

Динамика состояния здоровья россиян в 2003–2018 гг.:

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБЪЕКТИВНЫХ И СУБЪЕКТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК

А. В. Каравай¹

¹Институт социологии ФНИСЦ РАН.
117218, Россия, Москва, ул. Кржижановского, 24/35, корп. 5

Для цитирования: Каравай А. В. Динамика состояния здоровья россиян в 2003–2018 гг.: взаимосвязь объективных и субъективных факторов // Социологическая наука и социальная практика. 2020. Т. 8. № 4. С. 69–87. DOI: 10.19181/snsp.2020.8.4.7657

Аннотация. В статье на данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (RLMS-HSE) за 2003–2018 гг. анализируется динамика состояния здоровья россиян, определяемого через субъективные и объективные характеристики. Показано, что независимо от выбранного показателя к настоящему моменту сравнительно немногие россияне имеют хорошее здоровье, а доли лиц без диагностированных заболеваний и тех, кто оценивает своё здоровье как хорошее, различаются незначительно. Анализ динамики различных характеристик здоровья показал, что на фоне снижения доли россиян без диагностированных проблем со здоровьем выросло число лиц с позитивными его самооценками. Однако этот рост был обеспечен динамикой 2003–2013 гг., а затем он прекратился. С помощью мультиномиальной регрессионной модели продемонстрировано, что наличие у индивида диагностированных заболеваний влечёт за собой смещение «вниз» самооценок его здоровья, величина которого зависит от характера заболевания. Однако полное отсутствие таких заболеваний не означает, что индивид будет оценивать своё здоровье как хорошее, поскольку значимое влияние на эту самооценку оказывает также целый ряд социально-экономических и демографических факторов, включая его психоэмоциональное состояние. В статье показано также, что объективные и субъективные характеристики здоровья связаны со склонностью россиян к самосохранительным практикам, которые хотя и приобрели несколько большую популярность в период 2003–2018 гг., однако до сих пор охватывают меньшинство россиян даже среди молодёжи.

Ключевые слова: здоровье населения; самосохранительное поведение; здоровый образ жизни; динамика состояния здоровья

Введение

Обычно хорошее здоровье, т. е. отсутствие серьёзных сбоев в организме, до определённого возраста воспринимается россиянами как само собой разумеющееся, а все беды, связанные с отсутствием повседневных самосохранительных практик, кажутся нереальными и далёкими. Несмотря на большое число исследований и внушительный объём статистики, связывающей здоровый образ жизни с длительным

сохранением здоровья, степень распространённости самосохранительных практик, по крайней мере среди россиян, растёт довольно медленно. Даже в условиях реальной опасности, связанной с пандемией коронавирусной инфекции, многие продолжали вести привычный образ жизни и не уходили в самоизоляцию. Таким образом, хотя подавляющее большинство населения страны в целом признаёт ценность здоровья и необходимость заботы о нём¹, однако менять свои повседневные привычки россияне в массе своей не готовы². И в этом отношении они не одиноки – примерно также ведёт себя население других стран, прежде всего европейских.

Прямо противоположной в этом плане является позиция государств, которые в период пандемии COVID-19 в массе своей кардинально изменили свои приоритеты и предприняли очень серьёзные по своим экономическим последствиям меры для борьбы с этим новым глобальным вызовом. Только в России, по оценкам экспертов, совокупный объём поддержки экономики превысил к концу апреля 2020 г. 2 трлн рублей³. Очень большие суммы были направлены и на нужды здравоохранения и поддержку населения. В мировом же масштабе Международный валютный фонд оценивал издержки бюджетов государств на расходы в сфере здравоохранения, а также на меры по поддержке населения и компаний в этот же момент в 3,3 трлн долл. США⁴. Страны останавливали целые отрасли экономики, заставляя сидеть людей дома для того, чтобы избежать взрывного распространения инфекции. По самым оптимистичным прогнозам различных экспертов, в 2020 г. это будет стоить миру сокращения глобального ВВП на 2–4% за год⁵, а по самым негативным оценкам, падение достигнет 20% мирового ВВП [Ицхоки, 2020]. В отдельных странах годовые потери ВВП могут составить: до 7% – в еврозоне, до 5,6% – в США, до 6,3% – в Великобритании⁶, до 5,5% – в России⁷.

¹ Так, например, в 2017 г., согласно данным Института общественного мнения, 49,4% россиян безусловно поддерживали стратегию Правительства России формирования здорового образа жизни, ещё 36,0% оценивали её скорее положительно, чем отрицательно. См. подробнее [Отношение россиян..., 2017].

² По оценкам ФСГС, в 2019 г. только 12,0% россиян вели здоровый образ жизни. См. подробнее: «Таблица 12. Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни». Выборочное наблюдение состояния здоровья населения – 2019. ФСГС РФ. URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html (дата обращения: 30.04.2020).

³ Сколько денег российские власти направят на борьбу с кризисом. Полный список мер. URL: <https://www.rbc.ru/economics/28/04/2020/5ea6bdac9a79478853dce7e5> (дата обращения: 30.04.2020).

⁴ Бюджетный вестник – Аналитическое резюме. Апрель 2020 г. URL: <https://www.imf.org/~media/Files/Publications/fiscal-monitor/2020/April/Russian/ch1lexesum.ashx?la=ru> (дата обращения: 30.04.2020).

⁵ Economic Research: COVID-19 Deals A Larger, Longer Hit To Global GDP. Официальный сайт S&P Global Ratings. URL: <https://www.spglobal.com/ratings/en/research/articles/200416-economic-research-covid-19-deals-a-larger-longer-hit-to-global-gdp-11440500> (дата обращения: 19.04.2020).

⁶ Global Economic Outlook: Crisis Update Late April 2020 – Coronavirus Recession Unparalleled. Fitch Ratings' Report(s). URL: <https://www.fitchratings.com/research/sovereigns/unparalleled-global-recession-underway-22-04-2020> (дата обращения: 30.04.2020).

⁷ Перспективы развития мировой экономики. Апрель 2020 г. URL: <https://www.imf.org/~media/Files/Publications/WEO/2020/April/Russian/table1.ashx?la=ru> (дата обращения: 30.04.2020).

В то же время экономисты говорят, что максимально эффективная с точки зрения сокращения заболеваемости и сохранения здоровья населения стратегия борьбы с пандемией оказывается, несмотря на такие издержки, и максимально выгодной с точки зрения её долгосрочных экономических последствий [Ениколопов, 2020]. Это связано с тем, что люди, их здоровье и накопленный ими человеческий капитал являются в современной экономике наиболее ценным ресурсом.

В каком же состоянии находился этот важнейший ресурс к концу 2010-х гг. в нашей стране? Как это состояние оценивали сами россияне? Какие именно факторы влияли на эти оценки? Наконец, что обуславливало распространённость среди них самосохранительного поведения и как изменилась ситуация в этой области за последние 15 лет? Ответам на эти вопросы и посвящена данная статья.

Теоретическая и эмпирическая основа исследования

В науке стало уже общепризнанным, что здоровье как определённый вид ресурсов передаётся на генетическом уровне, но поддерживается через самосохранительные практики, определяя «инкорпорированную в теле потенциального или реального работника» способность к труду [Радаев, 2002: 24]. Неравенства в состоянии здоровья представителей различных социальных групп во многом обусловлены также структурными ограничениями, связанными с возможностями государственной системы здравоохранения, например, в разных типах поселений [Назарова, 1998; Журавлёва, 2013]. Наконец, значимую роль в состоянии здоровья играет и социально-экономическое положение индивида [Fogel, 2003; Miller, 2007; Cookson et al., 2016; Русинова, 2019]. Слабое здоровье и меньшая продолжительность жизни представителей нижних слоёв по сравнению с более благополучными социальными группами связаны, прежде всего, с условиями их жизни (плохое питание и жилищные условия, работа на вредных производствах), поведенческими особенностями (транслируемое в их среде отношение к здоровому образу жизни и распространённость вредных привычек) и психоэмоциональным состоянием (продолжительные стрессовые ситуации, ощущение приниженности своего социального статуса).

Таким образом, индивиды, во-первых, изначально характеризуются разным состоянием здоровья, трудоспособности, стрессоустойчивости и т. д. — то есть разным уровнем физиологического ресурса. Во-вторых, они различаются отношением к своему здоровью, ценностно-нормативным его восприятием, привычными бытовыми практиками его сохранения и обновления, которые усваиваются ещё в процессе ранней социализации в родительской семье. В то же время самооценки здоровья его восприятие при определённых условиях также могут воздействовать на самосохранительное поведение, а в итоге — и на

состояние здоровья. В-третьих, особенности места жительства и экономического положения индивидов определяют доступность для них здравоохранительной инфраструктуры и определённых видов профессиональной деятельности, по-разному сказывающихся на их возможностях длительного сохранения здоровья. При этом даже средний уровень здоровья «при всех прочих равных» повышает шансы индивида попасть в средне- и высокодоходные слои общества, в то время как плохое состояние здоровья существенно повышает риски попадания в депривированные слои [Модель..., 2018; Каравай, 2020]. Даже сам по себе факт занятости также в значительной степени зависит от состояния здоровья [Кузьмич, Рошин, 2008], во многом определяя и её конкретную форму [Kim et al., 2012].

Таким образом, здоровье рассматривается в социологии и как фактор, определяющий место индивида в системе стратификации, и как детерминант характера его занятости, и как результат воздействия стратификационных и индивидуальных факторов, и как критерий социального благополучия. Более того, существуют даже специальные области социологической науки, такие как социология здоровья, социология медицины и т. п., сосредоточенные на изучении этого феномена. В своём исследовании мы сосредоточимся на анализе взаимосвязи объективных характеристик состояния здоровья россиян и его субъективного восприятия ими, а также их связи с самосохранительным образом жизни. Эмпирической основой нашего исследования стали данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (далее RLMS-HSE)¹, собранные в конце 2003 и 2018 гг. Выборка за 2003 г. включала 7152 респондента, за 2008 г. — 8126, за 2013 г. — 12 953, за 2018 г. — 9857 респондентов от 18 лет и старше.

Здоровье россиян: объективные и субъективные показатели

Операционализация состояния здоровья является довольно сложной методологической и методической проблемой. Его индикаторами обычно служат либо разного рода объективные показатели здоровья (наличие инвалидности, диагностированных хронических болезней, недавние операции и т. п.), либо субъективные оценки его состояния, отражающие сложно формализуемые его компоненты, прямо влияющие тем не менее на поведенческие практики индивидов. В исследовании С. О. Кузьмич и С. Ю. Рошина, проведённого в 2007 г. на

¹ «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ (RLMS-HSE)», проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле и Института социологии Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН. (Сайты обследования RLMS-HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms> и <http://www.hse.ru/rlms>).

данных 1994–2004 гг. [Кузьмич, Рошин, 2008], проблемы измерения состояния здоровья описаны довольно подробно. Авторы называют восемь наиболее доступных и распространённых показателей, связанных и с самооценками здоровья, и с ожидаемой продолжительностью жизни (ожидаемое время летального исхода), и с объективным наличием тех или иных болезней, и с антропометрическими характеристиками. Каждый из этих подходов имеет свои ограничения. Показатели, связанные с самооценками здоровья, часто смещены из-за влияния «комплекса косвенных факторов и условий и особенности ситуации в момент опроса, в результате чего возникает ошибка измерения» [Кузьмич, Рошин, 2008: 33]. Особенно сильно смещение самооценок «вниз» связано с отсутствием у индивида работы или с наличием возможностей получить качественную диагностику своего здоровья. В первом случае индивид может подсознательно хуже оценивать своё здоровье, чтобы оправдать свою незанятость. Во втором случае диагностированные заболевания, не влияющие на качество жизни, могут заставлять человека ощущать себя больным. Завышение же самооценок может происходить, например, в случае, когда индивиду удалось подобрать приемлемую форму занятости и остаться на рынке труда при плохих объективных показателях здоровья и даже наличии инвалидности, или когда он считает имеющиеся хронические заболевания нормой для своего возраста [Health and Health Care., 2009].

Объективные показатели также не всегда отражают реальную ситуацию со здоровьем индивида. Во-первых, уровень диагностики различных заболеваний зависит от качества системы здравоохранения по месту жительства индивидов и характера её использования, и велика вероятность, что какая-то часть опрошенных просто не знает об объективных характеристиках своего здоровья. Во-вторых, определённые болезни могут не влиять на общую работоспособность и, например, в исследованиях влияния здоровья на занятость оказаться незначимыми. Далее мы постараемся продемонстрировать, какие противоречия возникают в оценках состояния здоровья россиян при использовании разных его индикаторов.

Так, например, если ориентироваться на данные ФСГС РФ по ожидаемой продолжительности жизни как кумулятивном показателе состояния здоровья, то за период с 2003 по 2018 г. она выросла с 65 до 73 лет¹ среди населения в целом, с 72 до 78 лет – среди женщин, и с 59 до 68 лет – среди мужчин. Однако заболеваемость болезнями системы кровообращения, значительно ухудшающих качество жизни и выступающих одной из основных причин смертности, за тот же период выросла с 20,6 до 32,6 случаев на 1000 человек, а болезнями эндокринной системы – с 9,6 до 13,1 случаев на 1000 человек². Это может быть связано

¹ Ожидаемая продолжительность жизни при рождении. Единая межведомственная информационно-статистическая система. URL: <https://www.fedstat.ru/indicator/31293> (дата обращения: 30.04.2020).

² Заболеваемость населения по основным классам болезней. ФСГС РФ. URL: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/zdr2-1.xls> (дата обращения: 30.04.2020).

как с улучшением диагностики этих заболеваний, так и с общим старением населения в результате роста продолжительности жизни. Однако в любом случае это говорит о невозможности получить непротиворечивую картину состояния здоровья населения, опираясь только на данные медицинской статистики.

При этом если ориентироваться на социологические данные, то изменения в состоянии здоровья населения нашей страны за последние 15 лет также нельзя назвать однозначными. Так, к 2018 г. сократилась доля тех, у кого не было диагностировано никаких хронических заболеваний (рис. 1): в 2003 г. она составляла 42,8% населения от 18 лет и старше, а в 2018 г. — только треть. В то же время доля наиболее распространённых хронических заболеваний изменилась ненамного — в рамках статистической погрешности. С одной стороны, возможно, имело место некоторое расширение охвата населения медицинской диагностикой — в частности, в 2003 г. в течение предыдущих трёх месяцев проходили профилактический осмотр 14,7% населения от 18 лет и старше, тогда как в 2018 г. таких было уже 21,9%. В результате, если рассматривать долю населения с хроническими болезнями, не представленными на рис. 1, то в 2003 г. она составляла 27,8%, а в 2018 г. была в 2 раза больше.



Рис. 1. Динамика распространённости некоторых хронических заболеваний среди россиян старше 18 лет, RLMS-HSE, 2003 и 2018 гг., %¹

¹ Многие заболевания, по каждому из которых отдельно опрашивали респондентов в 2018 г., в 2003 г. не дифференцировались отдельно и попадали в категорию «другие хронические заболевания».

Усложняет однозначную оценку состояния здоровья россиян при использовании данных RLMS-HSE и то, что в 2012 г. был расширен список хронических болезней, о которых спрашивали респондентов. Однако даже с учётом этой оговорки понятно, что за 2003–2018 гг. здоровье россиян в рамках определённых возрастных когорт не улучшалось, а в группе старше 60 лет, которая в наибольшей степени почувствует последствия пенсионной реформы, оно даже ухудшилось. В итоге сохранить здоровье к 60 годам сейчас удаётся, если судить по формальному наличию заболеваний, только каждому десятому россиянину. При этом для многих из них это результат отсутствия соответствующей диагностики, и реально доля сохранивших его к этому возрасту, видимо, ещё меньше.

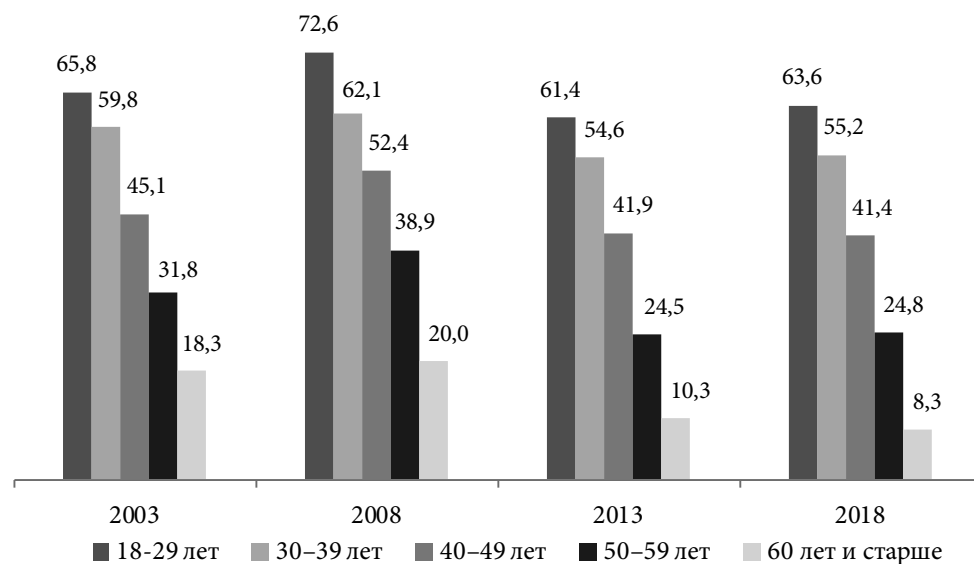


Рис. 2. Доля населения без диагностированных хронических заболеваний в различных возрастных когортах, RLMS-HSE, 2003–2018 гг., %

Если говорить о наиболее распространённых проблемах со здоровьем, наблюдаемых у россиян, опираясь на данные об их хронических заболеваниях, то это заболевания сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта. При этом существуют статистически значимые различия в состоянии здоровья работающих и неработающих россиян трудоспособного возраста от 18 лет и до достижения пенсионного возраста (см. табл. 1), а некоторые болезни среди занятых встречаются даже чаще, чем среди незанятых, — это хронические заболевания ЖКТ, ЛОР-органов, аллергии и гинекологические заболевания среди женщин. В то же время серьёзные проблемы с сердечно-сосудистой системой, включая инфаркты и инсульты, чаще встречаются среди неработающих лиц трудоспособного возраста, т. е. именно этот тип заболеваний не только сильно сказывается на общем качестве жизни, но и относительно чаще выступает серьёзной причиной окончания занятости.

Таблица 1

Распространённость основных хронических болезней среди работающих и неработающих россиян, RLMS-HSE 2003 и 2018 гг., % от населения трудоспособного возраста¹

Диагностированные заболевания	2003		2018	
	Неработающие	Работающие	Неработающие	Работающие
Не диагностировано никаких хронических заболеваний	55,6	52,3	44,3	40,2
Диагностированные хронические заболевания				
Заболевания суставов	-	-	12,3	10,9
Заболевания позвоночника	13,7	16,4	13,2	14,0
Заболевания желудочно-кишечного тракта	13,1	16,8	12,2	15,0
Заболевания глаз	-	-	9,2	8,8
Заболевания сердца	10,0	7,6	6,5	4,5
Варикозное расширение вен	-	-	5,4	5,9
Неврологические заболевания	-	-	7,3	4,3
Заболевание ЛОР-органов	-	-	7,0	8,8
Заболевания почек	7,7	7,0	5,6	5,3
Заболевания печени	6,9	7,9	4,8	4,0
Заболевания лёгких, бронхов	5,1	4,2	5,8	4,4
Аллергия	-	-	5,4	7,1
Гинекологические заболевания*	-	-	7,8	11,6
Заболевания мочеполовой системы	-	-	2,2	2,2
Заболевания кожного покрова	-	-	2,0	2,4
Онкологические заболевания	-	-	1,2	0,6
Другие хронические заболевания**	20,8	20,4	1,1	0,6

*Среди женщин в соответствующей группе.

**Все заболевания, по каждому из которых отдельно опрашивали респондентов в 2018 г., в 2003 г. попадали в категорию «другие хронические заболевания».

Отдельно стоит сказать и о некоторых конкретных проблемах со здоровьем у работающих и неработающих россиян от 18 лет и до пенсионного возраста. Как видно из таблицы 2, для занятых было и остаётся в большей степени характерным повышенное артериальное давление, в то время как наличие в анамнезе инфаркта миокарда и серьёзных нервных расстройств характерно в большей степени для неработающих россиян трудоспособного возраста. При этом несмотря на то, что распространённость серьёзных нервных расстройств и депрессий снизилась за 2003–2018 гг., за этот период различия в данном показателе между работающими и неработающими трудоспособного возраста стали статистически значимы.

¹ Фоном выделены статистически значимые различия ($\alpha < 0,05$).

Таблица 2

Распространённость отдельных проблем со здоровьем среди работающих и неработающих россиян, RLMS-HSE 2003 и 2018 гг., % от населения трудоспособного возраста¹

Диагностированные заболевания	2003		2018	
	Неработающие	Работающие	Неработающие	Работающие
Повышенное артериальное давление	22,7	29,9	20,5	23,7
Диабет или повышенный сахар в крови	1,7	2,1	2,3	2,3
Гепатиты	6,9	9,9	3,7	4,1
Инсульт (кровоизлияние в мозг)	1,3	0,4	0,9	0,5
Инфаркт миокарда	1,7	1,0	1,2	0,6
Туберкулёз	1,3	0,8	0,7	0,5
Анемия	4,6	3,9	2,2	2,2
Хирургические операции	3,5	3,4	2,8	2,4
Серьёзные нервные расстройства, депрессии	19,1	17,3	11,4	8,1

Рассмотрим теперь, как выглядит динамика здоровья россиян, если опираться на субъективные, а не на объективные его показатели. Динамика самооценок состояния здоровья респондентов показывает, что определённые перемены в самочувствии населения старше 18 лет тоже были. Хотя на протяжении всего рассматриваемого периода около половины россиян стабильно оценивали своё здоровье как среднее, но доля лиц с плохими его самооценками немного снизилась, в то время как доля тех, кто оценивал своё здоровье как хорошее, напротив, увеличилась с четверти в 2003 г. до почти трети в 2018 г. Однако если сравнивать ситуации 2013 и 2018 гг., т. е. за период, на специфику которого мы уже обращали внимание, то, как показано на рисунке 3, говорить о продолжении тенденции улучшения здоровья не приходится.

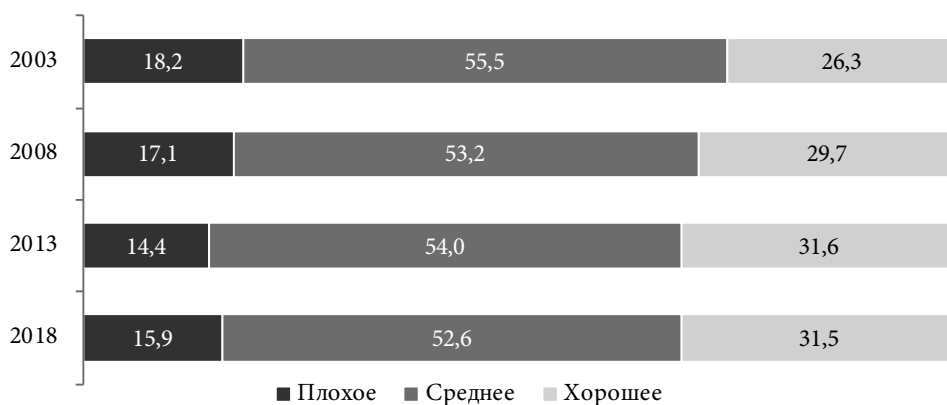


Рис. 3. Динамика самооценок состояния здоровья среди россиян старше 18 лет, RLMS-HSE, 2003–2018 гг., %

¹ Фоном выделены статистически значимые различия ($\alpha < 0,05$).

В целом объективные характеристики здоровья и его субъективные оценки довольно тесно связаны между собой. Так, среди тех, кто оценивал своё здоровье как хорошее, в 2018 г. не имели хронических заболеваний 67,7%, среди лиц с плохими самооценками – 1,5%, со средними – 22,6%. Среди имеющих инвалидность 59,0% оценивали своё здоровье как плохое, 37,6% – как среднее, и лишь 3,4% – как хорошее.

Для более детальной проверки того, насколько и как взаимосвязаны друг с другом объективные показатели здоровья и его субъективные самооценки, был проведён регрессионный анализ. Поскольку зависимая переменная (самооценка здоровья) является порядковой, то в качестве метода анализа была выбрана мультиномиальная регрессия, в которой базовой категорией стали оценки своего здоровья респондентами как хорошего. Таким образом, результаты моделирования будут показывать, как тот или иной фактор влияет на вероятность ухудшения самоооценок здоровья до средних или до плохих. В число независимых переменных, помимо наличия различных диагностированных хронических болезней и отдельных проблем со здоровьем, вошли и некоторые социально-экономические и демографические факторы, которые, согласно многочисленным исследованиям [Кузьмич, Рошин, 2008; Назарова, 2003; Health and Health Care..., 2009 и др.], также влияют на самооценки индивидов относительно их состояния здоровья. Поскольку нашей целью было выяснить взаимосвязь объективных характеристик здоровья и субъективных его оценок, мы не стали включать в модель факторы, которые могут влиять на само состояние здоровья (вредные или полезные привычки, занятость на вредном производстве и пр.), а не на его оценки.

Мультиномиальный регрессионный анализ показал¹, что почти все диагностированные хронические заболевания и другие сбои в работе организма влияют на ухудшение самоооценок своего здоровья россиянами (табл. 3). Незначимы оказались лишь хронические заболевания кожного покрова и варикозное расширение вен, а также имеющиеся в анамнезе гепатиты и инфаркты². По результатам проведённого регрессионного анализа можно выделить и объективные показатели здоровья, которые с большей вероятностью смещают его самооценки до категории «плохо» – это инсульты, онкология, туберкулёз, хронические заболевания сердца и наличие оформленной инвалидности. В то же время аллергии и заболевания глаз с большей вероятностью снижают самооценки состояния здоровья до «средних», чем до «плохих».

¹ Построение модели производилось методом исключения, когда на первом этапе включаются все переменные, а на последующих исключаются незначимые. Псевдо-R² итоговой модели был равен 0,548. Информационные критерии начальной и конечной моделей составляли, соответственно: BIC = 13099,607 и 13019,744, AIC = 12542,502 и 12534,062. Помимо прочих в число значимых переменных не вошёл показатель занятости. Этот наш результат отличается от полученных ранее другими исследователями (см., напр.: [Кузьмич, Рошин, 2008]), которые говорили о том, что состояние здоровья, выраженное через его самооценки, зависит от наличия занятости. Мы такой зависимости не обнаружили, и этот факт требует отдельного анализа, который, к сожалению, не может быть приведён в данной статье в силу ограниченности её объёма.

² Учитывая, что в модель были включены переменные хронических заболеваний печени и сердца, отдельные показатели заболеваемости гепатитами и инфарктами оказались излишними и не вошли в итоговую модель.

Таблица 3

Результаты мультиномиальной регрессии факторов самооценок состояния здоровья
(база – хорошее здоровье)

Переменные	Плохое	Среднее
Мужчины	0,893	0,838**
Возраст	1,077***	1,040***
Натуральный логарифм среднедушевого дохода	0,966	1,211***
Неудовлетворённость жизнью	3,567***	1,755***
Уровень образования (база – только школа)		
Высшее	0,514***	0,905
Среднее профессиональное	0,711*	1,003
Начальное профессиональное	1,140	1,349***
Тип поселения по месту проживания (база – сёла)		
Областные центры	1,147	1,071
Остальные города	1,647***	1,365***
ПГТ	0,437***	0,427***
Формальный показатель ограниченной трудоспособности		
Наличие оформленной инвалидности	6,198***	1,852**
Диагностированные хронические заболевания		
Сердца	4,606***	2,789***
Легких и бронхов	3,541***	2,577***
Печени	3,724***	2,417***
Почек	1,646**	1,567**
Желудочно-кишечного тракта	2,072***	1,742***
Позвоночника	1,788***	1,727***
Суставов	3,722***	2,142***
ЛОР-органов	1,382**	1,595***
Неврологические	2,964***	2,062***
Глаз	1,239	1,304**
Аллергии	1,283	1,406**
Онкологические	6,311***	3,351**
Гинекологические	2,107***	2,064***
Мочеполовой системы	2,833***	1,829**
Другие диагностированные хронические заболевания	4,893***	2,502**
Отдельные проблемы со здоровьем		
Недавние хирургические операции	2,744***	2,433***
Диабет или повышенный сахар в крови	4,528***	3,483***
Повышенное артериальное давление	3,531***	2,107***
Инсульт	5,439**	2,600
Анемия	2,370**	2,286**
Туберкулёз	5,958**	3,632**
Нервные расстройства, депрессии	3,791***	1,497***

***Значимы при 99%, **значимы при 95%, *значимы при 90%.

Если же говорить о социально-экономических и социально-демографических факторах самооценок здоровья, то при прочих равных мужчины больше склонны оценивать его как хорошее, чем женщины, хотя для негативных его самооценок гендерная принадлежность уже незначима. Для людей с высшим и средним профессиональным образованием при прочих равных свойственно с большей вероятностью оценивать своё здоровье лучше, чем для остальных. Высокие среднедушевые доходы, наоборот, приводят к занижению самооценок своего здоровья, что, вероятно, связано с лучшим доступом более обеспеченных семей к качественной медицине и своевременной диагностике болезней, а также более высокими запросами к качеству своей жизни. С неравенством в возможностях доступа к медицине, затрудняющим для них своевременную диагностику, могут быть связаны и более высокие самооценки своего здоровья сельскими жителями по сравнению с городскими. Наконец, в значительной степени субъективные оценки своего здоровья зависят от психологического состояния человека — общая неудовлетворённость жизнью тесно связана с вероятностью встретить негативные самооценки своего здоровья, хотя характер причинно-следственных связей между ними заслуживает отдельного изучения.

Таким образом, наши результаты свидетельствуют о том, что объективные показатели здоровья, хотя и отражают его реальное состояние (по крайней мере для тех, у кого были диагностированы заболевания) и связаны с его субъективными оценками, однако эта связь по-разному проявляется в зависимости от того, в чём именно заключаются эти объективные проблемы. Более того, даже полное отсутствие диагностированных проблем в работе организма не может гарантировать высоких самооценок здоровья в условиях отсутствия удовлетворённости собственной жизнью. В то же время среди социально-экономических и социально-демографических факторов, определяющих эти самооценки, есть много и таких, которые смещают их «вверх», хотя доминируют все же понижающие их факторы. Но может ли обеспокоенность своим здоровьем вести к формированию самосохранительного поведения? И как вообще связаны объективные характеристики и субъективные самооценки здоровья с самосохранительным поведением индивидов?

Отношение россиян к своему здоровью

Большое количество медицинских исследований связывают длительность отсутствия хронических заболеваний в жизни человека с его склонностью вести здоровый образ жизни. Так, в недавнем исследовании консорциума европейских учёных [Nyberg et al., 2020] показано, что количество лет жизни без хронических болезней в большей степени зависит от телосложения человека и его повседневных привычек. Дольше всего сохраняют здоровье те, чей индекс массы тела¹

¹ Индекс массы тела — отношение массы тела, выраженной в килограммах, к квадрату роста, выраженного в метрах. Эта расчётная величина используется в медицине для оценки избыточной массы в теле человека. Нормой считается ИМТ 18–25,5 единиц. При всех его недостатках и ограничениях (например, в случае профессиональных спортсменов данный показатель не применим), ИМТ является распространённым инструментом оценки комплекции человека и степени его ожирения.

составляет менее 25 единиц, и при этом для них справедливы хотя бы два из трёх пунктов здорового образа жизни: отсутствие опыта курения, наличие физической активности (свыше 2,5 часов умеренной активности в неделю) и умеренное потребление алкоголя (ежедневно не более 10 грамм в пересчёте на чистый этанол). Авторы исследования обнаружили, что соответствующие этим критериям жители Европы имеют самые высокие шансы дожить до 70 лет без основных хронических заболеваний (включая сердечно-сосудистые, диабет и даже онкологию). Оценим теперь, как соотносятся эти критерии с повседневными привычками россиян.

Таблица 4

Распространённость различных элементов самосохранительного поведения среди российской молодёжи с различными субъективными и объективными характеристиками здоровья, RLMS-HSE, 2018 г., % по столбцу¹

Элементы самосохранительного поведения	Наличие диагностированных хронических заболеваний		Самооценки состояния здоровья		
	Есть	Нет	Плохое	Среднее	Хорошее
В возрасте 18–29 лет					
ИМТ 18–25,5 единиц	61,7	71,5	58,1	60,8	71,5
Никогда не курили	62,9	69,0	45,2	64,2	68,6
Умеренное потребление алкоголя	48,5	58,0	38,7	54,6	55,0
Есть физические нагрузки	43,6	42,2	32,3	44,0	42,5
В возрасте 30–39 лет					
ИМТ 18–25,5 единиц	51,7	54,4	46,9	51,4	54,9
Никогда не курили	44,0	52,4	28,6	45,3	52,6
Редкое потребление алкоголя	37,5	43,1	53,1	37,7	42,4
Есть физические нагрузки	29,5	27,4	20,4	29,1	28,1

По самым широким оценкам², в 2018 г. указанным критериям европейских медиков соответствовали 42,4% россиян 18–29 лет и 21,6% 30–39-летних, при том что не имеющих диагностированных хронических заболеваний в соответствующих возрастных когортах было, как мы показывали на рис. 2., 63,6 и 55,2%. Если сопоставлять эти две группы населения, то среди тех, кто подходит под критерии европейского исследования, в возрастной когорте 18–29-летних 69,6% не имели хронических заболеваний, тогда как среди остальных россиян этого же возраста соответствующий показатель составлял 59,2%. В возрастной когорте 30–39-летних соответствующие показатели составляют 62,6 и 53,1%. Таким образом, суще-

¹ Фоном выделены статистически значимые различия ($\alpha < 0,05$).

² Так, например, в число тех, кто характеризуется умеренным потреблением алкоголя, мы включали тех, кто не употребляет его совсем либо делает это реже 3 раз в месяц. В нашем случае группа скорее всего получилась больше, чем если бы мы пересчитывали употребление алкоголя на чистый этанол. Помимо этого, все, кто указал, что занимается хотя бы какой-то физкультурой не менее трех раз в неделю, составили соответствующую группу практикующих физическую активность, которая также больше, чем группа тех, кто занимается не менее 2,5 часов в неделю.

ствует довольно чёткая взаимосвязь между состоянием здоровья и склонностью индивидов к самосохранительным практикам. Это подтверждает и то, что среди молодёжи 18–29 лет с диагностированными хроническими заболеваниями или плохими самооценками своего здоровья заметно меньше тех, кто практикует различные элементы самосохранительного поведения. В когорте 30–39-летних эти различия сохраняются, хотя независимо от состояния здоровья интерес представителей этой возрастной когорты к здоровому образу жизни заметно ниже, чем у 18–29-летних. При этом субъективно плохое состояние здоровья не подталкивает даже молодёжь к самосохранительному поведению. Единственным исключением является сокращение потребления алкоголя в когорте 30–39 лет (табл. 4).

Если говорить о динамике самосохранительного поведения, то, согласно данным RLMS-HSE (рис. 4б), в целом за рассматриваемый период россияне стали реже курить и сократили потребление алкоголя. Так, к осени 2018 г. 59,7% населения старше 18 лет никогда не курили, а половина – крайне редко (не чаще 2 раз в месяц) употребляли алкоголь или не употребляли его вовсе. Выросло число индивидов, практикующих физические нагрузки и проходящих профосмотры, однако и в 2018 г. таких было сравнительно немного – 27,7 и 21,9% соответственно. Одновременно с этим за рассматриваемый период заметно возросло число людей с избыточным весом (рис. 4а), – если в 2003 г. от избыточного веса и ожирения разной степени страдали немногим больше половины взрослого населения, то в 2018 г. этот показатель составил уже 57,2%.

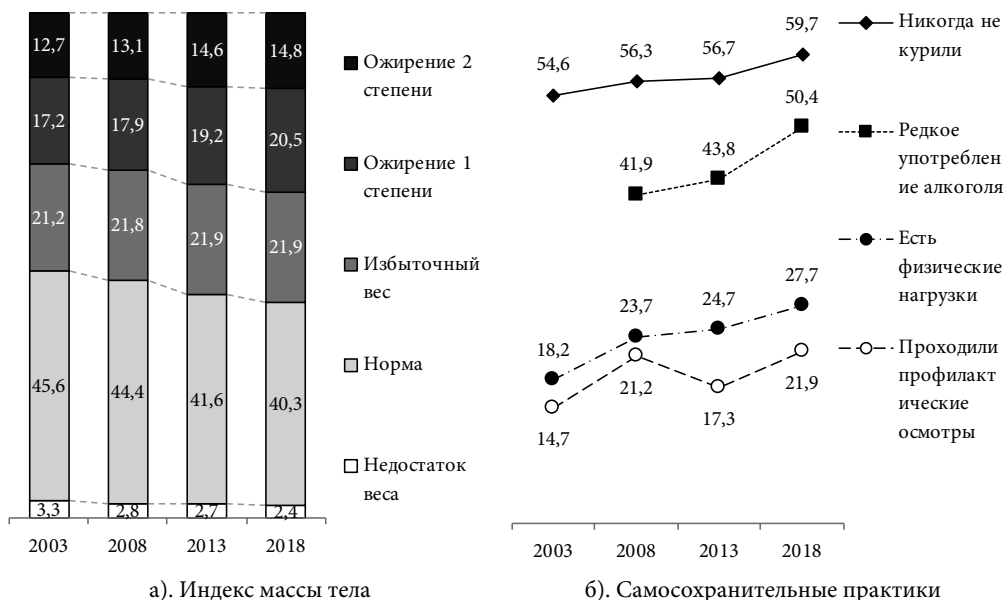


Рис. 4. Динамика распространённости некоторых показателей здорового образа жизни среди россиян старше 18 лет, RLMS-HSE, 2003–2018 гг., %

Таким образом, если сопоставлять текущую ситуацию с самосохранительными практиками в России с последними выводами европейских медиков, то рассчитывать на существенное улучшение состояния здоровья россиян в будущем за счёт активизации их нынешнего самосохранительного поведения не приходится. Этот вывод не отменяет и тот факт, что в группе 30–39-летних россиян 48,6% никогда не курили, 40,6% редко употребляют алкоголь, 29,3% практикуют хотя бы изредка физические нагрузки, а 20,8% проходят профилактические осмотры. В то время как среди 18–30-летних соответствующие показатели составляют 66,8, 54,5, 44,6 и 23,8%. Казалось бы, это внушает определённый оптимизм и может быть связано с различиями в ценностях разных поколений. Однако аналогичный разрыв в распространённости самосохранительных практик между этими возрастными когортами мы наблюдали и в 2008, и в 2013 гг. Это наводит на мысль, что после 30 лет у россиян происходит существенная переоценка жизненных приоритетов и забота о собственном здоровье отходит на дальний план, что конечно, не способствует его длительному сохранению. Учитывая же, что именно в группе до 30 лет реже всего встречаются разного рода заболевания и максимально высоки самооценки своего здоровья, понятно, что самосохранительное поведение связано сейчас в России не столько с текущими объективными проблемами со здоровьем или беспокойством за него в силу его субъективных негативных оценок, сколько с определённым – молодёжным – образом жизни.

Заключение

Наше исследование показало, что в настоящее время сравнительно немногие россияне имеют хорошее состояние здоровья и по субъективным ощущениям, и по объективным его характеристикам, причём обе эти группы показательно связаны между собой не очень жёстко. Группа не имеющих в анамнезе никаких диагностированных хронических заболеваний и тех, кто оценивает своё здоровье как хорошее, не совпадают полностью, хотя и различаются не очень значительно.

Если сравнивать состояние здоровья россиян в 2018 г. и за 15 лет до этого, то динамика субъективных и объективных его показателей противоречива. С одной стороны, возросло количество россиян, оценивающих своё состояние здоровья как хорошее. С другой стороны, на фоне общего роста продолжительности жизни заметно сократилась доля взрослого населения без каких-либо заболеваний в анамнезе. Такую противоречивую динамику, видимо, можно объяснить расширением охвата населения медицинской диагностикой. То есть в среднем люди не стали чаще болеть, однако стали чаще узнавать о своих заболеваниях. Говоря об этапах динамики здоровья россиян в 2000–2010-х гг., нужно отметить также, что после 2013 г. улучшение объективных и субъективных показателей здоровья остановилось.

Достаточно широко распространённый диссонанс субъективных оценок россиянами состояния своего здоровья и наличия у них диагностированных заболеваний поставил вопрос о том, как же реальные сбои в работе организма влияют на характер самооценок здоровья. Наши результаты показали, что наличие объек-

тивных проблем со здоровьем влияет на субъективные его оценки в зависимости от того, какие именно это проблемы, а не только того, как сильно они выражены и ведут ли, например, к инвалидности. Сильно смещают оценки здоровья «вниз» тяжёлые заболевания, связанные с сердечно-сосудистой системой (особенно инсульты), опорно-двигательным аппаратом, лёгкими, нарушениями эндокринного обмена (диабет) и онкологией. В то же время, например, заболевания глаз или наличие аллергии снижают самооценки здоровья обычно лишь до «средних», а болезни кожи и вен на эти самооценки при прочих равных не влияют.

Кроме того, результаты регрессионного анализа показали значительное влияние психологического состояния индивидов на их самооценки своего здоровья. Неудовлетворённость собственной жизнью влечёт за собой негативное восприятие состояния организма с той же долей вероятности, что и, например, диагностированная артериальная гипертензия. Кроме того, российские мужчины традиционно (и наш анализ это в очередной раз подтвердил) считают себя здоровыми при прочих равных чаще, чем женщины, что является следствием определённого понимания маскулинности, всё ещё характерного для нашего общества. Однако, когда проблемы со здоровьем приобретают у них достаточно серьёзный характер, то гендерный фактор начинает утрачивать своё значение.

Улучшение состояния здоровья россиян в течение первых двух декад XXI в. связано не только с улучшениями в системе здравоохранения, но и с тем, что в нашем обществе постепенно распространяются элементы здорового образа жизни. Мы зафиксировали снижение доли россиян, подверженных вредным привычкам — всё больше становится тех, кто никогда не курил и редко употребляет алкогольные напитки. Одновременно с этим сравнительно немного, но заметно выросло количество тех, кто практикует хотя бы лёгкие физические нагрузки и не забывает о профилактических медицинских осмотрах. Однако эти положительные тенденции ещё недостаточно широко распространились в российском обществе, растёт доля россиян с избыточным весом, а физические нагрузки и регулярные профилактические осмотры пока игнорируют большинство взрослых россиян. Распространение самосохранительных практик в России при этом связано не с объективной необходимостью улучшения здоровья в силу диагностирования определённых заболеваний и не с субъективным беспокойством за него в силу его восприятия как плохого, а с ценностными установками и молодёжным образом жизни.

Список литературы

Ениколопов Р. Введение // Экономическая политика во времена COVID-19. Российская экономическая школа. Апрель 2020. С. 3–10. URL: [https://www.nes.ru/files/COVID19\(21apr2020\).pdf](https://www.nes.ru/files/COVID19(21apr2020).pdf) (дата обращения: 30.04.2020).

Журавлёва И. В. Почему не улучшается здоровье россиян? // Вестник Института социологии. 2013. №. 6. С. 163–176.

Ицхоки О. Новый коронавирус и экономика // Экономическая политика во времена COVID-19. Российская экономическая школа. Апрель 2020. С. 11–15 URL: [https://www.nes.ru/files/COVID19\(21apr2020\).pdf](https://www.nes.ru/files/COVID19(21apr2020).pdf) (дата обращения: 30.04.2020).

Каравай А. В. Факторы неравенства жизненных шансов россиян (опыт эмпирического анализа) // Социологическая наука и социальная практика. 2020. Т. 8. № 1. С. 63–78. DOI: <https://doi.org/10.19181/snsp.2020.8.1.7095>

Кузьмич О. С., Рощин С. Ю. Лучше ли быть здоровым? Экономическая отдача от здоровья в России // Экономический журнал Высшей школы экономики. 2008. Т. 12. № 1. С. 29–55.

Модель доходной стратификации российского общества: динамика, факторы, меж-страновые сравнения / Н. Е. Тихонова, Ю. П. Лежнина [и др.]; под ред. Н. Е. Тихоновой. М.: Нестор-История, 2018. 368 с. DOI: 10.317544469-1419-7

Назарова И. Б. Субъективные и объективные оценки здоровья населения // Социологический журнал. 1998. № 3/4. С. 246–249.

Назарова И. Б. Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социологические исследования. 2003. № 11. С. 57–69.

Отношение россиян к здоровому образу жизни // Институт общественного мнения: [сайт]. 21 августа 2017. URL: <https://iom.anketolog.ru/2017/08/21/otnoshenie-rossiyan-k-zdorovomu-obrazu-zhizni> (дата обращения: 30.10.2020).

Радаев В. В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация // Экономическая социология. 2002. Т. 3. № 4. С. 20–32.

Русинова Н. Л. Социальные неравенства в здоровье: посредническая роль материальных лишений и психологических ресурсов // Демографическое обозрение. 2019. № 6 (3). С. 6–30. DOI: 10.17323/demreview.v6i3.9853

Cookson R., Propper C., Asaria M., Raine R. Socio-Economic Inequalities in Health Care in England // FISCAL STUDIES. 2016. Т. 37. № 3–4. С. 371–403.

Fogel R. W. Secular trends in physiological capital: implications for equity in health care // Perspectives in Biology and Medicine. 2003. Т. 46. № 3. Suppl. P. 24–38.

Kim I. H. et al. Welfare states, flexible employment, and health: a critical review // Health Policy. 2012. Т. 104. № 2. P. 99–127. DOI: 10.1016/j.healthpol.2011.11.002

Manning N., Tikhonova N. (ed.). Health and Health Care in the New Russia. Ashgate, 2009.

Miller T. Making a difference in differences for the health inequalities of individuals // Health Affairs. 2007. Т. 26. № 5. С. 1235–1237. DOI: 10.1377/hlthaff.26.5.1235

Nyberg ST., Singh-Manoux A, Pentti J. et al. Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases // JAMA Intern Med. Published online April 06. 2020. DOI: 10.1001/jamainternmed.2020.0618

Дата поступления в редакцию: 18.05.2020. Принята к печати: 22.07.2020.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Каравай Анастасия Вадимовна – кандидат социологических наук, старший научный сотрудник, Институт социологии ФНИСЦ РАН, Москва, Россия.
E-mail: karavayav@yandex.ru
AuthorID РИНЦ: 811153

DOI: 10.19181/snsp.2020.8.4.7657

Dynamics of Russians' Health Status in 2003–2018: The Relationship Between Objective and Subjective Characteristics

Anastasia V. Karavay¹

¹Institute of Sociology of FCTAS RAS.

24/35, b. 5, Krzhizhanovskogo str., Moscow, Russia, 117218

For citation: Karavay A. V. (2020). Dynamics of Russians' Health Status in 2003–2018: The Relationship Between Objective and Subjective Characteristics. *Sociologicheskaja nauka I social'naja praktika*. Vol. 8. № 4. P. 69–87. DOI: 10.19181/snsp.2020.8.4.7657

Abstract. The article uses data from the Russia Longitudinal Monitoring Survey – Higher School of Economics (RLMS-HSE) from 2003–2018 to analyze the dynamics of the health status of Russians, determined through subjective and objective characteristics. It is shown that, regardless of the chosen indicator, relatively few Russians currently have a good health, and the proportion of people without diagnosed diseases and those who assess their health as good does not differ much. Analysis of the dynamics of various health characteristics has shown that against the background of a decrease in the share of Russians without diagnosed health problems, the number of people with positive self-assessments of their health has increased. However, this growth appeared in the period of 2003–2013, and then stopped. Results of the multinomial regression model demonstrate that having diagnosed diseases leads to a downward bias in self-assessments of individual's health, the degree of which depends on the nature of the disease. However, the complete absence of such diseases does not mean that an individual evaluates his health as good, since several socio-economic and demographic factors, including psycho-emotional state, also have a significant impact on this self-assessment of health. The article also shows that objective and subjective health characteristics are associated with the self-care practices, which, although they have become somewhat more popular in the period of 2003–2018, still are used only by a minority of Russians, even among young people.

Keywords: public health; self-care behaviour; healthy life; health status dynamic

REFERENCES

- Enikolopov R. (2020). Vvedenie. [Introduction]. *Ekonomicheskaya politika vo vremena COVID-19. Rossijskaja ekonomicheskaja shkola*. P. 3–10. (In Russ.).
- Zhuravleva I. V. (2013). Pochemu ne uluchshaetsya zdorov'e rossiyan? [Why not improve the health of Russians?]. *Vestnik instituta sotziologii*. Vol. 4. № 1. P. 163–176. (In Russ.).
- Itskhoki O. Novyi koronavirus i ekonomika. (2020). [New coronavirus and the economy]. *Ekonomicheskaya politika vo vremena COVID-19. Rossijskaja ekonomicheskaja shkola*. P. 11–15. (In Russ.).
- Karavay A. V. (2020). Faktory neravenstva zhiznennykh shansov rossiyan (opyt empiricheskogo analiza). [Factors of Inequality of Russians' Life Chances (Empirical Analysis)]. *Sociologicheskaja nauka i social'naja praktika*. № 1. P. 63–78. (In Russ.). DOI: 10.19181/snsp.2020.8.1.7095
- Kuz'mich O., Roshchin S. (2008). Luchshe li byt' zdorovym? Ekonomicheskaya otdacha ot zdorov'ya v Rossii. [Is It Better to Be Healthy? The Economic Returns of Health in Russia]. *HSE Economic Journal*. Vol. 12. № 1. P. 29–56. (In Russ.).
- Model' dohodno stratifikacii rossijskogo obshchestva: dinamika, faktory, mezhsranovye sravneniya*. (2018). [Model of income stratification of the Russian society: dynamics, factors, crosscountry comparisons]. Ed. by N. E. Tikhonova. M.: Nestor-Istoriya publ., 368 p. (In Russ.). DOI: 0.317544469-1419-7
- Nazarova I. B. (1998). Sub"ektivnye i ob"ektivnye otsenki zdorov'ya naseleniya. [Subjective and objective assessment of health status]. *Sociological Journal*. № 3/4. P. 246–249. (In Russ.).
- Nazarova I. B. (2003). Zdorov'e rossijskogo naseleniya: faktory i kharakteristiki (90-e gody). [Health of the Russian Population: Factors and Characteristics (90s)]. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. № 11. P. 57–69. (In Russ.).
- Otnoshenie rossiyan k zdorovomu obrazu zhizni. (2017). [The attitude of Russians to healthy lifestyle]. *Institut obshchestvennogo mneniia*. URL: <https://iom.anketolog.ru/2017/08/21/otnoshenie-rossiyan-k-zdorovomu-obrazu-zhizni> (data obrascheniia: 30.10.2020).

Radaev V. V. (2002). Ponyatie kapitala, formy kapitalov i ikh konvertatsiya. [Concept of the capital, form of the capitals and their converting]. *Ekonomicheskaya sotsiologiya*. Т. 3. № 4. P. 20–32. (In Russ.).

Rusinova N. L. (2019). Sotsial'nye neravenstva v zdorov'e: posrednicheskaya rol' material'nykh lishenii i psikhologicheskikh resursov. [Social Inequalities in Health: the Mediating Role of Material Deprivation and Psychological Resources]. *Demographic review*. № 6 (3). P. 6–30. (In Russ.).

Cookson R., Propper C., Asaria M., Raine R. (2016). Socio-Economic Inequalities in Health Care in England. *Fiscal Studies*. Vol. 37. № 3–4. P. 371–403.

Fogel R. W. (2003). Secular trends in physiological capital: implications for equity in health care. *Perspectives in Biology and Medicine*. Vol. 46. № 3. Suppl. P. 24–38.

Kim I. H. et al. (2012). Welfare states, flexible employment, and health: a critical review. *Health Policy*. Vol. 104. № 2. P. 99–127.

Manning N., Tikhonova N. (ed.). (2009). *Health and health care in the new Russia*. Ashgate.

Miller T. (2007). Making A Difference In Differences For The Health Inequalities Of Individuals. *Health Affairs*. Vol. 26. № 5. P. 1235–1237. DOI: 10.1377/hlthaff.26.5.1235

Nyberg ST., Singh-Manoux A, Pentti J. et al. (2020). Association of Healthy Lifestyle With Years Lived Without Major Chronic Diseases. *JAMA Intern Med. Published online*. DOI:10.1001/jamainternmed.2020.0618

The article was submitted on May 18, 2020. Accepted on July 22, 2020.

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

Karavay Anastasia Vadimovna – Candidate of Sociology, Senior Researcher, Institute of Sociology of FCTAS RAS, Moscow, Russia.

E-mail: karavayav@yandex.ru

OrcidID: 0000-0003-3122-4819

ResearcherID: R-4541-2016

Scopus Author ID: 57191285007