

© 1995 г.

И. МАККИХАН

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ В МОСКВЕ

*МАККИХАН Ирина — адъюнкт-профессор социологии в Бенедиктинском Колледже (Канзас, США).
Неоднократно публиковалась в нашем журнале.*

Вступление

Перемены в политической и экономической областях в России непосредственно повлияли на здоровье ее населения. Предполагаемые законодательные реформы рассчитаны на то, чтобы упрочить приватизацию, эффективность и рыночные отношения не только в экономике в целом, но и в секторе здравоохранения, в частности. Однако широкие экономические преобразования имеют сейчас своим следствием очевидную нехватку в самом насущном: в продуктах питания, медицинском обслуживании, т.е. во всем том, что так необходимо и так трудно достается пожилым людям - самому незащищенному слою населения. Разного рода организации гуманитарной помощи, такие, как «Забота» или Бюро провизии и гуманитарного содействия в США (ГНА), как, впрочем, и Мировой Банк, уже начали в начале 1992 г. изучать потребности в соответствующей помощи малоимущих групп населения России [1].

Данное исследование резюмирует результаты, полученные к началу сентября 1991 г., и касается прежде всего самооценок, которые дают люди, принадлежащие к разным группам населения, собственному здоровью и качеству жизни нового независимого российского государства. Разного рода социометрические показатели были проверены при этом со следующей целью: выработать сопоставимую основу для определения факторов риска среди наиболее незащищенных групп населения. Исследование проводилось по частной инициативе людей, независимых от Министерства здравоохранения, без всякого взаимодействия с официальными правительственными организациями. Опрос данных и справки по телефону велись с помощью исследовательской лаборатории «ОПИНИО» (МГУ).

Применяемые показатели уже принимались в расчет в Америке для разработки национальных приоритетов в области улучшения национального благосостояния на основе объективных количественных данных. Например, таких, как увеличение жизненного промежутка времени, во время которого здоровье и качество жизни респондента улучшаются, а болезни, нетрудоспособность, неудовлетворенность не наблюдаются. Применимость индикаторов была показана на примере оценок самых широких групп. Самооценки дополнялись при определении болезней результатами клинических исследований. Подобный подход очень важен в сравнительных исследованиях распространения заболеваний среди населения.

Полученная картина качества жизни вкупе с разного рода самооценками респондентов, рассмотренные в социокультурном контексте, могут привести к очень серьезным выводам по поводу того, как добиться приемлемого сочетания социально-структурных и культурных факторов при проведении кросс-национальных исследовательских программ. Разработка стандартизированных подходов при определении самооценочных индикаторов может помочь исследователю выйти за узкие рамки национально-культурной неповторимости в такой уникальной области как здравоохранение. Каким образом? В процессе исследования вырабатывается своего рода «статус здоровья» — самовосприятие населением своего внутреннего состояния.

Результаты московского исследования позволяют получить данные о социомедицинских индикаторах, касающихся пожилого населения в Москве и иллюстрирующих разного рода процессы, связанные с распространением болезней. Последнее дает возможность для сопоставления ситуаций в России и США. У пожилых людей, независимо от их принадлежности к тем или иным культурным и географическим регионам, — одни и те же проблемы, связанные со здоровьем [2].

Методы

Это исследование первоначально было задумано для того, чтобы определить взаимосвязи трех показателей здоровья (физический, умственный, социальный), разумеется, в рамках того неповторимого культурного и социального контекста, который присущ России, а также для того чтобы собрать данные о распространении хронических заболеваний, уровне медицинского обслуживания, качестве жилья, удовлетворенности жизнью и, наконец, разного рода жизненных навыках, охране здоровья и борьбе с заболеваемостью [3]. Данное исследование подводит итог только второму набору сюжетов и посвящено разработке индикаторов, связанных с самовосприятием здоровья у респондентов, которые получают международную помощь. Изучается та прослойка пожилых москвичей, которым от 65 лет и больше.

Ошибки

Для этого исследования наиболее частыми были следующие три типа ошибок: общие недостатки, присущие телефонному методу опроса; частичное отсутствие ответов, следующее из затруднений в выборе телефонных адресатов; отсутствие ответов по определенным темам, связанное с утратой интереса к определенному роду вопросам и выражающееся в реакции типа: «не знаю», «отказываюсь отвечать», в умолчаниях, непонимании. Были приняты всякого рода меры для коррекции общего уровня ошибок.

Хотя никаких точных данных о телефонных абонентах в Москве в сентябре 1991 г. у нас не было, тем не менее, проведенные исследования дают основания для вывода о том, что количество личных телефонов (исключая общественные организации, правительственные учреждения и коммерческие структуры) составляют 88 на 100 московских квартир. Другими словами — три телефона на каждые пять человек¹. Принимая в расчет трудности с жилплощадью в Москве, можно отметить, что только 83% всех семей живут (по данным на 1990 г.) в отдельных квартирах, остальные — в коммунальных. Достившие совершеннолетия редко живут отдельно, и, зачастую расселение квартир или их обмен растягивается на годы. Отсюда количество ответственных квартиросъемщиков гораздо больше числа семей, в которых входит много совершеннолетних. Поэтому количество совершеннолетних, имеющих доступ к телефону — это более приемлемая характеристика телефонизации населения в Москве, нежели количество квартиросъемщиков, имеющих свой телефон. Последнее предполагает широкое распространение именно персональных телефонов.

В выборке было 5,4%, (N= 88), ответивших, что они проживают в коммунальных квартирах; 11,5% — старше 65 лет (это 4,2% опрошенных пожилых людей).

Большой процент пожилых (9,8—18,2%) проживает в коммунальных квартирах, что говорит о «недоборе» пожилых, живущих в коммунальных квартирах, путем телефонного опроса. Количество государственных и кооперативных квартир, тем не менее, в выборке составило 85,8%. Это соответствует государственной статистике касательно числа московских семей, занимающих отдельные квартиры.

Хотя факт владения телефоном в Москве до путча зависел от неких факторов, но не от возможности оплачивать телефонные счета, как это происходит в США. Вероятно, в обеих культурах превалируют сходные демографические структуры обладания телефонной связью: те, у кого нет телефонов, играют незначительную роль в социальной и экономической жизни города, чаще всего они живут в самых отдаленных от центра Москвы районах или в коммунальных квартирах. Поэтому вероятность неполного охвата выборочной совокупности по причине отсутствия телефонов минимальная, меньше чем одна квартира из десяти. Это также сопоставимо и с американскими исследованиями 1973—1987 гг., по данным которых, 90,7% семей имеют телефоны. Фактор владения телефоном в наиболее сильной степени выражен среди городской элиты, лучше образованной, имеющей семью, старшей по возрасту и социально интегрированной. Вероятно, что те, кто не имеют телефонов в Москве, пользуются косвенными путями доступа к телефону. Они часто оказываются: молодыми студентами или рабочими, живущими в общежитиях; мобильными неженатой частью мужчин; теми, кто живут в Москве без разрешения на работу. Пожилые люди и те в коммунальных квартирах, чье здоровье, по их оценкам, плохое, кто страдает физическими изъянами и социально изолирован, тоже чаще всего лишены телефонов [4].

Выборочная совокупность по критерию наличия телефона близко соответствует структуре населения Москвы, при рассмотрении распределений по возрастам, полам, почтовым индексам в рамках данной выборки. Население Москвы состоит почти из равных пропорций мужчин и женщин, за исключением пенсионной группы. Пожилые мужчины от 65 лет и выше составляют 3,3% постоянного населения Москвы, пожилые

¹ Неправильное применение техники интервьюирования программы «ОПИНИО» способствует появлению дополнительного источника ошибки. При условии, что интервьюеры работали дома без прямого присмотра, как это обычно делается в большинстве союзных телефонных опросов, выбранные респонденты могли быть заменены на друзей опрашиваемых или вымышленных респондентов. 10-процентная проверка качества работы интервьюеров, проведенная руководящим персоналом «ОПИНИО», установила, что 17 интервью не были проведены надлежащим образом, 10 интервью были лишь минимально заполнены, 9 случаев применения таблицы «Киш» ошибочны. Доля ответивших в выборочной совокупности в размере 81,8% может быть сведена к доле законченных интервью в размере 80%, как поправка в результате контроля качества.

женщины — 8,7%. Взвешенная подвыборка пожилых от 65 лет и выше составила 14,5% (N = 236) от совокупности людей, подлежащих интервьюированию по сравнению с 14,8% (N = 1 066 551) постоянного населения Москвы от 15 лет и выше (N = 7 213 120).

Эта выборочная совокупность, основанная на факторе владения телефоном, немного искажена в сторону сильной вероятности отбора респондентов-женщин 30—44 лет с высшим образованием.

Если выборка составлена пропорционально размеру зон почтового индекса, типу квартиры, полу, возрасту и различиям в занятости населения, проживающего в различных районах почтовых индексов, то ошибка, связанная с проблемой полного охвата, не выйдет за рамки того уровня, который она обретает вследствие несовместного распространения телефонной связи. Однако эти факторы, тем не менее, могут повлиять на размер эффекта ответной реакции из-за использования телефона в качестве метода интервьюирования. Последующее сравнение с другими исследованиями пожилых людей в Москве с использованием метода интервьюирования при непосредственной личной встрече может определить этот размер ответной реакции по телефону. Такое сравнение должно быть обусловлено сходной структурой социодемографических индикаторов и показателей здоровья.

Уникальная организация Москвы в сентябре 1991 г. — расположение союзных, республиканских и муниципальных государственных органов в центральной части — служит объяснением наибольшего процента годовых доходов города и не является примером для любой другой большой городской столицы в бывшем Советском Союзе, тем более для сельской или «нестоличной» зон. Таким образом, все результаты и обобщения в исследовании должны быть ограничены в рамках населения Москвы и той части, у которой есть телефон.

Неполный охват структурных подразделений объекта

Второй источник появления ошибки исходит из неполного охвата структурных подразделений, как результата самой процедуры применения таблиц. Они были беспорядочно применены ко всему количеству анкет (1991), но специфическая половозрастная структура каждой семьи (что необходимо для отбора подходящего респондента с помощью таблиц) не была четко выявлена каждым интервьюером. Сравнительный анализ различий между ожидаемым и наблюдаемым числом мужчин и женщин среди респондентов, опрошенных по телефону, говорит о том, что у них не было равной вероятности попасть в выборку. Корректировка этой вероятности выбора в рамках данных семей путем взвешивания обратным показателем числа взрослых не имела смысла, т.к. размер семей был известен только в случаях законченных, комплексных интервью. Таким образом использовалось постстратификационное взвешивание для сведения ошибок к минимуму (см. [5]).

Неполный охват вопросов

Пропущенные данные в результате отсутствия ответов на вопросы заменены средними оценками и откорректированы технологией программы регрессионного анализа «СТАТА»[6].

Перевод

Был применен стандартный международный метод. Все переводы сделаны независимо двуязычными носителями языка на их родной язык. Это минимизировало необходимость прибегать к соответствующим концептуальным техническим инструментам в России. Эквивалент значений переведенных текстов достигнут путем процедуры совместного обсуждения с целью достижения консенсуса по поводу окончательного варианта перевода [7].

Результаты

Структура хронического заболевания

Были подсчитаны средние показатели, коэффициенты неравенств, доверительные интервалы для возрастных и половых групп с помощью всеобщих оценок здоровья, указания симптомов хронических болезней, социальной сплоченности и использования медицинской помощи. Пожилые свыше 75 лет были сравнены с людьми от 65 до 75 лет.

Среди всех пожилых женщины больше сообщили о хронических заболеваниях, случаях бессилия, чем мужчины. Также обнаружена взаимозависимость пола и возраста респондентов. «Старые» пожилые мужчины (75 лет и больше) и «молодые» пожилые мужчины (65—75 лет) указали сходные образцы заболеваний, семейных и социальных связей. «Старые» пожилые женщины, тем не менее, оказались более подвержены риску хронических заболеваний, чем «молодые» пожилые женщины, менее независимые и мобильные и с меньшими уровнями социальных контактов.

Взаимосвязь половой и возрастной структур была менее очевидной, когда мы имели дело с контролируемым статусом общего здоровья. Как пожилой мужчина, так и пожилая женщина плохого или среднего здоровья были в наименьшей, степени удовлетворены жизнью и более склонны назвать свои хронические болезни, симптомы, социальную изоляцию, по сравнению с теми, чье здоровье, судя по ответу, хорошее или прекрасное. «Старые» пожилые женщины с прекрасным или хорошим здоровьем описали более широкий круг социальных контактов и друзей, чем «молодые» пожилые женщины или «старые» пожилые мужчины с подобным же уровнем здоровья. «Старые» пожилые мужчины с прекрасным или хорошим здоровьем говорили о более выраженных семейных кругах, чем дружелюбных, в то время как те, у кого здоровье среднее или плохое, указали на меньшие семейные круги, но в три раза большую частоту ежемесячных контактов с семьей и друзьями, чем мужчины с лучшим здоровьем.

«Старые» пожилые женщины с неважным и плохим здоровьем сообщили то же среднее число дней болезни, что и «старые» пожилые мужчины с плохим здоровьем, но около половины среднего числа случаев помощи со стороны доктора.

Как пожилые мужчины, так и пожилые женщины с прекрасным и хорошим здоровьем не сообщили о каких-либо случаях пребывания на лечении в больнице, и только 2—3% всех пожилых людей сообщили о подобном. От 1/5 до 2/5 всех пожилых никогда не были у стоматолога; почти 1/3 пожилых мужчин и 1/4 пожилых женщин вообще никогда не посещали врача.

Пожилые люди составляли 12,4% населения США в 1988 г. Ожидалось, что эта цифра увеличится до 13% к 2000 г. по сравнению с почти 15% в Москве. Ожидания продолжительности жизни в 65 лет расширились до начала 80 лет (или еще 17,2 лет жизни до возраста 82,2 лет в 1989 г.), тогда как московские пожилые мужчины в возрасте 65 лет могли ожидать прожить 12,4 дополнительных лет, женщины — 15,8 лет в 1985 г. Три главных причины смерти среди пожилых людей в США существуют параллельно с другими: сердечная болезнь, рак и удар.

Три главные хронические проблемы: артрит, остеопороз, ухудшение визуального и слухового аппарата. Пожилые москвичи указали те же самые хронические заболевания и симптомы в качестве главных причин плохого здоровья.

Существует два особенно значительных показателя для измерения функционального статуса пожилого населения. Это среднее ежегодное количество дней ограниченной активности и дней, проведенных в постели в состоянии бессилия. Национальные цели США в 1990 г. были направлены на уменьшение количества дней ограниченной активности с 31,4 до 30 дней на пожилого человека в год и на уменьшение дней бессилия с 13,6 до 12 дней на пожилого человека в год [2, р. 21].

Третий важный индикатор — «общая самооценка здоровья» присоединялся к индикатору «использование здравоохранительных органов» и другим исследованиям состоя-

ния жителей США. В 1990 г. среди людей в возрасте от 75 лет и старше 32% заявили о своем неважном или плохом здоровье, 89% обращались к помощи врача в течение последнего года в среднем 10,1 раза и были 2,7 раза на коротком госпитальном лечении каждый. Хотя среди московского пожилого населения в возрасте 75 и больше около 80% заявили о своем плохом или неважном здоровье и около 30—50% находились в состоянии ограниченной активности, только 11—38% сообщили, что обращались к врачу за последний месяц. Менее чем 5% провели какое-то количество дней в больнице.

Значение для здравоохранительной деятельности

Тот факт, что более обширные семейные и социальные круги были указаны пожилыми мужчинами (по сравнению с показателями у пожилых женщин) связывают с тем, что существуют различные образцы заболевания, преобладающие для каждого пола. Неиспользование и явное избегание средств профессиональной медицинской помощи просматривалось в ответах всех пожилых, акцентирующих в своих оценках значительность имеющихся хронических болезней:

Хотя структура хронического заболевания сходна с той, что обнаружена среди американского пожилого населения, характеры использования медицинской помощи расходятся. Проблема доступа к медицинской помощи высокого качества, пользующейся доверием московской общественности, заслуживает дальнейшего исследования. Эта статья свидетельствует о той пользе, которую может принести использование данных о самооценке общественностью состояния здоровья с точки зрения культуры.

ЛИТЕРАТУРА

1. CDC. Public Health Assessment-Russian Federation, 1992 // MMWR. 1992. V. 41. P. 89—91; CDC. Nutritional needs surveys among the Elderly-Russia and Armenia, 1992. MMWR. 1992. V. 41. P. 809—811.
2. Adams P., Benson V. Current estimates from the national health interview survey. National Center for health statistics // Vital health statistics, 1991. V. 10. № 181. P. 112; Idler EX., Angel R.J. Self-rated health and mortality in the NHANES-1 Epidemiological follow-up study // American journal of public health. 1990 (April). V. 80. № 4. P. 446—452; Davis CM. The organization and performance of the contemporary Soviet health service // State and welfare USA / U.S.S.R. Contemporary policy and practice. Berkeley, California: University of California, Institute of international Studies, 1988. P. 95—142.
3. Thornberry OX., Wilson R.W., Golden P. Health promotion data for the 1990 objectives, estimates from the National health Interview Survey of Health Promotion and Disease Prevention, United States, 1985 // Advance data from Vital and health statistics. 1986 (September 19). № 126. DHHS Pub. № (PHS). P. 86—1250.
4. Care-Moscow. Field Report: Nutritional survey of pensioners in Moscow, Russia, November, 11, 1992.
5. Smith T.W. Phone home? An analysis of household telephone ownership // International journal of public opinion research. 1990 (Winter). V. 2. № 4. P. 369—390.
6. STATA. Computing Resource Center, Santa Monica, California.
7. Werner O., Campbell D.T. Translating, working through interpreters, and the problems of decentering // A handbook of method in cultural anthropology. New York: The Natural History Press, 1970. P. 398—420.