Självskattad hälsa och vådliga beteenden i transitionens Ryssland

AV PER CARLSON

Sedan kommunismens sammanbrott åren 1989-1991, har Ryssland genomlidit svåra politiska, sociala, ekonomiska och hälsomässiga problem. Medicinsk sociologi och epidemiologi har närmare studerat den folkhälsokris bakom den före detta "Järnridån" som på senare tid (i väst) har uppmärksammats, både vad gäller dödlighet (se t ex Leon m fl, 1997; Shkolnikov m fl, 1998) och självskattad hälsa (se t ex Bobak m fl, 1998; Carlson, 1998). Denna forskning har gett oss viktiga kunskaper kring folkhälsoproblemen, men förklaringarna har varit många och ibland motsägelsefulla. Sociologisk forskning ger oss möjlighet att bättre förstå de komplexa vägarna mellan samhälle, samhällelig förändring å ena sidan och individens hälsa å den andra. Dessa vägar kan innefatta rent materiella omständigheter, men också sociala och psykologiska.

Syftet med denna studie är att beskriva utvecklingen vad gäller självskattad hälsa, alkoholkonsumtion och rökning i Taganrog under perioden 1993/94 till 1998. Syftet är vidare att försöka förklara självskattad dålig hälsa, hög alkoholkonsumtion och rökning utifrån sociala, ekonomiska och psykologiska aspekter och att utröna huruvida möjliga förklaringar skiljer sig vad gäller självskattad hälsa och dessa riskbeteenden.

Med denna utgångspunkt diskuteras några sociologiska teorier och begrepp som är relevanta när det gäller förståelsen av det som allmänt har kommit att kallas för folkhälsokrisen i Ryssland, men som antingen har handlat om dödlighet (Kennedy m fl, 1998; Shkolnikov m fl, 1998), självskattad hälsa (Bobak m fl, 1998; Carlson, 1998) eller om olika typer av riskbeteenden (Carlson och Vågerö, 1998; McKee m fl, 1998).

***Per Carlson** är filosofie licentiat i sociologi och arbetar som forskningsassistent på Sociologiska institutionen, Stockholm universitet. Hans forskning handlar om folkhälsofrågor i Central- och Österuropa, men med ett särskilt fokus på 1990-talets Ryssland.*

Socialt kapital och sociala nätverk

Socialt kapital har definierats på flera olika sätt, men framförallt utifrån västliga samhällen och förutsättningar (Åberg, 2000). James Coleman t ex ser det som en resurs för handling, eller mer konkret, som de aspekter av den sociala strukturen som underlättar handling (Coleman, 1988; Foley och Edwards, 1997). Det finns dock andra definitioner som är mer konkreta och därmed lättare att relatera till empirin. Bourdieu (1986) skriver;

> Social capital is the aggregate of the actual or potential resources which are linked to possession of a durable network of more or less institutionalized relationships of mutual acquaintance and recognition – or in other words, to membership in a group. (s 249)

Det som hamnar i fokus enligt denna definition är med andra ord individernas sociala nätverk och relationer, som kan vara mer eller mindre formaliserade eller institutionaliserade (familj, grannar, föreningar, skola etc.). Hur stort det sociala kapitalet är beror på nätverkens storlek och på deras kvalitet (d v s det ekonomiska, kulturella och symboliska kapitalet som ingår). Den solidaritet som är förutsättningen för medlemskap i ett socialt nätverk, utgår enligt Bourdieu ifrån det man tror sig kunna vinna på medlemskapet (ibid s 249).

Kennedy m fl (1998) hävdade att socialt kapital i Ryssland mestadels består i mer informella sociala nätverk, som t ex familjen, släktingar och vänner. Mer formella institutioner, såsom frivilligorganisationer, är mindre vanliga (eller viktiga) i Ryssland jämfört med länder i väst. Med andra ord anförtror sig människor i Ryssland hellre åt de nära sociala nätverken. Detta har man kallat ett "timglas-samhälle", där de informella nätverken formerar basen och där den politiska eliten och institutionerna formerar toppen. Mellan dessa sfärer är utbytet och förtroendet litet (Rose, 1995). Särskilt sårbara, enligt Kennedy m fl (1998), är därför de utan dessa nätverk, d v s de som lever mer eller mindre isolerade. Dessa människor saknar både känslomässigt stöd (emotional support) och stöd av en mer instrumentell karaktär (t ex ekonomisk hjälp). Man kom fram till att ryska regioner med lågt socialt kapital också hade en högre dödlighet, även när man tog hänsyn till en rad ekonomiska omständigheter.

Förutom att medlemskap i en frivilligorganisation kan utgöra ett värdefullt socialt nätverk och resurs för individen kan det utgöra en viktig bas för civilsamhället och därigenom samtidigt vara en kollektiv maktresurs. Ett

starkt civilsamhälle antas mobilisera politiska resurser i ett samhälle som en motvikt till mer marknadsbaserade resurser (Carlson, 1998; Korpi, 1989). Välfärdsinstitutioner, såsom allmänna försäkringskassor, uppstår ytterst ur en sådan politisk mobilisering. Även om det ryska civila samhället skiljer sig från det i väst är det en rimlig hypotes att tillhörighet till sociala nätverk är en av de faktorer som strukturerar hälsa.

Utbildning har ofta förståtts som ett "humankapital", men kan också utgöra en viktig grund för individens sociala kapital eftersom med utbildning följer ofta social status, livsstil och social kontakter som kan variera i betydelse. Utbildningsnivåns betydelse för individens livschanser i Sovjetunionen är debatterad och resultaten från studier ibland motsägelsefulla. Det finns de som hävdar att utbildning var mer betydelsefull för den sociala stratifieringen i Sovjet än i väst p g a frånvaron av egenföretagande (self-employment) som en karriärväg. Det finns också de som hävdar motsatsen, att frånvaron av en marknad undergrävde möjligheterna att med en hög utbildning nå ekonomiska fördelar (för en diskussion se t ex Gerber och Hout, 1995). Oavsett vilket, har man dragit slutsatsen att utbildningens roll för den sociala stratifieringen var tydligare i slutet av Sovjetperioden än innan (ibid). Den sociala stratifieringen från Sovjettiden har kvarstått efter kommunismen, även om de ekonomiska fördelarna från utbildning kan ha minskat (Gerber och Hout, 1998). En minskad betydelse av utbildning under transitionsperioden är tvärtemot vad andra forskare föreslagit (Shkolnikov m fl, 1998). Bobak m fl (1998) visade att omständigheter andra än utbildning, d v s rent ekonomiska faktorer, var viktigare för individens hälsa i Ryssland.

Utbildning ses här som en användbar resurs för att hantera svårigheter i vardagslivet. Med utbildning följer en social position som ger individen livschanser. En högre utbildning förväntas därför också medföra en ökad känsla av kontroll för individen. Ross och Wu (1995) argumenterade för att utbildning ökar känslan av kontroll, vilket leder till att individen uppfattar sin hälsa som ett resultat av sina egna handlingar och beslut. Hypotesen är med andra ord att utbildning är en av de faktorer som strukturerar hälsa, delvis genom ökad "livskontroll".

Ekonomiska svårigheter

Nära kopplat till individens sociala situation är hennes ekonomiska. Allt sedan i början av 1992 då chockterapin introducerades i Ryssland, har en allt

större del av den ryska befolkningen hamnat i fattigdom. Kanske så många som en tredjedel av befolkningen lever under fastställt existensminimum (Medvedev, 1999; Silverman och Yanowitch, 1997; UNICEF, 1997). Vilka utgör den minoritet som rent ekonomiskt inte har förlorat på transitionen? Än så länge är antalet studier kring detta relativt litet, men det har hävdats att de grupper som var gynnade (politiskt eller ekonomiskt) under Sovjettiden i stor utsträckning har kunnat bibehålla sina positioner i det nya samhället (Hanley m fl, 1995). Ökade ekonomiska problem i befolkningen har sannolikt påverkat hälsan negativt och kanske särskilt för de grupper som har fått förlita sig på de krakelerande trygghetssystemen. Det gäller t ex pensionärerna där undernäring förekommer (Rush och Welch, 1996; Toole, 1996). Ekonomiska svårigheter kan också ha andra mer indirekta konsekvenser eftersom de kan vara en grund till stress, oro, depression, familjekonflikter etc som i sin tur kan ligga bakom ohälsa, alkoholproblem och rökning (Bartley, 1994; Carlson och Vågerö, 1998; Whelan, 1993; Wilkinson, 1996). Ekonomiska förhållanden antas alltså påverka såväl hälsa som hälsorelaterade beteenden.

Kontroll över livet

Att ha kontroll över sin livssituation påverkar ens hälsa på flera sätt. Steptoe (1989) föreslog åtminstone tre vägar. En känsla av maktlöshet (d v s låg kontroll) är relaterad till vissa biologiska reaktioner, där svårigheter att handla (high response costs) tenderar att förhöja stressrelaterade reaktioner i flera system (t ex ämnesomsättningen). Individens känsla av kontroll är även viktig på en mer subjektiv och medveten nivå där individens tankar kring resultatet av sitt beteende, såväl som känslomässiga aspekter såsom ängslan och nedstämdhet, påverkas. Med andra ord är det stressfullt att möta problem som man bedömer överstiger ens kapacitet. En tredje möjlig väg är att en känsla av maktlöshet påverkar riskbeteenden som t ex alkoholkonsumtion och rökning (ibid. s 313). Dessa tre föreslagna vägar ses inte som varandra uteslutande utan kan existera parallellt.

Klasskillnader i sjuklighet och dödlighet, funna i Västeuropa och USA (Blaxter, 1990; Ross och Wu, 1995; Townsend och Davidson, 1992; Whitehead, 1992; Vågerö och Illsley, 1995), och även i Ryssland (Bobak m fl, 1998; Carlson, 2000; Shkolnikov m fl, 1998), kan i en viss utsträckning förklaras av skillnader i människors livskontroll (Bobak m fl, 1998; Ross och Wu, 1995; Syme, 1989). "Kontroll över livet" antas här vara en av de fakto-

rer som påverkar såväl självskattad hälsa som alkoholkonsumtion och rökning. Det antas också att den delvis kan förmedla det inflytande som sociala nätverk, utbildning och ekonomiska förhållanden utövar.

Självskattad hälsa, alkoholkonsumtion och rökning i transitionens Ryssland

Inte bara dödligheten är högre i Ryssland än i väst, utan även den självskattade hälsan är sämre (Bobak m fl, 1998; Carlson, 1998). Såväl socioekonomiska och socialpsykologiska som rent beteendemässiga förklaringar har varit i fokus. I Leon och hans medarbetares banbrytande arbete från 1997 drog man slutsatsen att alkohol var den viktigaste faktorn när man ville förklara den ryska dödlighetsökningen mellan 1987-1994. Denna slutsats ifrågasattes av Carlson och Vågerö (1998), som menade att författarna hade fokuserat för mycket på alkohol och för lite på att närmare analysera socioekonomiska och psykologiska konsekvenser av den ryska transitionen. De hävdade att familjen och familjerelationerna kan vara nyckelfaktorer när man vill förklara hög alkoholkonsumtion bland ryska män. Alkoholkonsumtion har sällan (se dock Bobak m fl, 1998) analyserats i relation till självskattad hälsa i Ryssland.

Rökning har diskuterats av en del forskare (Peto m fl, 1992), men det saknas data på hur rökvanorna eventuellt har förändrats under transitionen. McKee m fl (1998) drog slutsatsen att rökning var mycket vanligt förekommande i Ryssland (1996) och särskilt bland unga och medelålders män. Även om kvinnor inte alls röker lika mycket, såg man tecken på en snabbt uppåtgående trend bland yngre kvinnor, något som kan komma att leda till framtida hälsoproblem. Utan tvekan bidrar ryska rökvanor till den höga (jämfört med Västeuropa) ryska dödligheten (Peto m fl, 1992; McKee m fl, 1998). Huruvida de påverkar även självskattad hälsa är mer oklart. Bobak m fl (1998) fann att rökare rapporterade ohälsa i en större utsträckning än icke-rökare, men skillnaden var inte signifikant. I väst har man dock funnit betydande skillnader. Manderbacka m fl (1999) fann att svenska rökare och f d rökare signifikant skilde sig från icke-rökare vad gäller självskattad hälsa.

Att självskattad hälsa och dödlighet utgör två olika aspekter av folkhälsan måste här betonas. Ett tydligt exempel på det är "könsparadoxen" som innebär att kvinnor ofta, inte alltid, rapporterar mer sjuklighet än män, medan män har en högre dödlighet. I inget annat land är könsparadoxen så tydlig som i Ryssland. Trots de ryska männens mycket höga dödlighet rapporterar ryska kvinnor sämre självskattad hälsa än ryska män. En möjlig förklaring till

denna "paradox" är att de vanligaste sjukdomarna vi går igenom, inte är de som till sist får oss på fall (Hemström, 1998). De vanligaste dödsorsakerna å andra sidan, kanske därför inte alltid föregås av några påvisbara symptom. Hjärtsjukdom t ex, som är relaterat både till en hög alkoholkonsumtion och till rökning (Kauhanen m fl 1997; Semenciw m fl, 1988), upptäcks kanske först när det är för sent d v s omedelbart före eller t o m efter döden. Den stora könsskillnaden i medellivslängd i Ryssland (14 år mellan män och kvinnor 1994) (GOSKOMSTAT, 1998) skulle delvis kunna förklaras av den stora könsskillnaden vad gäller alkoholkonsumtion och rökning.

En rimlig utgångspunkt för denna studie skulle därmed kunna bli att riskbeteenden såsom en hög alkoholkonsumtion och rökning är närmare kopplade till dödlighet än till självskattad hälsa. Det blir därför intressant att undersöka huruvida orsakerna till självskattad hälsa och riskbeteenden i transitionens Ryssland är åtminstone delvis olika.

Taganrog-undersökningarna

Taganrog är huvudsakligen en industristad, belägen vid Azovska sjön, ca 1000 km söder om Moskva i Rostovregionen. Taganrog har ca. 300 000 invånare och blev utvald för återkommande surveyundersökningar i slutet av 1960-talet eftersom staden betraktades som en typisk mellanstor rysk industristad i termer av medelinkomst, förvärvsliv, boendeförhållanden och familjestorlek (Rimashevskaya, 1998; Gustafsson och Nivorozhkina, 1996). Under perioden juli-september 1998 genomgick Ryssland en dramatisk ekonomisk och politisk kris vilket också hade sina konsekvenser i Rostovregionen. För att ge en översiktlig bild av de ekonomiska förhållandena i regionen och i Ryssland presenteras i tabell 1 förändringar i existensminimum månadsvis under sommaren och hösten 1998, när den s k rubelkrisen pågick och som därmed inträffade parallellt med att intervjuer för denna studie genomfördes.

Nivåerna för existensminimum är generellt lägre i Rostov än i Ryssland i sin helhet. Förändringarna verkar dock likartade. Taganrog verkar därmed inte ha förändrat sig nämnvärt i förhållande till Ryssland i stort vilket kan underlätta förståelsen av resultaten. I Rostov är den förväntade livslängden 1997 något högre för män (61.66) och något lägre för kvinnor (72.78), än i Ryssland (60.75 för män och 72.89 för kvinnor) (GOSKOMSTAT, 1998).

Taganrog-undersökningen 1998 genomfördes under perioden januari-december, genom strukturerade intervjuer med familjemedlemmarna i 1009

Tabell 1. Existensminimum i Rostovregionen och i Ryska federationen Juni-November 1998

	Rostov	Ryssland
Månad (1998)	Rubler	Rubler
Juni	314	436
Juli	311	438
Augusti	310	450
September	358	552
Oktober	376	573
November	413	619

Källor: Rostovskii Komitet Statistiki (personlig kommunikation) och Goskomstat (1999) *Socialno-Ekonomicheskoe Polojenie Rossii.* Moskva.

hushåll. Urvalsramen bestod av en röstlängd och därmed kunde 1009 individer i åldrarna 18 år och uppåt, samt deras familjer, slumpmässigt väljas ut. Intervjuerna genomfördes av lokala kvinnliga akademiker, erfarna med denna typ av arbete. Svarsfrekvensen var 81%. Om en familj gick med på att bli intervjuad, ställde också i nästan samtliga fall alla familjemedlemmar upp. Vuxna besvarade alltid frågor kring sig själva individuellt. En mindre gåva (motsv. 1 USD) skänktes till familjen som tack för hjälpen. En del data från 1993/94 års undersökning presenteras kort i denna uppsats i syfte att jämföra med data från 1998 (För närmare beskrivningar av Taganrog-undersökningen 1993/94, se Carlson och Vågerö, 1998; Rimachevskaya, 1998).

Dessutom, för att grovt kunna jämföra Taganrog med Ryssland i stort, presenteras även en del analyser av "Russia Longitudinal Monitoring Survey" (RLMS), åren 1993/94 och 1998, där exakt samma fråga kring självskattad hälsa ställdes. RLMS är en för Ryssland representativ studie genomförd vid upprepade tillfällen sedan 1992. Att erhålla ett representativt urval för hela den ryska befolkningen är givetvis en mycket svår uppgift. I korthet gick urvalet till enligt följande tre steg. Det första steget bestod i att, enligt vissa kriterier (bl a urbaniseringsgrad), välja ut ett antal regioner som skulle inbegripa det vidsträckta Rysslands stora heterogenitet, nästa steg var att slumpmässigt välja ut ett antal valdistrikt, slutligen användes ett hushållsregister från respektive valdistrikt och ett urval om ca 7000 hushåll erhölls. I de tidigaste studierna låg svarsfrekvensen på ca 90% och i de senare ligger den på ca 80%.[1]

Metod

Beroende variabler

Självskattad hälsa, hög alkoholkonsumtion och rökning från 1998 års undersökning i Taganrog analyseras som beroende variabler. Självskattad hälsa dikotomiseras här. "Mycket bra" och "bra" definieras som bra hälsa och "tillfredsställande", "dålig" och "mycket dålig" definieras som dålig hälsa. Dikotomiseringen gjordes av flera skäl. För det första är det osäkert om den femgradiga skalan verkligen är kontinuerlig eller om de olika värdena istället representerar två olika kvalitéer (Blaxter, 1990; Smith m fl, 1994). Att dikotomisera och sedan analysera genom logistiska regressioner ger också en möjlighet att intuitivt lättare förstå resultaten (Bjorner m fl, 1996).

Hög alkoholkonsumtion dikotomiserades efter huruvida den rapporterade konsumtionen per vecka föll under 0.5 l eller inte (0.5 l 40%-alkohol motsvarar ungefär 160 g ren alkohol) (För en diskussion se Carlson och Vågerö, 1998).

Även rökning dikotomiserades. Alla som uppgav att de rökte dagligen betraktas som rökare, oavsett kvantitet, och övriga betraktas som icke-rökare.

De tre beroende variablernas fördelning efter kön och ålder presenteras i resultatdelen (tabell 2-4). I tabellerna presenteras dessutom motsvarande data från Taganrog 1993/94, samt vad gäller hälsa även data från Ryssland i stort (tabell 2).

Bakgrundsvariabler

Analysen begränsar sig till respondenter i åldrarna 19 år och uppåt. Dessa 2191 respondenter besvarade alltid frågor kring sig själva individuellt.

Kvinnor är i majoritet i det analyserade urvalet (59%) och männen i minoritet (41%). I Ryssland i stort, i åldrarna 20 år och uppåt, är förhållandet 55% kvinnor och 45% män (GOSKOMSTAT, 1998).

64% var gifta eller levde i samboförhållande och 36% var skilda, änkor/änklingar eller ensamstående. Bland de "ej gifta" var det dock endast 20% som faktiskt levde ensamma.

Oberoende variabler

Utbildning delas in i fem grupper; universitet/högskola, teknisk fackskola, allmän gymnasieutbildning, teknisk yrkesskola, ofullständig grundskola. Denna typ av indelning, eller en snarlik, har också använts av andra (Hansen, 1996;

Shkolnikov m fl, 1998), och funnits lämplig.

Tre sociala nätverksvariabler används. Medlemskap i en frivilligorganisation är den första. Även om det finns information tillgänglig kring vilken typ av organisation man är medlem i, tas i det här fallet bara hänsyn till huruvida man är medlem i någon överhuvudtaget eller inte (se Berkman och Syme, 1979; Carlson, 1998). Den andra variabeln handlar om hur ofta man umgås med sina grannar. Sex möjliga svar grupperades i två kategorier; de som umgicks dagligen med sina grannar och de som inte gjorde det (inklusive de utan grannar). Familjerelationen kunde beskrivas enligt fyra alternativ; "bra, vänskaplig", "normal, fridfull", "spänd, nervös", "bråk, konflikter". De som lever ensamma grupperas i en femte kategori. Givetvis är det inte möjligt att till fullo mäta individens sociala nätverk och kapital. Dessa tre variabler ger i alla fall uttryck för några olika dimensioner som kan finnas, både vad gäller kvantitet, grad av formalisering/institutionalisering och vad gäller kvalitet.

Den ekonomiska situationen mättes genom att tillfråga familjerna om man, och i så fall hur ofta, de senaste tolv månaderna hade fått förlita sig på hjälp utifrån för att kunna betala de löpande utgifterna. Svarsalternativen var följande; "aldrig", "1-2 ggr", "3-12 ggr", "mer än 12 ggr". Ett alternativ hade varit att använda familjens disponibla inkomst, men med tanke på den stora informella ekonomin och den relativt stora betydelsen av naturahushållning i den ryska familjen kan detta innebära problem (Rose och McAllister, 1996). Därtill ställdes frågan huruvida man fått det bättre, sämre eller oförändrat ekonomiskt, jämfört med för tio år sedan. De som anser sig fått en försämring under tiden kommer att jämföras med de övriga. Eftersom de ekonomiska villkoren under barndomen kan ha betydelse för hälsa och levnadsförhållanden senare i livet (Lundberg, 1990) inkluderas även denna aspekt.

Hur individen upplevde sin kontroll över livet mättes på en tiogradig skala där 1 innebar "ingen kontroll alls" och 10 "en hel del". Variabeln har analyserats tidigare och visat sig meningsfull, även i östra Europa (Carlson, 1998)

I tabell 5 presenteras de oberoende variablernas fördelning efter kön och totalt. För en närmare beskrivning av frågor och svarsalternativ, se appendix. För att närmare analysera föreslagna bestämningsfaktorer genomfördes logistiska regressioner, vilka presenteras senare. Eftersom individer i större familjer också har en större urvalssannolikhet används vikter i samtliga regressioner. Denna vikt baseras på familjestorlek eller rättare sagt antalet röstberättigade

personer i familjen (fs) och varje familjemedlem erhåller en vikt (v_i) beräknad enligt följande; [v_i= 1/fs]. Det finns även risk för statistiskt beroende mellan individerna *inom* en familj. I regressionsmodellerna är detta problem kontrollerat för med hjälp av ett "Huber-White Sandwich Estimate", vilket ger robusta standardfel och konfidensintervall (Stata, 1999). Dessa två procedurer gör det möjligt att generalisera resultaten baserat på urvalet till befolkningen i Taganrog (ibid.; Stata Corporation, personlig kommunikation den 9/11 1999). Oddskvoter och konfidensintervall (95%) presenteras i tabell 6-8 med kontroll för olika sociala, ekonomiska och psykologiska aspekter.

Analysstrategin går ut på att först estimera "bruttoeffekter" av utbildning, sociala nätverk och ekonomiska förhållanden. Därpå beräknas effekten av samma faktorer med ömsesidig kontroll. Det görs i syfte att undersöka om de oberoende variablerna strukturerar hälsa, alkoholkonsumtion och rökning självständigt eller genom varandra. Slutligen förs livskontroll in för att undersöka om detta är den faktor som medierar effekten av de ovan analyserade variablerna.

Resultat

Förändringar av självskattad hälsa, alkoholkonsumtion och rökning 1993/94-1998.

Andelen som rapporterar en dålig hälsa i Taganrog 1998, måste ses som mycket stor i alla åldersgrupper, både bland män (65.1%) och kvinnor (76.0%) (tabell 2). Samma fråga ställdes i RLMS 1993/94 och 1998. Vid en jämförelse mellan Taganrog och Ryssland 1993/94 framgår att talen är ganska lika. Utvecklingen över tid däremot, ser ut att vara sämre för männen i Taganrog. Mellan 1993 och 1998 ökade proportionerna av de med dålig hälsa i nästan alla åldersgrupper och en total ökning med 11.8% för män och 5.3% för kvinnor. För Ryssland i stort var ökningen måttligare, 6.7% för män och 5.3% för kvinnor.

I tabell 3 visas andelen högkonsumenter av alkohol efter kön och ålder, 1993/94 och 1998.

Hög alkoholkonsumtion framstår som ett mycket "manligt" beteende.

Tabell 2. Självskattad "dålig" hälsa efter ålder och kön i Taganrog 1993/94 och 1998 och i Ryssland 1993/94 och 1998

		TAGANROG 1993/94	TAGANROG 1998	TAGANROG Δ 1993/94-1998	RYSSLAND 1993/94	RYSSLAND 1998	RYSSLAND Δ 1993/94-1998
Män	**Ålder**	%	%	Förändringar i procentenheter	%	%	Förändringar i procentenheter
	19-29	23.9	39.3	15.4	23.6	40.9	17.3
	30-39	36.2	57.0	20.8	42.6	50.4	7.8
	40-49	55.5	59.6	4.1	59.9	69.5	9.6
	50-59	67.1	82.1	15.0	76.3	82.6	6.3
	60-69	80.2	85.2	5.0	83.6	87.1	3.5
	70-	90.8	97.7	6.9	93.5	96.5	3.0
	Alla	53.3	65.1	11.8	58.0	64.7	6.7
		$\chi2$= 379.7	$\chi2$= 145.4		$\chi2$= 721.6	$\chi2$= 526.8	
		p<0.001	p<0.001		p<0.001	p<0.001	
		(n= 1909)	(n= 900)		(n= 3462)	(n= 3347)	
Kvinnor							
	19-29	34.8	47.9	13.1	42.5	52.8	10.3
	30-39	57.2	59.6	2.4	62.4	73.5	11.1
	40-49	71.9	80.2	8.3	67.8	85.5	17.7
	50-59	83.3	85.6	2.3	87.7	91.0	3.3
	60-69	88.1	92.9	4.8	96.2	96.4	0.2
	70-	94.5	94.7	0.2	96.9	99.2	2.3
	Alla	70.7	76.0	5.3	75.9	81.2	5.3
		$\chi2$= 480.6	$\chi2$= 213.7		$\chi2$= 977.7	$\chi2$= 798.7	
		p<0.001	p<0.001		p<0.001	p<0.001	
		(n= 2518)	(n= 1291)		(n= 5038)	(n= 4482)	

Källor: Taganrog-undersökningarna 1993/94 och 1998; Russia Longitudinal Monitoring Survey 1993/94 och 1998

Tabell 3. Hög alkoholkonsumtion efter ålder och kön i Taganrog 1993/94

		TAGANROG 1993/94	TAGANROG 1998	TAGANROG Δ 1993/94-1998
Män	**Ålder**	%	%	Förändringar i procentenheter
	19-29	22.6	6.9	-15.7
	30-39	34.2	15.6	-18.6
	40-49	42.0	21.1	-20.9
	50-59	29.1	18.9	-10.2
	60-69	25.4	10.5	-14.9
	70-	12.6	7.3	-5.3
	Alla	29.2	13.8	-15.4
		$\chi2$= 61.2	$\chi2$= 23.1	
		p<0.001	p<0.001	
		(n= 1821)	(n= 870)	
Kvinnor				
	19-29	3.2	*1.3*	-1.9
	30-39	4.8	*2.0*	-2.8
	40-49	2.5	*1.1*	-1.4
	50-59	1.8	*0.5*	-1.3
	60-69	1.7	*0.0*	-1.7
	70-	*0.3*	*0.0*	-0.3
	Alla	2.5	0.9	-1.6
		$\chi2$= 20.0	$\chi2$= 7.4	
		p<0.001	n.s.	
		(n= 2401)	(n= 1254)	

Källa: Taganrog-undersökningarna 1993/94 och 1998
Kursiverade siffror innebär n<5

Bland männen i Taganrog rapporterade, 1993/94, 29.2% en hög alkoholkonsumtion (d v s mer än 0.5 l/vecka) och 13.8% 1998. Bland kvinnorna var andelarna väsentligt mindre, 2.5% 1993-93 och 0.9% 1998. För kvinnor respektive män var andelarna som störst i åldrarna 30-39 respektive 40-49 år. Både bland män och kvinnor och i alla åldersgrupper har andelarna minskat avsevärt över tid.

I tabell 4 visas andelarna dagliga rökare bland män och kvinnor i Taganrog, 1993/94 och 1998.

Också rökning är vanligast bland män. Mer än hälften av alla män (53-

Tabell 4. Rökning efter ålder och kön i Taganrog 1993/94 och 1998

		TAGANROG 1993/94	TAGANROG 1998	TAGANROG Δ 1993/94-1998
Män	**Ålder**	%	%	Förändringar i procentenheter
	19-29	59.9	56.0	-3.9
	30-39	64.5	68.2	3.7
	40-49	62.1	66.8	4.7
	50-59	51.2	49.2	-2.0
	60-69	35.3	41.5	6.2
	70-	22.4	25.0	2.6
	All	53.2	54.3	1.1
		$\chi 2$=134.7	$\chi 2$= 63.5	
		p<0.001	p<0.001	
		(n= 1905)	(n= 876)	
Kvinnor				
	19-29	13.7	21.8	8.1
	30-39	9.8	19.6	9.8
	40-49	10.2	9.2	-1.0
	50-59	4.3	4.2	-0.1
	60-69	1.7	2.8	1.1
	70-	1.7	*2.0*	0.3
	All	7.1	10.2	3.1
		$\chi 2$= 73.6	$\chi 2$= 86.1	
		p<0.001)	p<0.001	
		(n= 2451)	(n= 1260)	

Källa: Taganrog-undersökningarna 1993/94 och 1998
Kursiverade siffror innebär n<5

54%) uppger sig vara daglig rökare, men endast 7-10% av kvinnorna. En liten allmän ökning mellan 1993/94 och 1998 är synlig både bland män och kvinnor. Värt att notera är den något större ökningen bland yngre kvinnor (8-9%).

Sammantaget visar sig förändringarna i självskattad hälsa snarast gå i motsatt riktning från det som skulle kunna förväntas när man beaktar att alkoholkonsumtionen ser ut att ha minskat och rökningen endast ändrats måttligt. Det finns heller inget signifikant samband (testat med logistiska regressioner och chi-2 test) mellan individernas alkohol- respektive rökvanor och deras självskattade hälsa.

Utbildning, sociala nätverk, ekonomi och livskontroll i Taganrog 1998

De oberoende variablernas fördelning presenteras i tabell 5 efter kön och totalt.

Ungefär 40% av respondenterna uppger sig vara medlemmar i någon form av frivilligorganisation. Män ser ut att vara organiserade i något större utsträckning än kvinnor.

Bilden ser annorlunda ut när man tittar på människors umgänge med grannarna. I detta fall verkar kvinnor vara de som umgås oftare med sina intillboende, 59.6% jämfört med 50.7% av männen. Vad gäller familjerelationer ser majoriteten (57.6%) ut att ha en vänskaplig relation till sin familj. Inga tydliga skillnader mellan män och kvinnor syns heller, med undantag för att en större andel kvinnor bor ensamma.

Ca 40% av männen och kvinnorna uppgav att de hade haft ekonomiska svårigheter under uppväxten. Ekonomiska svårigheter de senaste 12 månaderna har över 70% av de tillfrågade haft åtminstone vid ett tillfälle. Ca hälften uppger sig ha haft svårigheter vid minst tre tillfällen. Erfarenheterna ser rätt lika ut för män och för kvinnor. Den totala andelen personer som rapporterar ett försämrat materiellt välstånd de senaste tio åren måste betraktas som extremt stor (82.1%).

Den upplevda kontrollen över livet skiljer sig något åt mellan män och kvinnor. Män ser ut att uppleva en något större kontroll än kvinnor.

Nedan analyseras självskattad hälsa, hög alkoholkonsumtion och rökvanor i relation till de introducerade oberoende variablerna. I samtliga regressioner är kön, ålder och civilstånd kontrollerat för, men dessa resultat redovisas inte. I modell 1 analyseras utbildning, sociala nätverk (föreningsmedlemskap, umgänge med grannar och familjerelation) samt de ekonomiska förhål-

Tabell 5. Fördelning av oberoende variabler, efter kön, bland respondenter i åldrarna över 18 år, i Taganrog 1998

	Variabel	Män	Kvinnor	Totalt
Utbildning				
	Universitet/ högskola	29.05	26.33	27.42
	Teknisk fackskola	26.86	32.33	30.14
	Allmänt gymnasium	19.92	18.78	19.24
	Teknisk yrkesskola	10.67	4.72	7.10
	Ofullständig grundskola	13.50	17.84	16.10
	$\chi 2$= 34.95 p<0.001			
Sociala nätverk	**Föreningsmedlemmar (%)**	44.22	35.85	39.20
	$\chi 2$= 13.71 p<0.001			
	Dagligt umgänge med grannar (%)	50.77	59.61	56.07
	$\chi 2$= 14.79 p<0.001			
	Relation i familjen			
	Bra, vänskaplig	58.23	57.20	57.61
	Normal, fridfull	28.02	23.58	25.36
	Spänd, nervös	7.58	7.20	7.36
	Bråk, konflikter	2.31	2.66	2.52
	Ensamhushåll	3.86	9.35	7.15
	$\chi 2$= 23.70 p<0.001			
Ekonomi	**Ekonomiska svårigheter under uppväxten (%)**	40.00	41.00	40.57
	$\chi 2$= 0.17 p>0.05			
	Ekonomiska svårigheter de senaste 12 månaderna (%).			
	Aldrig	28.28	27.53	27.83
	1-2ggr	23.26	21.27	22.07
	3-12ggr	34.58	35.85	35.34
	Mer än 12ggr	13.88	15.35	14.76
	$\chi 2$= 1.83 p>0.05			
	Försämrat materiellt välstånd de tio senaste åren (%)	81.23	83.19	82.41
	$\chi 2$= 1.23 p>0.05			
Kontroll	**Kontroll över livet** (medelvärde)	5.72	5.42	5.54
	t= 2.92 p<0.01			

landena (ekonomiska svårigheter under uppväxten, ekonomiska svårigheter de senaste tolv månaderna, förändringar i materiellt välstånd under tio år) separat, i modell 2 inkluderas samtliga variabler. Samma sak görs i modell 3 men med ytterligare en variabel, livskontroll.

Tabell 6. Självskattad "dålig" hälsa bland män och kvinnor i åldrarna över 18 år, i Taganrog 1998. Referensgrupp anges med[a]

Variabel	Modell 1 Oddskvot	k.i. 95%	Modell 2 Oddskvot	k.i. 95%	Modell 3 Oddskvot	k.i. 95%
Utbildning						
Universitet/ högskola[a]	1.00		1.00		1.00	
Teknisk fackskola	1.23	0.90-1.68	1.02	0.74-1.40	1.02	0.74-1.40
Allmänt gymnasium	1.11	0.78-1.57	0.84	0.58-1.22	0.80	0.55-1.16
Teknisk yrkesskola	1.43	0.86-2.38	1.02	0.60-1.76	0.98	0.57-1.68
Ofullständig grundskola	1.73	1.03-2.91	1.21	0.71-2.07	1.19	0.69-2.03
(p-värde)	(0.229)		(0.665)		(0.561)	
Föreningsmedlemskap						
Nej[a]	1.00		1.00		1.00	
Ja	0.75	0.57-0.98	0.70	0.52-0.93	0.72	0.54-0.96
(p-värde)	(0.037)		(0.014)		(0.024)	
Umgänge med grannar						
Högst en gång i veckan[a]	1.00		1.00		1.00	
Nästan dagligen	1.19	0.90-1.58	1.09	0.82-1.46	1.12	0.84-1.51
(p-värde)	(0.225)		(0.541)		(0.442)	
Familjerelation						
Bra, vänskaplig[a]	1.00		1.00		1.00	
Normal, fridfull	1.24	0.89-1.72	1.16	0.83-1.62	1.12	0.80-1.56
Spänd, nervös	1.35	0.82-2.21	1.25	0.76-2.06	1.16	0.70-1.91
Bråk, konflikter	2.55	0.76-8.56	1.80	0.55-5.90	1.66	0.49-5.67
Ensamhushåll	0.64	0.37-1.12	0.71	0.39-1.29	0.70	0.38-1.29
(p-värde)	(0.093)		(0.419)		(0.567)	
Ekonomiska svårigheter under uppväxten						
Nej[a]	1.00		1.00		1.00	
Ja	2.48	1.43-4.30	2.46	1.42-4.24	2.37	1.36-4.11
(p-värde)	(0.001)		(0.001)		(0.002)	
Ekonomiska svårigheter						
Aldrig[a]	1.00		1.00		1.00	
1-2ggr	0.94	0.63-1.41	0.95	0.63-1.42	0.94	0.63-1.41
3-12ggr	1.98	1.36-2.88	1.98	1.36-2.90	1.86	1.27-2.74
Mer än 12ggr	2.32	1.34-3.99	2.24	1.27-3.94	2.03	1.15-3.57
(p-värde)	(0.000)		(0.000)		(0.000)	
Förändringar i materiellt välstånd under tio år						
Förbättrad/oförändrad[a]	1.00		1.00		1.00	
Försämrad	1.85	1.31-2.63	1.86	1.31-2.65	1.77	1.24-2.52
(p-värde)	(0.001)		(0.001)		(0.002)	
Interaktion: Ålder x Ekonomiska svårigheter under uppväxten	(0.000)		(0.000)		(0.000)	
Kontroll över livet					0.90	0.85-0.97
(p-värde)					(0.002)	
	(n= 1888)		(n= 1888)		(n= 1888)	

Bestämningsfaktorer för självskattad hälsa

I tabell 6 (modell 1-3) finner vi att utbildning inte är signifikant relaterat till rapporterad ohälsa. Gruppen med ofullständig grundskola avviker dock signifikant från de med universitets- eller högskoleutbildning och har en 1.7 ggr större risk att rapportera ohälsa. Av de sociala nätverksvariablerna hade föreningsmedlemskap en signifikant effekt på den självrapporterade hälsan. Föreningsmedlemmar rapporterar i mindre utsträckning ohälsa än icke medlemmar. Detta gäller också med kontroll för utbildning och ekonomiska faktorer (modell 2) och med hänsyn till livskontroll (modell 3). Varken umgänge med grannar eller familjerelationen hade någon signifikant effekt. Mest påtagligt i tabell 6 är den stora betydelsen av de rent ekonomiska omständigheterna för den självskattade hälsan. Såväl ekonomiska svårigheter under uppväxten, som de under de senaste tolv månaderna som förändringarna över en tioårsperiod har en stor betydelse. Knappa resurser under uppväxten ser ut att påverka hälsan negativt, där de som uppger svårigheter har en ca 2.5 ggr större risk för dålig hälsa än andra. Detta gäller även i modell 2 och 3 där hänsyn till andra faktorer är tagna. Också de som rapporterade ekonomiska problem, vid tre tillfällen eller fler, de senaste tolv månaderna rapporterar en dålig hälsa i större utsträckning. Denna skillnad minskade endast något vid kontroller för utbildning, sociala nätverk och livskontroll (se modell 2 och 3). De som anser sig ha det sämre ställt idag jämfört med för tio år sedan rapporterar också de ohälsa i större utsträckning (1.9 ggr) (modell 1). Även denna effekt kvarstår i modellerna 2 och 3. I modell 3 inkluderas kontroll över livet som visar sig ha en signifikant effekt. En högre känsla av kontroll medför en lägre sannolikhet för dålig hälsa. Införande av livskontroll i modell 3 ändrar knappast estimaten för de övriga oberoende variablerna (utbildning, sociala nätverk, ekonomiska förhållanden). Därmed går det inte att dra slutsatsen att livskontroll medierar effekten av dessa.

Bestämningsfaktorer för alkoholkonsumtion

En hög alkoholkonsumtion är inte alls relaterad till föreningsmedlemskap; tydligen heller inte till grannumgänge. Två utbildningsgrupper (allmänt gymnasium och teknisk yrkesskola) rapporterar en signifikant större risk för en hög alkoholkonsumtion än de högst utbildade, 1.9 ggr resp. 2.6 ggr. Övriga grupper visade inga signifikanta skillnader. Det som ser ut att vara mycket viktigt i detta sammanhang är familjerelationen, där individer som upplever spänningar, bråk och konflikter i familjen också har en större förekomst av hög

Tabell 7. Hög alkoholkonsumtion bland män och kvinnor i åldrarna över 18 år, i Taganrog 1998. Referensgrupp anges med[a]

Variabel	Modell 1 Oddskvot	k.i. 95%	Modell 2 Oddskvot	k.i. 95%	Modell 3 Oddskvot	k.i. 95%
Utbildning						
Universitet/ högskola[a]	1.00		1.00		1.00	
Teknisk fackskola	1.65	0.87-3.14	1.49	0.72-3.06	1.45	0.70-3.01
Allmänt gymnasium	1.93	1.05-3.53	1.46	0.77-2.78	1.28	0.68-2.43
Teknisk yrkesskola	2.60	1.23-5.50	2.41	1.07-5.42	2.29	1.02-5.12
Ofullständig grundskola	0.94	0.39-2.28	0.51	0.19-1.39	0.49	0.18-1.37
(p-värde)	(0.085)		(0.061)		(0.080)	
Föreningsmedlemskap						
Nej[a]	1.00		1.00		1.00	
Ja	0.97	0.60-1.57	0.97	0.60-1.58	1.06	0.64-1.75
(p-värde)	(0.894)		(0.898)		(0.829)	
Umgänge med grannar						
Högst en gång i veckan[a]	1.00		1.00		1.00	
Nästan dagligen	1.40	0.86-2.28	1.43	0.87-2.35	1.45	0.88-2.40
(p-värde)	(0.174)		(0.159)		(0.144)	
Familjerelation						
Bra, vänskaplig[a]	1.00		1.00		1.00	
Normal, fridfull	2.32	1.32-4.08	2.40	1.33-4.33	2.31	1.28-4.15
Spänd, nervös	9.25	4.30-19.91	12.01	5.39-26.75	10.91	4.60-25.87
Bråk, konflikter	21.35	8.59-53.07	22.68	9.42-54.59	20.60	8.76-48.42
Ensamhushåll	4.22	1.25-14.28	4.65	1.32-16.39	4.44	1.24-15.89
(p-värde)	(0.000)		(0.000)		(0.000)	
Ekonomiska svårigheter under uppväxten						
Nej[a]	1.00		1.00		1.00	
Ja	2.17	0.57-8.24	1.54		1.42	0.33-6.05
(p-värde)	(0.253)		(0.566)	0.35-6.69	(0.634)	
Ekonomiska svårigheter						
Aldrig[a]	1.00		1.00		1.00	
1-2ggr	2.75	1.37-5.52	3.07	1.42-6.61	3.10	1.44-6.70
3-12ggr	2.64	1.33-5.22	2.49	1.16-5.31	2.23	1.01-4.89
Mer än 12ggr	1.94	0.90-4.19	1.37	0.59-3.19	1.16	0.49-2.77
(p-värde)	(0.021)		(0.011)		(0.006)	
Förändringar i materiellt välstånd under tio år						
Förbättrad/oförändrad[a]	1.00		1.00		1.00	
Försämrad	1.51	0.76-3.02	1.45	0.70-3.02	1.38	0.66-2.90
(p-värde)	(0.243)		(0.315)		(0.400)	
Interaktion: Ålder x Ekonomiska svårigheter under uppväxten	(0.000)		(0.000)		(0.000)	
Kontroll över livet					0.85	0.73-0.98
(p-värde)					(0.022)	
	(n= 1888)		(n= 1888)		(n= 1888)	

alkoholkonsumtion. I samtliga modeller och oavsett kontroll för andra faktorer (modell 2-3) ser vi en dramatiskt större förekomst (över 20 ggr) i familjer med konflikter. Men det är inte bara bland de 3% som rapporterar bråk och konflikter vi ser en väsentligt större andel högkonsumtion. Det handlar om en kontinuerlig ökning av alkoholproblemen med en försämrad familjeatmosfär. Här är det dock svårt att fastställa vad som är orsak och vad som är verkan. En hög alkoholkonsumtion kan naturligtvis påverka relationen till familjen. Även ensamhushåll har en större andel högkonsumenter.

Vad gäller individens ekonomiska förutsättningar var det endast svårigheter under de senaste 12 månaderna som var av betydelse. Kortsiktiga och frekventa svårigheter ser ut att öka risken för ett tungt drickande. Kanske särskilt intressant är att eventuella långsiktiga (under en tioårsperiod) försämringar i det materiella välståndet inte såg ut att vara relaterade till en hög alkoholkonsumtion. Generellt skiljer sig heller inte individer med svårigheter under uppväxten signifikant från andra. Individens upplevelse av kontroll över sitt liv vara nära relaterat till alkoholvanorna. Bland människor med en större känsla av kontroll var också högkonsumtion ovanligare. Livskontroll verkar dock inte mediera vare sig effekten av familjesituation eller av ekonomiska svårigheter under den senaste tolvmånadersperioden.

Bestämningsfaktorer för rökning

Det finns signifikanta skillnader i rökvanor mellan olika utbildningsgrupper. De lägre utbildade grupperna ser ut att ha en större andel rökare än de högutbildade. Bland de med teknisk yrkesskola eller ofullbordad grundskola är dagligt rökande minst 2.5 gånger så vanligt som hos de högst utbildade (modell 1). Dessa skillnader kvarstår i allt väsentligt när sociala nätverk, ekonomiska förhållanden (modell 2) samt personlig kontroll (modell 3) tas hänsyn till. Föreningsmedlemmar röker inte i samma utsträckning som de som inte är föreningsaktiva (modell 1). Detta mönster ser inte ut att bero på skillnader i utbildning, ekonomi eller kontroll, eftersom effekten kvarstår vid kontroll för dessa faktorer (modell 2-3). Möjligen något överraskande rökte människor med dagligt umgänge med sina grannar i större utsträckning än andra (modell 1). Den signifikanta effekten försvann dock i modell 2 och kan därför åtminstone delvis förklaras med utbildningsskillnader eller skillnader i ekonomi. Precis som alkoholkonsumtion så var människors rökvanor nära relaterade till familjerelationen. Rökning var avsevärt mer förekommande i familjer

Tabell 8. Dagligt rökande bland män och kvinnor i åldrarna över 18 år, i Taganrog 1998. Referensgrupp anges med[a]

Variabel	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	Oddskvot	k.i. 95%	Oddskvot	k.i. 95%	Oddskvot	k.i. 95%
Utbildning						
Universitet/ högskola[a]	1.00		1.00		1.00	
Teknisk fackskola	1.87	1.29-2.73	1.67	1.13-2.46	1.66	1.12-2.45
Allmänt gymnasium	1.95	1.33-2.85	1.65	1.10-2.48	1.61	1.06-2.44
Teknisk yrkesskola	2.77	1.61-4.79	2.56	1.46-4.49	2.50	1.42-4.42
Ofullständig grundskola	2.47	1.53-3.99	2.05	1.24-3.40	2.02	1.21-3.35
(p-värde)	(0.000)		(0.005)		(0.008)	
Föreningsmedlemskap						
Nej[a]	1.00		1.00		1.00	
Ja	0.68	0.51-0.91	0.70	0.52-0.94	0.71	0.53-0.96
(p-värde)	(0.008)		(0.017)		(0.025)	
Umgänge med grannar						
Högst en gång i veckan[a]	1.00		1.00		1.00	
Nästan dagligen	1.39	1.04-1.86	1.28	0.95-1.72	1.29	0.96-1.73
(p-värde)	(0.027)		(0.109)		(0.097)	
Familjerelation						
Bra, vänskaplig[a]	1.00		1.00		1.00	
Normal, fridfull	1.39	1.01-1.91	1.26	0.91-1.75	1.24	0.90-1.72
Spänd, nervös	1.66	0.96-2.87	1.52	0.90-2.58	1.48	0.87-2.52
Bråk, konflikter	4.70	2.07-10.70	3.88	1.79-8.40	3.75	1.71-8.20
Ensamhushåll	2.28	1.11-4.70	2.54	1.24-5.22	2.51	1.21-5.20
(p-värde)	(0.001)		(0.002)		(0.003)	
Ekonomiska svårigheter under uppväxten						
Nej[a]	1.00		1.00		1.00	
Ja	2.57	1.25-5.29	2.20	1.03-4.67	2.15	1.00-4.59
(p-värde)	(0.01)		(0.041)		(0.049)	
Ekonomiska svårigheter						
Aldrig[a]	1.00		1.00		1.00	
1-2ggr	1.51	1.03-2.21	1.58	1.06-2.35	1.56	1.04-2.34
3-12ggr	1.73	1.17-2.55	1.65	1.11-2.46	1.59	1.06-2.39
Mer än 12ggr	2.57	1.54-4.31	2.27	1.36-3.80	2.18	1.30-3.65
(p-värde)	(0.002)		(0.011)		(0.020)	
Förändringar i materiellt välstånd under tio år						
Förbättrad/oförändrad[a]	1.00		1.00		1.00	
Försämrad	1.06	0.73-1.54	1.02	0.66-1.49	1.00	0.68-1.45
(p-värde)	(0.764)		(0.924)		(0.978)	
Interaktion: Ålder x Ekonomiska svårigheter under uppväxten	(0.004)		(0.007)		(0.008)	
Kontroll över livet					0.96	0.89-1.02
(p-värde)					(0.169)	
	(n= 1888)		(n= 1888)		(n= 1888)	

med mer problematiska relationer (modell 1). I modell 2, med kontroll för alternativa förklaringar (utbildning och ekonomi), minskade effekten något men skillnaderna var fortfarande signifikanta. Ekonomiska svårigheter under uppväxten ser ut att öka risken tvåfaldigt att bli daglig rökare i vuxen ålder. Ekonomiska svårigheter de senaste 12 månaderna kunde kopplas till rökning (modell 1), där de med mer frekventa problem också såg ut att oftare vara dagligrökare. Denna effekt kunde inte förklaras bort i modell 2 eller modell 3. Försämringar under en tioårs period såg däremot inte ut att ha någon som helst betydelse. Kontroll över livet (modell 3) hade inte någon signifikant effekt på rökning, i motsats till vad som gällde för självskattad hälsa och alkoholkonsumtion. Förekomst av dagligt rökande struktureras således framförallt av utbildning och sociala nätverksvariabler, men även av kortsiktiga ekonomiska svårigheter och av ekonomiska svårigheter under uppväxten.

Både vad det gäller den självskattade hälsan (tabell 6) och de studerade riskbeteendena (tabell 7 och 8), fanns en signifikant interaktionseffekt mellan ålder och ekonomiska svårigheter under uppväxten (alla modeller). Ekonomiska svårigheter ser ut att vara mer betydelsefullt för både ohälsa och för alkohol- respektive tobaksbruk bland de allra äldsta grupperna, d v s de i åldrarna 60 år och uppåt. En rimlig tolkning av detta är att de äldsta har genomgått mer allvarliga ekonomiska svårigheter under uppväxten än yngre generationer.

Sammanfattning och diskussion

Även när man närmare studerar självskattad hälsa i Taganrog och i Ryssland är folkhälsokrisen tydligt synlig, både bland män och kvinnor. Andelen personer som rapporterar en dålig hälsa är mycket hög jämfört med data från Västeuropa och från Sverige (Carlson, 1998; Undén och Elofsson, 1998). Utvecklingen i Taganrog och i Ryssland mellan 1993/94 och 1998 ser också ut att gå i en negativ riktning.

En stor andel av männen i Taganrog uppger hög alkoholkonsumtion, men mellan 1993/94 och 1998 har andelen halverats. Även bland kvinnor syns en minskning, men proportionerna är redan från början mycket små. En stor konsumtion av alkohol ser ut att vara ett problem främst bland män i Taganrog.

Över hälften av alla män i Taganrog uppger sig röka dagligen. Däremot verkar det inte som om andelen manliga rökare har ökat särskilt mycket mel-

lan 1993 och 1998. Den kvinnliga andelen rökare har heller inte ökat radikalt om man bortser från de yngre grupperna 19-29 och 30-39 år. En ökning bland yngre kvinnor fann också McKee m fl (1998) och måste ses som ett potentiellt kommande hälsoproblem.

Varken rökning eller en hög alkoholkonsumtion är relaterad till självskattad hälsa i denna studie. De utvecklas också olika över tiden. Självskattad hälsa och riskbeteenden representerar tydligen olika dimensioner av folkhälsan.

Utbildning ser ut att endast ha en måttlig betydelse för människors hälsa och alkoholkonsumtion, medan rökning var mer än dubbelt så vanligt förekommande i de lägre utbildade grupperna.

Föreningsmedlemskap var relaterat till självskattad hälsa och till rökning, men inte till en hög alkoholkonsumtion. Tidigare forskning kring sociala nätverk och alkoholkonsumtion har visat att socialt integrerade individer i "våta" kulturer också dricker mer, medan det i "torra" kulturer råder det omvända sambandet, d v s socialt integrerade individer dricker i mindre utsträckning (Skog, 1991). Här finner vi att i en våt kultur uteblir de positiva effekterna av föreningsmedlemskap och grannumgänge. Bråk och konflikter i familjen, liksom spända förhållanden överhuvudtaget, är nära sammankopplade med en hög konsumtion av alkohol. Familjens stora betydelse för alkoholvanorna framkom också i Taganrog-studien 1993/94 (Carlson och Vågerö, 1998). Kausaliteten är naturligtvis svår att avgöra här. En hög konsumtion kan sannolikt leda till familjeproblem och omvänt. Konsumtionen är sannolikt underskattad och kanske särskilt i "problemfamiljer" (Kühlhorn och Leifman, 1993), men det behöver ej påverka sambandet mellan dessa två aspekter. Även när det gäller rökning verkar familjens relation inbördes spela liknande roll. Självskattad hälsa, i kontrast, var ej signifikant relaterad till familjerelationen.

Gemensamt både för hälsa och beteende är den nära kopplingen till den rådande ekonomiska situationen 1997-1998. Upprepade ekonomiska svårigheter de senaste 12 månaderna, där man har fått förlita sig på ekonomisk hjälp från andra, är inte bara en direkt hälsorisk utan ser även ut att påverka människors riskbeteenden, både tobaksrökning och alkoholbruk, i en ofördelaktig riktning. Detta är den enda av de undersökta faktorerna som är direkt relaterad till *alla* tre utfallen. Eftersom vi kan anta att mer kortsiktiga ekonomiska svårigheter blivit vanligare under transitionen är denna faktor en möjlig väg som förbinder transitionen med den samtidiga hälsokrisen.

Det kanske mest intressanta fyndet är därför att ekonomiska försämringar under hela transitionsperioden 1988-1998 var kopplade till en dålig hälsa men inte till en frekventare högkonsumtion av alkohol eller till daglig rökning. Denna slutsats går emot en del tidigare undersökningar vilka har hävdat motsatsen (Carlson och Vågerö, 1998; Leon m fl, 1997). Ingen av dessa refererade studier har dock kunnat mäta både ekonomiska förändringar och konsumtion på individnivå. Studierna fokuserar också på en annan tidsperiod, d v s den fram till 1994. Intressant att notera är minskningen av alkoholkonsumtionen i Taganrog under perioden 1993-1998. Trenden kan möjligen bestå av skillnader i bortfall, men det är inte troligt att detta är tillräckligt för att förklara hela minskningen. Det är möjligt att såväl alkoholkonsumtion som rökvanor i huvudsak är mer kulturellt betingade och relaterade till äldre, men fortfarande existerande, strukturer.

Människors känsla av kontroll visade sig vara viktigt för den självskattade hälsan och för alkoholkonsumtionen. En känsla av större kontroll innebär en bättre upplevd hälsa och en lägre risk för hög alkoholkonsumtion. Kontroll var också i stor utsträckning oberoende av andra omständigheter, sociala eller ekonomiska, och var i liten utsträckning mediator för dessa omständigheter. Det är med andra ord fortfarande oklart på vilket sätt känslan av kontroll fördelas i det ryska samhället.

Avslutningsvis skall vi motivera den dikotomisering av självskattad hälsa som gjorts i denna studie. Det går att ifrågasätta det sätt på vilket den självskattade hälsan dikotomiseras. Med en annan indelning där kategorien "tillfredsställande" hälsa slås samman med kategorien som utgör "bra", blir fördelningen en annan. Endast 18% av männen och 26% av kvinnorna har då en dålig hälsa (jämfört med 65% för män och 76% för kvinnor, enligt den här använda dikotomiseringen). Vid en jämförelse med 1993/94 års undersökning, finner man då inga förändringar överhuvudtaget i den självskattade hälsan. Det betyder mer konkret att människor 1998 tenderar i större utsträckning att bedöma sin hälsa som "tillfredsställande" istället för "bra" eller "utmärkt". Det finns ändå skäl till att stå fast vid definiera kategorien "tillfredsställande" som härrörande till gruppen med "dålig" hälsa. En liknande fråga ställdes vid intervjutillfället, där respondenterna fick avgöra huruvida de hade hälsoproblem eller inte (ja eller nej). Fördelningen på denna variabel ligger mycket nära den variabel som analyseras här vilket innebär att 71% av männen och 81% av kvinnorna uttryckligen uppger hälsoproblem av något slag. Dessutom har

flera forskare poängterat att en positiv definition av hälsobegreppet, d v s att hälsa inte uteslutande handlar om frånvaron av sjukdom och skröplighet (infirmity) utan snarare om ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande (se WHO, 1948), bättre stämmer överens med människors egna uppfattningar om vad hälsa är (Blaxter, 1990; Ross och Wu, 1995). Det finns med andra ord flera skäl att förmoda att även de som betraktar sin hälsa som tillfredsställande också upplever vissa hälsoproblem.

Sammanfattningsvis kan vi dra slutsatsen att förändringen i självskattad hälsa ser ut att vara betydligt mer dramatisk än förändringarna i rökvanor och går i en annan riktning än förändringarna i alkoholvanor i Taganrog 1993/94-1998. Resultaten från denna uppsats tyder på att specifika sociala, ekonomiska och psykologiska omständigheter strukturerar Taganrogbornas hälsa och riskbeteenden. Olika faktorer är väsentliga för de tre olika utfallen och dessa tre är därför kopplade till transitionen på olika sätt. Materiella omständigheter och förändringar samt människors känsla av kontroll visade sig vara särskilt betydelsefulla för självskattad hälsa. Alkoholkonsumtion och rökning är däremot inte lika tydligt kopplade till rent ekonomiska omständigheter och särskilt inte till dess eventuella förändringar. I den utsträckning dessa beteenden styrt dödlighetsförändringarna i Ryssland (Leon m fl, 1997; McKee m fl, 1998) skall vi tydligen förvänta oss att förändringarna i självskattad hälsa och förändringarna i dödlighet avviker från varandra. Den självskattade hälsans förmodade koppling till utbildning ser inte ut att vara så tydlig. Eftersom detta till stor del överensstämmer med tidigare forskning (Bobak m fl, 1998), finns det goda anledningar till att tro att detta står som ett specifikt karaktärsdrag i det ryska samhället. Om Shkolnikovs förmodan, att utbildning och dödlighet i ökad grad är kopplade till varandra i Ryssland under transitionen, är korrekt, har vi ytterligare ett exempel på att självskattad hälsa och dödlighet är två olikartade aspekter på 1990-talets ryska folkhälsokris.

Noter

Detta arbete har finansierats av Humanistisk Samhällsvetenskapliga Forskningsrådet (projektnr: F 0915/96) och av Forskningsrådsnämnden (projektnr: 99459:3). Tack till Denny Vågerö, Johan Fritzell och Pär Sparén för deras kritiska läsning och konstruktiva idéer. Jag vill också tacka Natalia Rimachevskaya och Inna Korkhova för ett gott samarbete och för att de gjorde min tid på ISESP i Moskva intressant och givande.

[1] För en utförligare beskrivning av studiedesign och urvalstrategi, se RLMS' hemsida: www.cpc.unc.edu/rlms

Referenser

Bartley, M. (1994) "Unemployment and ill-health: understanding the relationship", *Journal of Epidemiology and Community Health* 48:333-337.

Berkman, L.F. & Syme, S.L. (1979) "Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents", *American Journal of Epidemiology* 109:186-204.

Bjorner, J.B., Sondergaard Kristensen, T., Orth-Gomér, K., Tibblin, G., Sullivan, M., Westerholm, P. (1996) *Self-rated health. A useful concept in research, prevention and clinical medicine*. Stockholm: Swedish Council for Planning and Coordination of Research.

Blaxter, M. (1990) *Health and lifestyles*. London: Routledge.

Bobak, M., Pikhart, H., Hertzman, C., Rose, R., Marmot, M. (1998) "Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey", *Social Science and Medicine* 47:269-279.

Bourdieu, P. (1986) "The forms of capital", s 241-258 i Richardson, JG. *Handbook of theory and research for the sociology of education*. Westport, CT: Greenwood Press.

Carlson, P. (1998) "Self-rated health in east and west Europe. Another European health divide", *Social Science and Medicine* 46:1355-1366.

Carlson, P. (2000) "Educational health differences in self-rated health during transition. Evidence from Taganrog 1993-1994", *Social Science and Medicine* (Under publicering)

Carlson, P. & Vågerö, D. (1998) "The Social pattern of heavy drinking in Russia during transition: Evidence from Taganrog 1993", *European Journal of Public Health* 8:280-285.

Coleman, J. (1988) "Social capital in the creation of human capital", *American Journal of Sociology* 94:95-120 [supplement].

Foley, M.W. & Edwards, B. (1997) "Editor's introduction. Escape from poli tics? Social theory and the social capital debate", *American Behavioral Scientist* 40:547-648.

Gerber, T.P. & Hout, M. (1995) "Educational stratification in Russia during the Soviet period", *American Journal of Sociology* 101:611-660.

Gerber, T.P. & Hout, M. (1998) "More shock than therapy: Market transi tion, employment, and income in Russia, 1991-1995", *American Journal of Sociology* 104:1-50.

GOSKOMSTAT. (1998)*The demographic yearbook of Russia 1998*.

Moskva.

Gustafsson, B. & Nivorozhkina, L. (1996) "Relative poverty in two egalitarian societies: A comparison between Taganrog, Russia during the Soviet era and Sweden", *Review of Income and Wealth* 42:321-334.

Hanley, E., Yershova, N., Anderson, R. (1995) "Russia- Old wine in a new bottle? The circulation and reproduction of Russian elites, 1983-1993", *Theory and Society* 24:639-668.

Hansen, E. (1996) *Coping with it: St. Petersburg and Kaliningrad facing reform.* Fafo report 201. Oslo: Fafo institute for applied social science.

Hemström, Ö. (1998) *Male susceptibility and female emancipation. Studies on the gender difference in mortality.* [Avhandling] Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

Kauhanen, J., Kaplan, G.A., Goldberg, D.E., Salonen, J.T. (1997) "Beer binging and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study", *British Medical Journal* 315:846-51.

Kennedy, B.P., Kawachi, I., Brainerd, E. (1998) "The role of social capital in the Russian mortality crisis", *World Development* 26:2029-2043

Korpi, W. (1989) "Power, politics, and state autonomy in the develoment of social citizenship: Social rights during sickness in eighteen OECD countries since 1930", *American Sociological Review* 54:309-28.

Kühlhorn, E. & Leifman, H. (1993) "Alcohol surveys with high and low coverage rate: a comparative analysis of survey strategies in the alcohol field", *Journal of Studies on Alcohol* 54:542-554

Leon, D.A., Chenet, L., Shkolnikov, V.M., Zakharov, S., Shapiro, J., Rakhmanova, G., Vassin, S., McKee, M. (1997) "Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what?", *Lancet* 350:383-388.

Lundberg, O. (1990) *Den ojämlika ohälsan. Om klass- och könsskillnader i sjuklighet.* [Avhandling] Stockholm: Institutet för social forskning, Stockholms universitet.

Manderbacka, K., Lundberg, O., Martikainen, P. (1999) "Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health?", *Social Science and Medicine* 48: 1713-1720.

McKee, M., Bobak, M., Rose, R., Shkolnikov, V., Chenet, L., Leon, D. (1998) "Patterns of smoking in Russia", *Tobacco Control* 7:22-26.

Medvedev, R. (1999) Kapitalism i Ryssland? Stockholm: ETC Produktion AB.

Peto, R., Lopez, A., Boreham, J., Thun, M., Heath, C. (1992) "Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics", *Lancet* 339:1268-78.

Rimashevskaya, N. (red) (1998) *Family well-being and health. Project 'Taganrog 3.5'*. Moskva: Institute for Socio-Economic Studies of Population. Russian Academy of Sciences.

Rose, R. (1995) "Russia as an hour-glass society: A constitution without citizens", *East European Constitutional Review* 4:34-42.

Rose, R. & McAllister, I. (1996) "Is Money the Measure of Welfare in Russia?", *Review of Income and Wealth* 42:75-90.

Ross, C.E. & Wu, C. (1995) "The links between education and health", *American Sociological Review* 60:719-745.

Rush, D. & Welch, K. (1996) "The First Year of Hyperinflation in the Former Soviet Union: Nutritional Deprivation among Elderly Pensioners, 1992", *American Journal of Public Health* 86:361-367.

Semenciw, R.M., Morrison, H.I., Mao, Y., Johansen, H., Davies, J.W., Wigle, D.T. (1988) "Major risk factors for cardiovascular disease mortality in adults: results from the nutrition Canada survey cohort", *International Journal of Epidemiology* 17:317-24.

Shkolnikov, V., Leon, D.A., Adamets, S., Andreev, E., Deev, A. (1998) "Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994", *Social Science and Medicine* 47:357-369.

Silverman, B. & Yanowitch, M. (1997) *New Rich, New Poor, New Russia. Winners and Losers on the Russian Road to Capitalism*. New York: M.E. Sharpe.

Skog, O-J. (1991) "Implications of the distribution theory for drinking and alcoholism", s 576-596 i Pittman, D.J. & Raskin White, H. (red) *Society, culture and drinking patterns reexamined*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Smith, A.M.A., Shelley, J.M., Dennerstein, L. (1994) "Self-rated health: Biological continuum or social discontinuity?", *Social Science and Medicine*, 39:77-83.

Stata Corporation (1999) *Stata statistical software: release 6.0*. College Station, TX: Stata Corporation.

Steptoe, A. (1989) "The significance of personal control in health and disease", i Steptoe A. & Appels A. (red) *Stress, personal control and health*.

Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
Syme, S.L. (1989) "Control and health: a personal perspective", s 3-18 i Steptoe A. & Appels A. (red) *Stress, personal control and health.* Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
Toole, M.J. (1996) "Editorial: Determining the Nutritional Status of the Elderly in Post-Cold War Russia.", *American Journal of Public Health* 86:299-301.
Townsend, P. & Davidson, N. (1992) "The Black report", s 31-209 i *Inequalities in health. The Black report and The health divide.* London: Penguin.
Undén, A-L. & Elofsson, S. (1998) *Självupplevd hälsa. Faktorer som påverkar människors egen bedömning.* Stockholm: Forskningsrådsnämnden (FRN).
United Nations Children's Fund (1997) "Central and eastern Europe in transition. Public policy and social conditions. Children at risk in central and eastern Europe: perils and promises", *Economies in Transition Studies. Regional Monitoring Report* 4.
Vågerö, D. & Illsley, R. (1995) "Explaining health inequalities: Beyond Black and Barker", *European Sociological Review* 11:219-41.
Whelan, C.T. (1993) "The Role of Social Support in Mediating the Psychological Consequences of Economic Stress", *Sociology of Health and Illness* 15:86-101.
Whitehead, M. (1992) "The health divide", s 219-437 i *Inequalities in health. The Black report and The health divide.* London: Penguin.
Wilkinson, R. (1996) Unhealthy societies. The afflictions of inequality. London: Routledge.
World Health Organisation (1948) *Official records of the world health organization*, 2. Genève: United nations world health organization, interim commission.
Åberg, M. (2000) "Putnam's social capital theory goes east: A case study of western Ukraine and L'viv", *Europe-Asia Studies* 52:295-317.

Abstract

In this paper it is hypothesised that individuals' ability to cope with the Russian transition is socially structured and will give rise to health differences and differences in 'risk behaviours'. Since self-rated health and mortality represent different dimensions of public health and since risk behaviours have

been closely related to mortality, we wanted to examine whether (poor) self-rated health on the one hand and risk behaviours on the other can be attributed to different causes. The Taganrog household survey was conducted in the form of face-to face interviews and included 1009 individuals and their families. The survey was carried out January to December 1998. To estimate health differences and differences in risk behaviours between groups, logistic regressions were performed.

In Taganrog between 1993/94 and 1998, changes in public health, (here self-rated health), seem to have been much more dramatic than changes in smoking and different in direction than changes in heavy alcohol consumption. Moreover, self-rated 'poor' health was more common among those whose economic situation was worse 1998 than ten years before. However, having a poorer economy during the period 1988-1998, does not seem to have affected drinking or smoking habits significantly. In general, self-rated health seems to be more closely related to three indicators of economic circumstances. Risk behaviours are certainly important for the poor state of public health in Russia, but may be not closely connected to the economic aspects of the transition.

Nyckelord: Russia, transition, self-rated health, alcohol, smoking.

APPENDIX

Intervjufrågor (Kodningar inom parentes)

Självskattad hälsa

Hur bedömer ni ert allmänna hälsotillstånd?
Utmärkt (0). Bra (0). Tillfredställande (1). Dåligt (1). Mycket dåligt (1).

Alkoholkonsumtion

Hur mycket sprit konsumerar du normalt?
Dricker normalt inte (0). Mindre än 0.5 liter/vecka (0). Mellan 0.5 och 1 liter/vecka (1). Mellan 1 liter och 1.5 liter/vecka (1). Mer än 1.5 liter/vecka (1).

Rökning

Röker du?
Ja, men endast 1-2 cigaretter/dag (1). Ja, 3-10 cigaretter eller motsvarande/dag (1). Ja, minst 10 cigaretter eller motsvarande/dag (1). Nej, jag har slutat (0). Nej, har aldrig rökt (0).

Ekonomiska svårigheter

Upplevde du ekonomiska svårigheter under din uppväxt?
Nej (0). Ja (1)

Om ni ser tillbaka på de senaste 12 månaderna, har det då inträffat att ni har fått förlita er på hjälp utifrån för att kunna betala era löpande utgifter, t. ex. hyran, i tid?
Aldrig (1). 1-2ggr (2). 3-12ggr (3). Mer än 12ggr (4).

Om du ser tillbaka tio år, anser du att dina levnadsförhållanden under denna period har...
Försämrats (1). Förbättrats (0). Mer eller mindre förblivit desamma (0).

Sociala nätverk

Är du medlem i någon av följande organisationer, föreningar eller kommittéer?
Fackförening. Politiskt parti (inklusive ungdoms- eller kvinnoorganisationer).

Religiös sammanslutning. Idrottsförening. Kvinnorgrupp eller institut. Hälsoarbete/Röda korset e. dyl.. Ungdomsorganisation, pensionärsförening, föräldraförening. Musikförening, orkester, kör eller teatergrupp. Bostadsrättsförening, Hyresgästförening. Lokal intresseförening. Miljöorganisation. Övriga organsiationer, föreningar, eller kommitteer. Inga. (Ja= 1; Nej, ingen alls= 0)

Ungefär hur ofta umgås du med dina närmsta grannar?
Nästan dagligen (1). Varje vecka, men inte dagligen (0). Varje månad, men inte varje vecka (0). Några gåner per år, men inte varje månad (0). Inte årligen (0). Har inga grannar (0).

Hur skulle du beskriva relationen mellan familjemedlemmarna?
Bra, vänskaplig (1). Normal, fridfull (2). Spänd, nervös (3). Bråk, konflikter (4). Ensamhushåll (5).

Kontroll över livet

En del människor anser att de har total valfrihet och själv kan bestämma hur deras liv blir. Andra anser att vad de själva gör inte har någon egentlig inverkan på vad som händer med dem. Hur mycket valfrihet och självbestämmande anser du att du har när det gäller hur ditt liv blir?
Ingen alls (1)...En hel del (10)