

АНАЛИЗ СТАТУСА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНТЕГРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Автор: А. В. РАМОНОВ

РАМОНОВ Александр Владимирович - м.н.с., аспирант Института демографии НИУ ВШЭ (E-mail: ramonov@gmail.com).

Аннотация. Выполнен интегральный анализ здоровья населения России с использованием демографических и социологических данных. Продемонстрированы возможности объединения в рамках единого показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ), двух различных видов информации: демографических данных о смертности и социологических - в форме оценок и суждений о собственном здоровье. Изучены особенности мужского и женского здоровья россиян.

Ключевые слова: здоровье * ОПЗЖ * демография

Исследователи в области демографии, социологии и эпидемиологии, оценивая статус здоровья человека, неизбежно сталкиваются с теоретическими и концептуальными проблемами и вопросами. Как измерить здоровье? Является ли отсутствие диагностированных врачом заболеваний единственным показателем того, что человек здоров?

Специфика понятия "здоровье" заключается в том, что в отсутствие единого концептуального определения существует множество подходов, трактовок [Blaxter, 2004; McKeown, 1979; Blackwell, Last, Spasoff, Harris, Thuriaux, 2001]. Например, согласно расширенной трактовке ВОЗ [WHO, 1946], здоровье - это нечто большее, чем просто отсутствие заболеваний или травм, это состояние полного физического, умственного и социального благополучия. В приведенном выше определении, как и во многих более поздних трактовках [Last, Spasoff, Harris, Thuriaux, 2001], здоровье понимается не с точки зрения узкой медико-биологических позиций, а шире, берется во внимание социальный и психологический контекст. Это подводит к важному разграничению между объективной и субъективной составляющими здоровья.

Есть два подхода к его определению [Gourbin, Wunsch, 2006]. Объективный - это оценка здоровья внешним наблюдателем, экспертом в рамках специализированных обследований. Субъективный - самим человеком по его ощущениям.

Обе оценки могут быть в чем-то схожи, но в целом это разная по характеру информация. В первом случае - о биологическом состоянии организма на основе ряда показателей (напр., кровяное давление). В рамках субъективного подхода сведения иного рода - мнения и ощущения самого человека [Gourbin, Wunsch, 2006].

В работе сделана попытка комплексного анализа здоровья населения с использованием различной по характеру информации: демографических данных о смертности и субъективных оценок здоровья. Используются различные подходы и шкалы

для определения статуса здоровья (не только показателя самооценки здоровья, но также показателей сенсорных и физических ограничений, хронической заболеваемости).

Интегральные меры здоровья. Знание специфических показателей здоровья населения значимо для практической деятельности здравоохранения. Однако количество специфических показателей, например, заболеваемости, дифференцированных по отдельным нозологическим и половозрастным группам, необозримо велико. Между тем и в теоретических, и в практических целях, наряду с детализированными данными, всегда необходимо иметь и обобщенную картину, без которой невозможна верная оценка всей ситуации, временные и пространственные сравнения, выбор приоритетов социальной политики и т.п. Осознание потребности в такой обобщенной картине и привело к разработке интегральных показателей здоровья, позволяющих давать компактное, легко обозримое и унифицированное описание состояния здоровья населения и его динамики для отдельных стран, регионов и т.д.

Их можно разбить на две большие группы: показатели ожидаемой продолжительности здоровой жизни (напр., DFLE¹) и показатели бремени смертности и заболеваемости (DALYs²) [Murray, Salomon, Mathers, 2000]. В табл. 1 представлены и описаны в кратком виде две группы интегральных мер здоровья.

При анализе здоровья россиян использованы показатели ОПЗЖ (Ожидаемой продолжительности здоровой жизни). Идея этого показателя принадлежит Сандерсу (1964 г.). Методология расчета и название (ОПЗЖ или DFLE) введены Салливаном в 1971 г. и представляют собой ожидаемую продолжительность жизни, взвешенную с учетом состояния здоровья - а именно половозрастных долей респондентов, имеющих хорошее здоровье (напр., при отсутствии инвалидности или оценивающих в целом свое здоровье как хорошее).

В настоящее время показатель здоровой жизни стал составной частью систем индикаторов здоровья во многих странах мира и в международных организациях (напр. ВОЗ, ОЭСР). С 1985 г. ВОЗ в Европе стала использовать показатель ОПЗЖ как одну из мер достижения региональной программы "Здоровье для всех".

Российские и зарубежные исследования с применением ОПЗЖ. Первые оценки ОПЗЖ в России были сделаны ВОЗ в 2000 г. на основе исследований, проведенных по международным стандартам ВОЗ по репрезентативной выборке в 1601 домохозяйстве [Mathers et al., 2001]. Выяснилось, ОПЗЖ в 2000 г. составляла 52,8 лет у мужчин и 64,1 лет у женщин. По этому показателю мужчины занимали 133-е место в рейтинге из 191 страны, а женщины - 73-е.

В последующие годы сделан ряд оценок ОПЗЖ в России, что отражено как в отечественной, так и в зарубежной литературе [Bobak, Kristensen, Marmot, 2004; Андреев, Школьников, МакКи, 2002; Andreev, McKee, Shkolnikov, 2003]. В статье Андреева и других изучаются различия в показателях ОПЗЖ, построенных по самооценке здоровья ("Оцените Ваше здоровье в целом"), между Россией и странами Восточной и Западной Европы, опираясь на данные РМЭЗ и WVS (World Values Survey) 1995 г.

Имеются также работы, посвященные изучению факторов здоровья населения России на основе данных репрезентативных обследований [Bobak, Pikhart, Hertzman, Rose, Marmot, 1998; Nicholson, Bobak, Murphy, Rose, Marmot, 2005; Perlman, Bobak, 2008; Назаров, 2003], в том числе с учетом их специфики по сравнению с другими странами [Palosuo, Uutela, Zhuravleva, Lakomova, 1998]. Важная задача при построении мер ОПЗЖ - определение половозрастных долей нездоровых людей. Они определяют содержательное наполнение полученных интегральных мер.

¹ Disability Free Life Expectancy (DFLE) (пер. с англ.) - ожидаемая продолжительность жизни без ограничений в дееспособности.

² Disability Adjusted Life Years (DALY) (пер. с англ.) - годы жизни, скорректированные по нетрудоспособности.

Таблица 1. Интегральные меры здоровья населения

Виды интегральных мер здоровья населения	Используемые показатели	Необходимые для расчета данные по смертности	Необходимые для расчета данные по состоянию здоровья/заболеваемости	Характер используемых весов	Интерпретация
1. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ)	DFLE, DALE (Disability Adjusted Life Expectancy) HALE (Health Adjusted Life Expectancy) ALE (Active Life Expectancy)	Таблицы смертности для популяции в целом и отдельно для каждого пола	Репрезентативные для населения страны/ региона данные опросов, содержащие вопросы о различных сторонах здоровья индивида DFLE, DALE - дихотомическая переменная здоровья HALE, ALE - категориальная переменная	При расчете DFLE, DALE веса как правило не используются HALE, ALE - могут быть взвешены с учетом ограничений определенных состояний для качества жизни	Ожидаемая продолжительность жизни, взвешенная с учетом качества проживаемых лет в терминах состояния здоровья
2. Бремя смертности и заболеваемости	DALYs	Таблицы смертности по причинам смерти (по МКБ)	Данные медицинской статистики (распределения по полу и возрастным группам кол-ва новых случаев заболевания или его общей распространенности) Также половозрастные данные о средней длительности заболеваний и среднем возрасте их наступления	Веса используются обязательно и показывают, насколько заболевания ограничивают функционирование (0 - совсем не ограничивают; 1 - смерть)	Количество лет, потерянных в популяции в результате избыточной смертности и заболеваемости от ряда причин

Методология исследования. Мы опирались на следующие данные: 1) таблицы смертности для мужчин и женщин России (2002 г.); 2) РМЭЗ (Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения) - общероссийское лонгитюдное обследование социально-экономического положения домохозяйств, которое проводится в России начиная с 1992 г. Для анализа выбрана 11-я волна 2002 г., объем выборки - 12523 респондента.

В зарубежной практике есть несколько подходов к измерению статуса здоровья на основе опросов. В 1989 г. М. Блэкстером предложена модель здоровья, в которой оно трактуется как единство трех взаимосвязанных элементов: медицинский (здоровье как отсутствие заболеваний); функциональный (здоровье как возможность функционировать); субъективный (здоровье как ощущение благополучия). Данная классификация будет использована далее при описании разработанных в исследовательской практике инструментов. Безусловно, она не покрывает всех разработанных в мировой практике шкал, например, не включает специализированных инструментов для оценки отдельных функциональных состояний организма (напр., шкалы депрессии). Тем не менее она операциональна и позволяет работать с рядом распространенных инструментов, используемых при оценке статуса здоровья (в частности, содержащихся в обследовании РМЭЗ).

Блок "Оценка здоровья" в анкете обследования РМЭЗ 11-й волны 2002 г. В разделе анкеты М "Оценка здоровья" индивидуальной базы обследования РМЭЗ содержится широкий круг вопросов, характеризующих здоровье человека: самооценка здоровья в целом, наличие/отсутствие хронических, а также конкретных заболеваний (сахарный диабет, туберкулез, инфаркт миокарда и т.п.), инвалидности и т.п. Кроме того вопросник до 2002 г. включительно содержал широкий круг вопросов, оценивающих возможность широкого круга повседневных действий (напр., пользование туалетом, душем, прием пищи и т.п.) только применительно к пожилой группе людей в выборке. Применялся кластерный анализ К-средних; опираясь на половозрастные распределения ответов на вопросы, характеризующие здоровье респондентов, а также на таблицы смертности Росстата, были рассчитаны половозрастные показатели ОПЗЖ по методу Салливана.

Под *измерением заболеваемости* понимается наличие или отсутствие ряда диагностированных врачом заболеваний (хронических и не только) со слов респондента [Sermet, Cambois, 2006]. Распределение ответов на вопрос "Имеется ли у Вас заболевание...?" отражает декларируемый уровень заболеваемости и подвержен влиянию как непреднамеренных ошибок (забыл указать и т.п.), так и сознательного желания не говорить правду (особенно это касается недугов, находящихся под влиянием социальных норм и запретов - напр., некоторые психические, венерические заболевания).

Для повышения надежности информации при формулировке вопроса о наличии/отсутствии того или иного заболевания делается ссылка на факт постановки диагноза врачом, подобный подход имеет место и в блоке "Оценка здоровья" в анкете обследования РМЭЗ. Европейское отделение ВОЗ в рамках программы гармонизации измерительных инструментов в исследованиях, посвященных здоровью, предлагает использовать следующую общую формулировку: "Имеются ли у вас хронические заболевания или проблемы со здоровьем?" [Sermet, Cambois, 2006]. Формулировки ответов на данный вопрос могут быть различными и варьируются от исследования к исследованию. Самый простой вариант, но в то же время самый общий - дихотомическая альтернатива. Более точные - расширенные списки вариантов ответа, содержащие ряд распространенных проблем и хронических заболеваний.

В обследовании РМЭЗ также есть вопросы по этой теме. Опираясь на распределение ответов на данную группу вопросов, в анализе создана и использована дихотомическая переменная "Отсутствие/наличие хронических заболеваний (ХЗ)". Респонденту присваивалось значение 1 "Наличие ХЗ" по этой переменной в случае наличия ХЗ хотя бы одного из органов или наличия других ХЗ. В случае отрицательного ответа

на все вышеперечисленные вопросы респонденты присваивалось значение "0" "Отсутствие ХЗ".

Измерение функциональных ограничений. В основе измерения функциональной сферы здоровья - понятие недееспособность (disability). Оно соотносится с термином "инвалидность", однако последнее включает в себя институциональные критерии и способы оценки.

Во второй половине XX в. в эпидемиологии и социологии предложен ряд моделей, описывающих недееспособность и механизм её формирования [Nagi, 1965; Altman, 2001]. С. Наги определяет ее как характер поведения, проявляющийся при наличии дисфункций и сопряженных с ними функциональных ограничений [Nagi, 1965]. Для измерения последних применяются различные инструменты, их характер зависит от того, какую природу имеют ограничения - физическую, сенсорную или умственную [Nagi, 1977]. Например, это инструмент ADL (Activities Daily Living - повседневная активность), разработанный в 1963 г. [Katz, Ford, Moscovitz, Jackson, Jaffe, 1963] и рекомендованный к использованию региональным офисом ВОЗ в Европе (1996) [Kempen, Steverlink, Ormen, Deeg, 1985]. С помощью инструмента измеряется степень возможности выполнения шести элементарных действий (принятие душа, раздевание и одевание, умывание, чистка зубов, передвижение по комнате, пользование туалетом, прием пищи).

В разделе "Оценка здоровья" обследования РМЭЗ выбран ряд показателей, характеризующих функциональные отклонения, они удовлетворяют двум условиям: описывают функциональные отклонения с различных сторон (не только физические, но и сенсорные); применимы и использовались в обследовании в отношении всех представителей выборочной совокупности (не только к пожилым респондентам).

Самооценка здоровья в целом. Пожалуй, наиболее простой в измерении и сложный при интерпретации и анализе показатель из группы показателей субъективного здоровья - самооценка здоровья в целом (self-rated health), который относится к последнему элементу упомянутой модели Блэкстера. С 1950-х гг. он измеряется по всему миру с помощью простого вопроса "В целом, как Вы оцениваете свое здоровье?". В эпидемиологических и медицинских обследованиях его использование стало актуально с открытием его свойства предсказывать смертность [Mossey, Shapiro, 1982; Kaplan, Camacho, 1983].

Данные по самооценке здоровья собираются на регулярной основе в рамках крупных международных и национальных обследований, например, World Values Survey и European Value Survey, обследованиях NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey - Национальный опрос по изучению здоровья и питания) в США и SHARE в Европе. Также этот вопрос рекомендован к использованию в качестве стандартного инструмента в обследованиях здоровья в Европе и по всему миру [Robine, Jagger, 2003]. Интересующий нас блок вопросов "Оценка здоровья" обследования РМЭЗ также содержит вопрос о самооценке здоровья в целом.

Распределение ответов на вопрос было разбито на 2 части. Полученная после преобразования переменная названа "Хорошее/плохое здоровье в целом". При этом соответствующие распределения ответов по категориям "Плохое" и "Очень плохое" были объединены в категорию 1 "Плохое здоровье в целом". Ответы по категориям "Очень хорошее", "Хорошее", "Удовлетворительное" - объединены в категорию 0 "Хорошее здоровье в целом". Далее приведем описательную статистику по выбранным для анализа показателям, характеризующим состояние здоровья респондентов.

Описательная статистика. Распределение ответов на вопрос "Скажите, пожалуйста, как Вы оцениваете Ваше здоровье?" (табл. 2) имеет неравномерный характер - большая доля ответов приходится на категорию "Среднее". Эта особенность распределения российских ответов на вопрос о состоянии здоровья была обнаружена зарубежными работами [Palosuo, Uutela, Zhuravleva, Lakomova, 1991]. Сильно неравномерное распределение ответов послужило основанием для использования дихотомической шкалы вместо оригинальной порядковой переменной.

Таблица 2

Самооценка здоровья россиянами (по данным РМЭЗ 11-й волны, 2002 г.)

Скажите, пожалуйста, как Вы оцениваете Ваше здоровье?	Все	Мужчины	Женщины
Очень хорошее	2,2	3,1	1,5
Хорошее	32	39,8	25,9
Среднее, не хорошее и не плохое	52,6	47,9	56,3
Плохое	11,1	7,9	13,6
Совсем плохое	2,1	1,3	2,8
Объем выборки (без учета не ответов)	12500	5528	6972

в % от объема соответствующей половозрастной группы

Возраст	здоровье в целом плохое	здоровье в целом плохое (мужчины)	здоровье в целом плохое (женщины)
15 - 29	3,2	2,7	3,7
30 - 44	5,1	4,3	5,8
45 - 54	11,2	8,6	13,3
55 - 69	24,3	21,6	26
70 - 84	51,7	41,9	56,3
85+	70,8	56	73,9

По полученным данным, половозрастные доли женщин, имеющих соответствующие ограничения по здоровью или хронические заболевания, превышают соответствующие доли среди мужчин.

Распределение ответов на вопрос "Какой у Вас слух без слухового аппарата?" также неравномерно, большая доля ответов приходится на категорию "Хороший". Доля мужчин, оценивающих свой слух как плохой, в пожилых возрастах (55+) превышает соответствующие доли женщин в общем объеме половозрастных групп. Не будем забывать, что объемы соответствующих подгрупп в выборке невелики (например, объем группы 85+ в выборочной совокупности обследования РМЭЗ составляет всего 145 респондентов, 70 - 84- 1183), поэтому делать выводы о различиях в этих группах нужно с осторожностью в связи с большим разбросом выборочных значений долей.

Как показано в табл. 3, выбранные для анализа переменные, характеризующие здоровье с различных сторон, значимо взаимосвязаны друг с другом.

Классификация населения по статусу здоровья. Классификация респондентов в выборке обследования РМЭЗ 11-й волны сделана на основе кластерного анализа методом К-средних. Для группы респондентов использованы 3 бинарные дихотомические переменные: "Хорошее/плохое здоровье в целом", "Отсутствие/наличие хронических заболеваний", а также "Хороший/плохой слух" по оценке респондентов. Также использованы две порядковые переменные: "способность пробежать около километра", "оценка собственного зрения без очков или контактных линз". Всего в кластерном анализе задействовано 10233 респондента (количество без учета пропусков по всем переменным). Было принято решение выделить 4 кластера.

Кластер 1. Наиболее многочисленная группа, средний возраст- 32 года, 44% - женщины. Около четверти из них имеют хотя бы одно хроническое заболевание. Для них не составляет труда пробежать километр и собственное зрение они оценивают в среднем как хорошее. Среди них нет тех, кто оценивал бы собственный слух как плохой. Также практически отсутствуют люди, оценивающие свое здоровье в целом как плохое.

Таблица 3. Коэффициенты корреляции Пирсона между выбранными для анализа переменными

	Отсутствие/наличие хронических заболеваний	Хорошее/плохое здоровье в целом	Хороший/плохой слух	Оценка собственного зрения без очков или контактных линз	Способность пробежать около километра
Отсутствие/наличие хронических заболеваний	1	0,33	0,15	0,33	0,41
Хорошее/плохое здоровье в целом	0,33	1	0,30	0,36	0,47
Хороший/плохой слух	0,15	0,30	1	0,25	0,27
Оценка собственного зрения без очков или контактных линз	0,33	0,36	0,25	1	0,50
Способность пробежать около километра	0,41	0,47	0,27	0,50	1

Кластер 2. Доля этой группы в общем объеме - 25%. Средний возраст - 45 лет, 60% - женщины. Доля имеющих хотя бы одно хроническое заболевание в данной группе значительно выше (по сравнению с первой) - 66%, причем они в некоторой степени сказываются на существовании и ощущении благополучия в целом. Так, людям в этой группе в среднем немного труднее пробежать километр, собственное зрение без очков или контактных линз они оценивают как среднее.

Кластер 3. Сюда попали наиболее нездоровые люди по всем выделенным критериям, это пожилые люди. Объем группы - 1291 респондент. Средний возраст - 68 лет, 76% женщин. Они не способны пробежать километр, оценивают свое зрение как очень плохое. Среди них четверть называют свой слух плохим, и 87% имеют хотя бы одно хроническое заболевание. Доля оценивающих свое здоровье в целом как плохое - 58%.

Кластер 4. Эта группа по всем выделенным критериям - нечто среднее между группой 2 и группой 3 по уровню здоровья (не очень хорошее, но не самое плохое). Средний возраст - 57 лет, 69% женщины. Три четверти имеют хотя бы одно хроническое заболевание. Эти люди не могут пробежать около километра, оценивают свое зрение как среднее. 6% считают свой слух плохим; 26% - так же оценивают свое здоровье в целом как плохое.

Данная группировка соотносится с классификацией, разработанной в медицинской статистике СССР начала 1970-х гг. (там также выделяется 4 группы по статусу здоровья). Например, описание четвертой (последней группы) соотносится с описанием выделенной нами группы N 3: больные с хроническими болезнями в стадии субкомпенсации или декомпенсации - люди, имеющие длительно протекающее хроническое заболевание с выраженным снижением функциональных возможностей организма.

Анализ процесса дожития с учетом здоровья населения в целом. Построенная классификация позволяет построить модель дожития населения России. Для этого использованы данные табл. 4 (группы упорядочены слева направо по состоянию здоровья - от наиболее здоровых в среднем респондентов к наименее здоровым). Это те самые данные половозрастных долей нездоровых людей, которые используются для взвешивания показателей дожития в рамках расчета ОПЗЖ по методу Салливана.

Интересно наблюдение по результатам анализа данных, показывающих средние значения по переменным, характеризующим статус здоровья. По ряду переменных некоторые кластеры практически не дифференцируются. В первую очередь, это

Таблица 4. Доли респондентов с ограничениями по состоянию здоровья (в общем объеме возрастных групп в выборочной совокупности обследования РМЭЗ)

	Группа 1, %	Группа 2, %	Группа 4, %	Группа 3, %	№ выборки
15 - 19	79	17	3	1	815
20 - 24	76	18	6	1	935
25 - 29	72	21	6	1	1020
30 - 34	68	23	8	1	912
35 - 39	65	22	11	2	768
40 - 44	55	26	16	3	903
45 - 49	30	41	21	7	949
50 - 54	16	45	28	11	804
55 - 59	10	43	32	15	665
60 - 64	7	34	38	22	443
65 - 69	4	23	44	29	722
70 - 74	2	14	44	40	507
75 - 79	1	8	39	51	440
80 - 84	0	4	39	57	207
85+	1	1	24	75	143

касается динамики по переменной "Оценка собственного слуха". В 1, 2 и 4 кластерах доля менее 7%, тогда как только в 3 кластере (характеризующимся наиболее плохим состоянием здоровья в целом) он составляет 25%.

Также можно увидеть, что рост доли респондентов, оценивающих свое здоровье как плохое, при переходе от первого кластера ко второму незначителен (около 7%), тогда как при переходе от 4 к 3 кластеру (к самым нездоровым респондентам) наблюдается рост по данному показателю более чем в 2 раза (с 26% до 58%). Это говорит о том, что данный показатель в России более чувствителен к наступлению серьезных ухудшений здоровья и функциональных ограничений, чем к незначительным ограничениям по здоровью.

Результаты, отображенные на рис. 1 и в табл. 4, справедливы для населения в целом. Ниже построены схожие модели отдельно для каждого пола, что позволит детальнее изучить различия в смертности и статусе здоровья между мужчинами и женщинами.

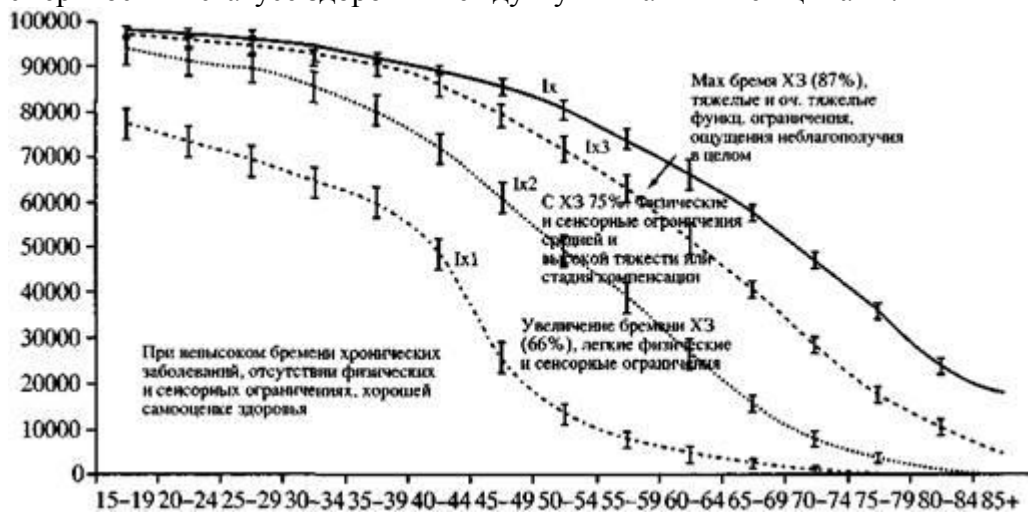


Рис. 1. Модель дожития населения России в 2002 г. с использованием информации о здоровье (РМЭЗ, 11 волна)

Для построения модели дожития также понадобятся данные Госкомстата РФ по смертности. Сделаем две оговорки. Во-первых, применять разработанную классификацию к показателям дожития можно при условии, что на протяжении жизни поколений (применяется метод условного поколения), выделенная группировка остается неизменной (также как и возрастные показатели смертности). Во-вторых, данные статистики смертности - генеральные показатели (для всего населения), полученные распределения по состоянию здоровья - выборочные показатели. Для оценки надежности полученных оценок были рассчитаны 95% доверительные интервалы.

На рис. 1 построена модель дожития для населения России обоих полов (2002 г.). Самая верхняя кривая (кривая дожития l_x) характеризует дожитие всего населения. Площадь пространства под ней - число человеколет, прожитых всеми людьми (показатель T_x). Кривые l_{x1} , l_{x2} , и l_{x3} разделяют это пространство на 4 части по статусу здоровья - от наиболее здоровых (l_{x1}) к наименее здоровым (l_{x3}). Построенная модель позволяет оценить среднее количество проживаемых в популяции лет в различных состояниях здоровья для представителей различных возрастных групп (табл.5).

Например, в возрасте 40 исполнившихся лет среднему представителю населения предстоит прожить 30,4 года, из которых 7,2 проживается в среднем при очень плохом здоровье и функциональных ограничениях.

Таблица 5. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни для россиян в 2002 г.

Возраст	В целом	При отсутствии физических и сенсорных ограничениях, хорошей самооценке здоровья, невысоком бремени хронических заболеваний	Рост бремени хронических заболеваний (66%), легкие физические и сенсорные ограничения	С хрон. забол-ями 75%. Физические и сенсорные ограничения средней и высокой тяжести или стадия компенсации	Мах бремя хронической заболеваемости (87%), тяжелые и оч. тяжелые функц. ограничения, ощущение неблагополучия в целом
15	51,9	20,9	13,3	10,7	6,9
20	47,2	17,2	12,5	10,6	6,9
25	42,8	13,7	11,7	10,4	7,0
30	38,5	10,4	10,8	10,3	7,1
35	34,4	7,3	9,9	10,0	7,1
40	30,4	4,5	9,0	9,7	7,2
45	26,6	2,5	7,7	9,2	7,3
50	23,1	1,4	6,0	8,5	7,3
55	19,9	0,8	4,2	7,6	7,3
60	16,9	0,5	2,6	6,6	7,1
65	14,2	0,3	1,5	5,5	6,9
70	11,7	0,1	0,8	4,2	6,5
75	9,6	0,1	0,4	3,2	6,0
80	8,2	0,1	0,1	2,3	5,7
85+	5,0	0,0	0,0	1,2	3,7

Анализ процесса дожития с учетом гендерных различий. Построены модели, по аналогии с предыдущей, применительно к мужчинам и женщинам в отдельности. Применение кластерного анализа показало в целом схожий результат для обоих полов, но есть и некоторые различия. Во-первых, это разница в наполненности первого и последнего кластеров по уровню здоровья. Около половины мужчин попала в первый кластер (наиболее здоровые), тогда как женщин - меньше трети (32%). В то же время последний кластер среди женщин составил 28% от общей численности, а среди мужчин - лишь 8%. Это люди с максимальным бременем хронических недугов и тяжелыми функциональными расстройствами. Однако среди мужчин в последней группе (наиболее нездоровых) можно наблюдать более высокие средние значения



Рис. 2. Модель дожития мужчин России в 2002 г. с использованием информации о здоровье (РМЭЗ, 11 волна)

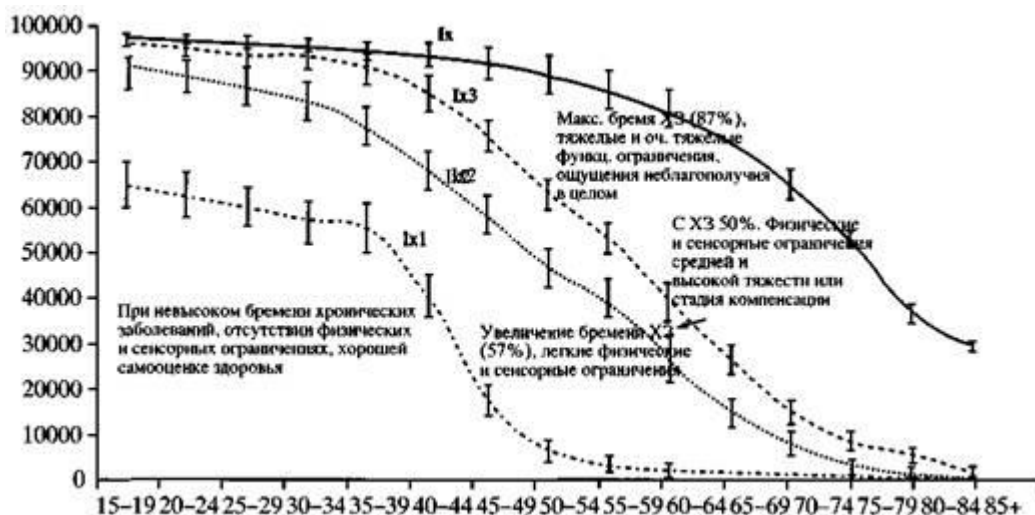


Рис. 3. Модель дожития женщин России в 2002 г. с использованием информации о здоровье (РМЭЗ, 11 волна)

по переменной, характеризующей функциональное расстройство слуха, а также по самооценке здоровья в целом.

Из рисунков 2 и 3 видно, что мужчины в среднем проживают меньше и умирают в среднем раньше по сравнению с женщинами (соответствующие кривые Ix). Однако они меньшую часть жизни мирятся с тяжелыми ограничениями по состоянию здоровья и большую находятся в состоянии полного физического и сенсорного здоровья при отсутствии хронических заболеваний.

Расчитано, при заданных уровнях смертности и здоровья в 2002 г. (см. табл. 6 и 7), мужчинам в России в 2002 г. в возрасте 15 исполнившихся лет предстоит прожить в среднем 45,3 года. Из них только 3,5 года они проживут при максимальном

Таблица 6. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в различных состояниях здоровья мужчин в России в 2002 г.

Возраст	В целом	При отсутствии физических и сенсорных ограничениях, хорошей самооценке здоровья, невысоком бремени хронических заболеваний	Рост бремени хронических заболеваний, легкие физические и сенсорные ограничения	С хрон. забол-ями 77%. Физические и сенсорные ограничения средней и высокой тяжести или стадия компенсации	Макс. бремя хронической заболеваемости (86%), тяжелые и оч. тяжелые функц. ограничения, ощущение неблагополучия в целом
15	45,3	22,2	12,4	7,2	3,5
20	40,7	18,3	11,7	7,1	3,5
25	36,4	14,8	11,1	7,0	3,6
30	32,4	11,3	10,4	7,0	3,7
35	28,5	8,0	9,8	6,9	3,8
40	24,8	4,9	9,2	6,7	3,9
45	21,4	2,6	8,3	6,5	4,0
50	18,4	1,4	6,7	6,0	4,1
55	15,7	0,9	5,0	5,6	4,2
60	13,2	0,5	3,4	5,1	4,2
65	11,2	0,3	2,1	4,6	4,2
70	9,3	0,1	1,3	3,8	4,1
75	7,9	0,0	0,8	3,2	4,0
80	7,0	0,0	0,4	2,8	3,9
85+	5,0	0,0	0,2	2,0	2,8

Таблица 7. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в различных состояниях здоровья женщин в России в 2002 г.

Возраст	В целом	При отсутствии физических и сенсорных ограничениях, хорошей самооценке здоровья, невысоком бремени хронических заболеваний	Рост бремени хронических заболеваний, легкие физические и сенсорные ограничения	С хрон. забол-ями 50%. Физические и сенсорные ограничения средней и высокой тяжести или стадия компенсации	Макс. бремя хронической заболеваемости (93%), тяжелые и оч. тяжелые функц. ограничения, ощущение неблагополучия в целом
15	58,9	17,5	15,9	7,5	18,0
20	54,1	14,3	14,6	7,3	18,0
25	49,4	11,2	13,3	7,0	18,0
30	44,8	8,2	12,0	6,6	18,0
35	40,2	5,3	10,8	6,1	18,0
40	35,7	2,8	9,6	5,3	17,9
45	31,3	1,3	7,9	4,5	17,6
50	27,1	0,6	5,9	3,7	16,9
55	23,1	0,4	3,9	2,9	15,9
60	19,4	0,2	2,3	2,3	14,6
65	15,9	0,2	1,2	1,7	12,9
70	12,8	0,1	0,5	1,2	11,0
75	10,2	0,1	0,2	0,9	9,1
80	8,6	0,1	0,1	0,6	7,8
85+	5,0	0,0	0,0	0,3	4,7

бремени хронических заболеваний и функциональных ограничениях. Женщинам предстоит прожить 58,9 лет, 18 из которых- при максимальном бремени хронических заболеваний, физических и сенсорных расстройствах.

По результатам исследований, женщины склонны более пессимистично оценивать здоровье. Разница не только в объективном физиологическом состоянии, но и в

механизмах оценки здоровья мужчинами и женщинами. Эти механизмы подвержены влиянию множества факторов: объективный уровень здоровья информированности о нем, жизненный стиль и поведение, и т.д. Поэтому при интерпретации полученных результатов следует учитывать специфику используемых опросных данных о здоровье, которые могут говорить не только о его "реальном" уровне, но и о психологических и социоэкономических характеристиках опрашиваемого. Результаты, полученные в данной работе, наводят на размышления методического характера. Продемонстрированная методология ОПЗЖ позволяет учитывать в рамках одного сводного показателя данные различного характера. Способы ее содержательного наполнения - определения и концептуализации понятий "здоровье" и "нездоровье" - зависят от наличия и доступности данных, поставленных перед исследователем целей, в частности поставленных практических задач (напр., если стоит задача сбора информации для оценки объемов предоставления услуг по уходу за пожилыми людьми, целесообразно было бы использовать показатели физических ограничений). Внедрение и более активное использование интегральных мер здоровья в России, в том числе на региональном уровне, позволит улучшить качество его оценки у населения страны, а также более точно определять задачи и планировать политику в сфере здравоохранения. Однако главное условие надежного исчисления и мониторинга ситуации с помощью интегральных мер здоровья - развитие системы специализированных выборочных обследований, позволяющих получить достоверные и репрезентативные данные по широкому кругу показателей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Андреев Е., Школьников В., МакКи М.* Продолжительность здоровой жизни // Вопросы статистики. 2002. N11. Госкомстат РФ URL: www.gks.ru
- Гридасов Г., Денисенко М., Сиротко М., Калмкова Н., Васин С.* Медико-социальные последствия демографического старения (на примере Самарской области). Самара: ООО "Волга-Бизнес", 2011.
- Комаров Ю., Ермаков С., Иванова А.* Продолжительность жизни населения России с учетом инвалидности: динамика, региональные аспекты, основные причины потерь. М., 1997.
- Назарова И.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (1990-е гг.) // Социол. исслед. 2003. N11.
- Рамонов А.* Ожидаемая продолжительность здоровой жизни в России. Электронный журнал "Demoscope weekly". URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0463/tema04.php>
- Российский Мониторинг Экономического Здоровья населения URL: <http://www.hse.ru/science/rfms>
- Харькова Т. П.* Статистическая оценка состояния здоровья различных возрастных контингентов населения // Дисс. ... М., 1982.
- Andreev, McKee, Shkolnikov*, 2003.
- Altman B.* Disability Definitions, Models, Classification, Schemes and Applications, 2001.
- Backwell, Last, Spasoff, Harris, Thuriaux*, 2001.
- Blaxter M.* A comparison of measures of inequality in morbidity // Health inequalities in European countries, 1989.
- Blaxter M.* Health. Cambridge, UK: Polity. 2004.
- Bobak M., Kristensen M., Marmot M.* Life span and disability: a cross sectional comparison of Russian and Swedish community based data. BMJ, doi:10.1136/bmj.38202.667130.55 (published 17 September 2004).
- Bobak M., Pikhart H., Hertzman C, Rose R., Marmot M.* Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia // Soc. Sci. Med. Vol. 47. N. 2. 1998. P. 269 - 279.
- European health expectancy monitoring unit [www.ehemu.eu]
- Ferraro K., Farmer M.* Utility of Health Data from Social Surveys: Is There a Gold Standard for Measuring Morbidity? // American Sociological Review. 1999. 64(2): 303 - 315.
- Gourbin C., Wunsch G.* Health, illness, and death // Demography: analysis and synthesis. Vol. 2. 2006. P. 5 - 12.
- Idler L., Benyamini Y.* Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies // Health Soc Behav. 1997. 38(1): 21 - 37.
- Idler L.* Discussion: Gender Differences in Self-Rated Health, in Mortality, and in the Relationship Between the Two // The Gerontologist. Vol. 43. 2003. N 3.
- Kaplan G., Camacho T.* Perceived Health And Mortality: A Nine Year Follow-Up Of The Human Population Laboratory Cohort // American Journal Of Epidemiology. 1983. Vol. 117.

Katz S., Ford A., Moscowitz R., Jackson B., Jaffe M. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function // *Journal of the American medical association*. 1963. Vol. 185(12).

Kempen G., Steverlink N., Ormen J., Deeg D. The assessment of ADL among frail elderly in an interview survey: self-report versus performance // *Journal of Gerontology*. 1996. Vol. 51.

Last J., Spasoff R., Harris S., Thuriaux M. A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press, 2001.

Mathers et all. Estimates of healthy life expectancy for 191 countries in the year 2000: methods and results. GPE discussion paper N38. World Health Organization. November, 2001.

McKeown T. The role of medicine. Oxford, UK: Blackwell, 2004.

Mossey J., Shapiro E. Self-Rated Health: A Predictor Of Mortality Among The Elderly // *American Journal Of Public Health*. 1982. N8.

Murray C., Salomon J., Mathers C. A critical examination of summary measures of population health // *Bulletin of the World Health Organization*. 2000. 78(8).

Nagi S. Some conceptual issues in Disability and Rehabilitation // *Sociology and Rehabilitation*. Washington, 1965.

Nagi S. The disabled and rehabilitation services // A national overview // *American Rehabilitation*. 1977. 2(5): 26 - 33.

Nicholson A., Bobak M., Murphy M., Rose R., Marmot M. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women - a life course approach // *Social Science & Medicine*. 2005. N 61.

Palosuo H. How good is 'normal' health? An exercise in Russian-Finnish comparative survey methodology // *The Finnish Review of East European Studies*. 2000.

Palosuo H., Uutela A., Zhuravleva I., Lakomova N. Social patterning of ill-health in Helsinki and Moscow Results from a comparative survey in 1991 // *Soc. Sci. Med*. 1998. Vol. 46, N 9.

Perlman F., Bobak M. Determinants of self rated health and mortality in Russia - are they the same? // *International Journal for Equity in Health*. 2008. N 7.

Robine J. -M., Jagger C. and The Euro-REVES Group. Creating A Coherent Set Of Indicators To Monitor Health Across Europe // *European Journal Of Public Health*. 2003. N 13 (3 Supplement).

Sanders B. Measuring community health levels // *American journal of public health*. 1964. N 54.

Sermet C., Cambois E. 2006. Measuring the state of health // *Demography: analysis and synthesis*. Burlington: Academic Press. 2006. Vol. 2.

Sullivan D. A single index of mortality and morbidity // *HSMHA health report*. 1971. N 86.

World Health Organization (WHO). Health 21. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1998.

WHO. Constitution of the World health organization. Department of state bulletin. 1946.

World Values Study Group: World Values Surveys and European Values Surveys 1981 - 4, 1990 - 3 and 1995 - 7. ICPSR version. 2000. URL: <http://www.worldvaluessurvey.org/>