

© 1998 г.

**И.Б. НАЗАРОВА**

## **О ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ**

---

*НАЗАРОВА Инна Борисовна - кандидат социологических наук, старший преподаватель кафедры государственного управления, истории и социологии Казанского технологического университета.*

---

Здравоохранение принято рассматривать, прежде всего, как систему медицинской помощи, на которую возлагается большая часть ответственности за состояние здоровья населения.

Российская система здравоохранения несколько раз претерпевала коренные преобразования. Пока трудно судить о том, насколько плодотворны перемены нынешние - введение обязательного медицинского страхования. Серьезная реорганизация сложившейся, а тем более полуразрушенной, системы дает положительные результаты далеко не сразу. По крайней мере, реформа здравоохранения пока не привела к качественным изменениям в состоянии здоровья населения, и если такие сдвиги появятся, то не скоро.

## **Изменения в состоянии здоровья россиян**

Уровень здоровья населения России и до перестройки был значительно ниже, чем в развитых странах: "...динамика смертности и заболеваемости в России имеет неблагоприятный характер, начиная, примерно, с середины 60-х годов". С началом "перестройки" некоторые показатели состояния здоровья несколько улучшились, но вскоре стали возвращаться к доперестроечному периоду, а в ряде случаев становились хуже [1]. Последние годы здоровье населения характеризуют такие яркие индикаторы, как высокая смертность: материнская, младенческая, мужская в среднем и раннем возрасте. На смену преимущественно остро протекающим болезням экзогенного характера приходит в основном патология в виде хронических инфекционных болезней; отмечается рост психических и инфекционных заболеваний; высока общая заболеваемость трудоспособного населения. За 1995 и 1996 годы ожидаемая продолжительность жизни выросла на 2,2 года у мужчин и на полтора года у женщин. Однако, по мнению экспертов, рост продолжительности жизни приведет лишь к восстановлению положения, существовавшего до 1985 года и бывшего тоже крайне неблагоприятным по сравнению с уровнем экономически развитых стран [2]. Общая социально-демографическая цена радикальных реформ составила 650 млн. лет человеческой жизни [3]. Около половины потерь здоровья связана с низким уровнем жизни населения.

В 1996 году по сравнению с 1995 уменьшилась заболеваемость населения по основным группам болезней (678,8 на 1000 населения в 1995 году и 648,5 в 1996 году). Но можно ли уже говорить о тенденции к стабилизации, если уровень заболеваемости с 1990 года не раз поднимался и снижался? По крайней мере, с 1990 года ежегодно растет число случаев расстройств органов питания, болезней эндокринной системы, нарушения обмена веществ и иммунитета, крови и кроветворных органов, нервной системы и органов чувств, системы кровообращения, мочеполовой системы, а также врожденных аномалий (пороков развития). С 1993 года увеличивается количество осложнений беременности, родов и послеродового периода (среди женщин фертильного возраста от 15 до 45 лет) [4].

По данным Госкомстата с 1980 года среди женщин ежегодно растет число зарегистрированных больных с впервые установленным диагнозом: злокачественные новообразования, активный туберкулез, бесплодие. Растет число аномалий родовой деятельности, а также количество детей, родившихся больными или заболевших (с массой тела примерно 1000 гр.) [4]. Уменьшается потенциал здоровья всего населения, 40% детей рождаются с теми или иными отклонениями; практически здоровыми приходят в школу 10-14% детей [5].

На здоровье, прежде всего, влияет общество, характер общественного взаимодействия, качество социальных институтов. Поэтому здоровье индивида является результатом не только наследственности (генетический уровень), но и взаимодействия с внешним миром. Такое взаимодействие в форме влияния окружающей среды или определенных видов деятельности индивида: поведения, ежедневных практик - перманентно.

## **Трансформационная структура и поведение россиян**

Образ жизни человека зависит, во-первых, от набора аскриптивных характеристик: возраста, пола, и дескриптивных признаков: социального статуса, образования, профессии и т.д. Во-вторых, формирование образа жизни проходит под влиянием объективных и субъективных факторов. Одни стороны образа жизни определяются индивидом самостоятельно, другие - под влиянием экономических, политических и социальных условий среды. Исходя из модели социального действия, здоровье можно рассматривать как результат деятельности самого индивида, а также в зависимости от занимаемых им социальных позиций (статусов): 1) занимаемой должности и связанных с нею возможностей пользоваться медицинскими услугами, получаемого дохода и возможностей оплаты медицинских услуг, мер профилактики, рекреации; 2) санитарно-гигиенических и других условий труда. В стратификационных исследованиях здоровье может носить характер дополнительного фак-

**Вопрос: "Приходилось ли Вам ограничивать себя в приобретении продуктов питания из-за недостатка денег?"**

Ответы	Продукты питания* (%)										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Постоянно	20,5	12,4	12,7	9,7	4,6	5,8	29,4	4,1	4,3	4,9	34,0
Время от времени	38,8	24,5	31,6	24,8	12,3	11,6	34,6	3,9	10,8	8,4	34,6
Очень редко	18,5	20,6	20,4	21,2	21,9	18,4	14,6	9,8	18,3	14,2	14,8
Никогда	22,2	42,5	35,4	44,3	61,2	64,2	21,4	82,3	66,7	72,5	16,5

\* 1. Мясные, рыбные продукты; 2. Молоко; 3. Молочные продукты, сыр, сливочное масло; 4. Яйца; 5. Растительное масло; 6. Сахар; 7. Кондитерские изделия; 8. Хлеб; 9. Мука, крупа, макароны; 10. Картофель, овощи; 11. Фрукты.

тора, давая важную иллюстративную информацию в понимании и толковании социальной действительности.

Современное российское общество состоит из нескольких слоев: верхний слой - 7%; средний - 20%; базовый - 61%; нижний — 7%; дно — до 5%. Причем полностью благополучным в экономическом смысле можно назвать лишь верхний слой, который представлен в основном преуспевающими мужчинами молодого и среднего возраста. Эта группа людей отличается оптимистичным настроением и уверенностью в завтрашнем дне.

Средний слой характеризуется декомпозицией социальных статусов; сочетаниями высокого уровня образования и низкого уровня дохода, или наоборот. В нем представлены группы населения, живущие как в нужде, так и в достатке. Большинство его представителей живет небогато, но их положение не бедственно и позитивные настроения преобладают над негативными.

До 55% базового слоя составляют женщины, здесь преобладают семьи с детьми. Очень многие представители этого слоя подолгу не получают зарплату, пополняют ряды безработных. Настроение "базового слоя" в основном пессимистично [6]. Обнищание, безработица, вынужденная миграция, распад семей, неуверенность в завтрашнем дне, потеря чувства безопасности, рост преступности, конфликты в семье и на работе ведут к стрессам, к нарушению психического и физического самочувствия людей.

Судя по составу современного российского общества, можно предположить, что около трети населения имеют возможность не потерять, поддерживать и восстанавливать имеющийся потенциал здоровья: качественно питаться, отдыхать, жить в нормальных условиях и т.д.

Низкий уровень жизни большинства населения, прежде всего, отразился на качестве питания. Об этом свидетельствуют результаты исследования, проведенного Всероссийским центром общественного мнения по регионам России. Данные опроса населения<sup>1</sup> (в дальнейшем, база данных ВЦИОМ) говорят о том, что отказывать себе в покупке необходимых продуктов питания постоянно приходилось 14% респондентов, время от времени - 46,3%, очень редко - 30%, никогда - 8,7%. Половина опрошенных указали, что три четверти и более дохода семьи уходит на продукты питания, у 23,6% - примерно две трети, у 19,9% - примерно половина, у 4,2% - примерно одна треть, у 1,8% - четверть доходов и менее. При этом качественно питаться удается далеко не всем, табл. 1.

Экономия в питании идет, прежде всего, за счет отказа от фруктов, мяса, молока, молочных продуктов и кондитерских изделий. И если качество рациона не страдает от исклю-

<sup>1</sup> Исследование проведено Всероссийским центром общественного мнения 12-27 марта 1996 года по Всероссийской репрезентативной выборке, опрошено 2328 человек. База данных предоставлена Московской высшей школой социальных и экономических наук.

**Матрица факторных нагрузок (получена путем вращения varimax, по вопросам анкеты\* факторы объясняют 60,958% информации)**

Вопросы*	Факторы			
	1	2	3	4
1. Мясо	.772			
2. Молочные продукты	.628	.473		
3. Сливочное масло	.685	.433		
4. Яйца	.544	.570		
5. Растительное масло		.792		
6. Сахар		.801		
7. Кондитерские изделия	.710		.314	
8. Хлеб		.857		
9. Мука, крупа, макароны		.793		
10. Картофель, овощи		.745		
11. Фрукты	.731			
12. Какая часть дохода идет на питание	.381			
13. Отказ от продуктов питания	.696		.320	
14. Отказ от необходимой обуви и одежды	.582		.494	
15. Отказ от вещей домашнего обихода	.546		.504	
16. Отказ от бытовых услуг			.685	
17. Отказ от посещения театров			.756	
18. Отказ от встречи с родственниками			.660	
19. Отказ от отдыха			.757	
20. Отказ от необходимого лечения			.659	
21. Отказ от встречи с друзьями			.708	
22. Оценка питания				.948
23. Среднедушевой доход			.342	

\* а) За последний год приходилось ли Вам ограничивать себя (свою семью) в потреблении следующих продуктов 1-11: (постоянно, время от времени, редко, никогда); б) 12 Какая часть дохода идет на питание (3/4, 2/3, 1/2, 1/3, 1/4 дохода); в) Приходилось ли Вам за последний год отказываться от 13-21 из-за недостатка денег (постоянно, время от времени, редко, никогда); г) 22 Как Вы оцениваете питание Вашей семьи (питаемся как хочется; питаемся хорошо, но деликатесов позволить себе не можем; питаемся скромно, стараемся покупать продукты подешевле; питаемся скудно, недоедаем).

чения из него кондитерских изделий, то остальные продукты необходимы для нормального питания. Данные приоритетов в приобретении продуктов позволяют судить о продолжающемся дисбалансе питания, где недостаточно продуктов, содержащих минеральные вещества, витамины, микроэлементы.

Для того, чтобы понять и определить возможные типы питания, которые стоят за набором потребляемых продуктов и зависят от разного рода причин, был предпринят факторный анализ, табл. 2.

В каждом факторе выделались нагрузки, имеющие один и тот же знак, коэффициенты рассматривались как значимые, если они были не менее 0.4. Для каждого фактора был рассчитан коэффициент корреляции с видами доходов, возрастом и образованием, что позволяет делать предположения о характеристиках респондентов, которые стоят за теми или иными предпочтениями и возможностями, табл. 3.

## Коэффициент корреляция Пирсона

	1 фактор	2 фактор	3 фактор	4 фактор
Среднедушевой доход	.243		.342	-.218
Общий доход семьи	.245		.291	-.201
Возраст	-.178		-.179	
Образование		.114	.137	

Коэффициенты первого фактора описывают определенный набор продуктов, включая такие, как фрукты, мясо, молочные продукты, яйца, кондитерские изделия, что соответствует отсутствию ограничений или редкое ограничение в потреблении этих продуктов. К этому же фактору относятся вопросы 13-15 (об отказе от продуктов питания, а также от необходимой обуви, одежды, вещей домашнего обихода) и интерпретируются как редкий отказ.

Первый фактор имеет положительную корреляцию с доходом (подушевым и общим) и обратную корреляцию с возрастом. Отрицательная корреляция с возрастом может отражать не только предположительное отсутствие возможностей приобретения всех необходимых продуктов пожилыми людьми, но и наличие диеты, связанной со здоровьем.

Второй фактор описывает несколько иной набор продуктов, здесь отсутствует мясо, фрукты, кондитерские изделия, но появляется растительное масло, сахар, хлеб, мука, крупа, макароны, картофель, овощи. Второй фактор имеет положительную корреляцию с образованием.

Третий фактор описывает высокие возможности респондентов в потреблении непродовольственных товаров, а также удовлетворение потребностей в различных видах деятельности. Третий фактор имеет положительную корреляцию с уровнем дохода, образования и отрицательную с возрастом.

В отдельный фактор выделился вопрос (№ 22) об отказе респондентов от приобретения продуктов питания, скудное питание или даже голод. Как и следовало ожидать, данный фактор имеет отрицательную корреляцию с уровнем дохода.

Структура питания характеризуется потреблением менее дорогостоящих и более калорийных продуктов, с большим содержанием животных жиров и крахмала [7]. Особую тревогу в недостаточном питании, его дисбалансе вызывают дети, подростки и беременные женщины. Здоровье беременных и рожениц характеризуется ежегодным увеличением страдающих анемией. Из числа закончивших беременность страдали анемией в 1994 году - 29.2% женщин, в 1995 - 34.3%, в 1996 - 35.8%. В осложненных родах (в расчете на 1000 родов) в 1994 году - 180.0 анемий, в 1995 - 209.5, в 1996 - 230.5.

На общем фоне снижения общего числа заболеваний с 1995 на 1996 год неуклонно растет число детей с болезнями органов пищеварения: 1994 год - 1645.1 тыс. число заболеваний с впервые установленным диагнозом, 1995 - 1844.7 тыс., 1996 - 1849.5 тыс. [4].

Долгосрочное отсутствие необходимых для организма веществ в рационе питания в конечном итоге сказывается на здоровье. Результаты ухудшения питания можно выявить на основе роста социальных болезней - "болезней бедности". Недостаток бюджета заставляет отдавать приоритет в приобретении продуктов питания, одежды, обуви. Вклады в перспективу: покупка и строительство жилья, образование детей, становятся невозможными для многих семей.

В соответствии с базой данных ВЦИОМ расходы на лечение в ряду других расходов за 1995 год у респондентов составили 10,1%.

Данные Госкомстата говорят об увеличении расходов на лечение: за последние три года увеличился объем продаж медикаментов и перевязочных материалов. В 1994 году объем продаж составлял 1945 млрд. рублей, в 1996 - 1223,5, увеличился он и в удельном весе в

обороте непродовольственных товаров (это может быть подтверждением не только возможного роста потребностей населения в медикаментах, но и увеличения стоимости необходимых лекарств).

Период радикальных реформ ознаменовался массовыми процессами ухудшения здоровья населения, что было вызвано двумя группами факторов: объективными и субъективными. Объективными факторами роста заболеваемости и смертности населения, непосредственно связанными с проведением реформ, были, во-первых, распад системы всеобщего бесплатного здравоохранения (целевая реформаторская деятельность) и перенос основной ответственности за состояние здоровья с государственных структур на самих граждан, во-вторых, наступление бедности, повлекшее за собой ухудшение питания, снижение социально-гигиенических условий жизни, как следствие структурного преобразования экономики (инновационно-предпринимательская деятельность).

Реформа системы здравоохранения, перенос ответственности за состояние здоровья с государства на самих граждан повлияли на *адаптационное поведение* населения (в нашем случае на самосохранительное поведение). Можно предположить, что на адаптационное поведение влияют особенности российской культуры в области отношения к здоровью. У части населения культура отношения к здоровью будет меняться; например, у людей достижительского типа: возможны большие расходы на поддержание здоровья, правильное и качественное питание, занятия спортом, полноценный отдых, так как здоровье будет рассматриваться в качестве необходимого ресурса в осуществлении вертикальной мобильности. Для некоторой части населения значимость здоровья должна повыситься. Для другой части, не имеющей материальных и психологических ресурсов, будет характерно *деградационное поведение*, в том числе, по отношению к здоровью.

Определена взаимосвязь низкого уровня здоровья и бедности [8]. Неуклонно идет рост заболеваемости населения активным туберкулезом и венерическими болезнями. Что касается такой социальной болезни как алкоголизм, то на фоне снижения численности больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом алкоголизм и алкогольный психоз, увеличивается численность больных с диагнозом наркомания и токсикомания [4]. По мнению экспертов государственная алкогольная политика за последние годы сыграла роль своеобразного стимулятора массовой алкоголизации населения, роста наиболее тяжелых ее последствий [9].

Кроме того, доказано влияние плохих санитарно-гигиенических условий проживания, малых размеров или отсутствие жилья на здоровье человека. По данным Госкомстата, ежегодно идет увеличение общей площади на одного жителя России, и в 1996 году этот показатель составляет 18,3 кв. м. [4]. Что касается большинства населения, которое в основном представлено в репрезентативных выборках, то жилую площадь менее 7 метров (социально-гигиеническая норма на одного человека) имеет 21,5% респондентов<sup>2</sup>. Уровень обеспеченности городских квартир на конец 1996 года водопроводом составляет 98%, канализацией - 95%; в поселках городского типа - 84 и 63%, в сельских населенных пунктах - 23 и 3% соответственно [4]. Вместе с тем уровень заболеваемости сельского населения выше городского, а качество оказания медицинской помощи на селе значительно ниже, чем в городе.

Достаточно трудно определить, где кончаются объективные условия, ведущие к ухудшению здоровья, и начинаются субъективные. Тем не менее, вредные для организма привычки принято относить к субъективным факторам.

По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ, 7-я волна), можно определить некоторые параметры образа жизни современных россиян: занимаются спортом или физкультурой - 20.4% (в возрасте от 7 до 70 лет). Однако, учитывая дороговизну посещения спортивных секций, занятия спортом становятся скорее объективным, чем субъективным фактором. Из всех ответивших респондентов от 15 лет и старше, ответили, что не курят - 68.6%, выпивают не менее раза в неделю - 38.5%,

<sup>2</sup> Работы по сбору данных осуществлялись Институтом социологии Российской Академии наук по Всероссийской репрезентативной выборке. В октябре 1996 г. опрошено 10465 человек. Данные предоставлены Институтом социологии Российской Академии наук.

2-3 раза в месяц - 33.0%, один раз в течение 30 последних дней до проведения интервью - 28.4%.

Еще один важный фактор - работа на производствах, связанных с тяжелыми, вредными и опасными условиями труда. В течение ряда лет было принято считать, что людей, выбравших неблагоприятные условия труда, привлекал ряд льгот: сокращенный рабочий день, повышенная заработная плата, ранний выход на пенсию (при этом средняя продолжительность жизни людей, проработавших на таких предприятиях, короче, чем у основного населения в пропорции к трудовому стажу). Сегодня же, в период массовой безработицы, вредные производства становятся привлекательными уже в силу того, что занятость в них дает возможность получить средства к существованию.

Совсем недавно наши граждане относились к своему здоровью как к общественному достоянию и, соответственно, были готовы приносить его в жертву общественным интересам, государству. Сегодня же формируется отношение к здоровью как к неприкасаемой частной собственности, но с которой сам владелец может обходиться как заблагорассудится. Российский стиль жизни не позволяет людям остановиться и задуматься о здоровье, пока они еще не больны. В ходе интервью на вопрос "как Вы относитесь к автомобильной стоянке возле дома", с некоторыми колебаниями преимущество было отдано тому, что удобство для парковки личного транспорта важнее чистого воздуха. Можно говорить о двойственном отношении к ценности здоровья - на словах она признается, но фактически уходит на второй план (осознанно или нет) после материальных благ.

Охрана здоровья индивида и всего населения - часть культуры общества и его характеристика. Ценность здоровья очевидна, и развитие здравоохранения - естественный процесс эволюции. Но на данном этапе развития общества социальная политика государства неадекватна состоянию здоровья населения, уровень которого неудовлетворителен. Ситуация, сложившаяся в области здравоохранения и здоровья населения, представляет угрозу успешному выживанию и активному развитию России. Каждое следующее поколение россиян рождается менее здоровым, а, возможно, вместе с тем, и менее жизнеспособными.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Население России. Второй ежегодный демографический доклад. Ответственный редактор А.Г. Вишневский. Евразия. М., 1994.
2. Вишневский А., Школьников В. Смертность в России снижается // Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. 1997. №23.
3. Заславская Т.И. Социальная структура России: главные направления перемен / Куда идет Россия? Общее и особенное в современном развитии. 1997. С. 168-176.
4. Российский статистический ежегодник. Официальное издание. Госкомстат России. М., 1997. С. 222-226.
5. Римащевская Н.М. О социальной цене реформ / Куда идет Россия? М., 1995. С. 364-367.
6. Заславская Т.И. Социальная структура современного Российского общества // Общественные науки и современность. 1997. № 2. С. 5-24.
7. Кризис в области смертности, здоровья и питания. Центральная и Восточная Европа в переходный период. Государственная политика и социальные условия. Региональный мониторинговый доклад № 2. Флоренция, Италия: "Детский Фонд объединенных наций. Международный детский фонд развития". 1994.
8. Чернина Н.В. Бедность как социальный феномен российского общества // Социологические исследования. 1994. № 3. С. 54-61.
9. Заиграев Г.Г. Государственная политика как фактор алкоголизации населения // Социологические исследования. 1997. № 4. С. 109-116.