

И.Б. НАЗАРОВА

СУБЪЕКТИВНЫЕ И ОБЪЕКТИВНЫЕ ОЦЕНКИ  
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В структуре факторов, обуславливающих патологию человека, 50-52% составляет образ жизни, 18-20% – генетический фон, 20% – окружающая среда, 10-12% – здравоохранение [1]. Поэтому воздействие индивида на собственное здоровье связано преимущественно с изменением образа жизни. Вместе с тем, сохранение или восстановление здоровья в немалой степени зависит от самосохранительного поведения, которое определяется субъективной самооценкой физического состояния, местом здоровья в системе ценностей.

В российском мониторинге экономического положения и здоровья населения (1994-1996 годы)\* предусматривалась самооценка здоровья респондентов, которая лишь косвенно отражает реальное состояние здоровья. Однако на самооценку влияет и мнение специалистов-медиков: в течение предшествовавших опросу 30 дней около 20% респондентов получили рекомендацию врача. Диагноз выступает в роли индикатора, указывающего отклонения от идеальной модели здоровья индивида, и определяющего прогноз заболевания. Поэтому здоровье можно рассматривать не только как морфостазис, но и морфогенез – процесс изменения физического и психического состояния. Соответственно должно меняться и поведение человека в отношении своего здоровья.

В 1996 г. мужчины оценивали свое здоровье выше, чем женщины. В возрастных категориях от 19 до 60 лет расхождение в пользу мужчин по позиции “хорошее здоровье” достигает 16% (табл. 1).

Таблица 1

Оценка здоровья респондентами, %

Оценка здоровья	Пол	Возраст, лет					
		11-18	19-30	31-40	41-50	51-60	> 60
очень	Муж	4,5	5,0	2,0	0,9	0,8	0,2
хорошее	Жен	2,1	1,0	0,7	0,3	0,3	0,1
хорошее	Муж	58,1	55,0	43,0	32,2	18,0	6,3
	Жен	52,1	42,0	27,0	15,9	6,8	3,4
среднее	Муж	35,1	37,0	47,0	58,7	63,0	50,7
	Жен	42,5	50,0	64,0	69,9	66,0	42,2
плохое	Муж	2,1	2,0	5,0	7,5	15,0	33,3
	Жен	2,9	4,0	7,0	12,9	24,0	41,1
очень	Муж	0,3	-	0,3	0,7	2,3	9,5
плохое	Жен	0,3	0,2	0,4	1,1	2,8	13,3

**Назарова Инна Борисовна** – кандидат социологических наук, сотрудник Центра медико-социальных исследований и экономики здравоохранения Республики Татарстан. Адрес: 420066, Казань, ул. Декабристов, д. 8, кв. 139; телефон: (84 32) 70-81-33; 34-13-41; электронная почта: inna.nazarova@usa.net.

\* Автор выражает благодарность за консультации М. Сваффорду.

Сбор данных в российском мониторинге экономического положения и здоровья населения осуществлялся Институтом социологии РАН по всероссийской репрезентативной выборке. Опрошено более 10 тыс. человек.

В исследовании проверялась зависимость самооценок здоровья от общего дохода домохозяйства, суммарного дохода за 30 дней до проведения интервью, дохода, суммарного дохода по всем видам деятельности респондента в денежной или иной формах. Статистически значимая межгрупповая дисперсия для взрослых респондентов с различным уровнем дохода отмечена лишь в незначительном числе случаев. Различия не выявлены и в группе респондентов, не получавших зарплату в течение 30 дней до проведения интервью. Таким образом, зависимости между доходом и самооценками здоровья не обнаружено.

В репрезентативной выборке в основном присутствуют средние слои населения, где нет существенных различий в показателях здоровья. Чтобы говорить о состоянии здоровья полюсных групп (например, богатых и бедных), необходимы специальные исследования. Тем не менее, данные мониторинга дают основание предположить, что стратификация общества (по крайней мере по уровню образования) влияет на отношение людей к здоровью.

Кроме стратификационных характеристик, на самооценку здоровья респондентов могли оказать влияние и ситуационно-временные факторы: наличие заболевания в данный момент или недавняя болезнь. В 1996 году в предшествующие опросу 30 дней проблемы со здоровьем отмечались у 40,1% респондентов (табл. 2) При этом в группе тех, кто оценил свое здоровье как плохое, проблемы с самочувствием отметили 85,9%, в среди тех, кто выбрал оценку как "очень хорошее", - 50%.

Таблица 2

## Состояние здоровья населения в возрастных группах, %

Показатели состояния здоровья	1994	1995	1996
<i>Отмечалось ухудшение здоровья в 30 предшествующих дней</i>			
18 лет и старше	48,4	41,8	42,0
младше 18 лет	38,0	33,9	34,8
всего	45,5	39,7	40,1
<i>Лежал в больнице в течение 3 предшествующих месяцев</i>			
18 лет и старше	6,1	5,0	4,9
младше 18 лет	4,2	3,8	3,6
всего	5,6	4,7	4,5
<i>Пропустил по болезни рабочие или учебные дни в течение 30 предшествующих дней (для работающих или учащихся респондентов)</i>			
всего	7,8	6,1	6,0

Если респондент не болел в течение последних трех месяцев, это еще не означает, что он совершенно здоров. Кроме того, нельзя надеяться, что человек располагает информацией за весь год. И тот и другой путь не исключают методологических ошибок. Тем не менее, можно достаточно уверенно утверждать, что у некоторых респондентов проблемы со здоровьем повторяются из года в год. На основании трехлетнего мониторинга трудно говорить об устоявшихся тенденциях. Однако можно предположить, что по сравнению с 1994 годом в России произошло некоторое уменьшение средней продолжительности заболеваний работающего населения.

На наш взгляд, это можно частично объяснить уменьшением числа имеющих работу, а также опасением потерять ее. Следует также учитывать, что выборка несколько "постарела" за счет увеличения доли женщин пенсионного возраста. В период, когда крупные предприятия простаивали и администрация отправляла сотрудников в вынужденные отпуска, практиковалось фиктивное оформление больничных листов. В таких случаях выплаты производились за счет Фонда социального страхования. Именно в 1994 году большое число работников находилось в вынужденных отпусках.

Таблица 3

## Обращаемость в медицинские учреждения, %

Медицинские учреждения	1994	1995	1996
поликлиника районная, городская	88,6	88,5	88,5
платная поликлиника	3,0	2,7	2,9
больница районная, городская	6,3	7,0	7,2
платная больница	0,6	0,5	0,6
частная больница	0,1	1,2	0,8
частный врач	1,4	0,2	0,1

Привычки и потребности в получении медицинских услуг у основной массы населения существенно не изменились (табл. 3). Большинство населения по-прежнему пользуется услугами государственного сектора. Не исключено, что спрос на платную медицинскую помощь растет, но среди слоев, которые в данной выборке не представлены. Правда, не всегда лечение в государственной больнице действительно бесплатно, особенно это касается тяжело больных людей, нуждающихся в постоянном уходе.

Количество платных услуг ежегодно растет (с 13,9% в 1994 году по 24,2% в 1996). Каждому десятому респонденту пришлось платить за профилактическое обследование. Максимальные расходы, связанные с получением медицинских услуг (в том числе на транспорт, на лекарства и др.), не превышают 25 тыс. руб. в ценах 1996 года. Но это может означать, что большей суммой пациент просто не располагает, кроме того, профилактические осмотры, консультации у специалистов и услуги платной больницы могло оплачивать предприятие. По данным мониторинга, в 1994 году каждому пятому респонденту не хватало денег для приобретения лекарств, в 1995 – каждому третьему, в 1996 – каждому второму. Не смогли найти лекарство в аптеке 74,9% респондентов в 1994 году и 44,7% – в 1996.

Самосохранительное поведение – это не только своевременное обращение за квалифицированной помощью, но и определенный стиль жизни, предполагающий активные занятия физкультурой, отказ от курения и алкоголя, регулярные профилактические наблюдения. Несмотря на то, что многие россияне имеют проблемы со здоровьем, обращались за помощью к специалистам примерно половина из них. Немало респондентов склонны к самолечению. Активность в проявлении самосохранительного поведения до 30 лет возрастает, затем равномерно снижается. С возрастом падает и обращаемость в медицинские учреждения с профилактическими целями.

Курит третья часть опрошенных. Подавляющее большинство респондентов приобщились к табаку в детстве, но диапазон начала курения достаточно широк – от 6 до 60 лет. Среди тех мужчин, кто оценил свое здоровье как очень хорошее, курят 62,9%, как очень плохое – 38,9%.

Статистика свидетельствует о снижении численности больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом “алкоголизм и алкогольный психоз”, а также фиксирует рост численности больных наркоманией. Эту проблему мониторинг не затрагивал. Динамика в употреблении алкогольных напитков за три года не выявлена (табл. 4).

В зарубежных исследованиях выявлено влияние на здоровье структурных показателей социально-экономического неравенства. При этом отмечено, что структурные факторы (род занятий, уровень дохода, место проживания) воздействуют на состояние здоровья значительно сильнее, чем образ жизни (курение, употребление алкоголя, занятие физкультурой и спортом, масса тела). Наложение всей совокупности факторов некоторые авторы интерпретируют как косвенный “вклад” структурных условий через поведение [2].

Таблица 4

## Употребление спиртных напитков, %

Частота употребления	1994	1995	1996
каждый день	2,1	2,3	1,9
4-6 раз в неделю	2,4	2,7	2,8
2-3 раза в неделю	11,7	12,7	12,9
один раз в неделю	20,2	21,1	20,9
2-3 раза в течение последних 30 дней	33,3	33,7	33,0
один раз в течение последних 30 дней	30,4	27,5	28,5

В 1995-1996 годах количество занимающихся спортом не изменилось (8%), среди них, конечно, больше мужчин, чем женщин. Вряд ли этот показатель возрастет в ближайшем будущем, – тренировки в спортзале стоят достаточно дорого и цены постоянно растут. В России не приняты массовые бесплатные занятия на улице, исключение составляет “бег от инфаркта”. Физкультурой занимаются 15,4% населения, из них 10,7% делают упражнения различной степени сложности менее трех раз в неделю, 1,1% – повышенной сложности, по крайней мере три раза в неделю 15 минут и более. Ежедневно занимаются физкультурой не меньше 30 минут в день 3,6% опрошенных. Наиболее активный возраст для занятий спортом и физкультурой – от 15 до 30 лет. Около 3% респондентов ведут малоподвижный образ жизни, 8% ежедневно гуляют менее получаса, около 50% – в пределах часа. Каждый пятый проводит время на ногах более 6 часов в день, есть респонденты, которые передвигаются пешком до 10 часов. В этом отношении различий между мужчинами и женщинами практически нет.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын Ю.П. Перестройка здравоохранения и задачи научных исследований стратегии // Здоровье человека в условиях НТР. Методологические аспекты. Новосибирск, 1989. С. 11, 12.
2. Stronks K., Van de Mheen H., Loomon, Casper W.N., Mackenbach J.-P. Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: An empirical analysis // Sociology of health and illness. 1996. No. 18. P. 653-674.