

DOI: 10.15838/esc.2026.4.106.11

УДК 316.61, ББК 60.561.6

© Короленко А.В.

Личностные ресурсы здоровья населения российского региона: оценка влияния и типологизация

**Александра Владимировна****КОРОЛЕНКО**

Вологодский научный центр Российской академии наук

Вологда, Российская Федерация

e-mail: coretra@yandex.ru

ORCID: 0000-0002-7699-0181; ResearcherID: I-8201-2016

Аннотация. Проблема несформированности модели здорового образа жизни у большинства россиян и недостаточной личной ответственности за свое здоровье актуализирует поиск его внутренних (защитных) факторов. Цель работы заключалась в оценке влияния салютогенных факторов на показатели здоровья и выявлении типов населения по их выраженности. Информационная база — результаты социологического мониторинга физического здоровья населения Вологодской области, проведенного в 2026 году ($N = 1500$). Обзор зарубежных и российских исследований влияния на показатели здоровья салютогенных факторов позволил сделать вывод о недостаточной изученности их взаимосвязи с показателями физического здоровья и здоровья в целом. На данных социологического опроса с помощью процедуры факторного анализа выявлены три салютогенных фактора — «самодостаточность и коммуникативность», «стремление к познанию и развитию» и «пассивность и экстернальность», построены логистические регрессионные модели, в которых зависимыми переменными выступили хорошая самооценка здоровья, наличие хронических заболеваний и пропуск рабочих дней по болезни, а независимыми переменными — салютогенные факторы наряду с социально-демографическими, социально-экономическими и поведенческими показателями. С целью проверки предположения об опосредованном влиянии салютогенных факторов на здоровье через заботу о нём отдельно была построена логистическая модель, в которой независимой переменной выступила забота о здоровье. Нами не обнаружена статистически значимая связь салютогенных факторов с самооценкой

Для цитирования: Короленко А.В. (2026). Личностные ресурсы здоровья населения российского региона: оценка влияния и типологизация // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. Т. 19. № 4. С. 191–212. DOI: 10.15838/esc.2026.4.106.11

For citation: Korolenko A.V. (2026). Personal health resources of the population of a Russian region: Impact assessment and typology. *Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast*, 19(4), 191–212. DOI: 10.15838/esc.2026.4.106.11

здоровья, но выявлена связь всех трёх факторов с наличием у респондентов хронических заболеваний, фактора самодостаточности и коммуникабельности — с пропуском рабочих дней по болезни, факторов стремления к познанию и развитию и пассивности и экстернальности — с заботой о здоровье. Выделены три типа населения по выраженности салютогенных факторов здоровья — «познавательный дефицитный», «салютогенно-ресурсный тип» и «социально-инертный тип», специфика «портрета» которых позволяет рассматривать их как новые целевые группы для политики здоровьесбережения.

Ключевые слова: салютогенные факторы здоровья, самооценка здоровья, наличие хронических заболеваний, пропуск рабочих дней по болезни, забота о здоровье, социологический опрос, Вологодская область.

Введение

Важной задачей государственной политики в сфере народосбережения выступает формирование у населения активной позиции в сохранении здоровья и осознанного отношения к нему. Она нашла отражение в национальном проекте «Продолжительная и активная жизнь», в частности в федеральном проекте «Здоровье для каждого», среди целевых ориентиров которого в том числе значится увеличение доли населения, ведущего здоровый образ жизни¹. Однако успешной реализации этой задачи препятствует недостаточная сформированность у россиян ответственного отношения к здоровью и низкая распространенность здорового образа жизни. Так, исследования показывают, что большинство граждан придерживаются «безответственной» модели поведения, предусматривающей отказ или снижение потребления алкоголя и табака, но не предполагающей рационального питания, достаточной продолжительности сна, физической и медицинской активности (Аксенова и др., 2023), причём подобные паттерны формируются уже в молодом возрасте. В работе А.А. Орехова и А.Б. Захарова на данных лонгитюдного исследования «Траектории в образовании и профессии» подтверждено, что модель здорового образа жизни сформирована лишь у 36% российской молодёжи, тогда как 27% молодых респондентов склонны к вредным привычкам, а 37% пассивны в отношении собственного здоровья (Орехов, Захаров, 2026). Кроме того, наблюдается разрыв между признанием большинством населения личной ответственности за здоровье (её декларированием) и невысокими показате-

лями распространенности применения здоровьесберегательных мер на практике (Шабунова и др., 2021). Обозначенные проблемы актуализируют вопросы осознанного отношения (или т. н. субъектной позиции) к здоровью, который определяется наличием сформированного представления о феноменологии здоровья, здоровом образе жизни, здоровьесберегающем поведении и личностными особенностями человека (Полуэктова, Смирнова, 2016). Субъектная позиция человека в отношении к здоровью проявляется в осознании его как высшей жизненной ценности, понимании его роли в обеспечении эффективности жизнедеятельности, осведомлённости о здоровье и здоровом образе жизни, знании факторов риска и мониторинге состояния своего здоровья, способов его восстановления, развития и выборе стратегии его поддержки и регуляции. (Полуэктова, Смирнова, 2016). Такая позиция соответствует принципам набирающей популярность в научной среде концепции салютогенеза и салютогенного дизайна, ориентированной на активную позицию людей в отношении жизни и здоровья, а также осознание ими важности собственных ресурсов для поддержания здоровья и умения ими распоряжаться. Это направление связано с изучением защитных факторов, которые обуславливают физическое и психическое здоровье в условиях недостаточно благоприятной внешней среды (Журавлева, 2025). Салютогенные факторы могут иметь как психологическую природу (например, оптимизм как личностная черта), так и быть связаны с социальной средой (социальная поддержка) или даже с физическим окружением (уровень освещённости, озеленение про-

¹ Продолжительная и активная жизнь: Национальный проект // Правительство России. URL: <http://government.ru/rugovclassifier/917/about>

странства и т. д.) (Твилле и др., 2025). В данной статье акцент сделан на внутренних (личностных) салютогенных факторах.

Цель исследования состояла в оценке влияния салютогенных факторов на показатели здоровья и выявлении типов населения по их выраженности. Для её реализации были поставлены следующие задачи: 1) проанализировать зарубежные и отечественные исследования, посвящённые влиянию салютогенных факторов на здоровье населения; 2) на данных социологического опроса населения выявить ключевые салютогенные факторы здоровья; 3) определить влияние салютогенных факторов наряду с другими факторами на показатели здоровья населения; 4) выявить группы населения с разной выраженностью салютогенных факторов и их специфические черты.

Теоретико-методологические аспекты исследования

Основоположником концепции салютогенеза и салютогенных (защитных) факторов является медицинский социолог А. Антоновский. Ведущим салютогенным фактором он считал чувство связанности (sense of coherence), подразумевающее устойчивость человека к психологическим кризисам, социальным конфликтам и возможным механизмам болезни (Журавлева, 2025). Сильное чувство связанности помогает мобилизовать ресурсы для преодоления стрессовых факторов и успешного снятия напряжения. Оно представляет собой ориентацию личности, выражающуюся в уверенности в том, что внутренняя и внешняя среда предсказуема и что с большой долей вероятности всё сложится так, как можно было бы ожидать (Mittelmark et al., 2022). При этом чувство связанности в концепции Антоновского базируется на трёх компонентах — постижимости (восприятие мира как упорядоченного и структурированного), управляемости (уверенность в том, что проблемы можно преодолеть с помощью как собственных, так и внешних ресурсов) и осмысленности (восприятие проблем как вызовов, которые необходимо не избегать, а преодолевать; эмоциональная вовлечённость в происходящее вокруг) (Осин, 2007; Журавлева, 2025). А. Антоновским была разработана оригинальная методика — шкала чувства связанности

(SOC), состоящая из 29 пунктов и измеряющая все три его компонента (Antonovsky, 1988). Данная шкала в различных модификациях активно используется в медико-социологических исследованиях. Так, например, были выявлены корреляционные связи шкалы (от умеренных до высоких) с различными показателями психического и соматического здоровья; высокие отрицательные корреляции — с показателями тревожности, умеренные — с показателями депрессии, воспринимаемого стресса, профессионального выгорания, нейротизма; высокие положительные — с показателями оптимизма, осмысленности жизни и удовлетворенности жизнью; умеренные положительные — с показателями позитивного аффекта, жизнестойкости, внутреннего локуса контроля, самоэффективности, самооценки (Осин, 2007).

В *таблице 1* представлены результаты современных эмпирических исследований, посвящённых оценке влияния салютогенных факторов на физическое, психическое и социальное здоровье населения. Большинство работ базируются на количественных поперечных (кросс-секционных) дизайнах, в меньшей степени применяются систематические обзоры, лонгитюдные и качественные исследования. При этом чаще всего рассматривается связь салютогенных факторов с психологическим благополучием и психическим здоровьем, реже — с объективными и субъективными показателями физического здоровья или здоровья в целом. В качестве измерителя салютогенных факторов выступают преимущественно опросники, выявляющие выраженность чувства связанности (SOC), его ключевых составляющих или смежных компонент (аутентичности, мотивов, доверия, сплочённости и пр.), реже применяются объективные статистические индикаторы. В качестве показателей здоровья используются характеристики психического (состояние в целом, уровень стресса и выгорания, признаки тревожности, депрессии и пр.), физического (физическое функционирование, симптомы болезни, наличие инвалидности, качество сна и пр.) и социального (качество жизни и удовлетворённость ею, социальное благополучие) здоровья, поведенческие индикаторы и самооценка здоровья.

Таблица 1. Исследования салютогенных факторов здоровья (психического, физического, социального)

Исследователи	Салютогенные факторы и показатели здоровья	Метод	Результаты (связь салютогенных факторов с показателями здоровья)
К.А. Бочавер, А.Б. Данилов, С.К. Нартова-Бочавер и др. (2019)	<u>Факторы:</u> – личностная аутентичность (подлинность/настоящность); – моральные мотивы (усердие, помощь, социальная справедливость, социальный порядок); <u>показатели здоровья:</u> – синдром профессионального/эмоционального выгорания (СЭВ), индекс выгорания	Опрос врачей (N=700) в 10 регионах России; опросники – шкала «Модель моральных мотиваций», шкала аутентичности личности, опросник выгорания Маслач, биографическая анкета	– Подтверждено взаимное влияние салютогенных факторов с показателями выгорания: с одной стороны, выгорание пагубно для личностной аутентичности (чем сильнее выгорает врач, тем сильнее он отчуждается от себя и ведет себя неестественно и дисгармонично, а аутентичность снижается), с другой стороны, низкая аутентичность, высокое самоотчуждение и подверженность внешним влияниям сопряжены с признаками выгорания; – выявлена связь моральных мотивов и выгорания: самоограничение отрицательно связано с деперсонализацией (отчуждением от пациентов) и положительно – с редукцией достижений (тревожными сомнениями в правильности профессионального пути); усердие и непричинение вреда отрицательно связаны с деперсонализацией и выгоранием и положительно – с редукцией достижений; помощь, честность положительно связаны с редукцией достижений, отрицательно – с выгоранием; социальная справедливость отрицательно связана с деперсонализацией и выгоранием
Mana A., Super S., Sardu C. et al. (2021)	<u>Факторы:</u> – индивидуальные ресурсы (чувство внутренней связанности); – социальный капитал (социальная поддержка); – национальные ресурсы (чувство национальной сплоченности и доверие к государственным институтам); <u>показатели здоровья:</u> – уровень психического здоровья и тревожности во время пандемии COVID-19	Опрос лиц 18–88 лет в Израиле (N=640), Нидерландах (N=622), Италии (N=924), Испании (N=489); опросники выявления тревожного расстройства, уровня психич. здоровья, чувства связанности, национ. сплоченности, доверия и соц. поддержки; дисперс. анализ, иерархич. регрессии	Выявлено, что индивидуальные и национальные ресурсы преодоления трудностей влияют на уровень тревожности и психическое здоровье; в четырех выборках ресурсы преодоления стресса, связанные с тревожностью и психическим здоровьем, проявлялись схоже: их основным фактором был социальный капитал (социальная поддержка); для двух разных реакций – тревожности и проблем с психическим здоровьем – были выявлены разные закономерности и разная степень прогностической ценности ресурсов преодоления стресса; в то время как социальный капитал и ситуативные факторы (например, угроза состоянию здоровья или финансовому благополучию) оказывали значительное влияние на уровень тревожности, социальный капитал и национальные ресурсы оказывали значительное влияние на уровень психического здоровья
Pijpker R., van der Kamp D., Vader S., den Broeder L., Wagemakers A. (2022)	<u>Факторы:</u> – чувство связанности; – чувство сплоченности общества; – чувство национальной сплоченности; – социальная поддержка; – демографические показатели (пол, возраст, вероисповедание и перенесенный COVID-19); <u>показатели здоровья:</u> – уровень психического здоровья	Онлайн-опрос (N=91); t-критерий для независимых выборок; множественный линейный регрессионный анализ	Показано, что и чувство связанности в целом (SOC), и чувство связанности с обществом (SOCC) повлияли на психическое здоровье во время пандемии; люди, которые воспринимали свое сообщество как постижимое, управляемое и осознанное демонстрировали более высокие показатели психического здоровья, чем те, кто не воспринимал свое сообщество таким образом; не выявлено различий в показателях психического здоровья, социальной изоляции, социальной поддержки и социальной сплоченности между группами респондентов с разным социально-экономическим статусом; социальная изоляция была предиктором психического здоровья в обеих группах, а социальная сплоченность – в группе с низким социально-экономическим статусом

Продолжение таблицы 1

Исследователи	Салютогенные факторы и показатели здоровья	Метод	Результаты (связь салютогенных факторов с показателями здоровья)
Tušl M., de Bloom J., Bauer G.F. (2022)	<u>Факторы:</u> – чувство связанности; – творчество вне работы (в свободное от работы время, крафтинг); <u>показатели здоровья:</u> – психологическое благополучие	Онлайн-опрос – трехволновая лонгитюдная панельная выборка (на 1-м этапе N=2217, на 2-м N=1727, на 3-м N=1196); панельная модель с перекрестными лагами	Подтверждено, что творчество вне работы частично опосредует связь между чувством связанности и психологическим благополучием; выявлена положительная взаимная связь между чувством связанности и психологическим благополучием, а также между творчеством вне работы и психологическим благополучием, т. е. осознанное отношение к здоровью является одним из механизмов, лежащих в основе недавно предложенного пути позитивного развития здоровья в рамках салютогенной модели; развитие осознанного отношения к здоровью и осознанной заботы о здоровье может способствовать повышению уровня благополучия человека и формированию положительной обратной связи, которая будет стимулировать личностный рост и процветание
Lv J., Qian M., Deng M., Yu M. (2023)	<u>Факторы:</u> чувство связанности; <u>показатели здоровья:</u> – физического (количество жалоб на симптомы, функциональное состояние, инвалидность, способность к повседневной активности, боль, качество сна и состояние полости рта); – психического (ощущение стресса, восприятие старения, депрессия и посттравматическая стрессовая реакция); – социального (субъективное благополучие, удовлетворенность жизнью, качество жизни, адаптация к старению и др.)	Систематический обзор исследований (29 статей – 1 лонгитюдное, 1 когортное, 27 кросс-секционных исследований)	– Более высокий уровень чувства связанности коррелирует с лучшим физическим здоровьем (меньшим количеством жалоб на симптомы, лучшим функциональным состоянием, меньшей инвалидностью, лучшей способностью к повседневной активности, меньшей болью, лучшим качеством сна и лучшим состоянием полости рта) и лучшим психологическим здоровьем (меньшим ощущением стресса, более позитивным восприятием старения, меньшей депрессией и меньшей посттравматической стрессовой реакцией) у пожилых людей; – более высокий уровень чувства связанности также коррелирует с более развитыми навыками превентивного поведения и самоконтроля, субъективным благополучием, адаптацией к старению в более позднем возрасте, совокупной выживаемостью, качеством жизни, удовлетворенностью жизнью и самооценкой здоровья
Lee H.-P., Hsu W.-Y., Liu Y.-H. et al. (2024)	<u>Факторы:</u> – чувство связанности как медиатор между функциональным статусом больных сердечной недостаточностью (CH) и качеством жизни, связанным с состоянием здоровья (КЖСЗ); <u>показатели здоровья:</u> – функциональное состояние больных CH (I-IV классы)	Перекрестное исследование пациентов с CH в апреле – сентябре 2020 г. (N=295); опросники, в т. ч. по шкале SOC, функциональная классификация CH	– Чувство связанности более значимо опосредует влияние функционального статуса CH на КЖСЗ у пациентов II класса, чем у пациентов III класса, но не более значимо у пациентов I класса, чем у пациентов III класса; – выявлен более слабый опосредующий эффект SOC на взаимосвязь между функциональным статусом и КЖСЗ у пациентов с CH II класса, чем у пациентов III класса

Окончание таблицы 1

Исследователи	Салютогенные факторы и показатели здоровья	Метод	Результаты (связь салютогенных факторов с показателями здоровья)
Alkharafi N. (2025)	<u>Факторы:</u> – показатели постижимости (доля населения, пользующегося интернетом); – показатели управляемости (добавленная стоимость в промышленности); – показатели осознанности (субъективное благополучие); – валовой внутренний продукт; – качество государственного регулирования; – уровень дохода; <u>показатели здоровья:</u> – ожидаемая продолжительность жизни при рождении	Панельная регрессионная модель с фиксированными эффектами; выборка из 135 стран за период с 2017 по 2020 гг. с 501 наблюдением по всем регионам и уровням дохода	– Чувство связанности влияет на здоровье населения во всем мире, независимо от уровня дохода; – не подтверждено значимое влияние постижимости на ОПЖ; – управляемость и осмысленность важны, но их влияние различно и опосредуется уровнем дохода; для улучшения здоровья населения странам с уровнем дохода выше среднего необходимо сосредоточиться на управляемости и осмысленности, поскольку в этих условиях как индустриализация, так и субъективное благополучие положительно влияют на продолжительность жизни; в странах с низким уровнем дохода и ниже среднего особенно важно уделять внимание субъективному благополучию; – в странах с высоким уровнем дохода политика, направленная на повышение управляемости, связана с увеличением продолжительности жизни; – политика, направленная на осмысленность жизни, связана с продолжительностью жизни вне зависимости от уровня дохода
Matić I., Vuletić G. (2025)	<u>Факторы:</u> – чувство связанности; <u>показатели здоровья:</u> – общее состояние здоровья; – функциональное физическое состояние; – состояние психического здоровья; – жизнеспособность (жизнестойкость); – социальное функционирование; – эмоциональное функционирование	Лонгитюдное когортное исследование – опрос подростков в возрасте 15 лет (N=441) и 17 лет (N=354), иерархическая регрессия	– Выявлена сильная значимая положительная корреляция между уровнем чувства связанности и психическим здоровьем, а также значимая разница между подростками с низким и высоким уровнем чувства связанности в физическом функционировании, общем состоянии здоровья, жизнестойкости, социальном и эмоциональном функционировании и психическом здоровье; – у подростков-мальчиков более высокий уровень чувства связанности и лучше большая часть показателей здоровья; – более высокий уровень поддержки со стороны общества, мужской пол и проживание с обоими родителями являются факторами, способствующими лучшему психическому здоровью
Urzúa A., Henríquez D., Caqueo-Urizar A. et al. (2025)	<u>Факторы:</u> – чувство согласованности; <u>показатели здоровья:</u> – образ жизни (семья и друзья, физическая и социальная активность, истощение, курение, алкоголь и наркотики, алкоголь и стресс, уровень удовлетворенности личной жизнью и учебой / работой, анализ и самооценка, контроль здоровья и сексуальности, поведение и порядок)	Опрос мигрантов, проживающих в Чили (N=1844); опросники SOC и FANTASTICO	Уровень чувства согласованности положительно коррелирует с образом жизни мигрантов, при этом наиболее сильно с ним связан такой компонент, как осознанность; выявлены факторы, опосредующие связь чувства согласованности и здорового образа жизни, – пол, возраст, продолжительность проживания в стране, страна происхождения, доход, уровень образования и город проживания

Составлено по: (Бочавер и др., 2019; Mana et al., 2021; Pijpker et al., 2022; Tušl et al., 2023; Lee et al., 2024; Alkharafi, 2025; Matić, Vuletić, 2025; Urzúa et al., 2025).

В основном результаты исследований демонстрируют прямо пропорциональную связь салютогенных факторов с состоянием здоровья, особенно психического: более высокий уровень чувства связанности ассоциирован с лучшей самооценкой здоровья, меньшей выраженностью симптомов нездоровья, более высоким психологическим благополучием и, как следствие, лучшим качеством жизни. Однако в части работ подтверждён более сложный характер этой взаимосвязи, в том числе с физическими исходами, ввиду опосредованного влияния иных факторов — социально-демографических (пол, возраст), социально-экономических (уровень дохода и неравенства), поведенческих и прочих.

Несмотря на повышенное внимание к данной проблематике, есть пробелы, связанные с неоднородностью используемых показателей и недостаточной изученностью опосредующих механизмов, что требует дальнейшего развития, особенно в контексте влияния на здоровье, в т. ч. на его субъективное восприятие населением.

И.В. Журавлева, обобщая опыт исследований в области салютогенеза, называет расширенный перечень салютогенных (защитных) личностных факторов, которые оказывают положительное влияние на здоровье человека: коммуникабельность и готовность к сотрудничеству; уверенность в собственных силах; активное отношение к своей жизни и чувство ответственности; высокий уровень интеллекта и креативность; чувство собственного достоинства; повышенный внутренний локус контроля (интернальность), который связан с чувством ответственности за здоровье у индивида (Журавлева, 2025). Все они соответствуют ключевым компонентам салютогенной модели — постижимости, управляемости и осмысленности — и могут применяться в рамках национальных и региональных исследований.

В данной работе проверяется ряд предположений о роли салютогенных факторов в здоровье населения: салютогенные факторы способствуют улучшению самооценок здоровья, снижению хронизации заболеваний и вероятности

пропуска рабочих дней по болезни; их воздействие на субъективные индикаторы здоровья опосредованно поведенческими факторами, в частности заботой о здоровье.

Материалы и методы

Информационной базой данного исследования послужили результаты социологического мониторинга физического здоровья населения Вологодской области². В анкету мониторинга 2026 года был включён вопрос, посвящённый выраженности салютогенных факторов у населения. При его разработке за основу взята классификация И.В. Журавлёвой. Респондентам предлагалось оценить по пятибалльной шкале согласие с утверждениями, которые позволяют косвенно охарактеризовать выраженность салютогенных факторов. В *таблице 2* представлено распределение ответов населения на данный вопрос.

Первым этапом исследования выступил *факторный анализ*, направленный на определение основных салютогенных факторов путём сокращения числа исходных переменных. В качестве метода снижения размерности выбран метод главных компонент, а метода вращения факторов — Варимакс с нормализацией Кайзера. Выбор метода главных компонент прежде всего обусловлен необходимостью редукции набора переменных, а не оценкой латентных факторов (например, в случае метода максимального правдоподобия), поскольку исходные показатели теоретически базировались на концепции салютогенеза. На втором этапе с целью изучения влияния выявленных салютогенных факторов на показатели здоровья населения выбран метод логистической бинарной регрессии. Для характеристики состояния здоровья населения использованы такие зарекомендовавшие себя субъективные показатели здоровья как самооценки его состояния, оценки наличия хронических заболеваний и пропуска рабочих дней по болезни. Самооценка здоровья представляют собой обобщенный индикатор его состояния, характеризующий различные

² Метод опроса — раздаточное анкетирование. Объем выборки — 1500 респондентов. Опрос проводился на территории городов Вологды, Череповца и 8 районов/округов Вологодской области (Бабаевского, Великоустюгского, Вожегодского, Грязовецкого, Кирилловского, Никольского, Тарногского, Шекснинского). Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением, пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города), пропорций половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 5%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

Таблица 2. Распределение ответов на вопрос «Оцените, пожалуйста, насколько Вы согласны с приведенными ниже утверждениями. Отметьте один вариант в каждой строке по пятибалльной шкале от 1 – совершенно не согласен до 5 – полностью согласен», %

Фактор	Утверждение для оценки в вопросе / Переменная	Распределение ответов*		
		1, 2 балла (не согласны)	3 балла	4, 5 баллов (согласны)
Коммуникабельность и готовность к сотрудничеству	1. Я легко нахожу общий язык с новыми людьми	11,6	19,8	68,6
	2. Я трудно схожусь с людьми	60,3	21,6	18,1
Уверенность в собственных силах	3. Я способен справиться с трудностями самостоятельно	14,6	25,8	59,6
	4. В сложных ситуациях я часто полагаюсь на помощь других	47,0	29,0	23,9
Активное отношение к жизни	5. Я всегда ставлю перед собой новые цели	20,2	26,6	53,2
	6. Я редко беру инициативу в свои руки	51,0	26,1	22,8
Уровень интеллекта и креативность	7. Я легко анализирую большие объёмы информации и делаю логические выводы	19,9	27,0	53,1
	8. Я предпочитаю не «загружать голову», действовать по привычке	36,6	33,3	30,1
	9. Мне сложно придумывать что-то новое, находить нестандартные решения проблем	40,1	31,1	28,7
	10. Я постоянно стремлюсь к новым знаниям, часто нахожу нестандартные решения проблем	26,4	29,2	44,3
Чувство собственного достоинства	11. Я уважаю себя независимо от обстоятельств	7,3	17,6	75,1
	12. Мне бывает сложно отстаивать свои границы	41,4	32,0	26,7
Локус контроля	13. Я сам отвечаю за свою жизнь и здоровье	5,4	18,5	76,2
	14. Моя жизнь во многом зависит от внешних обстоятельств	25,8	41,1	33,2
* Сумма ответов 100% по строке. Источник: составлено автором.				

физические и психологические составляющие благополучия человека и дающий общее представление о его текущем самочувствии (Козырева, Смирнов, 2020). Однако важно понимать, что самооценка здоровья подвержена проблеме неслучайной ошибки измерения и гетерогенности в результате действия комплекса косвенных условий и ситуативных факторов (Кузьмич, Рошин, 2008; Канева, Байдин, 2018). Более объективными в этом плане являются показатели наличия хронических заболеваний и пропуска рабочих дней по болезни. Поэтому в качестве *зависимых переменных* в данной работе выступили дихотомические переменные, характеризующие все три показателя: 1) *хорошая самооценка здоровья* (1 – очень хорошее, хорошее; 0 – удовлетворительное, плохое, очень плохое); 2) *наличие хронических заболеваний* (1 – есть хронические заболевания; 0 – нет хронических заболеваний); 3) *пропуск рабочих дней по болезни* (1 – в течение года пропускали рабочие дни по болезни (как с больничным, так и без больничного листа); 0 – не пропускали рабочие дни по болезни).

В качестве *независимых переменных* наряду с выявленными салютогенными факторами в модели были добавлены социально-демографические и социально-экономические показатели: возраст, пол, семейное положение (состоят в браке/не состоят в браке), уровень дохода (высокий/средний/низкий), уровень образования (неполное среднее и среднее/среднее техническое или специальное/высшее и послевузовское), уровень доступности медицинской помощи в государственных и частных учреждениях (высокий/средний/низкий/услуги недоступны), территория проживания (город/село), занятость (работают/не работают), – так и поведенческие факторы: забота о здоровье (заботятся о здоровье/мало заботятся или совсем не заботятся о здоровье), курение (курят/не курят), употребление алкоголя (употребляют/не употребляют), отказ от физической активности (занимаются/не занимаются физкультурой и спортом) и несоблюдение режима и рациона питания (соблюдают/не соблюдают режим и рацион питания). Кроме того, отдельно строилась логистическая модель, в которой

в качестве зависимой переменной выступила забота о здоровье при сохранении набора предикторов. Такое решение связано с предположением, что забота о здоровье может опосредовать связь между салютогенными факторами и показателями здоровья. Для моделей хорошей самооценки здоровья, пропуска рабочих дней по болезни и заботы о здоровье в качестве независимой переменной дополнительно вводилось наличие хронических заболеваний. Показатель отношения шансов (OR) с 95% доверительными интервалами (CI) использовался в качестве меры влияния различных факторов на показатели здоровья (Кислицына, 2023).

Для выделения групп респондентов по выраженности салютогенных факторов применялся кластерный анализ. В первую очередь с целью определения количества кластеров проводилась иерархическая кластеризация (метод Уорда на случайной выборке 50 наблюдений; мера связи — квадрат евклидова расстояния). В дальнейшем осуществлялся итеративный

кластерный анализ методом k-средних, по результатам которого (конечным центрам кластеров) производилась интерпретация выделенных групп населения и анализировались описательные статистики.

Анализ и обработка данных осуществлялись в программном пакете IBM SPSS Statistics 22.

Основные результаты

В ходе факторного анализа были выделены 3 компоненты, отражающие ключевые салютогенные факторы здоровья, которые совокупно объясняют 55% общей дисперсии. Полученные факторные нагрузки позволили интерпретировать их следующим образом: фактор 1 «самодостаточность и коммуникативность», фактор 2 «стремление к познанию и развитию» и фактор 3 «пассивность и экстернальность» (табл. 3). Выявленные факторы в целом согласуются с компонентами чувства связанности по А. Антоновскому: фактор 1 соответствует осмысленности, фактор 2 — постижимости, а фактор 3 является обратной версией управляемости.

Таблица 3. Ключевые салютогенные факторы, выявленные в ходе факторного анализа*

Утверждение	Наименование компоненты (фактора)		
	Фактор 1 Самодостаточность и коммуникативность (осмысленность)	Фактор 2 Стремление к познанию и развитию (постижимость)	Фактор 3 Пассивность и экстернальность (обратный управляемости)
Я сам отвечаю за свою жизнь и здоровье	0,718		
Я трудно схожусь с людьми	-0,671		
Я уважаю себя независимо от обстоятельств	0,659		
Я легко нахожу общий язык с новыми людьми	0,610		
Я способен справиться с трудностями самостоятельно	0,584		
Я постоянно стремлюсь к новым знаниям, часто нахожу нестандартные решения проблем		0,838	
Я всегда ставлю перед собой новые цели		0,799	
Я легко анализирую большие объёмы информации и делаю логические выводы		0,772	
Я предпочитаю не «загружать голову», действовать по привычке			0,662
Моя жизнь во многом зависит от внешних обстоятельств			0,633
Мне бывает сложно отстаивать свои границы			0,626
Я редко беру инициативу в свои руки			0,546
В сложных ситуациях я часто полагаюсь на помощь других	-0,523		0,526
Мне сложно придумывать что-то новое, находить нестандартные решения проблем			0,505
* Выведены значения факторных нагрузок > 0,5. Предварительная проверка показала пригодность данных к факторному анализу: мера адекватности выборки Кайзера – Мейера – Олкина (КМО) составила 0,861, что свидетельствует о высокой степени пригодности выборки для факторизации. Тест сферичности Бартлетта подтвердил наличие существенных корреляций между переменными и обоснованность применения факторного анализа ($\chi^2 = 6984,462$; $df = 91$; $p < 0,001$). Источник: рассчитано автором.			

Предварительная проверка независимых переменных на мультиколлинеарность показала её отсутствие³, что позволило включить их в регрессионные модели. Набор переменных, использованных для моделирования, и их распространённость в выборке представлены в Приложении.

Модель логистической регрессии хороших самооценок здоровья показала, что с ними значимо связаны возраст, высокий уровень доходов, территория проживания, курение и отказ

от физической активности, а также наличие хронических заболеваний (табл. 4). Если вероятность хороших самооценок повышают высокий уровень дохода (в 3 раза) и проживание в городской местности (в 1,5 раза), то её снижению способствуют возраст (на 6% с каждым годом), наличие хронических заболеваний (на 82%) и поведенческие факторы риска – курение (на 47%), отказ от занятий физкультурой и спортом (на 30%).

Таблица 4. Модель логистической регрессии хороших самооценок здоровья с учётом влияния салютогенных факторов (зависимая переменная – хорошая самооценка:
1 – очень хорошее, хорошее; 0 – удовлетворительное, плохое, очень плохое)

Переменная	B	p-value	ОШ (OR)	95% ДИ (CI)
Возраст	-0,062	0,000	0,940	[0,929–0,950]
Пол (мужчины vs женщины)	-0,032	0,839	0,969	[0,717–1,314]
Семейное положение (состояние в браке vs одинокие)	0,243	0,127	1,275	[0,933–1,743]
Уровень дохода:				
высокий vs низкий	1,082	0,000	2,950	[1,780–4,888]
средний vs низкий	0,144	0,488	1,155	[0,768–1,737]
Уровень образования:				
среднее специальное, техническое vs неполное среднее, среднее	0,001	0,996	1,001	[0,558–1,797]
высшее и послевузовское vs неполное среднее, среднее	-0,005	0,988	0,995	[0,535–1,852]
Территория проживания (город vs село)	0,427	0,015	1,533	[1,088–2,161]
Занятость (работающие vs неработающие)	0,145	0,446	1,157	[0,796–1,681]
Уровень доступности медицинской помощи в государственных медучреждениях:				
высокий vs услуги недоступны	0,425	0,369	1,530	[0,605–3,867]
средний vs услуги недоступны	-0,309	0,491	0,734	[0,305–1,768]
низкий vs услуги недоступны	-0,543	0,237	0,581	[0,236–1,429]
Уровень доступности медицинской помощи в частных медучреждениях:				
высокий vs услуги недоступны	0,018	0,958	1,018	[0,529–1,959]
средний vs услуги недоступны	0,179	0,583	1,196	[0,632–2,263]
низкий vs услуги недоступны	0,644	0,072	1,905	[0,944–3,843]
Употребление алкоголя (да vs нет)	0,179	0,284	1,196	[0,862–1,658]
Курение в настоящее время (да vs нет)	-0,643	0,000	0,526	[0,368–0,752]
Отказ от занятий физкультурой и спортом (да vs нет)	-0,362	0,045	0,697	[0,489–0,992]
Несоблюдение режима и рациона питания (да vs нет)	0,152	0,421	1,164	[0,804–1,686]
Забота о здоровье (заботятся vs мало заботятся или не заботятся о здоровье)	0,313	0,053	1,368	[0,996–1,880]
Наличие хронических заболеваний (имеют хрон. болезни vs не имеют)	-1,688	0,000	0,185	[0,116–0,295]
Фактор 1 «Самодостаточность и коммуникативность»	0,072	0,340	1,075	[0,927–1,247]
Фактор 2 «Стремление к познанию и развитию»	-0,072	0,377	0,931	[0,793–1,092]
Фактор 3 «Пассивность и экстернальность»	0,059	0,409	1,061	[0,922–1,221]

Примечание: тест Хосмера – Лемешова показал, что модель хорошо описывает реальные данные ($\chi^2 = 4,838$; $df = 8$; $p = 0,775$). 77% наблюдений предсказаны верно.
Источник: рассчитано автором.

³ Корреляции между независимыми переменными $< 0,5$. Проверка на мультиколлинеарность в рамках тестовой линейной регрессии: показатели инфляции дисперсии VIF < 5 .

Примечательно, что влияние всех трёх салютогенных факторов в данной модели оказалось статистически незначимым, что может объясняться как проблемами смещения и гетерогенности самооценок, так и более сложным характером их взаимосвязи (нелинейным и/или опосредованным другими факторами).

В рамках второй модели с наличием хронических заболеваний значимую связь продемонстрировали показатели возраста, уровня образования, занятости, заботы о здоровье и все три салютогенных фактора (табл. 5). Шансы хронизации болезней увеличивают возраст (на 6%

ежегодно), наличие среднего специального или технического и высшего образования (в 2,2 и 3,9 раза соответственно) и забота о здоровье (на 61%), тогда как занятость снижает их (на 33%).

Выявлено, что все три салютогенных фактора значимо связаны с наличием хронических заболеваний у респондентов: если факторы 1 «самодостаточность и коммуникативность» и 2 «стремление к познанию и развитию» снижают шансы их развития (на 18 и 30% соответственно), то фактор 3 «пассивность и экстернатность», наоборот, увеличивает такую вероятность (на 21%).

Таблица 5. Модель логистической регрессии наличия хронических заболеваний с учётом влияния салютогенных факторов (зависимая переменная – наличие хронических заболеваний: 1 – имеют заболевания, 0 – не имеют заболеваний)

Переменная	B	p-value	ОШ (OR)	95% ДИ (CI)
Возраст	0,056	0,000	1,058	[1,044–1,072]
Пол (мужчины vs женщины)	-0,140	0,420	0,870	[0,619–1,221]
Семейное положение (состояние в браке vs одинокие)	-0,087	0,599	0,916	[0,662–1,269]
Уровень дохода				
высокий vs низкий	0,090	0,735	1,094	[0,649–1,845]
средний vs низкий	0,052	0,796	1,053	[0,711–1,559]
Уровень образования				
среднее специальное, техническое vs неполное среднее, среднее	0,805	0,035	2,237	[1,059–4,724]
высшее и послевузовское vs неполное среднее, среднее	1,371	0,001	3,939	[1,797–8,637]
Территория проживания (город vs село)	0,145	0,415	1,156	[0,816–1,638]
Занятость (работающие vs неработающие)	-0,398	0,041	0,672	[0,459–0,983]
Уровень доступности медицинской помощи в государственных медучреждениях				
высокий vs услуги недоступны	-0,290	0,561	0,748	[0,281–1,990]
средний vs услуги недоступны	-0,463	0,325	0,630	[0,250–1,583]
низкий vs услуги недоступны	-0,094	0,845	0,911	[0,357–2,323]
Уровень доступности медицинской помощи в частных медучреждениях				
высокий vs услуги недоступны	-0,312	0,303	0,732	[0,404–1,326]
средний vs услуги недоступны	-0,048	0,870	0,953	[0,536–1,694]
низкий vs услуги недоступны	0,198	0,539	1,219	[0,648–2,296]
Употребление алкоголя (да vs нет)	-0,184	0,286	0,832	[0,593–1,167]
Курение в настоящее время (да vs нет)	0,152	0,471	1,164	[0,770–1,759]
Отказ от занятий физкультурой и спортом (да vs нет)	0,307	0,159	1,359	[0,886–2,084]
Несоблюдение режима и рациона питания (да vs нет)	0,364	0,086	1,440	[0,950–2,180]
Забота о здоровье (заботятся vs мало заботятся или не заботятся о здоровье)	0,478	0,007	1,613	[1,140–2,282]
Фактор 1 «Самодостаточность и коммуникативность»	-0,201	0,012	0,818	[0,699–0,957]
Фактор 2 «Стремление к познанию и развитию»	-0,363	0,000	0,696	[0,590–0,821]
Фактор 3 «Пассивность и экстернатность»	0,187	0,019	1,206	[1,031–1,411]
Примечание: тест Хосмера – Лемешова показал, что модель хорошо описывает реальные данные ($\chi^2 = 11,425$; $df = 8$; $p = 0,179$). 80% наблюдений предсказаны верно.				
Источник: рассчитано автором.				

Согласно результатам третьей модели с пропуском рабочих дней по болезни значимо связаны пол, территория проживания, занятость, уровень доступности частных медицинских услуг, забота о здоровье и один из трёх салютогенных факторов (табл. 6). Шансы пропуска рабочих дней по болезни выше (в 11 раз) у тех, кто работает, имеет длительно протекающие заболевания (в 5,5 раза), а также проживает в городе (в 2 раза). Кроме того, их значимо увеличивает средний уровень доступности частных медицинских услуг (в 2,4 раза) и забота о здо-

ровье (в 1,4 раза). Для мужчин вероятность пропуска рабочих дней по болезни на 33% ниже по сравнению с женщинами. Самодостаточность и коммуникативность также снижает её (на 19%), в то время как влияние двух других салютогенных факторов оказалось незначимым.

Дополнительная модель, в которой зависимой переменной выступила забота о здоровье, показала, что с ней статистически значимо связаны пол, уровень дохода, образования и доступности медицинской помощи, поведенческие факторы риска – употребление алко-

Таблица 6. Модель логистической регрессии пропуска рабочих дней по болезни с учётом влияния салютогенных факторов (зависимая переменная – пропуск рабочих дней по болезни: 1 – пропускали рабочие дни по болезни; 0 – не пропускали рабочие дни по болезни)

Переменная	B	p-value	ОШ (OR)	95% ДИ (CI)
Возраст	-0,004	0,599	0,996	[0,982 - 1,010]
Пол (мужчины vs женщины)	-0,415	0,016	0,661	[0,472 - 0,925]
Семейное положение (состояние в браке vs одинокие)	0,376	0,040	1,457	[1,018 - 2,085]
Уровень дохода:				
высокий vs низкий	-0,472	0,088	0,624	[0,362 - 1,073]
средний vs низкий	-0,379	0,098	0,685	[0,437 - 1,073]
Уровень образования:				
среднее специальное, техническое vs неполное среднее, среднее	0,094	0,801	1,098	[0,529 - 2,278]
высшее и послевузовское vs неполное среднее, среднее	-0,075	0,847	0,928	[0,434 - 1,983]
Территория проживания (город vs село)	0,681	0,001	1,975	[1,321 - 2,953]
Занятость (работающие vs неработающие)	2,426	0,000	11,310	[6,335 - 20,190]
Уровень доступности медицинской помощи в государственных медучреждениях:				
высокий vs услуги недоступны	-0,267	0,561	0,765	[0,310 - 1,877]
средний vs услуги недоступны	-0,382	0,377	0,682	[0,292 - 1,593]
низкий vs услуги недоступны	-0,549	0,217	0,577	[0,241 - 1,381]
Уровень доступности медицинской помощи в частных медучреждениях:				
высокий vs услуги недоступны	0,547	0,191	1,727	[0,761 - 3,920]
средний vs услуги недоступны	0,896	0,026	2,449	[1,113 - 5,387]
низкий vs услуги недоступны	0,413	0,346	1,511	[0,641 - 3,566]
Употребление алкоголя (да vs нет)	0,217	0,250	1,242	[0,859 - 1,795]
Курение в настоящее время (да vs нет)	0,265	0,186	1,304	[0,880 - 1,931]
Отказ от занятий физкультурой и спортом (да vs нет)	-0,041	0,836	0,960	[0,651 - 1,415]
Несоблюдение режима и рациона питания (да vs нет)	-0,198	0,332	0,821	[0,550 - 1,224]
Забота о здоровье (заботятся vs мало заботятся или не заботятся о здоровье)	0,363	0,047	1,438	[1,004 - 2,058]
Наличие хронических заболеваний (имеют хрон. болезни vs не имеют)	1,707	0,000	5,512	[3,597 - 8,446]
Фактор 1 «Самодостаточность и коммуникативность»	-0,209	0,016	0,812	[0,685 - 0,961]
Фактор 2 «Стремление к познанию и развитию»	-0,078	0,392	0,925	[0,775 - 1,105]
Фактор 3 «Пассивность и экстернальность»	0,130	0,102	1,139	[0,975 - 1,332]

Примечание: тест Хосмера – Лемешова показал, что модель хорошо описывает реальные данные ($\chi^2 = 5,490$; $df = 8$; $p = 0,704$). 80% наблюдений предсказаны верно.
Источник: рассчитано автором.

ля, курение, отказ от занятий физкультурой и спортом, несоблюдение режима и рациона питания, наличие хронических болезней, а также два салютогенных фактора (табл. 7). Повышают вероятность заботы о здоровье наличие хронических заболеваний (в 1,5 раза), высокий уровень дохода по сравнению с низким (в 1,6 раза), наличие среднего специального или технического и высшего образования по сравнению с неполным средним и средним (более чем в 2 раза), высокий и средний уровень доступности медицинской помощи в государственных медучреждениях по сравнению с полной недоступностью услуг (в 3 и более раза). Кроме того, ей способствует факт употребления

алкоголя (шансы в 1,4 раза выше), что могло бы быть связано с сопутствующими проблемами со здоровьем, однако это не подтвердилось в моделях его самооценок и наличия хронических заболеваний и требует более углубленного рассмотрения. Шансы заботиться о здоровье ниже у мужчин (на 42%), а также у тех, кто имеет поведенческие факторы риска – курят (на 57%), не соблюдают режим и рацион питания (на 63%), отказываются от занятий физкультурой и спортом (на 70%). Средний и низкий уровни доступности медицинской помощи в частных медучреждениях более чем в 2 раза снижают вероятность заботы о здоровье (более чем в 2 раза).

Таблица 7. Модель логистической регрессии заботы о здоровье с учётом влияния салютогенных факторов (зависимая переменная – забота о здоровье:

1 – заботятся о здоровье, 0 – мало заботятся или не заботятся о здоровье)

Переменная	B	p-value	ОШ (OR)	95% ДИ (CI)
Возраст	0,008	0,097	1,008	[0,998–1,018]
Пол (мужчины vs женщины)	-0,547	0,000	0,579	[0,437–0,767]
Семейное положение (состояние в браке vs одинокие)	0,284	0,051	1,328	[0,999–767]
Уровень дохода:				
высокий vs низкий	0,496	0,035	1,643	[1,035–2,608]
средний vs низкий	-0,210	0,241	0,810	[0,570–1,151]
Уровень образования:				
среднее специальное, техническое vs неполное среднее, среднее	0,813	0,005	2,255	[1,285–3,960]
высшее и послевузовское vs неполное среднее, среднее	0,782	0,009	2,186	[1,211–3,946]
Территория проживания (город vs село)	-0,171	0,273	0,843	[0,621–1,144]
Занятость (работающие vs неработающие)	-0,102	0,544	0,903	[0,648–1,257]
Уровень доступности медицинской помощи в государственных медучреждениях:				
высокий vs услуги недоступны	1,293	0,002	3,644	[1,589–8,357]
средний vs услуги недоступны	1,111	0,005	3,039	[1,394–6,625]
низкий vs услуги недоступны	0,630	0,120	1,877	[0,848–4,156]
Уровень доступности медицинской помощи в частных медучреждениях:				
высокий vs услуги недоступны	0,287	0,310	1,332	[0,766–2,318]
средний vs услуги недоступны	-0,703	0,010	0,495	[0,290–0,845]
низкий vs услуги недоступны	-0,762	0,010	0,467	[0,262–0,832]
Употребление алкоголя (да vs нет)	0,311	0,045	1,365	[1,007–1,849]
Курение в настоящее время (да vs нет)	-0,841	0,000	0,431	[0,310–0,599]
Отказ от занятий физкультурой и спортом (да vs нет)	-1,215	0,000	0,297	[0,207–0,425]
Несоблюдение режима и рациона питания (да vs нет)	-0,991	0,000	0,371	[0,257–0,536]
Наличие хронических заболеваний (имеют хрон. болезни vs не имеют)	0,393	0,021	1,481	[1,062–2,066]
Фактор 1 «Самодостаточность и коммуникативность»	-0,054	0,434	0,947	[0,827–1,085]
Фактор 2 «Стремление к познанию и развитию»	0,304	0,000	1,356	[1,171–1,570]
Фактор 3 «Пассивность и экстернальность»	0,159	0,021	1,172	[1,024–1,341]
Примечание: тест Хосмера – Лемешова показал, что модель хорошо описывает реальные данные ($\chi^2 = 4,597$; $df = 8$; $p = 0,800$). 73% наблюдений предсказаны верно. Источник: рассчитано автором.				

Что касается салютогенных факторов, то наиболее сильно с заботой о здоровье связано стремление к познанию и развитию (повышает шанс на 36%). Неожиданным оказался результат, демонстрирующий, что пассивность и экстернальность также имеет прямо пропорциональную связь с заботой о здоровье (повышает шанс на 17%), которая объясняется ранее подтверждённым характером зависимости данного салютогенного фактора и наличия хронических заболеваний, то есть связь пассивности и экстернальности с заботой о здоровье опосредована наличием длительно протекающих заболеваний: у людей с подобными недугами, с одной стороны, более выражен фактор пассивности и экстернальности (который, возможно, способствовал их развитию), с другой стороны, ввиду наличия хронических заболеваний они неизбежно больше заботятся о своём здоровье.

Кластерный анализ, проведённый на выявленных салютогенных факторах, позволил выделить 3 типа (кластера) населения по их выраженности⁴ (табл. 8). Первый тип встречается у 26% опрошенных и характеризуется

значительно сниженным стремлением к познанию и саморазвитию, умеренно высокой самодостаточностью и коммуникабельностью при невыраженной пассивности и экстернальности. У второго типа, встречающегося среди 35% респондентов, наблюдаются наиболее благоприятные характеристики салютогенности («салютогенно-ресурсный тип»): повышенные коммуникативность и самодостаточность, а также ориентированность на саморазвитие и познание, сниженная экстернальность и пассивность. Третий тип выявлен у 39% населения, его представители отличаются низкой самодостаточностью и коммуникативностью, умеренно выраженным стремлением к познанию и повышенной пассивностью и экстернальностью.

Для понимания различий выявленных типов населения по социально-демографическим, социально-экономическим, поведенческим характеристикам и оценкам состояния здоровья был проведён анализ описательной статистики, позволивший составить «портрет» представителей каждого кластера (табл. 9).

Таблица 8. Типы (кластеры) населения по выраженности салютогенных факторов

Кластер	Конечные центры кластеров			Характеристика кластера	Распространённость	
	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3		абс.	%
1	0,315	-1,304	0,084	Резко сниженная ориентация на познание и развитие, умеренно повышенная самодостаточность и коммуникативность, невыраженная пассивность и экстернальность (« познавательный-дефицитный тип »)	383	26,0
2	0,663	0,620	-0,627	Повышенные коммуникативность и самодостаточность, а также ориентированность на саморазвитие и познание, но сниженная экстернальность и пассивность (« салютогенно-ресурсный тип »)	520	35,4
3	-0,819	0,311	0,518	Пониженная коммуникативность и самодостаточность, умеренно повышенное стремление к саморазвитию и познанию, заметно повышенная пассивность и экстернальность (« социально-инертный тип »)	568	38,6

Источник: рассчитано автором.

⁴ Проверка качества кластерного анализа осуществлена посредством внутренней (силуэтный коэффициент) и внешней (критерий Краскала – Уоллиса) оценки. Силуэтный коэффициент для 3-х кластеров ($k = 3$) составил 0,30, что говорит об умеренном качестве разделения кластеров. Для $k = 2$ он составил 0,27, для $k = 4$ – 0,31, для $k = 5$ – 0,31, для $k = 6$ – 0,30, т. е. при увеличении числа кластеров качество разделения не меняется, что позволяет оставить трехкластерную модель. Критерий Краскала-Уоллиса показал, что выделенные кластеры значимо отличаются друг от друга по исходным переменным: для фактора 1 $\chi^2 = 685,673$; $df = 2$; $p < 0,001$, для фактора 2 $\chi^2 = 843,723$; $df = 2$; $p < 0,001$, для фактора 3 $\chi^2 = 401,262$; $df = 2$; $p < 0,001$. Параметрический тест ANOVA также подтвердил, что все исходные переменные значимо разделяют кластеры: фактор 1 ($F = 578,045$, $p < 0,001$), фактор 2 ($F = 1181,454$, $p < 0,001$) и фактор 3 ($F = 237,521$, $p < 0,001$).

Таблица 9. Характеристики типов (кластеров) населения по выраженности салютогенных факторов, %

Показатель		Тип 1 «Познавательно- дефицитный»	Тип 2 «Салютогенно- ресурсный»	Тип 3 «Социально- инертный»
Социально-демографические и социально-экономические характеристики				
Пол ^и	Мужчины	45,7	42,9	45,2
	Женщины	54,3	57,1	54,8
Возраст ^{***}	18–29 лет	10,4	16,7	14,4
	30–44 лет	25,6	38,5	27,5
	45–59 лет	22,5	22,9	28,0
	60 лет и старше	41,5	21,9	30,1
Средний возраст, лет		51,8	45,0	48,2
Семейное положение ^и	Не состоящие в браке	37,0	32,7	31,7
	Состоящие в браке	63,0	67,3	68,3
Уровень образования ^{***}	Неполное среднее, среднее	8,4	4,1	6,7
	Среднее специальное, техническое	70,2	54,4	59,7
	Высшее и послевузовское	21,5	41,5	33,6
Уровень дохода ^{***}	Низкий	26,7	9,4	26,9
	Средний	59,0	69,5	58,7
	Высокий	14,3	21,0	14,4
Территория проживания ^{***}	Городская местность	49,9	84,2	75,7
	Сельская местность	50,1	15,8	24,3
Занятость ^{***}	Занятые	59,3	74,4	62,3
	Незанятые	40,7	25,6	37,7
Поведенческие характеристики				
Признают здоровье главной жизненной ценностью ^{***}		85,1	85,2	73,1
Забота о здоровье ^{***}	Мало заботятся или совсем не заботятся	58,5	38,0	33,3
	Заботятся	41,5	62,0	66,7
Употребление алкоголя (употребляют) ^{***}		67,9	65,2	54,6
Часто употребляют пиво (ежедневно и по выходным) ^и		38,2	39,3	36,1
Часто употребляют некрепленое вино (ежедневно и по выходным) ^{***}		24,9	33,8	51,5
Часто употребляют крепленое вино (ежедневно и по выходным) ^{**}		33,2	34,8	43,2
Часто употребляют крепкие спиртные напитки (ежедневно и по выходным) ^{***}		9,8	6,9	10,5
Курение (курят в настоящее время) ^и		30,8	30,2	25,9
Отказ от занятий физкультурой и спортом ^{***}		90,9	66,3	74,5
Отказ от соблюдения режима и рациона питания ^{***}		53,8	42,5	35,6
Обращались за медицинской помощью в течение года	в государственные медорганизации ^{***}	59,0	52,9	69,0
	в частные медорганизации ^и	19,8	23,7	22,4
Обращались с профилактическим мотивом [*]		17,8	21,7	25,9
Обращались по факту болезни (для лечения) ^{**}		42,0	37,1	48,1
Обращались для прохождения профосмотра [*]		12,8	13,1	18,1
Обращались для прохождения диспансеризации ^{***}		22,7	15,6	29,4
Не обращались за медицинской помощью ^{***}		34,5	38,8	23,2
Характеристики здоровья				
Имеют хронические заболевания ^{***}		33,9	13,7	25,0
Пропускали рабочие дни по болезни [*]		20,2	21,0	28,2
Самооценка здоровья [*]	Очень хорошее, хорошее	35,5	44,6	38,6
	Удовлетворительные	53,8	50,8	53,6
	Плохое, очень плохое	10,7	4,6	7,8
Примечание: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001; " – различия статистически незначимы. Источник: рассчитано автором.				

«Портрет» кластера 1. Кластер представлен прежде всего людьми старшего возраста (42% в возрасте 60 лет и старше, средний возраст 52 года), жителями сельской местности (50%), неза- нятыми (41%), имеющими среднее профессио- нальное образование (70%). С одной стороны, его представители более склонны относить здо- ровье к главным жизненным ценностям (85%), но с другой — в меньшей степени проявляют за- боту о нём (59% мало заботятся или не заботятся о здоровье) и сильнее других подвержены пове- денческим факторам риска: 91% не занимаются физкультурой и спортом, 68% употребляют ал- коголь, 54% не соблюдают режим и рацион пи- тания. Треть имеют хронические заболевания (34%) и в целом хуже оценивают состояние здо- ровья (36% оценок «очень хорошее, хорошее» и 11% оценок «плохое, очень плохое»).

«Портрет» кластера 2. Более молодая груп- па по сравнению с другими: среди них выше доля лиц в возрасте до 30 лет (17%) и 30–44 лет (39%), средний возраст составляет 45 лет. Кро- ме того, среди них больше городских жителей (84%), занятых (74%), имеющих высокий уро- вень образования (42%), а также средний и вы- сокий уровень дохода (70 и 21% соответствен- но). Они демонстрируют наиболее позитивные оценки здоровья (45% «хорошее, очень хоро- шее», хронические заболевания имеют лишь 14%) и, как следствие, реже обращаются в мед- учреждения (39% не обращались в течение года). Как и представители первого кластера высоко ценят здоровье (85% относят его к глав- ным жизненным ценностям), но демонстриру- ют большую заботу о нём (62% заботятся о здо- ровье), чаще остальных вовлечены в занятия физкультурой и спортом (34%), однако более склонны к употреблению алкоголя по сравне- нию с кластером 3 (62%).

«Портрет» кластера 3. В его составе по срав- нению с другими группами больше доля насе- ления в возрасте 45–59 лет (28%). Как и среди представителей кластера 2, среди них выше доля городских жителей (76%), и, как в случае кла- стера 1, больше имеющих низкий уровень дохо- да (27%). Спецификой группы выступает более выраженная забота о здоровье (67%) и медицин- ская активность, а именно обращаемость в госу- дарственные медицинские учреждения (69%). Кроме того, более развиты основные мотивы

обращения за медицинской помощью — про- филактические (26% обращались с целью про- филактики, 29% проходили диспансеризацию) и лечебные (29%). Примечательно, что представи- тели кластера, несмотря на более низкую общую долю употребляющих алкоголь, оказались более подвержены частому потреблению креплёных и некреплёных вин (52 и 43% соответственно), крепких спиртных напитков (11%) и чаще про- пускали рабочие дни по болезни (28%).

Статистически незначимыми оказались раз- личия выделенных групп населения по полу, се- мейному положению, приверженности куре- нию и обращаемости в частные медицинские организации.

Обсуждение результатов и выводы

Таким образом, в ходе проведённого на дан- ных массового социологического опроса ис- следованиях были определены три ключевых салютогенных фактора — «самодостаточность и коммуникативность», «стремление к позна- нию и развитию» и «пассивность и экстер- нальность», которые соответствуют основным компонентам чувства связанности по А. Анто- новскому — осмысленности, постижимости и управляемости. Логистические модели, постро- енные для оценки взаимосвязи салютогенных факторов с показателями здоровья населения (наряду с другими социально-демографически- ми, социально-экономическими, поведенче- скими факторами), позволили сделать ряд важ- ных выводов.

В исследовании не обнаружена статистиче- ски значимая связь салютогенных факторов с самооценкой здоровья, что может объясняться как проблемами смещения и гетерогенности самооценок, так и более сложным характером их взаимосвязи (нелинейным и/или опосредо- ванным другими факторами). Примечательно, что в ходе моделирования, как и в случае с са- лютогенными факторами, не выявлено влия- ние заботы о здоровье на его самооценку. Это может свидетельствовать о том, что самооценка здоровья в большей степени определяется теку- щим самочувствием и имеющимися функцио- нальными ограничениями (в работе выявлена наиболее сильная значимая связь самооценок с наличием хронических заболеваний), а также социально-экономическими условиями жизни (уровнем дохода). Очевидно, что забота о здо-

ровые носит скорее реакционный характер и усиливается при ухудшении самочувствия, что говорит об обратной причинности (проблемы со здоровьем способствуют заботе о здоровье). Эффект салютогенных ресурсов в данной ситуации «перекрывается» действием других факторов, что не отменяет их опосредованного влияния на здоровье — через стрессоустойчивость, физическую активность, приверженность лечению и другие поведенческие механизмы.

Все три салютогенных фактора оказались статистически значимо связаны с наличием у респондентов хронических заболеваний: самодостаточность и коммуникабельность, а также стремление к познанию и развитию заметно снижают шансы их развития, в то время как пассивность и экстернальность, напротив, повышают. С пропуском рабочих дней по болезни продемонстрировал значимую взаимосвязь только один салютогенный фактор — самодостаточность и коммуникабельность, который уменьшает их вероятность. Подобные выводы о роли салютогенных факторов в обеспечении здоровья согласуются с результатами качественного исследования факторов долголетия, которое показало, что ключевыми из них выступают «ответственное отношение к себе и своему здоровью, постановка целей и задач на краткосрочные и долгосрочные периоды, неиссякаемая мотивация на поддержание в тонусе психического и физического состояния, широкий круг общения, высокая познавательная активность, дающие долгожителям возможность эффективно планировать свою жизнь и чувствовать уверенность в завтрашнем дне» (Калачикова и др., 2016).

Помимо прочего обнаружена значимая прямая связь заботы о здоровье с хроническими заболеваниями и пропуском рабочих дней по болезни, которая может объясняться обратным характером их взаимосвязи (наличие хронических заболеваний стимулирует заботиться о здоровье), который подтверждается в других отечественных исследованиях (Покида, Зыбуновская, 2021). Данный результат также служит доказательством преобладания у населения инструментальной ценности здоровья, когда оно выступает инструментом достижения целей, а не самоцелью (Журавлева, 2006). При этом, как показало исследование, забота о здоровье кор-

релирует с доходами и образованием, в частности, её вероятность значимо выше у имеющих высокий уровень дохода по сравнению с теми, у кого он низкий, а также у лиц с высшим и средним специальным образованием по сравнению с имеющими неполное среднее и среднее образование. Это согласуется с выводами других учёных, продемонстрировавших тесную взаимосвязь стиля жизни в отношении здоровья с социальным статусом (Рощина, 2016).

Выявленные связи социально-демографических, социально-экономических и поведенческих факторов с самооценкой здоровья также находят подтверждение в российских исследованиях. Например, значимое влияние возраста, наличия хронических заболеваний, уровня дохода, курения и низкой физической активности доказано М.А. Каневой (Канева, 2016). Кроме того, аналогичными в данной работе оказались выводы об отсутствии связи самооценок здоровья с употреблением алкоголя и занятостью. В то же время в настоящем исследовании не обнаружено влияние на самооценку семейного положения, которое подтверждалось в ряде работ (Канева, 2016; Лебедева-Несевря и др., 2017). Такой результат может быть следствием их более сложной взаимосвязи. Исследование А.Б. Синельникова показало, что влияние брачного статуса на здоровье неоднородно: для мужчин до 30 лет и женщин до 45 лет их связь не прослеживается; для мужчин старше 30 лет и женщин старше 45 лет совместное проживание с супругами (или гражданскими партнерами) оказывает более сильное позитивное влияние на состояние здоровья, чем совместное проживание с детьми; для тех же мужчин старше 30 и женщин старше 45 лет наихудшим вариантом семейного положения с точки зрения влияния на здоровье является одинокая жизнь без супругов и детей (Синельников, 2012).

Отсутствие связи между уровнем образования и самооценками здоровья может быть обусловлено опосредующей ролью других факторов. Так, О.А. Кислицына в своём исследовании продемонстрировала, что включение в модель всех возможных объясняющих факторов снижает связь между образованием и самооценками здоровья на 52–62%. Основной вклад в объяснение их связи вносят занятость, уровень дохода, невозможность встреч с родственниками

и друзьями, потребление алкоголя (Кислицына, 2023). В свою очередь большой шанс на заботу о здоровье у людей с более высоким уровнем образования подтверждался в работе А.Н. Покиды и соавторов (Покида и др., 2022).

Выявленная значимая связь среднего уровня доступности частных медицинских услуг с пропуском рабочих дней по болезни может быть обоснована ростом объёма платных медицинских услуг населению. Так, К.Г. Четаева отмечает факт вынужденного обращения потребителей в платные клиники из-за длинных очередей, невозможности записи на прием к определённому времени, отсутствии нужных специалистов, а также нежелания индивидов обращаться в государственные медицинские учреждения ввиду низкого качества предоставляемых услуг (Четаева, 2025). Повышение вероятности заботы о здоровье с увеличением доступности медицинской помощи соотносится с результатами исследования А.Н. Покиды и Н.В. Зыбуновской, согласно которым отсутствие доступа к необходимым медицинским услугам из-за недоступности нужных специалистов (врачей) приводит к отказу от обращения за медицинской помощью и высокому уровню самолечения (Покида, Зыбуновская, 2021).

Предположение об опосредованной роли заботы о здоровье во взаимосвязи салютогенных факторов и показателей здоровья частично подтверждено. Выявлено, что с заботой о здоровье значимо связаны два салютогенных фактора – стремление к познанию и развитию, а также пассивность и экстернальность. При этом оба фактора повышают вероятность заботы о здоровье, что может говорить о наличии в обществе разных моделей поведения: если у одних забота о здоровье способствует выраженности пассивности и экстернальности (которая сопряжена с наличием хронических заболеваний), то у других – стремление к познанию и развитию (через вовлечённость в активные практики заботы о здоровье). Так, например, в венгерском исследовании на данных опроса учащихся средней школы (2024 год) подтверждена положительная корреляция между чувством согласованности и частотой физической активности (Karácsony, Hideg-Fehér, 2025). Качественное исследование физической активности взрослого населения, проведённое в Шве-

ции, показало, что чувство согласованности, особенно его компонента постижимость, тесно связано со знаниями о пользе физической активности для здоровья и умением их применять, что позволяет достигать её рекомендованного уровня, несмотря на экономические трудности (Johansson et al., 2024).

Выявлены 3 типа населения по выраженности салютогенных факторов: «познавательный дефицитный» (сниженная ориентация на познание и развитие при умеренно повышенной самодостаточности и коммуникативности), «салютогенно-ресурсный тип» (повышенные коммуникативность и самодостаточность, стремление к саморазвитию и познанию, сниженная пассивность и экстернальность) и «социально-инертный тип» (пониженная коммуникативность и самодостаточность, заметно повышенная пассивность и экстернальность). Специфика «портрета» обозначенных типов населения с позиции возраста, уровня образования и дохода, статуса занятости, территории проживания, а также поведения в отношении здоровья и его самооценок позволяет рассматривать их как новые целевые группы для политики здоровьесбережения. Для салютогенно-ресурсного типа, несмотря на благоприятные параметры салютогенных факторов и характеристики «портрета», актуальны мероприятия по повышению профилактической медицинской активности (вовлечению в прохождение профосмотров и диспансеризации). Для познавательного дефицитного типа востребованными представляются меры, направленные на информирование о здоровье и здоровом образе жизни, стимулирование заботы о здоровье, повышение медицинской активности, профилактику поведенческих факторов риска. Ввиду широкой представленности среди них лиц старших возрастов особенно важно их более широкое вовлечение в программы активного долголетия. В отношении социально-инертного типа целесообразно проводить мероприятия по повышению ценности здоровья и профилактике поведенческих рисков, в частности чрезмерного потребления алкоголя.

В заключение стоит отметить ограничения исследования: специфика информационной базы (кросс-секционные данные) и логистический регрессионный анализ не позволяют однозначно говорить о причинно-следственных

отношениях между независимыми и зависимыми переменными (например, о влиянии салютогенных факторов на развитие хронических заболеваний, т. к. возможна обратная связь: наличие заболеваний способствует выраженности тех или иных салютогенных факторов); субъективность данных социологического опроса

имеет свои недостатки, так, самооценки здоровья подвержены смещению и гетерогенности, что требует осторожности в интерпретации полученных результатов; в данном исследовании не рассматривался весь спектр детерминант, опосредующих взаимосвязь салютогенных факторов и оценок состояния здоровья.

Литература

- Аксенова Е.И., Александрова О.А., Ярашева А.В., Аликперова Н.В. (2023). Модели поведения населения в отношении своего здоровья // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. Т. 31. № 52. С. 1081–1086. DOI: 10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1081-1086
- Бочавер К.А., Данилов А.Б., Нартова-Бочавер С.К., Квитчастый А.В., Гаврилова О.Я., Зязина Н.А. (2019). Перспективы салютогенного подхода к профилактике синдрома выгорания у российских врачей // Клиническая и специальная психология. Т. 8. № 1. С. 58–77. DOI: 10.17759/cpse.2019080104
- Журавлева И.В. (2006). Отношение к здоровью индивида и общества. Москва: Наука. 238 с.
- Журавлева И.В. (2025). Общественное здоровье и салютогенез // Социологические исследования. № 4. С. 123–134. DOI: 10.7868/S3034601025040114
- Калачикова О.Н., Барсуков В.Н., Короленко А.В., Шулёпов Е.Б. (2016). Факторы активного долголетия: итоги обследования вологодских долгожителей // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. № 5. С. 76–94. DOI: 10.15838/esc/2016.5.47.4
- Канева М.А. (2016). Социально-экономические, поведенческие и психологические детерминанты самооценки здоровья россиян // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. № 6. С. 158–171.
- Канева М.А., Байдин В.М. (2018). Гетерогенность ответов при самооценке здоровья россиян // Прикладная эконометрика. № 3 (51). С. 102–125.
- Кислицына О.А. (2023). Социальные различия в состоянии здоровья россиян: роль материальных, психосоциальных и поведенческих факторов // Социальные аспекты здоровья населения. № 3 (69). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1484/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2023-69-3-7
- Козырева П.М., Смирнов А.И. (2020). Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода // Социологические исследования. № 4. С. 70–81. DOI: 10.31857/S013216250009116-0
- Кузьмич О.С., Рошин С.Ю. (2008). Лучше ли быть здоровым? Экономическая отдача от здоровья в России // Экономический журнал Высшей школы экономики. Т. 12. № 1. С. 29–55.
- Лебедева-Несевря Н.А., Барг А.О., Соловьев С.С. (2017). Здоровье в субъективных оценках работающего населения России // Известия Уральского федерального университета. Серия 3: Общественные науки. Т. 12. № 3 (167). С. 108–115.
- Орехов А.А., Захаров А.Б. (2026). Стили жизни российской молодежи в отношении здоровья: гендерные различия // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. № 2. С. 3–23. DOI: 10.14515/monitoring.2026.2.3059
- Осин Е.Н. (2007). Чувство связанности как показатель психологического здоровья и его диагностика // Психологическая диагностика. № 3. С. 22–40.
- Покида А.Н., Зыбуновская Н.В. (2021). Здоровье в восприятии россиян и реальные медицинские практики // Здоровье населения и среда обитания. Т. 29. № 7. С. 19–27. DOI: 10.35627/2219-5238/2021-29-7-19-27
- Покида А.Н., Зыбуновская Н.В., Газиева И.А. (2022). Роль высшего образования в формировании здорового образа жизни (по результатам социологического исследования) // Высшее образование в России. Т. 31. № 1. С. 72–88. DOI: 10.31992/0869-3617-2022-31-1-72-88
- Полуэктова Н.М., Смирнова А.Н. (2016). Человек как субъект здоровья // Человек. № 1. С. 5–16.
- Рощина Я.М. (2016). Стиль жизни в отношении здоровья: имеет ли значение социальное неравенство? // Экономическая социология. Т. 17. № 3. С. 13–36. DOI: <https://doi.org/10.17323/1726-3247-2016-3-13-36>

- Синельников А.Б. (2012). Влияние семейного и демографического статуса на состояние здоровья и его самооценку // Социальные аспекты здоровья населения. № 6 (28). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/443/30>
- Твилле П.С., Севаян Л.Г., Трункова К.С. (2025). От теории к практике: историческое развитие понятия «сальютогенез» и внедрение сальютогенного дизайна в медицинские организации в контексте повышения пациентоориентированности // Здоровье мегаполиса. Т. 6. № 1. С. 108–118. DOI: 10.47619/2713-2617.zm.2025.v.6i1;108-118
- Четаева К.Г. (2025). К проблеме доступности медицинской помощи в России // ЭКО. № 6. С. 100–117. DOI: 10.30680/ESCO0131–7652–2025–6–100–117
- Шабунова А.А., Нацун Л.Н., Короленко А.В. (2021). Укрепление общественного здоровья: баланс ответственности государства и гражданина // Проблемы развития территории. Т. 25. № 4. С. 7–23. DOI: 10.15838/ptd.2021.4.114.1
- Alkharafi N. (2025). Salutogenesis for thriving nations: Sense of coherence and longevity across income strata. *SSM – Population Health*, 31, 101839. DOI: 10.1016/j.ssmph.2025.101839
- Antonovsky A. (1988). *Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Johansson L.M., Fransson E.I., Lingfors H. et al. (2024). Exploring how people achieve recommended levels of physical activity, despite self-reported economic difficulties: A sense of coherence perspective. *BMC Primary Care*, 25, 105. DOI: 10.1186/s12875-024-02354-z
- Karácsony I., Hideg-Fehér G. (2025). Relationship between self-rated health, sense of coherence and physical activity in a survey of secondary school students: A correlational study. *Scientific Reports*, 15, 26600. DOI: 10.1038/s41598-025-12686-0
- Lee H.-P., Hsu W.-Y., Liu Y.-H., Chang Y.-C., Cheng S.-M., Chiang H.-H. (2024). Sense of coherence as a mediator between functional status and health-related quality of life in patients with heart failure. *Journal of Nursing Research*, 32(1), e311. DOI: 10.1097/jnr.0000000000000590
- Ly J., Qian M., Deng M., Yu M. (2023). The association between sense of coherence and health outcomes among community-dwelling older adults: A systematic review. *Interdisciplinary Nursing Research*, 2(1), 46–57. DOI: 10.1097/NR9.0000000000000016
- Mana A., Super S., Sardu C. et al. (2021). Individual, social and national coping resources and their relationships with mental health and anxiety: A comparative study in Israel, Italy, Spain, and the Netherlands during the coronavirus pandemic. *Global Health Promotion*, 28(2), 17–26. DOI: 10.1177/1757975921992957
- Matić I., Vuletić G. (2025). Sense of coherence and health in adolescents: A longitudinal cohort study. *Psychology & Health*, 40(5), 783–795. DOI: 10.1080/08870446.2023.2256776
- Mittelmark M.B., Bauer G.F., Vaandrager L., et al. (Eds). (2022). *The Handbook of Salutogenesis. 2nd edition*. Cham (CH): Springer. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK584076/> DOI: 10.1007/978-3-030-79515-3
- Pijpker R., van der Kamp D., Vader S., den Broeder L., Wagemakers A. (2022). Socioeconomic status and mental health during the COVID-19 crisis: Are sense of coherence, sense of community coherence and sense of national coherence predictors for mental health? *Health Psychology Report*, 10(1). DOI: 10.5114/hpr.2022.114527
- Tušl M., de Bloom J., Bauer G.F. (2022). Sense of coherence, off-job crafting, and mental well-being: A path of positive health development. *Health Promotion International*, 37(6), daac159. DOI: 10.1093/heapro/daac159
- Urzúa A., Henríquez D., Caqueo-Úrizar A. et al. (2025). Sense of coherence is associated with the presence of healthy lifestyles in the migrant population. *Frontiers in Psychology*, 16, 1543830. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1543830

Приложение

Набор переменных для построения логистических регрессий и их распространённость в выборке

Переменная	Значение	Распространённость, %, ср. значение
Зависимые переменные		
Хорошая самооценка здоровья	1 – Очень хорошее, хорошее	39,9
	0 – Удовлетворительное, плохое, очень плохое	60,1
Наличие хронических заболеваний*	1 – Имеют хронические заболевания	23,2
	0 – Не имеют хронические заболевания	76,8
Пропуск рабочих дней по болезни	1 – В течение года пропускали рабочие дни по болезни	23,4
	0 – Не пропускали рабочие дни по болезни	76,6
Независимые переменные		
Возраст, лет		48,1
Пол	1 – Мужчины	44,4
	0 – Женщины	55,6
Семейное положение	1 – Состоящие в браке	66,5
	0 – Одинокие	33,5
Уровень дохода	1 – Высокий	16,8
	2 – Средний	62,4
	3 – Низкий	20,8
Уровень образования	1 – Неполное среднее, среднее	6,1
	2 – Среднее специальное, техническое	60,6
	3 – Высшее и послевузовское	33,3
Территория проживания	1 – Городская местность	71,9
	0 – Сельская местность	28,1
Занятость	1 – Работающие	65,8
	0 – Неработающие	34,2
Уровень доступности медицинской помощи в государственных медучреждениях	1 – Высокий	19,6
	2 – Средний	53,7
	3 – Низкий	24,1
	4 – Медицинские услуги совершенно недоступны	2,7
Уровень доступности медицинской помощи в частных медучреждениях	1 – Высокий	31,4
	2 – Средний	45,0
	3 – Низкий	15,7
	4 – Медицинские услуги совершенно недоступны	8,0
Употребление алкоголя	1 – Употребляют	61,5
	0 – Не употребляют	38,5
Курение в настоящее время	1 – Курят	28,6
	0 – Не курят	71,4
Занятия физкультурой и спортом	1 – Не занимаются (отказ от занятий)	75,9
	0 – Занимаются	24,1
Соблюдение режима и рациона питания	1 – Не соблюдают	78,9
	0 – Соблюдают	21,1
Забота о здоровье**	1 – Заботятся о здоровье (очень заботятся, в основном заботятся)	58,4
	0 – Мало заботятся или не заботятся о здоровье	41,6

* Выступает как независимой переменной (в моделях хороших самооценок здоровья, пропуска рабочих дней по болезни и заботы о здоровье), так и зависимой (в модели наличия хронических заболеваний).

** Выступает как независимой переменной (в моделях хороших самооценок здоровья, наличия хронических заболеваний и пропуска рабочих дней по болезни), так и зависимой (в модели заботы о здоровье).

Примечание: средние значения переменных – салютогенных факторов не приведены, т. к. все равны 0 в связи с тем, что в процессе вычисления главных компонент данные стандартизируются (центрируются и нормируются).

Сведения об авторе

Александра Владимировна Короленко — старший научный сотрудник, Вологодский научный центр Российской академии наук (Российская Федерация, 160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а; e-mail: coretra@yandex.ru)

Korolenko A.V.

Personal Health Resources of the Population of a Russian Region: Impact Assessment and Typology

Abstract. The lack of a well-established healthy lifestyle model among most Russians, combined with insufficient personal responsibility for one's own health, calls for a closer look at internal (protective) factors. This study seeks to assess the influence of salutogenic factors on health indicators and to identify population types according to the degree of their expression. The empirical base draws on the sociological monitoring of the physical health of the Vologda Region population conducted in 2026 (N = 1,500). A review of international and Russian research on the impact of salutogenic factors on health shows that their relationship with physical health and overall health remains underexplored. Using factor analysis of the survey data, we identify three salutogenic factors: "self-sufficiency and sociability", "striving for knowledge and development", and "passivity and externality". We then design logistic regression models in which the dependent variables are good self-rated health, the presence of chronic diseases, and sickness absence from work, while the independent variables include the salutogenic factors alongside socio-demographic, socio-economic, and behavioral indicators. To test the assumption that salutogenic factors affect health indirectly through health self-care, we also design a separate logistic model with health self-care as an independent variable. No statistically significant association is found between salutogenic factors and self-rated health; however, all three factors are associated with the presence of chronic diseases, self-sufficiency and sociability is associated with sickness absence from work, and striving for knowledge and development and passivity and externality are associated with health self-care. Three population types are identified according to the expression of salutogenic health factors: "cognitively deficient type", "salutogenic-resource type", and "socially inert type". Their distinct profiles make it possible to treat them as new target groups for health protection policy.

Key words: salutogenic health factors, self-rated health, presence of chronic diseases, sickness absence from work, health self-care, sociological survey, Vologda Region.

Information about the Author

Aleksandra V. Korolenko — Senior Researcher, Vologda Research Center, Russian Academy of Sciences (56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation; e-mail: coretra@yandex.ru)

Статья поступила 01.07.2026.