

## **ЗДОРОВЬЕ В СПЕКТРЕ СУБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНОК НАСЕЛЕНИЯ**

Как указано в Конституции Российской Федерации (ст. 41) и во Всемирной декларации по здравоохранению 1998 г., **здоровье является одним из основных прав каждого человека**. Оно выступает в качестве важнейшего условия и предпосылки благополучия и надлежащего качества жизни, а также мерила степени продвижения к уменьшению бедности, упрочению социальной сплоченности, фундамента устойчивого экономического роста. Инвестиции в сферу здравоохранения содействуют в долгосрочном выражении общему экономическому и социальному развитию. Поэтому степень успешности государственной, общественной политики может определяться степенью ее воздействия на здоровье.

Существует множество определений термина «здоровье». В настоящее время само понятие «здоровье» рассматривается как некий эталон, характеризующий **полное физическое, душевное, социальное благополучие человека**, способность в полной мере выполнять свои социальные или биологические функции, участвовать в различных сферах общественной деятельности, оптимально удовлетворять систему материальных и духовных потребностей, отражать эффективность адаптаций организма человека к условиям его жизнедеятельности<sup>1</sup>.

Привычной и наиболее распространенной в отечественной практике является традиционная статистическая оценка здоровья населения. Объективные статистические показатели, несомненно, важны, поскольку они позволяют быстро охватить проблемную ситуацию и увидеть закономерности и противоречия того или иного явления. В то же время важно подчеркнуть, что медицинская статистика оценивает состояние здоровья населения по фактическим уровням заболеваемости. При таком подходе, с одной стороны, не учитывается значительное количество латентной заболеваемости (особенно в последние годы), а с другой – речь не может идти собственно о здоровье, поскольку оно оказывается за рамками статистической оценки. Как показала практика, **наиболее значимым является показатель, отражающий субъективную оценку состояния здоровья**. Многие исследователи изучали его зависимости и пришли к выво-

---

<sup>1</sup> Экология, здоровье, качество жизни / Агаджанян Н.А., Ступаков Г.П., Ушаков И.Б., Полунина И.Н. — М.: Астрахань. 1996. — С.45.

ду, что **самый сильный переменный фактор** – это самооценка здоровья. Оказывается, что субъективное понятие имеет большую роль, чем объективные показатели, т.е. представления людей о своем здоровье оказываются важнее самого здоровья<sup>2</sup>. Под здоровьем люди чаще всего понимают переживаемое самочувствие по его поводу или же интерпретируют его как физическую дееспособность, а не наличие или отсутствие конкретных симптомов болезни, как состояние, не препятствующее выполнению привычных обязанностей. Эмоционально-психологический фон также в очень сильной степени способен оказывать влияние на оценку человеком общего потенциала здоровья как ресурса для осуществления своих жизненных планов<sup>3</sup>. Между тем, приходится констатировать, что специальные научные исследования этих аспектов в широком объеме практически не распространены в современных российских условиях, а в Вологодской области они и вовсе отсутствуют. Следовательно, проблема изучения субъективных оценок состояния здоровья, несомненно, актуальна на сегодняшний день и требует пристального и глубокого внимания.

С целью **выявления субъективных оценок состояния здоровья и определяющих его факторов** Вологодским научно-координационным центром ЦЭМИ РАН совместно с программой Тасис «Система профилактических мер и здоровье населения России» в марте — апреле 1999 г. был проведен специальный социологический опрос на территории региона (города Вологда и Череповец, а также семь районов). Всего было опрошено 1379 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением; пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города); половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 5 процентов. Приведем анализ результатов этого опроса.

## **1. Состояние физического здоровья населения в современных условиях**

Здоровье является одной из важнейших ценностей как для отдельной личности, так и для общества в целом. Как показывают данные опроса, **80,8 % респондентов считают здоровье «очень важной», 14,6% — «важной» ценностью в жизни.** Кроме

---

<sup>2</sup> Экология, здоровье, качество жизни / Агаджанян Н.А., Ступаков Г.П., Ушаков И.Б., Полунин И.Н. — М.: Астрахань, 1996. — С.46.

<sup>3</sup> Фомин Э.А., Федорова Н.М. Стратегии в отношении здоровья // Социологические исследования. — 1999. — №11. — С. 35.

того, поддержание здоровья является второй наиболее важной целью в жизни (74,3%) после семьи и счастливого брака (78,4%). Еще для 17,6% опрошенных здоровье важно в качестве средства для достижения других целей. Таким образом, по степени значимости **сохранение здоровья имеет первостепенное значение для подавляющего большинства населения региона.**

Негативные социально-экономические изменения последнего десятилетия отрицательно сказались и на здоровье населения Вологодской области. Об этом свидетельствует значительный рост официально регистрируемой заболеваемости по подавляющему большинству основных групп болезней за 1990—1998 гг. (табл.1).

Таблица 1

**Заболеваемость по основным группам болезней  
в Вологодской области в 1990 — 1998 гг.**  
(число заболеваний, зарегистрированных у больных с диагнозом,  
установленным впервые, на 1000 человек населения)

Основные группы болезней	Годы					1998 в % к 1990
	1990	1995	1996	1997	1998	
Инфекционные и паразитарные	32,2	47,4	42,1	40,1	44,3	137,6
Новообразований	4,9	6,0	6,1	6,5	6,9	140,8
Эндокринной системы	3,6	6,3	5,4	6,7	8,4	в 2,3 р.
Крови и кроветворной системы	2,7	3,7	4,1	4,2	5,2	192,5
Психические расстройства	7,8	10,2	8,2	6,9	8,1	103,8
Нервной системы и органов чувств	45,2	58,4	62,8	65,7	73,9	163,4
Органов кровообращения	9,4	12,5	13,4	13,9	15,2	161,7
Органов дыхания	327,8	364,4	315,3	354,6	347,1	105,8
Органов пищеварения	12,3	19,8	20,3	21,5	22,9	186,1
Мочеполовой системы	16,2	21,7	45,7	23,1	26,4	162,9
Осложнения беременности и родов	23,7	31,1	31,4	36,8	31,0	130,8
Кожы и подкожной клетчатки	31,7	48,4	47,2	43,6	46,9	147,9
Костно-мышечной системы	21,5	27,8	29,0	29,7	33,0	153,4
Врожденные аномалии	0,8	2,3	1,8	2,0	2,4	в 3 р.
Травмы и отравления	88,0	97,7	92,9	87,6	86,7	98,5
<b>Все болезни</b>	<b>611,7</b>	<b>737,6</b>	<b>682,3</b>	<b>719,8</b>	<b>741,9</b>	<b>121,2</b>

Источник: Вологодская область в 1998 году: Статистический ежегодник / Вологодский облкомстат. — Вологда, 1999. — С.81.

Ухудшение состояния здоровья населения явилось одной из ведущих непосредственных причин отрицательной динамики основных демографических показателей. Об этом свидетельствуют статистические данные. Так, в период с 1990 по 1998 г. на территории Вологодской области резко сократилась рождаемость (с 13,4 на 1000 населения до 8,2) и возросла смертность (с 11,9 на 1000 населения до 14,4). Это повлекло за собой переход от естественного прироста (1,5 на 1000 человек населения в 1990 г.) к естественной убыли населения (до -6,2 в 1998г.). Вследствие ухудшения состояния здоровья значительно уменьшилась ожидаемая продолжительность жизни населения: с 70 лет в 1990 г. до 66 лет в 1998 г. (у мужчин — с 63 лет до 61года, у женщин — с 75 до 73 лет)<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Вологодская область в 1998 году: Статистический ежегодник. — Вологда, 1999. — С.26—27.

Статистические данные подтверждаются и результатами исследований общественного мнения. Так, по оценкам респондентов, полученным в ходе социологического опроса, проведенного ВНКЦ ЦЭМИ РАН в июне 1998 г., состояние здоровья населения Вологодской области в период с 1991 г. по 1998 г. ухудшилось почти вдвое (табл. 2). Кроме того, ухудшились оценки комплекса условий формирования и поддержания состояния здоровья населения: материальное положение, жилищные условия, питание, медицинское обслуживание. При этом следует подчеркнуть, что данный опрос был проведен до финансово-экономического кризиса августа 1998 г., в результате которого резко ухудшившиеся условия существования основной массы населения обусловили дальнейшее негативное изменение состояния здоровья и различных определяющих его факторов.

Таблица 2

**Оценка различных сторон текущей жизни населением Вологодской области в июне 1998 г. в сравнении с 1991 г. (по пятибалльной шкале)<sup>5</sup>**

Показатели	1991г	Июнь 1998г.	Прирост/снижение (%)
Материальная обеспеченность	3,53	2,15	-39,1
Возможности приобретения товаров	3,78	2,22	-41,3
Жилищные условия	3,42	2,58	-24,6
Состояние здоровья	3,89	2,11	-45,8
Возможности для проведения свободного времени, отпуска, каникул	4,12	1,88	-54,4
Медицинское обслуживание	4,23	1,74	-58,9
Состояние здоровья	3,89	2,11	-45,8

По данным на весну 1999 г. (опрос ВНКЦ в марте—апреле 1999 г.), большинство населения в целом по области оценивало состояние своего собственного здоровья как удовлетворительное (57,7% респондентов). Хорошее и отличное состояние здоровья имели 24,1% опрошенных, плохое и очень плохое – 18%. Большинство опрошенных (69,8%) отметили, что несколько раз в год или почти ежемесячно испытывают легкие недомогания, 56,8% — недомогания, снижающие нормальную работоспособность, 22,9% страдают от болезней, приводящих к временной потере профессиональной дееспособности, 5,3% — от болезней, приводящих к полной потере дееспособности (табл. 3).

<sup>5</sup> Ильин В.А., Гулин К.А. Социальная ситуация в регионе: некоторые тенденции и перспективы. — Вологда, 1998. — С.4. Показатели в таблице рассчитаны следующим образом. Респондентам задавался вопрос: "Как изменились различные стороны Вашей жизни по сравнению с тем, что было примерно семь лет назад?". Оценки давались по пятизначной качественной шкале: от "значительно лучше" до "значительно хуже". Определенной оценке условий текущей жизни соответствует оценка условий жизни в 1991 г. Например, если респондент говорил, что сегодня он живет значительно лучше, то семь лет назад он жил значительно хуже, чем сейчас, и наоборот. По качественной шкале был рассчитан количественный показатель — средний балл (по пятибалльной шкале).

**Распределение ответов респондентов на вопрос:  
«Как часто и как тяжело Вы болеете?»  
(в % от числа опрошенных)**

Варианты ответов	Почти ежеме- сячно	Несколько раз в год	Раз в год и реже	Никогда
Недомогания (головные боли, общая слабость, обострения хронических болезней, травм, ран и т.д.), быстро проходящие под воздействием массажа, лекарств или сами по себе, не снижающие в целом трудоспособности	39,6	30,2	20,5	6,9
Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	17,3	39,5	25,8	10,8
Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишаящие возможности заниматься самообслуживанием, делать домашние дела, готовить пищу и т.д.	4,0	18,9	41,7	27,7
Болезни, приковывающие к домашней постели, приводящие к полной потере дееспособности, требуется обслуживание со стороны близких или других людей – сиделок и т.д., лечение в санатории	0,9	4,4	16,5	69,9

Таким образом, текущее состояние здоровья населения актуализирует необходимость более пристального внимания к изучению обуславливающих его факторов, в особенности тех, которые не поддаются традиционной статистической оценке: образа жизни, удовлетворенности качеством медицинского обслуживания и т.п.

## 2. Оценка факторов, влияющих на состояние здоровья

Состояние здоровья невозможно оценить в отрыве от условий и возможностей человеческой деятельности, той конкретной среды, в которой живут люди. Так, наиболее важными причинами ухудшения здоровья населения России, по мнению самих респондентов, являются такие негативные явления современной действительности, как отсутствие средств и безработица — 78%, вредные привычки (курение, чрезмерное употребление алкоголя) — 63,4%, частые стрессовые ситуации — 60,1%, загрязнения окружающей среды — 50,5%.

Общественное здоровье наиболее всесторонне раскрывается как интегральное качество (свойство) системы общественных отношений, условий и образа жизни только с помощью системного подхода. Поэтому наряду с оценкой общего состояния здоровья важной задачей социологического опроса являлась характеристика факторов и обстоятельств, его определяющих: пола, возраста, уровня и образа жизни, качества медицинского обслуживания и др. Она представлена в данной работе. Необходимо отме-

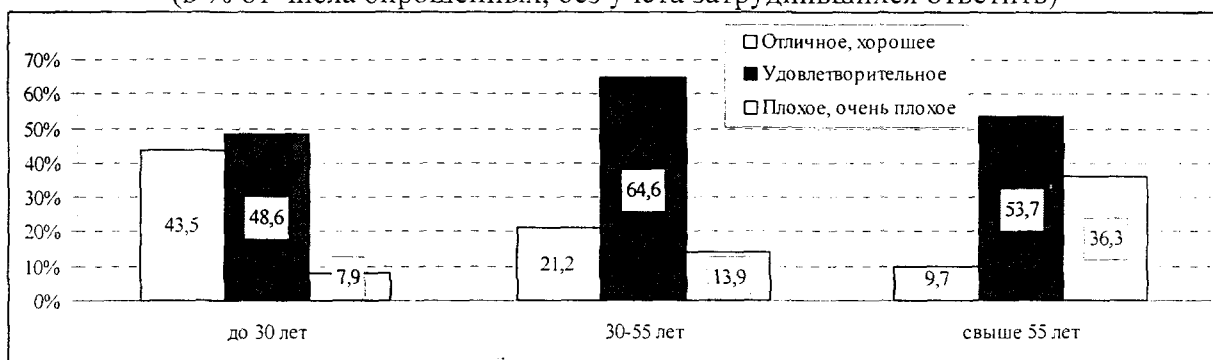
тить, что оценки состояния здоровья в контексте исследования представлены в основном вне зависимости от определяемых факторов, поскольку они напрямую исходят из текущего состояния здоровья, измерить которое социологическими методами не представляется возможным. В то же время приведенные факторы могут оказывать незаметное для человека (не ощущаемое непосредственно) влияние на здоровье либо проявляться через значительный период времени. Именно через призму этого построен ниже следующий анализ.

### Социально-демографические характеристики

Наиболее сильным переменным фактором, обуславливающим состояние здоровья человека, является его возраст. Поэтому не случайно, что субъективные оценки здоровья, как показал опрос, у отдельных возрастных категорий населения заметно различаются. Если в группе молодых (до 30 лет) респондентов доля оценивших состояние своего здоровья как «отличное, хорошее» составила 43,3%, как «плохое, очень плохое» — 7,9%, то в группе респондентов старшего возраста (от 55 лет) — 9,7% и 36,3% соответственно (рис. 1).

Рисунок 1

**Зависимость оценок состояния здоровья респондентов от их возраста**  
(в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

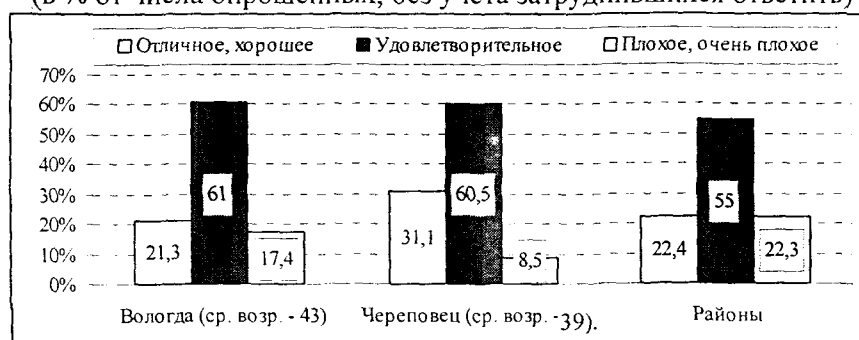


Это объясняется, с одной стороны, меньшей (как правило) подверженностью молодых людей каким-либо заболеваниям, а с другой — присущими им более оптимистичными настроениями в целом. Лицам старшего возраста, напротив, присущи противоположные качества. Так, среди представителей этой группы 79% испытывают регулярные легкие недомогания (среди респондентов до 30 лет — 62%), недомогания, снижающие возможность нормально работать, — 63% (соответственно 48%), страдают от болезней — 40% (14%), от тяжелых болезней — 13%.

Следовательно, закономерно, что в районах области, где больше доля пожилых в возрастной структуре населения, удельный вес негативных оценок состояния здоровья респондентов составил 22,3%, в Вологде — 17,4%, в Череповце — 8,5% (рис. 2), при среднем возрасте опрошенных — соответственно 45 лет, 43 года и 37 лет. Более молодой средний возраст череповчан объясняет то, что в самом экологически неблагоприятном месте области оценки населения в отношении собственного здоровья в целом более оптимистичны, чем в других территориальных образованиях.

Рисунок 2

**Оценки состояния здоровья в зависимости от местожительства респондентов**  
(в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)



Оценки состояния здоровья зависят также от пола респондентов (табл.4). Так, мужчины в 1,7 раза чаще характеризуют свое здоровье как «отличное, хорошее», а женщины — в 1,4

раза чаще как «плохое, очень плохое». Такая ситуация не случайна и обусловлена тем, что женщинам в целом присуще более внимательное отношение к состоянию своего здоровья.

### Доходы

Важнейшим показателем социально-экономического положения населения являются доходы. Они выступают также существенным фактором, оказывающим опосредованное влияние на здоровье людей. В современных условиях имеющийся уровень доходов не соответствует необходимому для поддержания нормального качества здоровья населения. Так, среднемесячный фактический доход на одного

Таблица 4

**Оценка состояния здоровья в зависимости от пола респондентов**  
(в %, без учета затруднившихся ответить)

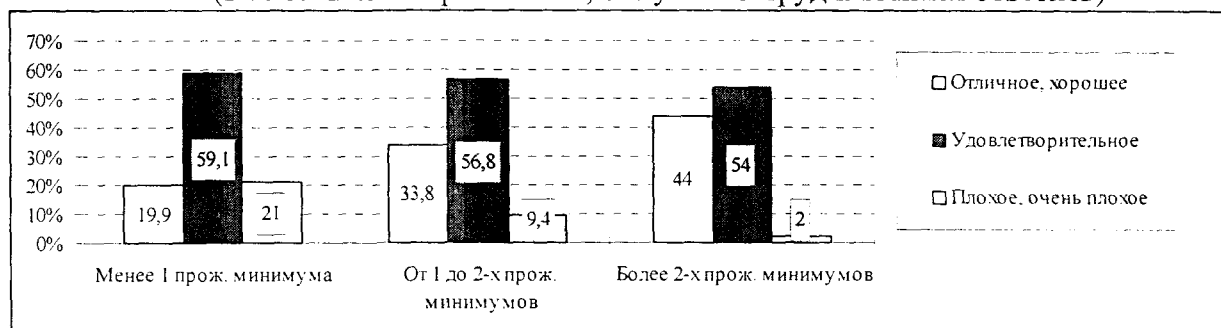
Пол	Отличное, хорошее	Удовлетворительное	Плохое, очень плохое
Мужской	31,1	53,7	14,8
Женский	18,8	60,9	20,3

члена семьи, по оценкам респондентов, на момент опроса был равен 551 руб. (в Вологде — 549 руб. в Череповце — 782 руб. и в районах — 447 руб.). Это составило 78% от официально утвержденного на момент опроса прожиточного минимума (706 руб.) и

лишь 24% от того уровня дохода, который респонденты считали необходимым для нормальной жизни (2303 руб.). Из этих данных следует, что не случайно «лучше, чем до реформ» живет лишь 2 % респондентов; 24,6% полагают, что им удалось приспособиться к сегодняшней жизни и «жить так же, как до реформ». Однако наибольшему числу опрошенных (71,2%) «не удалось приспособиться к новым социально-экономическим условиям жизни России, и они живут «хуже, чем до реформ». С точки зрения социальной самоидентификации большинство респондентов отнесли себя к бедным (54,7%) и людям среднего достатка (24,6%). Богатыми себя считали лишь 0,3% опрошенных. Низкий уровень доходов влечет за собой ухудшение качества питания, сокращение объема покупок промышленных товаров, возможностей для отдыха и т. д., что оказывает большое влияние на состояние здоровья. Поэтому не случайно, что более низкому уровню доходов, как правило, соответствуют более негативные самооценки здоровья.

Рисунок 3

**Зависимость оценок состояния здоровья респондентов от их доходов**  
(в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)



Как показывает рисунок 3, среди респондентов со среднедушевым доходом менее одного прожиточного минимума 20% оценили состояние своего здоровья как «отличное, хорошее», лишь 21% — как «плохое, очень плохое», с доходами от одного до двух прожиточных минимумов — соответственно 34% и 9,4%, с доходами более двух прожиточных минимумов — 44% и 2%.

### **Питание**

Немаловажное значение для поддержания здорового образа жизни имеет питание. Вынужденные самоограничения в разнообразии пищевого рациона приводят к несбалансированности, а в ряде случаев — к искусственному дефициту питания, что в конечном итоге влечет за собой нарушение нормальной жизнедеятельности. Не случайно, что в современных тяжелых социально-экономических условиях, как показал опрос,



лишь 2% респондентов оценивают питание как полноценное, 45% — как нормальное. В то же время 46% считают его неудовлетворительным и очень плохим, а 2,3% регулярно недоедают и голодают.

Оценки уровня питания находятся в прямой зависимости от доходов респондентов. Так, среднедоходные и высокодоходные группы респондентов в большей степени склонны оценивать свое питание как нормальное и полноценное, тогда как низкодоходные группы указывают в основном на неудовлетворительное и очень плохое питание (табл. 5).

Таблица 5

**Оценка качества питания в зависимости от категории дохода по прожиточному минимуму<sup>6</sup> (в % от числа опрошенных)**

Оценка питания	Категории доходов			Средний доход по выборке (551 руб.)
	Менее 1 прож. минимума	От 1 до 2-х прож. минимумов	Более 2-х прож. минимумов	
Полноценное	1	6	10	2
Нормальное	38	60	72	45
Неудовлетворительное	44	25	1,4	37
Очень плохое	11	4	16,2	10
Регулярно недоедаю, голодаю	2	1	0	2
Затрудняюсь ответить	4	4	0,4	4

Кроме того, существует определенная тенденция зависимости качества питания от числа детей в семье. Характерно, что чем больше детей в семье, тем хуже оценивается качество питания. Так, если у семей с одним и двумя детьми больший удельный вес занимают оценки «полноценного и нормального питания» — соответственно 52,7% и 43,5%, то в семьях, имеющих 3 детей и более, — «неудовлетворительное и очень плохое» — 59,5%.

Таким образом, несмотря на то, что на рынке продовольственных товаров наблюдается повышенное предложение продуктов питания, объем и качество потребляемой пищи является недостаточно полноценным, что обусловлено низкой покупательской способностью подавляющей массы населения. Неудовлетворительный уровень продовольственного потребления в конечном итоге ведет к нарушению нормальной жизнедеятельности и снижению общего состояния здоровья населения.

### *Жилищные условия*

Важное влияние на состояние здоровья оказывают условия проживания. По данным опроса, средний размер жилой площади квартир составляет в расчете на одного

<sup>6</sup> В 1999 г. величина прожиточного минимума составляла 706 руб. 00 коп.

человека 12,6 кв. м, что примерно соответствует норме (12 кв.м)<sup>7</sup>. В то же время почти каждый второй (48,1% респондентов) проживает на площади менее 12 кв. м на человека. При этом средняя площадь квартир различается в зависимости от количества членов семьи. Так, семьи с одним, двумя и тремя членами (их доли составляют 9,8%, 23,1% и 26,1% всех опрошенных) имеют в среднем, соответственно, от 28,7 до 12,1 кв. м на человека. У семей же с числом членов от четырех и более (их доля составляет 40%) полезная площадь жилья не соответствует норме (менее 10 кв. м на человека).

Значимым для поддержания высокого качества здоровья является уровень благоустроенности жилищ и жилищно-коммунального обслуживания. Он значительно ниже в районах области, чем в городах. В районах, по словам респондентов, часто отсутствует снабжение горячей и холодной водой, теплоснабжение и газоснабжение. Проведенным исследованием не установлено прямой зависимости между оценками состояния здоровья и качеством жилищно-коммунального обслуживания. Однако влияние данного фактора на здоровье очевидно, поэтому для более четкого установления этой зависимости необходимы дополнительные углубленные исследования.

### *Образ жизни*

Предыдущий анализ касался тех факторов, степень влияния которых на здоровье хотя и зависит от конкретной личности, но все же обусловлена внешними социальными, экономическими и иными процессами. В то же время состояние здоровья может во многом определяться и самим человеком, его жизненной позицией, даже несмотря на неблагоприятные внешние факторы. Речь идет о здоровом образе жизни, включающем в себя физическую активность и отсутствие вредных привычек.

Теоретически физическая активность (как один из компонентов здоровья) включает в себя выполнение тяжелой или легкой работы в повседневной деятельности, занятия физическими упражнениями и спортом, а также самооценку физической деятельности. В данном исследовании в этом качестве рассматривалась физическая активность (включая ходьбу) не менее 30 минут в день и не реже 3-х раз в неделю в свободное от работы и в рабочее время. Анализ опроса показал, что большая часть населения прибегают к подобному уровню физической активности в рабочее (64%) и в нерабочее (49%) время. Это говорит о том, что достаточно значительная часть респондентов физически активна на протяжении всего дня. Здесь необходимо отметить, что в проведенном оп-

---

<sup>7</sup> Жилищный кодекс РСФСР (утв. ВС РСФСР от 24 июня 1983г.). Ст. №38.

росе физическая активность не рассматривалась в развернутом аспекте, с выделением занятий физкультурой, спортом и т.п., что позволило бы дать ее полную характеристику. Такой подход планируется реализовать в дальнейших исследованиях ВНКЦ по проблеме здоровья населения региона.

Несомненно, что наличие вредных привычек, таких, как потребление алкоголя и курение, пагубно влияет на состояние здоровья. Однако опрос показал, что 30% респондентов регулярно или часто курит, многие употребляют спиртные напитки (1-2 раза в месяц – 31,4%, раз в неделю – 11,9%, ежедневно – 1,1%). Среди курящих преобладают мужчины молодого и среднего возраста. Процент курящих женщин значительно ниже. Процент совсем не употребляющих алкогольные напитки значительно выше среди женщин (26,5%) по сравнению с мужчинами (10,2%). Мужчины же более склонны к употреблению алкоголя и предпочитают крепкие алкогольные напитки. Зависимости самооценок состояния здоровья от наличия вредных привычек при анализе опросных данных не установлено, поскольку такие привычки в большей степени присущи относительно молодым людям, которые обычно дают и более оптимистичные оценки своего здоровья. Они не ощущают на себе непосредственного пагубного действия сигарет и алкогольных напитков, которое, однако, может проявиться спустя годы и десятилетия.

#### *Качество медицинского обслуживания*

Оценка человеком качества физического здоровья носит субъективный характер и зависит от многих факторов. Среди них можно назвать и особенности характера (в том числе типы высшей нервной деятельности — сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик), и медицинскую информированность (знание различных сторон тех или иных патологий, социальные обстоятельства, воспитание и т.д.). Кроме того, установлено, что очень большое значение для достижения необходимого эффекта лечения имеет взаимопонимание между врачом и больным. Эффект лечения (прежде всего субъективный) в большей мере зависит от степени «приемлемости врача», чем от характера лечебных мер. Согласно специальным обследованиям, при высоком уровне приемлемости число случаев значительного улучшения превышало число случаев отсутствия эффекта в 4 раза, причем ее степень не зависела от квалификационной категории врача<sup>8</sup>. Это показывает, насколько важным является обеспечение качества медицинского обслуживания, соответствующего потребностям населения.

---

<sup>8</sup> Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. Лекарства и качество жизни // Клиническая фармакология и фармакотерапия. Руководство для врачей. <http://ns.kuban.su/medicine/shtm/baza/lek/klftum/part5/5-14.htm>.

Как показывают данные опроса, основная масса респондентов в случае необходимости в медицинской помощи обращаются в поликлинику (75,5%), в больницу — 19,1%, в медицинские учреждения по месту работы — 13,1%. Лишь 4,9% опрошенных обращаются в платные медицинские учреждения, 2,3% — к частнопрактикующему врачу, 10,4% вызывают скорую помощь. 59,7% респондентов в течение года (с марта 1998 г. по март 1999 г.) обращались за помощью к врачу, 14,8% были госпитализированы (основная их часть — 65,2% — на срок от десяти дней до одного месяца).

Каким образом население оценивает сегодня уровень медицинского обслуживания? Отвечая на вопрос об удовлетворенности медицинским обслуживанием в целом, большая часть опрошенных (48,5%) дали ему неудовлетворительную оценку и лишь 24,5% — удовлетворительную. Однако в характеристике уровня обслуживания в отдельных учреждениях сферы здравоохранения преобладают позитивные оценки. Наибольшая степень удовлетворенности качеством медицинского обслуживания наблюдается у респондентов, посетивших платные медицинские учреждения, а наименьшая — у обратившихся в поликлиники по месту жительства (табл. 6). Это может свидетельствовать, с одной стороны, о более низком среднем уровне профессиональной квалификации персонала государственных амбулаторных учреждений, с другой — о его меньшем внимании к нуждам потребителей медицинских услуг. Последнее может быть обусловлено более низким уровнем материального стимулирования и большими объемами обслуживания пациентов.

Таблица 6

**Степень удовлетворенности респондентов качеством медицинского обслуживания**  
(в % от числа регулярно обращающихся к врачу)

Тип медучреждения	Удовлетворены	Относительно удовлетворены	Не удовлетворены
Поликлиника по месту жительства	37,7	40,6	21,7
Поликлиника предприятия или другие ведомственные поликлиники	35,8	37,9	26,3
Платные медицинские учреждения	48,2	31,2	20,8

Примечательно, что лишь 4,2% респондентов отметили положительные изменения в оказании медицинской помощи в течение года до момента опроса (с марта 1998 г. по март 1999 г.). Впятеро большая их доля (21,4%) оценила произошедшие изменения как отрицательные. 46,2% респондентов посчитали, что каких-либо качественных изменений в медицинском обслуживании не произошло.

Таким образом, качество медицинского обслуживания в современных условиях не отвечает в полной мере потребностям населения, что может явиться весомой предпо-

сылкой недостаточного эффекта лечения в учреждениях медицинской сферы. Это в конечном итоге скажется на здоровье населения, а кроме того, повлечет за собой снижение эффективности финансирования системы здравоохранения.

### **3. К вопросу о профилактике здоровья населения региона**

Значительную роль в предотвращении распространения заболеваемости играют вопросы профилактики. Риск возникновения серьезных заболеваний у отдельно взятых здоровых молодых людей невелик, тогда как у пожилых, объективно менее здоровых людей различные болезни влекут за собой более значительные изменения в состоянии здоровья. Поэтому для достижения ощутимых изменений в состоянии здоровья необходимо больше обращать внимание на предотвращение, а не на лечение заболеваний. Одной из задач опроса, в этой связи, являлось определение уровня информированности населения в сфере охраны и укрепления здоровья с целью выявления потенциальных возможностей для профилактической деятельности.

Прежде всего необходимо отметить, что население проявляет значительный интерес к проблеме здоровья. Наиболее интересующими темами в этом плане для большинства опрошенных является питание (86,4%), здоровая физическая активность (60,8%) и кровяное давление (32,1%).

Для повышения здоровья респонденты считают необходимым в первую очередь следовать рекомендациям здорового питания (72,4%), физически двигаться (63,5%), регулярно посещать врача (44,2%), не курить (24,8%), контролировать уровень артериального давления (23,3%). Вести здоровый образ жизни, по мнению опрошенных, значит, следовать рекомендациям здорового питания (65,5%), а также быть физически активным не реже трех раз в неделю тридцать или более минут (52,4%), регулярно показываться врачу (33,3%), не курить (30,1%).

В текущих условиях наиболее значимыми каналами распространения информации о здоровье являются телевидение, радио, газеты, а также члены семьи, друзья и сослуживцы (табл. 7). Однако качество сведений, получаемых из этих источников, далеко не всегда может соответствовать реальным требованиям, что может привести к неправильной профилактике и нежелательным последствиям для здоровья человека. Интересно, что последние места в этом ряду занимают медперсонал и специальная медицинская литература, то есть наиболее квалифицированные источники информации (редко или никогда не пользуется ими в среднем около половины опрошенных). В то

же время на примере вопроса о профилактике гипертонии можно сказать, что информацию о профилактике конкретных заболеваний основная масса респондентов (42,5%) получает от медицинских работников, 41% — из телевизионных передач и 32,1% — из газет.

Таблица 7

**Распределение ответов на вопрос:**  
**«Из каких источников Вы чаще всего узнаете о здоровье?»** (в % от числа опрошенных)

Источник информации	Еженедельно	Ежемесячно	Редко или никогда
Телевидение	49,7	15,6	17,5
Радио	21,9	11,8	34,4
Врачи	7,3	21,5	47,7
Мед.сестры, фельдшеры	4,6	15,2	46,0
Друзья, сослуживцы	14,7	18,3	34,1
Семья	26,8	16,2	23,1
Ежедневные/еженедельные газеты	21,1	12,3	35,2
Специальные медицинские журналы	2,9	7,6	56,1

Большинство респондентов (75,7%) информацию о здоровье хотело бы получать посредством телевидения, которое является наиболее доступным и распространенным из всех средств массовой информации, затем — от медицинских работников (71,6%) и, наконец, со страниц журналов (45,9%), из радиопередач (31,6%). По-видимому, сегодня необходимо ставить вопрос о расширении места просветительских телепередач, публикаций, в которых бы квалифицированно рассказывалось о мерах профилактики наиболее распространенных заболеваний. В ином случае свои потребности в информации об охране и укреплении здоровья люди будут реализовывать преимущественно в немедицинской сфере, как это во многом происходит сейчас. Несомненно, что такое положение дел будет иметь (и уже имеет) негативные последствия для здоровья населения.

### Заключение

Результаты проведенного исследования подтверждают вывод о том, что здоровье, являющееся важнейшей ценностью человеческой жизни, стало тем конечным звеном, в котором в концентрированной форме, через условия жизнедеятельности, отразились негативные последствия социально-экономических преобразований 1990-х годов. Поэтому охрана и укрепление здоровья должны представлять собой всеобъемлющий социальный и политический процесс. Он должен включать в себя не только действия по формированию и развитию потребностей, навыков и возможностей индивида, но и действия, направленные на социальные изменения окружающей среды, экономических ценностей, на изменение их влияния на общественное и индивидуальное здоровье.

Как показало исследование, финансово обеспеченные и молодые люди демонстрируют более высокую степень удовлетворенности своим здоровьем по сравнению с пожилыми, многодетными, испытывающими материальные трудности респондентами. Причем положение сегодня таково, что с увеличением возраста, как правило, ухудшается и материальное благосостояние человека. Складывается ситуация, при которой отдельные довольно значительные социальные группы, объективно имеющее худшее по сравнению с другими состояние здоровья, одновременно располагают меньшими возможностями для его поддержания.

Поэтому первостепенной задачей политики здравоохранения, наряду с обеспечением равных возможностей и справедливости, должна являться адресная поддержка социально неблагополучных слоев населения. Она чрезвычайно важна еще и потому, что в состав этих слоев все чаще попадают семьи с детьми, что крайне негативным образом сказывается на здоровье подрастающего поколения.

В заключение необходимо отметить, что проведенная работа явилась первым опытом исследований ВНКЦ ЦЭМИ РАН по проблеме здоровья населения региона. Анализ данных социологического опроса с привлечением отдельной статистической информации позволил зафиксировать текущее состояние здоровья и его изменения за период экономических преобразований, выявить совокупность субъективных оценок состояния здоровья и определяющих его факторов; определить уровень информированности населения по проблеме здравоохранения и его информационные потребности в этой сфере. В ближайшем будущем, благодаря пониманию и поддержке областной администрации, ВНКЦ намерен продолжить это исследование, корректируя и углубляя эмпирические и теоретические подходы к анализу поставленной проблемы. Особое внимание планируется уделить более четкому выявлению, обоснованию и анализу взаимосвязи «факторы, влияющие на здоровье — состояние здоровья — самооценки здоровья». На основе полученных данных будет представлена информация, необходимая для разработки приоритетных направлений совершенствования политики здравоохранения в регионе, комплексных действий по улучшению условий формирования и качества физического здоровья населения, повышения эффективности деятельности властных структур в этой сфере.