

И.Б. НАЗАРОВА

Здоровье в представлении жителей России

По оценкам экспертов Всемирного банка, человеческий капитал – часть национального богатства и зависит от качества жизни. Его обобщающий показатель – *индекс развития человеческого потенциала*, включающий такие составляющие, как средняя продолжительность предстоящей жизни, уровень грамотности взрослого населения и реальный ВВП на душу населения. Важной компонентой человеческого капитала является здоровье, и в период возрастания роли человеческого фактора его ценность для индивида и общества становится более значимой. П. Калью проанализировал более 80 дефиниций здоровья и предложил объединенное определение: "1 – нормальная функция организма на всех уровнях его организации, нормальное течение физических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству; 2 – динамическое равновесие организма и его функций и факторов окружающей среды; 3 – способность к полноценному выполнению основных функций, участие в социальной деятельности и общественно-полезном труде; 4 – способность организма приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде, поддерживать постоянство внутренней среды организма, обеспечивая нормальную и разностороннюю жизнедеятельность; 5 – отсутствие болезни, болезненных состояний либо болезненных изменений; 6 – полное физическое и духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие физических и духовных сил организма, принцип его единства, саморегуляции и гармонического взаимодействия всех органов" [Калью, 1988].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) с 1997 г. в своем определении здоровья от пятого пункта в градации Калью перешла к шестому, то есть от биомедицинской его интерпретации к более полному, с добавлением социальной составляющей, объясняя здоровье как состояние полного психического, физического и социального благополучия, а в качестве объекта здравоохранения обозначила не только человека, но и население в целом. Кроме того, по данным ВОЗ, здоровье определяется группой факторов: социально-экономических – на 50%; на одну пятую – экологическим состоянием окружающей среды, в той же мере – генетическими причинами и на одну десятую – организацией здравоохранения и качеством предоставляемых населению медицинских услуг [Всемирная...]. К социально-экономическим факторам относятся образ жизни и поведение индивида, которые могут быть витальными, сохраняющими здоровье, или носить разрушительный, патогенный характер. Поведение индивида в отношении здоровья (самосохранительное поведение) и образ жизни формируются как под воздействием объективных и субъективных факторов, так и в зависимости от понимания и отношения человека к здоровью.

Исходя из модели социального действия, здоровье можно рассматривать как результат и деятельности индивида, и производную от занимаемых им социальных позиций (статусов). В этом смысле концепция образа жизни тесно переплетена с теорией стратификации, когда здоровье зависит от: 1) занимаемой должности и связанных с нею возможностей пользоваться медицинскими услугами, дохода и возможностей оплаты медицинских услуг, мер профилактики, рекреации; 2) санитарно-гигиенических и других условий труда. В стратификационных исследованиях здоровье может выступать в качестве дополнительного фактора, давая важную иллюстративную информацию в понимании и толковании социальной действительности.

Тем не менее структурные факторы по мнению ряда авторов (род занятий, уровень дохода, место проживания) оказывают на здоровье значительно большее влияние, чем образ жизни (курение, употребление алкоголя, занятие физкультурой и спортом, масса тела [Leinsalu, 2002; Ross, Mirowsky, 1999]). Наложение всей совокупности факторов интерпретируется как косвенный вклад структурных условий через поведение [Stronks... 1996].

В 1980-х гг. А. Антонов предложил концепцию *самосохранительного поведения* [Антонов, Зотин, Медков, 1982], которая была развита в работах В. Борисова, И. Журавлевой, Л. Шиловой как система действий и отношений, опосредующих здоровье и продолжительность жизни человека [Борисов, 1976; Отношение... 1989]. Концепция медицинской активности В. Альбицкого касается прежде всего деятельности по сбережению здоровья – проведения профилактических мероприятий и лечения в период заболевания [Альбицкий, Ананьин, Сорокин, 1993; Белоконов, 1993].

Самосохранительное поведение – составляющая образа жизни, на его формирование оказывают влияние культура, традиции, ценности общества и индивида, государственная политика и социально-экономическая ситуация в стране. Самосохранительное поведение необходимо рассматривать, в том числе, как экономическое, поскольку оно предполагает целесообразное потребление и различную деятельность по поддержанию здоровья, а также выступает в качестве компоненты рабочей силы.

Такое поведение работника определяется внешним пространством, в качестве которого, помимо места проживания (географическое положение, тип поселения и качество жилья), входят рабочая среда (условия труда) и условия занятости (множественная, посменная). Одна форма поведения индивида влияет на другую: включенность во множественную занятость ограничивает возможность реализации оздоровительных мер (посещение медицинских учреждений, занятие спортом, организацию рекреации), а также преодоление болезней (обращение к медицинскому работнику, лечение, соблюдение особого режима).

К идеальной модели *самосохранительного поведения занятых* относится: 1) здоровый образ жизни; 2) профилактические мероприятия и своевременное лечение заболеваний под контролем медицинского работника; 3) трудовая деятельность в безопасных условиях при возможности выбора рабочих мест или минимизации негативного влияния факторов труда при отсутствии выбора. В последнем случае неблагоприятные обстоятельства занятости носят объективный характер. Вероятно, самосохранительное поведение индивида зависит от понимания здоровья и культуры отношения к нему.

В качестве основной базы данного исследования использованы волны Российского мониторинга экономики и здоровья (РМЭЗ). В рамках проекта "Здоровье и политика здоровья" в опросник РМЭЗ 2005 г. были добавлены вопросы о ежедневной активности – шкала EuroQoL EQ-5D, разработанная в 1987 г. интернациональной исследовательской группой с центром в Нидерландах и предназначенная для замера статуса здоровья. Она позволяет оценить состояние здоровья и степени заботы о нем¹. В

¹ Шкала сводится к числовому индексу статуса здоровья, где единица – "полностью здоров", ноль – "мертв". Валидность шкалы (и ее индикаторов) основана на результатах общенационального исследования населения в 1993 г. Статус здоровья по шкалам: 1) мобильность; 2) способность ухаживать за собой; 3) повседневная активность; 4) боль/дискомфорт; 5) беспокойство/депрессия. Каждый индикатор имеет три уровня: нет проблем; небольшие проблемы; серьезные проблемы [Brooks... 1996].

статье использованы данные исследований по проекту "Health, health policy and poverty in Russia: the dynamics of the health capacities of the poor and the social policy response" (далее – "Здоровье и политика здоровья")².

Данные исследования "Здоровье и политика здоровья в России" позволяют сделать анализ субъективных оценок влияния реформ на состояние здоровья. В ходе проекта в 2004–2005 гг. были взяты глубинные и полужформализованные интервью у 87 жителей Москвы, Воронежа и Казани. Параллельно дали свои оценки эксперты, врачи различных специальностей, которые высказывали свое мнение о пациентах и проблемах оказания медицинской помощи. Информация, полученная в ходе глубинных интервью, сопоставлена с количественными данными, в частности РМЭЗ. Используются также результаты исследования "Отношение к здоровью", проведенного мною в Казани в 1998 г.

Понимание здоровья

Состояние здоровья, а стало быть, и благополучия во многом связано с субъективно ценностным восприятием человеком этих категорий. ВОЗ детерминирует здоровье в положительных терминах – состояние полного психического, физического и социального благополучия. П. Аджелтон предложил классификацию всех имеющихся определений в зависимости от позитивной или негативной интерпретации здоровья. Негативные дефиниции – здоровье определяется через болезнь или признаки заболевания (их отсутствие). В положительных интерпретациях болезнь не упоминается. Здоровье – соответствие норме, болезнь – отклонение от нее. Игнорируя субъективные ощущения, заболевшим человека можно считать даже в том случае, если он не испытывает чувства дискомфорта [Aggleton, 1995]. Вместе с тем негативное определение здоровья возможно не только через отсутствие, но и через противопоставление болезни. Чаще всего объясняя понятие "здоровье", участники интервью противопоставляют его болезни или, наоборот, описывают с позитивной или негативной окраской (см. табл. 1). В целом определения здоровья можно типизировать и в зависимости от интерпретаций респондентами, в том числе материальных и нематериальных.

К нематериальным интерпретациям здоровья или нездоровья относятся:

1. Психосоматические:

– психоэмоциональное состояние (настроение): "Если эмоции хорошие, и по работе все хорошо или в семье, а если в семье, то уже и по работе получается и настроение другое" (мужчина). "Просыпаться в хорошем состоянии духа, чтобы нигде ничего не болело";

– удовлетворенность: "Здоровый человек – это когда у тебя не только ничего не болит, но и тогда, когда ты удовлетворен жизнью, когда ты нужен";

– уверенность: "Здоровый человек уверен в себе, в своих силах, а значит, все может сделать" (женщина);

– самочувствие: "Хорошее самочувствие, отсутствие каких-либо болей и страхов. Это когда человек абсолютно ничем не болеет" (мужчина);

– трудоспособность: "Когда идешь на работу, и у тебя ничего не болит, все нормально" (мужчина, 40 лет). "Быть здоровым – не болеть, работать постоянно, чувствовать себя нормально" (женщина);

2. Психические:

– духовность: "Когда душа здорова, то и физически здоров. Самое главное – духовное здоровье";

3. Соматические:

– возраст: "Мне бы помоложе быть сейчас. Все бы смогла сделать! Здоровый человек – это молодой человек" (женщина, 70 лет). "Естественно, в 30 лет человек не болеет, у него все нормально, все хорошо" (женщина);

² NTAS Ref.Nr. 03-51-3769.

Интерпретации здоровья участниками исследования "Здоровье и политика здоровья"

Дефиниции здоровья		
Негативные	Позитивные	Синтетические
"...Больного человека видно, он плохо выглядит"	"Единственная красота, которую я знаю, – это здоровье. Будет здоровье – все будет, и настроение, и внешний вид, и все"	"Болезнь – признак жизни"
"Если болен – на работе уже мало кому нужен"	"Быть здоровым... Когда ты можешь быть полезным и для своей семьи, и для себя, и работать можешь, заниматься каким-то любимым делом"	"Пока можешь зарабатывать – не думаешь о здоровье или болезни"
Психофизиологические состояния		
Несчастье, усталость, вялость, "как труп – не встаю", дискомфортное состояние (психологическое и физическое), пьянство, алкоголизм, "если человек нездоров, то у него вообще ничего нет в жизни, никакой радости"	Успех, радость, счастье, бодрость, комфортность, сила, работоспособность, норма, уверенность, активность, энергия, любовь, движение	"Если утром встал и ничего не болит – значит умер"

– состояние организма: "Это, наверное, когда ни спина не болит, ни сердце и давление в норме";

– жизнь и смерть: "Если я болею – то это я как труп – не встаю" (женщина);

– самостоятельность: "Здоровье – это видеть и слышать в моем возрасте – чтобы самостоятельно себя обслуживала" (женщина, 87 лет). "Больной человек сам себя не обслуживает" (женщина, 70 лет);

– внешний вид: "Здоровье можно определить по внешнему виду. Если человек болен физически, то со стороны это видно, а морально, конечно, вряд ли. Тем не менее больного человека все равно видно, он плохо выглядит" (женщина). "Единственная красота, которую я знаю – это здоровье" (женщина). "Ведь в первую очередь о здоровье человека судят по его внешнему виду: цвет лица, блеск глаз. Если человек замученный, бледный, с тусклыми глазами, то сразу думаешь о том, что он не досыпает, не доедает..." (женщина-врач);

4. Социальные:

– образ жизни: "Не иметь вредных привычек", "не болеть – значит, жизнь без проблем";

– общение (здоровье – это не одиночество, а общение, поскольку здоровым необходимо быть не только для себя, но и для других: родных и близких, коллег и т.д.): "Быть здоровым – это радоваться жизни, детям, внукам". Здоровье человека зависит от здоровья и счастья близких людей;

– информированность: "Быть здоровым – значит быть обследованным, иметь информацию, что ты здоров. Чтобы заключение сделал специалист" (женщина);

– активность, энергичность: "Вести активный образ жизни. Да, энергия. И естественно, в 30 лет человек не болеет, у него все нормально, все хорошо" (женщина);

– полезность: "Быть здоровым... Когда ты можешь быть полезным и для своей семьи, и для себя, работать можешь, заниматься каким-то любимым делом" (женщина). "Способность, кроме того, что себя обслужить, еще, конечно, какие-то хозяй-

ственные вопросы решать для своих близких. Для дочери – все хозяйственные вопросы".

Материальные интерпретации (социально-экономические) здоровья формулировались в связи с отношением к деньгам: "Тот, кто с деньгами, может позволить себе полноценный отдых и питание, а мы даже этого не можем. Поэтому в России здоровье – это деньги" (женщина). "Для того чтобы обратиться к врачу, в нашей медицине нужны большие деньги" (женщина). "Сейчас здоровье определяет ваш кошелек" (мужчина).

Через понятия, которые в зависимости от ситуации могут быть материальными или нематериальными, можно выделить также **переходные интерпретации**. К таковым, например, относится время: "Для того чтобы обратиться к врачу, в нашей медицине нужны большие деньги или много-много-много свободного времени" (женщина).

В единичных случаях люди либо затруднились дать ответ, либо посчитали: заключение о том, что такое здоровье или болезнь, может сделать только специалист ("Я никогда не был здоровым. Я же не врач, это он только может сказать").

Очевидно, нематериальных интерпретаций здоровья, которые дают наши респонденты, значительно больше, тем не менее люди, испытывающие материальные лишения и проблемы со здоровьем, от эмоциональных объяснений переходят к материальным. Но и нематериальные интерпретации в большинстве своем могут быть обусловлены возможностью доступа к различным благам, имеющим стоимостное выражение (организация обследования здоровья и лечение, качественное питание и отдых).

Понимание здоровья может быть индикатором принадлежности индивида или социальной группы к традиционному или постиндустриальному обществу. В свою очередь, интерпретации здоровья и болезни также можно отнести как к традиционному, так и к постиндустриальному обществу. Например, "информированность" – скорее, индикатор постиндустриального общества и связана как с возможностью общения со специалистом, постановкой и знанием диагноза (в том числе с помощью новейших медицинских технологий и научных достижений), так и с использованием современных средств информации и коммуникации. Однако в информированности велика доля традиционных составляющих. Можно сравнить такие стратегии, как поиск информации о необходимых лекарствах и медицинских услугах в Интернете (постиндустриализм) и самолечение с помощью приобретенного препарата (традиционализм).

Понимание здоровья или болезни часто обобществляется респондентами и рассматривается на различных уровнях:

- микроуровень, как правило, связан с традиционными понятиями личного взаимодействия или общения в рамках первичных социальных групп (семья, трудовой коллектив, соседство);

- макроуровень (государство, нация, поколения) включает постиндустриальные категории, в том числе глобальные проблемы экологии, социальных заболеваний, новых медицинских технологий. Тут речь может идти о проблемах выживания человечества. При этом высказываемые суждения основаны на получении информации из различных как компетентных, так и некомпетентных источников: "Здоровых людей сейчас практически нет. Экология какая! Нервы", "Для того чтобы быть здоровым, важно, чтобы окружающая среда была чистой", "У нас из поколения в поколение здоровье нации ухудшается".

Что значит быть здоровым или больным

Участникам исследования РМЭЗ 2005 г. задавались вопросы о том, какие условия позволяют считать человека здоровым и что означает "быть больным". Быть здоровым – это не иметь никаких серьезных болезней (так ответили 65% респондентов); ощущать в себе жизненную энергию – 23%; не испытывать никаких стрессов, жить "без нервов" – 12%. 51% респондентов в возрасте от 18 лет и старше одновременно

понимают здоровье как отсутствие болезней, а нездоровье – как болезнь, то есть через негативные интерпретации. Быть здоровым – ощущать в себе жизненную энергию, а быть больным – постоянно плохо себя чувствовать – так думают 12% жителей России. И лишь 4% отметили две позиции, связанные со стрессом: быть здоровым – это не испытывать никаких стрессов, жить "без нервов", а быть больным – это находиться в постоянном напряжении, чувствовать, что ты "на грани".

Ответы распределились приблизительно одинаково у мужчин и женщин. Мужчины во всех возрастных группах считают, что главное условие здоровья – "не иметь никаких серьезных болезней" (мужчины 18–39 лет – 63%, 40 лет и старше – 69%). С этим согласны 66% женщин в возрасте 18–59 лет и 68% в возрасте 60 лет и старше.

Среди тех, кто обращались за помощью к врачу в случае болезни, половина придерживались негативных точек зрения на здоровье и болезнь, а среди тех, кто занимались самолечением, – 43%; из тех, кто пропустили по болезни рабочие дни, – каждый второй, а из тех, кто вышли на работу, будучи нездоровым, – 43%. Наверное, в этом основное преимущество связи понимания здоровья/болезни и самосохранительного поведения.

Мужчины и женщины, жители города и деревни, представители различных децильных групп по доходам и представители различных возрастных групп приблизительно одинаково понимают здоровье и болезнь. Не различаются ответы и в группах по доходам – представители каждой децильной группы дали приблизительно одинаковые ответы.

В числе работников нефтегазовой отрасли и органов управления наибольшая доля консервативных – тех, кто воспринимают здоровье и нездоровье через болезнь (61% и 57%), а среди представителей науки, военно-промышленного комплекса и образования – меньшая (41%, 46%, 45%, соответственно); среди работников иностранных фирм – 55%, а среди владельцев фирм – 43%. Возможно, это некие культурные установки социальных групп в отношении здоровья, которые проявляются в образцах самосохранительного поведения.

Те, кто обращались за медицинской помощью, одновременно считают, что быть здоровым – ощущать в себе жизненную энергию, а быть больным – постоянно плохо себя чувствовать (10%); 14% из них занимались самолечением. Приблизительно одинаковая доля тех, кто выходили на работу во время болезни или оставались дома.

Традиционных взглядов на здоровье и болезнь чаще всего придерживаются люди, причислившие себя к тем, кто имеют больше власти, – до 80%. Это, вероятно, объясняет, что происходит в обществе, поскольку элита является выразителем ценностных установок и в какой-то степени их формирует.

Единицы не смогли ответить на вопрос однозначно, считая, что все три условия – залог здоровья или нездоровья. Однако по поводу объективности (субъективности) причин состояния самочувствия мнения разделились. Часть респондентов считают, что состояние здоровья зависит от человека ("надо бросить пить" или "надо верить в Бога"), а также заниматься спортом, следить за собой. Вместе с тем пессимисты считают, что состояние здоровья зависит от объективных причин, поэтому "быть здоровым в наше время невозможно".

В отношении определения "быть больным" дополнительные ответы распределились в зависимости от ситуации полной неспособности ("больной человек – это тот, кто не встает с постели", "быть больным – это постоянно находиться на грани из-за серьезных заболеваний") до проблем физического и психологического характера ("жить на лекарствах", "быть в постоянном напряжении", "невозможность работать").

Здоровье и нездоровье люди связывают не только с физическими недугами, но и с психологическим самочувствием (например, быть больным – это "потерять веру в себя"), с духовными ценностями ("жить не по заветам Бога"). Оптимисты считают, что быть здоровым – это "ощущать в себе жизненную энергию". Такие люди удовлетворены своей жизнью в целом и материальным положением. Они с уверенностью смотрят в будущее и считают, что оно во многом зависит от них самих. Жен-

щины уверены, что обладают многими позитивными качествами, мужчины в целом довольны собой и считают, что они не хуже других.

Пессимисты отмечают, что быть здоровым – это "не иметь никаких серьезных болезней" (через отрицание и болезни) или "не испытывать никаких стрессов", жить "без нервов". В соответствии с корреляционным анализом, так отвечают прежде всего те, у кого были проблемы со здоровьем или легкие недомогания, кто обращался к врачу в последний месяц перед опросом. Эти люди не верят в будущее, считают, что через год они и их семья вряд ли будут жить лучше, чем сегодня, и они не смогут обеспечивать себя самым необходимым в ближайшее время. Люди не могут решить проблемы сегодняшнего дня, практически не имеют возможности влиять на то, что с ними происходит, и считают, что у них масса недостатков. Мужчинам в этой группе кажется, что они неудачники. Таким образом, *традиционное отношение к здоровью присуще болеющим людям, которые живут сегодняшним днем.*

Для некоторых респондентов лучше вообще не говорить и не думать ни о здоровье, ни о болезни: "Главное, чтобы настроение было хорошее, чтобы в жизни что-то получалось, а думать о своих болезнях, о неприятностях – так вообще с ума сойдешь"; не обращать внимания. Но задуматься о здоровье чаще всего приходится, если возникли проблемы: "Пока организм работает бесперебойно и ничем не травмирован, человек редко озабочен проблемами здоровья. Единственное, что может его подтолкнуть задуматься на эту тему, – это пример из жизни: тяжелая болезнь или смерть близких". Действительно, 74% опрошенных в 1998 г. в Казани сообщили о ситуациях, которые заставляли задуматься об отношении к здоровью и жизни в целом: смерть (54%) или болезнь (63%) близкого человека, собственная болезнь (55%), перенесенная операция (лично или кого-то из близких – 45%).

Здоровье в понимании людей градируется по личной шкале в зависимости от *силы* заболевания: "Не иметь хронических заболеваний. Потому что простуда – это несерьезное заболевание в отличие от онкологических". Или, наоборот, простуда считается болезнью: "Только простудные или респираторные заболевания, грипп, то есть какие-то сезонные, и тогда человек считается больным". "Никакого здоровья нет, постоянно болею – сквозняки, холод на работе, постоянно простужаюсь, и в данный момент на больничном" (мужчина, 33 года). В некоторых случаях здоровье определяется по *частоте* заболеваемости и *количеству* болезней.

Здоровье или болезнь связывается и с институтом здравоохранения, с *обращением в медицинское учреждение или к специалисту*: "Быть здоровым – это не обращаться к врачам и чувствовать себя в хорошей физической форме". Болезнь объясняется через *причины* (нервные перегрузки, тяжелые условия труда, несчастный случай) и *последствия* (потеря трудоспособности, появление хронического заболевания).

Как правило, применительно к себе люди начинают говорить о здоровье с наступлением старости, переводя его в сферу возрастных стереотипов, или в случае конкретной болезни, когда речь идет о типичном поведении больного. Но человек в любом возрасте может быть здоровым. Сами респонденты также опровергают стереотипы, поскольку считают, что не каждая боль может быть болезнью, оставляя возможность чувствовать себя здоровым даже при некоторых заболеваниях. Следовательно, состояние здоровья или нездоровья, а стало быть, и благополучия зависит от субъективного восприятия человека. А уже от этого понимания, в свою очередь, часто формируется и самосохранительное поведение.

Определения состояний здоровья, полученные в ходе интервью, ранжированы, поскольку врачи и пациенты считают, что здоровье имеет свои *уровень* и *качество*. Наиболее распространенное мнение можно выразить следующим образом: "Хорошее здоровье, оно и есть хорошее. Когда хорошо кругом, когда ничего не болит, состояние хорошее душевное. Среднее здоровье – значит, что-то где-то побаливает временами, местами. Ну, а плохое – это множество хронических заболеваний, утрата работоспособности" (врач скорой помощи, стаж работы 20 лет).

Не выявлено существенных различий между тем, как мужчины и женщины определяют здоровье, за исключением того, что мужчины не связывают здоровье с внешним видом. Однако большинство из названных категорий, определяющих здоровье, так или иначе обусловлены настроением и эмоциональным самочувствием. Большинство респондентов говорят о своем здоровье без гендерной окраски, подразумевая, что оно является общей ценностью: "Это счастливое качество, потому что если человек нездоров, то у него вообще ничего нет в жизни, никакой радости". Примеры с конкретными "героями" (женщинами или мужчинами) звучали в единичных случаях, но и эти случаи не были типично женскими, а могли быть отнесены к любому полу.

В своих интервью только женщины связывали здоровье с *информированностью*: "знать диагноз – это уже возможность стать здоровым", а также с *внешним видом*: "больного человека видно, он плохо выглядит". Именно женщин беспокоит в первую очередь презентационная сторона хорошего самочувствия: "Если не будет здоровья, то не будет и внешности". О внешнем виде заботятся, поскольку он демонстрируется, а плохое самочувствие (недомогания, болезни) скрывается, выводится в сферу приватного. Здоровье для респондентов связано с *будущим* – краткосрочным и долгосрочным планированием – начать очередной день так, чтобы "ничего не болело", возможность строить планы личной и общественной жизни.

Чего человеку больше всего не хватает в жизни?

В одной из волн РМЭЗ (2000 г.) задавался открытый вопрос о том, чего больше всего человеку не хватает в жизни в настоящее время. Из 10 869 ответов на вопрос большая часть касалась материальной стороны жизни, но и здоровье как необходимость упоминали каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина. В том числе говорили о том, что "если будут деньги, то все будет", а также что денег не хватает на лекарства, лечение, питание, жилье и другие составляющие, необходимые для жизни и здоровья (см. табл. 2). Больше всего не хватало здоровья больным людям, которые оценили его как "плохое" и "очень плохое" в 2000 г., а также тем, кто в 2005 г. были отнесены к больным по методике EQ-5D и у кого были проблемы со здоровьем в последние 30 дней. Людям с хорошим здоровьем не хватало жилья и работы. Современный рынок труда не может обеспечить людей работой, а имеющие рабочие места не могут решить вопрос проблемы жилья. Мужчинам с крепким здоровьем не хватало уверенности, уважения, взаимопонимания, а женщинам – любви.

Самооценки здоровья связаны с удовлетворенностью жизнью: люди, которые выше оценивают свое здоровье, больше удовлетворены жизнью в целом. В 1994 г. полностью и, скорее, удовлетворены жизнью были 14% участников РМЭЗ, в 2005 г. – 37%. Однако неудовлетворенных жизнью остается все же достаточно много: в 1994 г. – 66%, в 2005 г. – 36%. Позитивный "перелом" произошел после 1998 г.; возможно, это результат психологической встряски вследствие дефолта.

Здоровье люди связывают с трудоспособностью, работой и успехом, поэтому, рассуждая о периоде реформ и своей жизни, отмечали, что хорошее здоровье не только помогло перенести трудности, но и добиться успеха в жизни. Треть участников глубинных интервью считают, что поддержание хорошего здоровья необходимо для успешной работы. Успех – важная эмоциональная составляющая в жизни человека, успех в одном виде деятельности является импульсом восходящей мобильности: "здоровье влияет прежде всего на трудоспособность. А трудоспособность влияет на успех. Но есть и обратная сторона этой проблемы, поскольку успех определяет и состояние нервной системы" (женщина 57 лет, Москва, 2005 г.). Неудача как противопоставление успеху приводит, по мнению людей, к заболеванию: ".. конфликт (в моем понимании жизненного успеха) явился причиной моего заболевания" (мужчина 60 лет, Москва 2005 г.).

**Распределение ответов на вопрос
"Что вам больше всего не хватает в жизни в настоящее время?" (в %)***

Не хватает	Все	Мужчины	Женщины
денег (пенсия, зарплата, доход и т.д.)	65	64	66
здоровья	17	13	20
работы	9	11	7
жилья	8	7	8
семьи (мужа, жены, детей)	3	3	3
времени	3	3	3

* Кодировка переменных выполнена М. Панковой (ГУ-ВШЭ).

Здоровье, работу и успех люди рассматривают через набор *возможностей* и *ограничений*. Отсутствие здоровья накладывает ограничения на реализацию возможностей в различных сферах жизнедеятельности: "Здоровье помогает добиться успеха в жизни, а быть здоровым – значит стопроцентно дееспособным. Потому что дееспособность включает в себя все показатели: туризм, отдых, любовь и работу – все!" (мужчина 60 лет, Москва, 2005 г.). "Плохое здоровье отрицательно влияет на возможность добиться успеха. Я бы мог, например, сменить место работы, если бы было нормальное здоровье, и заработать больше" (мужчина 33 лет, Москва, 2005 г.). С состоянием здоровья респонденты связывают возможность и выбора работы, и продолжительной трудовой жизни, и возможность работать производительнее и дольше в течение дня, выполнять работу качественно. С хорошим самочувствием связываются и такие аспекты трудовой деятельности, как профессиональный карьерный рост, хорошие заработки, удовлетворение от работы. Тем же обуславливают респонденты и возможность выполнения иных видов деятельности, помимо профессиональной, например домашнего труда, а также организации досуга, полноценного отпуска. Наряду с открывшимися возможностями в новых экономических условиях [Интервью... 2005] остаются и ограничения: либо отсутствие этих возможностей для некоторых групп населения, либо неумение, нежелание или невозможность ими воспользоваться.

Охрана здоровья и самосохранительное поведение

При отсутствии комплексной государственной профилактической программы граждане ведут себя достаточно пассивно: с 1994 по 2005 г. для профилактического обследования к специалисту обратился лишь каждый пятый; чаще это делают пациенты со средним уровнем здоровья, более обеспеченные, а также работники предприятий с вредным производством, для которых проверка здоровья – обязательное условие. Наряду со снижением числа посещений поликлиник граждане стали реже получать рекомендации в отношении *медикаментозного лечения*: в 1994 г. лекарственные средства прописали каждому пятому, в 2005 г. – лишь 15%. Однако возможности пациентов приобрести необходимые препараты росли из года в год (отмечалось снижение лишь в кризисном 1998 г.). Если в 1994 г. 82% опрошенных смогли купить все, что прописал специалист, то в 2005 г. – уже 94%.

С 1994 по 2005 г. у каждого третьего или четвертого занятого были заболевания, но менее половины из них прибегали к помощи медицинского специалиста. Наиболее активными пациенты были в 1998 г.; в 2001 г. произошло резкое снижение случаев обращения. Именно тогда увеличилось число работников, рабочий день которых превышал 8 часов, треть боялись потерять рабочее место и каждый четвертый не был уверен в том, что сможет найти не худшую работу. С 1994 по 2005 г. снизи-

лось число обращений за медицинской помощью с 45 до 35%. В случае необходимости чаще посещают врача те, кто имеют больше свободного времени. В 1994 г. это были работающие на собственном предприятии или его совладельцы. Именно у них самые низкие средние значения самооценок здоровья. То же относится к сотрудникам государственных предприятий. Реже обращались женщины, работающие на частных предприятиях различной принадлежности. В 1994 и 2004 гг. меньше посещали врачей мужчины из организаций, где владельцем или совладельцем являлись иностранные фирмы или иностранные частные лица. Женщины в таких условиях вели себя противоположным образом. Решение работника посетить поликлинику зависит как от формы собственности предприятия, принципа организации рабочих мест, так и от психологического климата в коллективе. Ограничения занятости влияют на потребительское поведение в сфере охраны здоровья, касающиеся: приобретения медицинских услуг и лекарственных средств, обращений к специалисту, а также продолжения выполнения трудовой деятельности во время болезни.

В России общая стоимость официально зарегистрированных потерь рабочего времени по болезни варьирует от 0,55% до 1,37% ВВП. Зарубежные исследования показывают, что женщины в среднем имеют больше невыходов на работу, связанных с плохим самочувствием, чем мужчины [Barmby, Ergolani, Treble, 2002]. В России же женщины пропускают в среднем меньше рабочих дней. Чаще не выходят на работу те, кто неудовлетворены оплатой труда, возможностями профессионального роста и другими сторонами трудовой деятельности. У мужчин эта разница выражена ярче.

Отказываются работать во время болезни менее 10% заболевших, в то время как, по данным медицинской статистики, 3 млн жителей России ежедневно пропускают работу по болезни и еще 20–35 млн находятся на работе в пред- или постболезненном состоянии. Но если предположить, что 3 млн составляют десятую часть занятых, не выходящих на работу во время болезни, то получается, что, будучи нездоровыми, на работу выходят гораздо больше людей. Оставшиеся дома больные в большинстве своем обращались за помощью к врачу (76% мужчин и 81% женщин). Мужчины, состоящие в браке, лечатся дома реже, подтверждая обязанности кормильца семьи сохранять заработок. Незамужние (в том числе разведенные) женщины чаще выходят на работу во время болезни, поскольку для них наименее вероятна материальная поддержка со стороны родных. Очевидно, что на предприятиях вырабатываются и закрепляются дискриминационные практики, различные типы давления на работников (угроза увольнения, снижение заработка, ухудшения микроклимата в коллективе и отношений с руководством), что провоцирует выход на работу даже в период плохого самочувствия. В такую ситуацию попадают как мужчины, так и женщины, у которых формируется терпимость к практике дискриминации больных работников, в том числе связанной с гендерными стереотипами. Работники пренебрегают болезнью не только из-за страха материальных и моральных потерь, но и потому, что несут ответственность и перед близкими, и перед трудовыми коллективами, они готовы даже жертвовать своим здоровьем ради работы. Кроме того, тут действует и тот фактор, что многие из них просто не ценят свое здоровье. Сотрудники, ориентированные на карьеру, боятся сформировать негативную трудовую биографию, которая помешает вертикальной мобильности. В некоторых случаях для женщины под карьерой подразумевается не статусный и профессиональный рост, а сохранение работы.

Итак, представление жителей России о здоровье традиционно: половина определяет это состояние лишь через негативные понятия – отсутствие или наличие серьезного заболевания. Считая здоровье основой благополучия, индивид будет заботиться о нем, воспринимая здоровье через отсутствие болезни, будет обращать на него внимание лишь в случае недомогания. Здоровье рассматривается населением как экономическая категория, требующая значительных финансовых вложений. Давая здоровью множество интерпретаций, население указывает на его материальную основу и подтверждает, что необходимы инвестиции, связанные с ведением здорово-

го образа жизни и потреблением качественных медицинских услуг. Россияне выводят здоровье в ранг основных, таких ценностей как свобода, справедливость, общение, труд и вознаграждение за него. Они ассоциируют здоровье с набором возможностей, связанных с *трудовой деятельностью и получением дохода*, рассматривая его в качестве ресурса труда. Такое понимание приводит к максимальной конвертации здоровья в материальные блага. Ресурс для его восстановления требует возрастающих вложений как от индивида, так и со стороны государства. Вместе с тем здоровье находится в сфере влияния самосохранительного поведения, формирующегося под воздействием объективных и субъективных факторов, что позволяет включить в процесс его развития и сохранения активность не только населения, но и социальных институтов, государства и общества.

При этом самосохранительное поведение имеет объективные границы, которые возникают преимущественно как результат деятельности государственных и общественных организаций. Существует набор важных факторов жизнедеятельности, определяемых государством и обществом, от которых зависит эффективность такого поведения в сфере труда, потребления, охраны здоровья, воспроизводства рабочей силы и реабилитации. Активизация деятельности населения в области улучшения здоровья требует от человека и общества, с одной стороны, интенсификации действий по расширению сферы самосохранительной активности, а с другой – следовать образцам сохранного поведения, которое формируют и продвигают медицинские учреждения и общественные организации. Данное поведение имеет широкий контекст и находится в сильной зависимости от социального капитала. Кроме этого, в условиях экономического кризиса, резкого падения жизненного уровня население пренебрегает требованиями сохранения здоровья, конвертируя его в источник повышения материальной обеспеченности и используя как инструмент для выживания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Альбицкий В.Ю., Ананьин С.А., Сорокин А.В. Организация медико-социальной помощи детям // Здоровоохранение Российской Федерации. 1993. № 7.
- Антонов А.И., Зотин В.К., Медков В.М. О первом опыте изучения самосохранительных установок. Материалы Всесоюзной конференции “Проблемы демографической политики в социалистическом обществе”. Киев, 1982.
- Белоконь О.В. Экспертные оценки в медико-демографических исследованиях // Здоровоохранение РФ. 1993. № 6.
- Борисов В.А. Перспективы рождаемости. М., 1976.
- Всемирная организация здравоохранения (<http://www.who.int/asout/who/cn/detinition/himl>).
- Интервью с В.С. Магуном “А что я с этого буду иметь? Как в России меняется отношение к работе” (<http://www.rg.ru/2005/10/05/rabota.html>).
- Калью П.А. Сущностная характеристика понятия “здоровье” и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация. М., 1988.
- Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни. М., 1989.
- Aggleton P. Health. London–New York, 1995.
- Barmby T.A., Ercolani M.G., Treble J.G. Sickness Absence: an International Comparison // The Economic Journal. 2002. № 112.
- Brooks R. and EuroQol Group. EuroQol: the Current State of Play // Health Policy. 1996. Vol. 37. Issue 1.
- Leinsalu M. Social Variation in Self-rated Health in Estonia: a Cross-sectional Study // Social Science and Medicine. 2002. № 55.
- Ross C.E., Mirowsky J. Refining the Association Between Education and Health: The Effects of Quantity, Credential, and Selectivity // Demography. 1999. Vol. 36. № 4.
- Stronks K., Van-de-Mheen H., Looman-Casper W.N., Mackenbach J.P. Behavioral and Structural Factors in the Explanation of Socio-economic Inequalities in Health: an Empirical Analysis // Sociology of Health and Illness. 1996. № 18.