дохода на здоровье детей. Выдвигаются две альтернативные гипотезы. Первая гипотеза предполагает, что дети из более бедных домохозяйств могут чаще подвергаться негативным шокам в здоровье, чем дети из более обеспеченных семей. Вторая гипотеза состоит в том, что, испытав один и тот же шок в здоровье, дети из более обеспеченных семей восстанавливают здоровье быстрее и более успешно, чем дети из низкодоходных домохозяйств. В эмпирической литературе не существует консенсуса относительно доминирования какого-либо из предложенных механизмов. В одних исследованиях показано, что наблюдаемый градиент в здоровье детей скорее объясняется более высокой частотой возникновения шоков у детей из бедных семей, чем менее успешным восстановлением здоровья после шоков. Результаты других работ свидетельствуют о том, что доминирующим механизмом влияния доходов на здоровье детей является именно смягчение последствий шоков в здоровье, снижение вероятности шоков вносит меньший вклад в общее состояние здоровья.

В России влияние демографических характеристик и социально-экономического положения семьи на здоровье детей и подростков также подробно анализируется в медицинской литературе, а также в публикациях, посвященных вопросам общественного здоровья. Среди ключевых детерминантов здоровья детей, ассоциированных с их социально-экономическим положением, исследователи часто выделяют состояние материальное благосостояние домохозяйства, жилищные условия, состояние здоровья матери, вредные привычки матери, здоровье ребенка при рождении, количество детей в семье, образ жизни семьи и забота о детях, количество двигательной активности, количество сиблингов.

Тем не менее насколько нам известно, количество исследований детерминант здоровья российских детей и подростков, выполненных с использованием данных, репрезентирующих население соответствующего возраста, очень ограничено. В основном эти работы базируются на данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (РМЭЗ НИУ ВШЭ) и данных международного обследования Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья (HBSC, Health behavior in school-aged children). Результаты, полученные на основе анализа репрезентативных на национальном уровне микроданных, показывают, что дети и подростки из более обеспеченных семей чаще обеспечены полноценным питанием, у них чаще сформированы правильные пищевые привычки, имеют более высокую самооценку здоровья, чаще имеют жалобы на здоровье. Однако нужно отметить, что данные HBSC не содержат подробной информации о социально-экономическом положении домохозяйства, в котором проживает ребенок. Также в данных HBSC отсутствует информация о социально-экономическом статусе, здоровье и особенностях образа жизни родителей. Эти особенности в существенной степени ограничивают возможности проведения комплексного исследования факторов здоровья детей с использованием данных HBSC. Данные РМЭЗ НИУ ВШЭ содержат большой объем информации о социально-экономическом положении и здоровье индивидов, однако существующие работы, выполненные на данных РМЭЗ НИУ ВШЭ, имеют некоторые методологические особенности, затрудняющие международную сопоставимость результатов.

Отдельно в работе был проведен анализ современной научной литературы, посвященной социально-демографическим и экономическим факторам

самосохранительного поведения детей и подростков в России и мире. Тема взаимосвязи характеристик родительской семьи и рискованного поведения детей и подростков широко освещена в зарубежных исследованиях. Среди проявлений рискованного поведения рассматриваются курение, потребление алкоголя, нездоровое питание (следствием которого часто становятся излишний вес и ожирение) и др. Среди факторов рискованного поведения прежде всего следует выделить индивидуальные характеристики детей: пол, возраст, физическое и психическое здоровье, употребление психоактивных веществ и др. В ряде исследований подтверждается гипотеза о более высоких рисках начала курения для девушек с избыточным весом.

Также существуют многочисленные эмпирические доказательства значимого влияния образования и доходов родителей на рискованное поведение их детей, причем главным направлением такого воздействия является воспитание отношения к собственному здоровью в целом и к разнообразным проявлениям рискованного поведения в частности. Сравнение эффекта, оказываемого материнскими и отцовскими характеристиками на поведение детей, часто выявляет большую важность именно характеристик матери. Особенно ярко выражен этот эффект для формирования образа жизни девочек.

Помимо характеристик родительской семьи и ее социально-экономического статуса, на риски возникновения вредных привычек в подростковом возрасте влияет среда, в которой растут дети, а именно их школьное окружение. Мета-анализ исследований гендерных различий начала курения [78] показал, что, как правило, местом начала курения для мальчиков является школа, а для девочек – семья.

Таким образом, проведенный обзор литературы показал, что объем количественных исследований социально-экономических и демографических факторов здоровья и самосохранительного поведения российских детей и подростков, базирующихся на национально репрезентативных данных, в настоящее время очень ограничен. Полученные ранее результаты нуждаются в актуализации. Необходимо проведение более полного исследования, основывающегося на международно сопоставимой методологии. Проведенный анализ литературы закладывает теоретические и методологические основы для проведения современного эконометрического исследования факторов здоровья и самосохранительного поведения российских детей и подростков.

Благодарности

Материал подготовлен в рамках выполнения научно-исследовательской работы государственного задания РАНХиГС.

Список источников

1. Case A., Fertig A., Paxson C. The lasting impact of childhood health and circumstance // *Journal of health economics*. – 2005. – Vol. 24(2). – P. 365-389. doi: 10.1016/j.jhealeco.2004.09.008 (дата обращения 31.05.2021).
2. Campbell F., Conti G., Heckman J., Moon S., Pinto R., Pungello E., Pan Y. Early childhood investments substantially boost adult health. // *Science*. – 2014. – Vol. 343(6178). – P. 1478-1485. doi: 10.1126/science.1248429 (дата обращения 31.05.2021).
3. Heckman J., Pinto R., Savelyev P. Understanding the mechanisms through which an influential early childhood program boosted adult outcomes // *American Economic Review*. – 2013. – Vol. 103. – №. 6. – P. 2052-86. doi: 10.3386/w19322 (дата обращения 31.05.2021).
4. Cattaneo C., Cogoy L., Macaluso A., Tamburlini, G. Child health in the European Union // Institute for Maternal and Child Health IRCCS Burlo Garofolo Health Services Research, Epidemiology and International Health WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health Trieste, Italy: European Union. – 2012. doi: 10.13140/2.1.2186.5924 (дата обращения 30.04.2021).
5. World Health Organization. The European health report 2009: health and health systems. – 2009.
6. Sen G., Östlin P., George A. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient: Gender Inequity in Health: why it Exists and how We Can Change it: Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. – World Health Organization, 2007.
7. World Health Organization. The European health report 2005: Public health action for healthier children and populations. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
8. Bollini P., Pampallona S., Wanner P., Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: a systematic review of the international literature // *Social science & medicine*. – 2009. – Vol. 68. – №. 3. – P. 452-461.
9. Kósa K., Adany R. Studying vulnerable populations: lessons from the Roma minority // *Epidemiology*. – 2007. – Vol. 18. – №. 3. – P. 290-299.

10. Cavill N., Kahlmeier S., & Racioppi F., eds. Physical activity and health in Europe: evidence for action. – WHO Regional Office Europe, 2006.
11. Currie C. (ed.). Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey. – World Health Organization, 2008. – №. 5.
12. Sarkadi A., Kristiansson R., Oberklaid F., Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies // *Acta paediatrica*. – 2008. – Vol. 97. – №. 2. – P. 153-158.
13. Currie J. Healthy, wealthy, and wise: Socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development // *Journal of Economic Literature*. – 2009. – Vol. 47. – №. 1. – P. 87-122.
14. Baker M, Stabile M. Determinants of Health in Childhood, in *The Oxford Handbook of Health Economics*, Sherry Glied, and Peter C. Smith, eds. – New York, NY: Oxford University Press, 2012.
15. Kuehnle D. The causal effect of family income on child health in the UK // *Journal of health economics*. – 2014. – Vol. 36. – P. 137-150. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.03.011 (дата обращения 30.04.2021).
16. Grossman, M. *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*. NEW YORK: Columbia University Press. – 1972. doi:10.7312/gros17900 (дата обращения 30.04.2021).
17. Heckman J. J. The economics, technology, and neuroscience of human capability formation // *Proceedings of the national Academy of Sciences*. – 2007. – Vol. 104. – №. 33. – P. 13250-13255.
18. Case A., Lubotsky D., Paxson C. Economic status and health in childhood: The origins of the gradient // *American Economic Review*. – 2002. – Vol. 92. – №. 5. – P. 1308-1334.
19. Idler E. L., Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies // *Journal of health and social behavior*. – 1997. – P. 21-37. doi: 10.2307/2955359 (дата обращения 30.04.2021).
20. Currie J., Stabile M. Socioeconomic status and child health: why is the relationship stronger for older children? // *American Economic Review*. – 2003. – Vol. 93. – №. 5. – P. 1813-1823.
21. Torsheim T., Currie C., Boyce W., Kalnins I., Overpeck M., Haugland S. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22

European and North American countries // *Social science & medicine*. – 2004. – Vol. 59. – №. 1. – P. 1-12.

22. Chen E., Martin A. D., Matthews K. A. Socioeconomic status and health: do gradients differ within childhood and adolescence? // *Social science & medicine*. – 2006. – Vol. 62. – №. 9. – P. 2161-2170.

23. Currie J., Lin W. Chipping away at health: more on the relationship between income and child health // *Health Affairs*. – 2007. – Vol. 26. – №. 2. – P. 331-344.

24. Currie A., Shields M. A., Price S. W. The child health/family income gradient: Evidence from England // *Journal of health economics*. – 2007. – Vol. 26. – №. 2. – P. 213-232.

25. Propper C., Rigg J., Burgess S. Child health: evidence on the roles of family income and maternal mental health from a UK birth cohort // *Health economics*. – 2007. – Vol. 16. – №. 11. – P. 1245-1269.

26. Khanam R., Nghiem H. S., Connelly L. B. Child health and the income gradient: evidence from Australia // *Journal of health economics*. – 2009. – Vol. 28. – №. 4. – P. 805-817.

27. Reinhold S., Jürges H. Parental income and child health in Germany // *Health economics*. – 2012. – Vol. 21. – №. 5. – P. 562-579.

28. Kruk K.E. Parental income and the dynamics of health inequality in early childhood evidence from the UK // *Health Economics*. – Vol. 22. – №. 10. – P. 1199–1214.

29. Apouey B., Geoffard P. Y. Family income and child health in the UK // *Journal of health economics*. – 2013. – Vol. 32. – №. 4. – P. 715-727.

30. Nakamura S. Parental income and child health in Japan // *Journal of the Japanese and International Economies*. – 2014. – Vol. 32. – P. 42-55.

31. Wolfe J. D. The effects of socioeconomic status on child and adolescent physical health: an organization and systematic comparison of measures // *Social Indicators Research*. – 2015. – Vol. 123. – №. 1. – P. 39-58. doi: 10.1007/s11205-014-0733-4 (дата обращения 30.04.2021).

32. Bremberg S. Social Health Inequalities in Swedish Children and Adolescents – A Systematic Review, 2nd edition. Swedish National Institute of Public Health, Stockholm. – 2011.

33. Niclasen B. Indicators on children's health and wellbeing in Greenland. Doctoral thesis. Gothenburg, Nordic School of Public Health. – 2009.

34. Бантьева М. Н., Маношкина Е. М., Соколовская Т. А., Матвеев Э. Н. Тенденции заболеваемости и динамика хронизации патологии у детей 0-14 лет в Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения. – 2019. – №. 5 (65).
35. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю., Намазова-Баранова Л. С., Терлецкая Р. Н. Состояние здоровья детей современной России. / Серия «Социальная педиатрия». Выпуск 21. – 2-е изд. – Москва: ПедиатрЪ, 2020. – 116 с. ISBN 978-5-6042577-1-5.
36. Журавлева И. В., Лакомова Н. В. Здоровье детей и подростков в России: социально-политические и социологические аспекты // Социологический ежегодник. – 2016. – №. 2015-2016. – С. 293-308.
37. Улумбекова Г. Э., Калашникова А. В., Мокляченко А. В. Показатели здоровья детей и подростков в России и мощности педиатрической службы // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2016. – №. 3-4 (5-6). – С. 18-33.
38. Римашевская Н. М. Детское население в России: основные проблемы развития // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2011. – Т. 13. – №. 1. – С. 59-60.
39. Грицина О.П., Транковская Л.В., Семанив Е.В., Лисецкая Е.А. Факторы, формирующие здоровье современных детей и подростков. // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2020. – № 3. – С. 19–24.
40. Лавлинская Л. И., Малютина М. А., Ситникова Л. Н. Медико-социальные аспекты здоровья школьников подросткового возраста и пути оптимизации медицинской помощи // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2013. – №. 54. – С. 75-78.
41. Максимова Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения / Т. М. Максимова. – Москва: ПЕР СЭ, 2005. – 240 с.
42. Яковлева Т. В., Курмаева Е. А., Волгина С. Я. Состояние здоровья детей дошкольного возраста из бедных семей // Вопросы современной педиатрии. – 2008. – Т. 7. – №. 4. – С. 14-18.
43. Чечельницкая С., Михеева А., Колемасов И., Тимакова М., Финагин В., Румянцев А. Вероятностно-статистическая модель здоровья детей // Вопросы современной педиатрии. – 2009. – Т. 8. – №. 4 – С. 10-16.

44. Шабунова А. А. Двадцать лет мониторинга детского здоровья: организация, результаты, выводы // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2015. – №. 2 (38). – С. 116-128.
45. Римашевская Н. М., Шабунова А. А. Здоровье школьников: тенденции и определяющие факторы // Народонаселение. – 2011. – №. 4 (54). – С.4-16.
46. Шабунова А. А., Кондакова Н. А. Условия жизни семей с новорожденными детьми и факторы формирования здоровья в детстве // Социологические исследования. – 2017. – №. 3. – С. 106-114.
47. Шабунова А. А., Кондакова Н. А. Здоровье и развитие детей: итоги 20-летнего мониторинга // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2014. – №. 5 (35). – С. 33-54.
48. Шабунова А. А. Здоровье детей: итоги пятнадцатилетнего мониторинга [Текст]: монография / А. А. Шабунова, М. В. Морев, Н. А. Кондакова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 262 с.
49. Шабунова А. А., Степаненко В. В. Социально-корректируемые факторы, влияющие на здоровье детей раннего возраста // Проблемы развития территории. – 2008. – Т. 1. – №. 41. – С. 56-62.
50. Степаненко В. В., Шабунова А. А. Влияние материального положения семьи на здоровье детей // Проблемы развития территории. – 2009. – Т. 45. – №. 1. – С. 80-85.
51. Шабунова А. А. Здоровье детей – дело общее (по результатам мониторинга здоровья детей) // Проблемы развития территории. – 2002. – Т. 1. – №. 16. – С. 52-62.
52. Шабунова А. А. Здоровье детей – ключевое звено демографического развития // Проблемы развития территории. – 2006. – Т. 35. – №. 4. – С. 64-70.
53. Короленко А. В. Факторы общественного здоровья: опыт социологического исследования (на материалах Вологодской области) // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. – 2018. – №. 1 (49). – С. 89-102.
54. Health Behaviour School-Aged Children. World Health Organization collaborative cross-national study [website]. 2020, Glasgow: University of Glasgow URL: <http://www.hbsc.org/publications/international/> (дата обращения 30.04.2021).

55. Чурганов О. А., Гаврилова Е. А., Попова Т. В., Васильев В. В., Кострица Е. Л., Руссова Е. П. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков – проект Всемирной организации здравоохранения в России // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – № 3 (51). – С. 6-11.
56. Кислицына О. А. Детерминанты здоровья подростков в России // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – Т. 19. – №. 3.
57. Кислицына О. А. Здоровье детей – богатство нации: тенденции, факторы риска, стратегии сбережения. – Москва: МАКС Пресс, 2011. – 268 с.
58. Кислицына О. А. Факторы здоровья детей младшего и среднего школьного возраста // Социальные аспекты здоровья населения. – 2009. – Т. 9. – №. 1.
59. Кислицына О. А. Состояние здоровья российской молодежи // Народонаселение. – 2013. – №. 2 (60). – С. 103-112.
60. Gazizullina P. Socio-economic determinants of adolescent health in Russia // Population and Economics. – 2018. – Vol. 2. – P. 70-113.
61. Розмаинский И. В., Татаркин А. С. Неверие в будущее и «негативные инвестиции» в капитал здоровья в современной России // Вопросы экономики. – 2018. – №. 1. – С. 128-150.
62. Розмаинский И. В., Осипова В. А. Экономический анализ курения как негативной инвестиции в капитал здоровья // Terra Economicus. – 2020. – Т. 18. – №. 1.
63. Григорьева Н. С., Чубарова Т. В. Мотивация в системе государственного регулирования (на примере формирования здорового образа жизни) // Государственное управление. Электронный вестник. – 2018. – №. 70.
64. Калачикова О. Н., Корчагина П. С. Основные тенденции само-сохранительного поведения населения региона // Проблемы развития территории. – 2012. – Т. 61. – №. 5.
65. Huebener M. Intergenerational effects of education on risky health behaviours and long-term health. – 2017.
66. Huebener M. Life expectancy and parental education // Social Science & Medicine. – 2019. – Vol. 232. – P. 351-365.

67. Kemptner D., Marcus J. Spillover effects of maternal education on child's health and health behavior // *Review of Economics of the Household*. – 2013. – Vol. 11. – №. 1. – P. 29-52.
68. Carneiro P., Meghir C., Patey M. Maternal education, home environments, and the development of children and adolescents // *Journal of the European Economic Association*. – 2013. – Vol. 11. – №. suppl_1. – P. 123-160.
69. Salm M., Schunk D. The role of childhood health for the intergenerational transmission of human capital: Evidence from administrative data. – 2008.
70. Coneus K., Spiess C. K. The intergenerational transmission of health in early childhood—Evidence from the German Socio-Economic Panel Study // *Economics & Human Biology*. – 2012. – Vol. 10. – №. 1. – P. 89-97.
71. McCrary J., Royer H. The effect of female education on fertility and infant health: evidence from school entry policies using exact date of birth // *American economic review*. – 2011. – Vol. 101. – №. 1. – P. 158-95.
72. Thomas D., Strauss J., Henriques M. H. How does mother's education affect child height? // *Journal of human resources*. – 1991. – P. 183-211.
73. Гакова Е. И., Акимова Е. В., Гакова А. А., Кузнецов В. А. Влияние численности курящих родственников на вовлечение в курение подростков 12-17 лет // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2017. – Т. 16. – №. S. – С. 66a-66b.
74. Kandel D. B., Griesler P. C., Hu M. C. Intergenerational patterns of smoking and nicotine dependence among US adolescents // *American journal of public health*. – 2015. – Vol. 105. – №. 11. – P. e63-e72.
75. Pärna K. et al. Smoking and associated factors among adolescents in Tallinn, Helsinki and Moscow: a multilevel analysis // *Scandinavian journal of public health*. – 2003. – Vol. 31. – №. 5. – P. 350-358.
76. Kislitsyna O., Stickley A., Gilmore A., McKee M. The social determinants of adolescent smoking in Russia in 2004 // *International Journal of Public Health*. – 2010. – Vol. 55. – №. 6. – P. 619-626.
77. Sullivan K. M., Bottorff J., Reid C. Does mother's smoking influence girls' smoking more than boys' smoking? A 20-year review of the literature using a sex-and gender-based analysis // *Substance use & misuse*. – 2011. – Vol. 46. – №. 5. – P. 656-668.
78. Okoli C., Greaves L., Fagyas V. Sex differences in smoking initiation among children and adolescents // *Public Health*. – 2013. – Vol. 127. – №. 1. – P. 3-10.

79. Cawley J., Markowitz S., Tauras J. Obesity, cigarette prices, youth access laws and adolescent smoking initiation // *Eastern Economic Journal*. – 2006. – Vol. 32. – №. 1. – P. 149-170.
80. Кузнецова П. О. Почему не снижается курение у женщин: результаты микроанализа // *Женщина в российском обществе*. – 2019. – №. 3.
81. Wellman R. J., Sylvestre M. P., O’Loughlin E. K., Dutczak H., Montreuil A., Datta G. D., O’Loughlin J. Socioeconomic status is associated with the prevalence and co-occurrence of risk factors for cigarette smoking initiation during adolescence // *International journal of public health*. – 2018. – Vol. 63. – №. 1. – P. 125-136.
82. Soteriades E. S., DiFranza J. R. Parent’s socioeconomic status, adolescents’ disposable income, and adolescents’ smoking status in Massachusetts // *American Journal of Public Health*. – 2003. – Vol. 93. – №. 7. – P. 1155-1160.
83. Kuznetsova P. O. Alcohol mortality in Russia: assessment with representative survey data // *Population and Economics*. – 2020. – Vol. 4. – P. 75.
84. Stickley A., Koyanagi A., Koposov R., McKee M., Roberts B., Murphy A., Ruchkin V. Binge drinking among adolescents in Russia: Prevalence, risk and protective factors // *Addictive behaviors*. – 2013. – Т. 38. – №. 4. – С. 1988-1995.
85. Lushin V., Jaccard J., Ivaniushina V., Alexandrov D. Vocational education paths, youth activities, and underage drinking in Russia: How early does the trouble start? // *International Journal of Drug Policy*. – 2017. – Vol. 45. – P. 48-55.
86. Koposov R. A., Ruchkin V. V., Eisemann M., Sidorov P. I. Alcohol use in adolescents from Northern Russia: The role of the social context // *Alcohol and alcoholism*. – 2002. – Vol. 37. – №. 3. – P. 297-303.
87. Jahns L., Adair L., Mroz T., Popkin B. M. The declining prevalence of overweight among Russian children: Income, diet, and physical activity behavior changes // *Economics & Human Biology*. – 2012. – Vol. 10. – №. 2. – P. 139-146.