

# Т е м а н о м е р а : З д о р о в ь е н а с е л е н и я

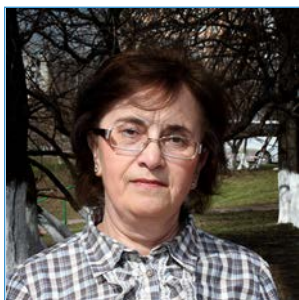
---

## Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности (1994-2011 гг.)



**Козырева Полина Михайловна** – доктор социологических наук, первый заместитель директора ИС РАН, директор Центра лонгитюдных обследований НИУ ВШЭ

*E-mail:* [pkozyreva@isras.ru](mailto:pkozyreva@isras.ru)



**Низамова Алфия Энварьевна** – кандидат социологических наук, заместитель директора Центра лонгитюдных обследований НИУ ВШЭ, старший научный сотрудник ИС РАН

*E-mail:* [anizamova@hse.ru](mailto:anizamova@hse.ru)



**Смирнов Александр Ильич** – доктор социологических наук, ведущий научный сотрудник ИС РАН

*E-mail:* [smir\\_al@bk.ru](mailto:smir_al@bk.ru)

## Здоровье населения России: динамика и возрастные особенности (1994-2011 гг.)

### Аннотация

В статье на основе данных «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» (RLMS-HSE) анализируются возрастные особенности динамики здоровья россиян в постсоветский период. Рассматривается возрастная специфика распространённости хронических заболеваний, инвалидности и самосохранительного поведения. Значительное внимание уделяется исследованию таких факторов ухудшения здоровья, как курение и употребление спиртных напитков.

**Ключевые слова:** здоровье населения, возрастные особенности здоровья, хронические заболевания, диагностика заболеваний, инвалидность, факторы риска, самосохранительное поведение

Здоровье населения как важнейший компонент или интегральный показатель качества жизни в объективных его проявлениях отражает сложную совокупность экономических, социальных, демографических и иных процессов, протекающих в обществе, уровень его экономического и культурного развития [Журавлёва 2001: 507]. Оно формируется и поддерживается совокупностью условий жизни, которые не остаются неизменными [Прохоров 2006: 124-127], а также характером поведения людей во всех сферах деятельности [Назарова 2007: 9]. И в то же время здоровье выступает в качестве одного из основных адаптационных ресурсов, определяющих возможности граждан приспособливаться к меняющейся социальной среде, определяет возможности трудоустройства, оказывает влияние на трудоспособность работников и обуславливает дифференциацию рабочего времени [Тапилина 2004: 315-348]. Именно эти и некоторые другие важные обстоятельства способствовали повышению внимания к исследованию состояния и динамики здоровья населения в период радикальных преобразований.

Данная работа посвящена анализу динамики здоровья населения постсоветской России на основе данных «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения»

(RLMS-HSE)<sup>1</sup>. Мониторинг содержит специальный блок вопросов, позволяющих получать достаточно объёмную информацию, касающуюся оценки физического здоровья и особенностей самосохранительной активности граждан. Основное внимание в работе уделяется изучению возрастных особенностей динамики здоровья россиян. Анализ осуществляется по четырём возрастным группам, которые представлены подростками (14-17 лет), молодыми людьми (18-29 лет), гражданами среднего возраста (30-59 лет) и пожилыми людьми, вступившими в пенсионный возраст (60 лет и больше). Сопоставление показателей их здоровья даёт возможность выяснить, насколько существенны возрастные различия в здоровье, определить направленность происходящих изменений, а также установить величину вклада отдельных возрастных групп в показатели заболеваемости, понять, каков у них спектр проблем, связанных со здоровьем, его укреплением или сбережением.

Как показал анализ, на протяжении двух последних десятилетий динамика здоровья населения России во многом определялась масштабами и глубиной изменений, происходивших во всех сферах общественной жизни. При этом негативная динамика, характерная для начала наиболее трудных 1990-х гг., постепенно сменилась развитием позитивных тенденций. Так, с 1994 по 2011 гг. доля респондентов, оценивающих своё здоровье как хорошее и очень хорошее, выросла с 25,2 до 35,2%, т. е. на 10% (см. таблицу 1). Этот рост произошёл главным образом за счёт респондентов, оценивающих своё здоровье как среднее (не хорошее, но и не плохое), доля которых за указанный период уменьшилась почти на 6%. Не трудно также заметить, что устойчивая позитивная динамика наблюдалась с 2000 г., тогда как в 1990-е гг. показатели менялись несущественно.

Таблица 1

## Оценка состояния здоровья, 1994-2011 гг., %

Оценка	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011
Очень хорошее	1,9	1,5	2,8	2,6	1,8	1,6	1,9	2,5	1,9	2,3
Хорошее	23,3	27,3	26,0	25,7	26,3	28,9	27,6	29,1	31,2	32,9
Среднее	55,7	52,5	52,5	53,3	55,4	53,0	54,5	51,9	52,8	49,8
Плохое	15,5	15,1	15,4	14,9	13,5	13,4	13,4	13,9	12,1	12,6
Совсем плохое	3,3	3,2	2,9	3,2	2,8	2,5	2,2	2,3	1,7	1,8
Затруднились ответить	0,3	0,4	0,4	0,3	0,2	0,6	0,4	0,3	0,3	0,6

<sup>1</sup> «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ» (RLMS-HSE) проводится совместно НИУ ВШЭ и ЗАО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле (США) и Института социологии РАН.

Глобальный финансово-экономический кризис, охвативший Россию в конце первого десятилетия нового века, совершенно не отразился на самооценках состояния здоровья. Наоборот, именно в эти годы были зафиксированы самые высокие темпы роста удельного веса респондентов с хорошим и очень хорошим здоровьем. С 2008 по 2010 гг. их доля увеличилась на 2,1% (с 31,6 до 33,1%), что выше роста предкризисных 2006-2008 гг., составившего только 1,5%. Весьма значительными оказались также показатели, свидетельствующие об улучшении здоровья, которые были выявлены в 2011 г. За последний год доля лиц, оценивающих своё здоровье как хорошее и очень хорошее, выросла с 33,1 до 35,2%, тогда как удельный вес тех, кто оценивает своё здоровье как среднее, сократился с 52,8 до 49,8%.

Улучшение оценок состояния здоровья согласуется со снижением уровня тревожности в обществе и повышением степени удовлетворённости граждан своей жизнью в целом и отдельными её сторонами. С 1998 г., когда были зафиксированы минимальные значения, по 2011 г. доля россиян, удовлетворённых своей жизнью в целом, выросла более чем в четыре раза – с 11,9 до 49,2%, тогда как доля тех, кто недоволен своей жизнью, сократилась в два с половиной раза – с 69,3 до 28,3% (см. таблицу 2). Уровень социального самочувствия населения, достигнутый в 2011 г., оказался самым высоким за весь постсоветский период: превышение удельного веса граждан, в большей или меньшей степени удовлетворённых своей жизнью, над долей тех, кто не доволен своим существованием, выросло с 1,5 раз в 2010 г. до 1,7 раза в 2011 г.

Таблица 2

Удовлетворённость своей жизнью в целом, 1994-2011 гг., %

Оценка	Годы сбора данных										
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011
Полностью удовлетворены	3,6	2,6	2,2	3,8	6,9	5,2	6,5	6,3	7,5	8,9	8,3
Скорее удовлетворены	10,8	9,4	9,7	13,8	26,7	30,3	29,6	35,9	37,0	37,5	40,9
И да, и нет	20,5	19,9	18,0	22,1	23,9	24,1	23,5	22,1	23,2	22,9	21,6
Не очень удовлетворены	40,2	36,5	33,4	36,6	30,6	28,8	27,7	24,5	23,1	21,7	20,7
Совсем не удовлетворены	23,6	30,6	35,9	22,7	11,5	11,1	12,2	10,5	8,8	8,2	7,6
Затруднились ответить	1,3	1,0	0,8	1,0	0,4	0,5	0,5	0,7	0,4	0,8	0,9

К лицам с высоким уровнем социального самочувствия чаще относятся люди, обладающие более значительным запасом адаптационных ресурсов. Это прежде всего наиболее

Глобальный финансово-экономический кризис, охвативший Россию в конце первого десятилетия нового века, совершенно не отразился на самооценках состояния здоровья. Наоборот, именно в эти годы были зафиксированы самые высокие темпы роста удельного веса респондентов с хорошим и очень хорошим здоровьем.

успешные, обеспеченные и образованные граждане, молодые жители крупных городов, обладающие хорошим физическим здоровьем. В то же время ощущение социального дискомфорта в наибольшей степени характерно социальным аутсайдерам, людям, находящимся на нижних ступенях материального благосостояния, власти и уважения, но особенно лицам, не способным работать по состоянию здоровья и испытывающим от своего бездеятельного, ущербного положения большие неудобства. Среди таких людей нет ни одного человека с очень хорошим самочувствием. Апатия и пессимизм в их среде настолько велики, что большинство даже не пытаются строить планы на ближайшее будущее. Значительное большинство респондентов, не способных работать по состоянию здоровья, крайне низко оценивают свои возможности, демонстрируют неуверенность в собственных силах, неспособность самостоятельно справиться с жизненными трудностями.

Позитивные перемены в различных сферах общественной жизни и прежде всего в экономическом развитии, наблюдавшиеся с начала нового века, расширили возможности людей, создав более благоприятные условия для реализации адаптационных ресурсов, повысив уверенность в своих силах, в своей способности противостоять неблагоприятным процессам кризисного периода, что содействовало росту уровня удовлетворённости граждан своей жизнью, улучшению социального самочувствия различных групп населения. Но несмотря на некоторые позитивные сдвиги, многих россиян по-прежнему сильно тревожат такие проблемы, как низкий уровень жизни, постоянный рост цен и размера оплаты жилья и коммунальных услуг, неудовлетворительное состояние жилищно-коммунального хозяйства и плохое медицинское обслуживание, низкая заработная плата и угроза безработицы, отсутствие возможности полноценно отдыхать и содержательно проводить досуг, реализовать себя в профессиональной деятельности, неуверенность в завтрашнем дне и многое другое.

На почве неудовлетворённости жизнью у людей очень часто развиваются депрессивные состояния, являющиеся результатом драматических переживаний и сопровождающиеся потерей интереса к жизни и привычной деятельности, злоупотреблением алкоголя, различными психотропными веществами. Среди респондентов, у которых случаются серьёзные нервные расстройства, доля неудовлетворённых жизнью достигает половины, тогда как среди остальных опрошенных – менее четверти. Депрессивным состояниям чаще подвержены люди, ощущающие бессилие перед наплывом жизненных трудностей, кажущихся непреодолимыми. Эти люди не видят выхода из неблагоприятной жизненной ситуации, испытывают острую материальную нужду или иное бедственное положение. Об этом говорит хотя бы тот факт, что среди респондентов,

подверженных депрессии, вдвое чаще встречаются лица, находящиеся на самом нижних ступенях материального благосостояния и власти, чем среди тех, кто не подвержен острым нервным расстройствам (соответственно 7 против 3% и 14 против 8%). Подобные различия наблюдаются также среди лиц, испытывающих крайнюю степень неудовлетворённости своим материальным положением (соответственно 35 против 22%), а также среди граждан, которые очень сильно обеспокоены тем, что не могут обеспечить себя самым необходимым в течение ближайших двенадцати месяцев (соответственно 42 и 28%).

По мере выхода из трансформационного кризиса и улучшения условий жизни у многих россиян чувства страха и тревоги, подавленности и разочарования, раздражения и отчаяния, характерные для пребывания на стадии социального шока, сменились более позитивными настроениями и оптимистическими ожиданиями, препятствующими возникновению таких психических состояний и расстройств, как фрустрация, депрессия, невроз и т. п. С 2004 по 2011 гг. доля граждан, у которых в течение последних двенадцати месяцев наблюдались серьёзные нервные расстройства и депрессии, уменьшилась в два раза – с 19 до 9,4%. У женщин нервные расстройства и депрессии обычно случаются вдвое чаще, чем у мужчин, но улучшение социального самочувствия, сопровождающееся снижением «градуса» драматических, болезненных переживаний, в равной мере затронуло как мужчин, так и женщин. В частности, среди мужчин доля лиц, испытывающих депрессию, за указанный период сократилась с 13,2 до 7,7%, тогда как среди женщин – с 23,6 до 12,8% (см. таблицу 3). В настоящее время распространённость нервных расстройств и депрессий растёт с возрастом таким образом, что риск оказаться в подобном состоянии у женщин постоянно выше, чем у мужчин.

Таблица 3

Распространённость депрессии, 2004-2011 гг., %

Возрастная группа	2004		2011	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
14-17 лет	6,7	13,7	5,5	5,8
18-29 лет	10,9	19,9	6,2	9,6
30-59 лет	14,9	24,3	8,0	13,3
60 лет и старше	15,0	26,9	9,6	15,4
<b>В целом</b>	<b>13,2</b>	<b>23,6</b>	<b>7,7</b>	<b>12,8</b>

Анализ данных мониторинга по возрастному срезу показал, что самые высокие оценки состояния здоровья принадлежат юношам подросткового возраста. За 2000-2011 гг. доля лиц с хорошим и очень хорошим здоровьем среди них выросла

По мере выхода из трансформационного кризиса и улучшения условий жизни у многих россиян негативные ощущения, характерные для пребывания на стадии социального шока, сменились более позитивными настроениями и оптимистическими ожиданиями, препятствующими возникновению таких психических состояний, как фрустрация, депрессия, невроз и т. п.

с 61,1 до 73,9%, тогда как доля респондентов со средним здоровьем сократилась с 35,8 до 24,8% (см. рис. 1). И совершенно незначительной оказалась доля юношей, оценивающих своё здоровье как плохое или очень плохое. Девушки, в сравнении с юношами, постоянно оказывались более сдержанными в своих оценках. Об этом свидетельствует более высокая, в сравнении с юношами, доля девушек подросткового возраста, оценивающих своё здоровье как среднее, и пониженная доля молодых респонденток, не находящих у себя явных признаков расстройства или утраты здоровья (см. рис. 2). Стоит обратить внимание также на тот факт, что если у юношей подросткового возраста улучшение оценок здоровья прослеживается с 2002 г., то у девушек-подростков – с 2004 г., т. е. с некоторым запаздыванием. Поскольку оценки состояния здоровья коррелируют с показателями удовлетворённости своей жизнью, у юношей подросткового возраста уровень удовлетворённости своим существованием оказывается неизменно выше, чем у девушек данного возраста.

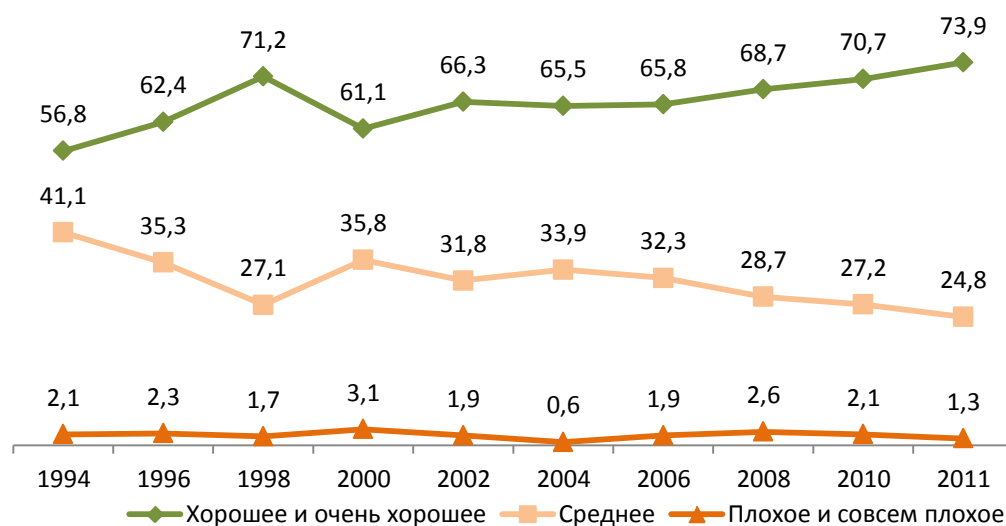


Рис. 1. Оценка состояния здоровья: юноши, 14-17 лет, %

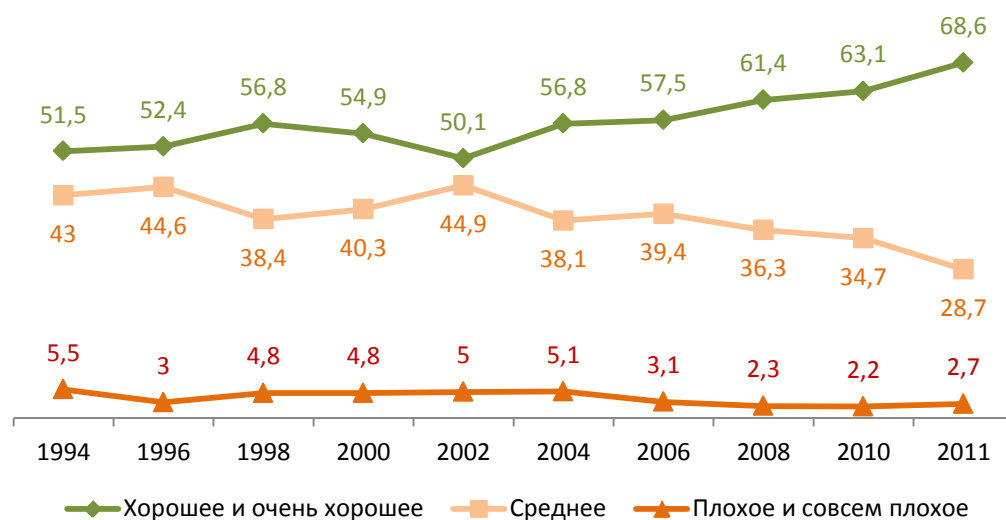


Рис. 2. Оценка состояния здоровья: девушки, 14-17 лет, %

Во многом схожие тенденции наблюдаются при сравнении оценок своего здоровья у мужчин и женщин молодого возраста (18-29 лет). При этом показательна высокая стабильность молодых мужчин в своих оценках (см. рис. 3). Единственный хорошо заметный «скачок» был зафиксирован в предкризисном 2008 г., когда показатели уровня и качества жизни населения достигли максимальных значений. Что касается молодых женщин, то в данной когорте ощущение улучшения здоровья нарастало постепенно (см. рис. 4). С 2006 по 2011 гг. доля респондентов с хорошим и очень хорошим здоровьем среди них последовательно выросла почти на 10% – с 51,5 до 61,3%, тогда как удельный вес лиц со средним здоровьем, т. е. с незначительными признаками нездоровья или частичной утраты здоровья, не менее монотонно сократился на 17,6% – с 54,4 до 36,8%.

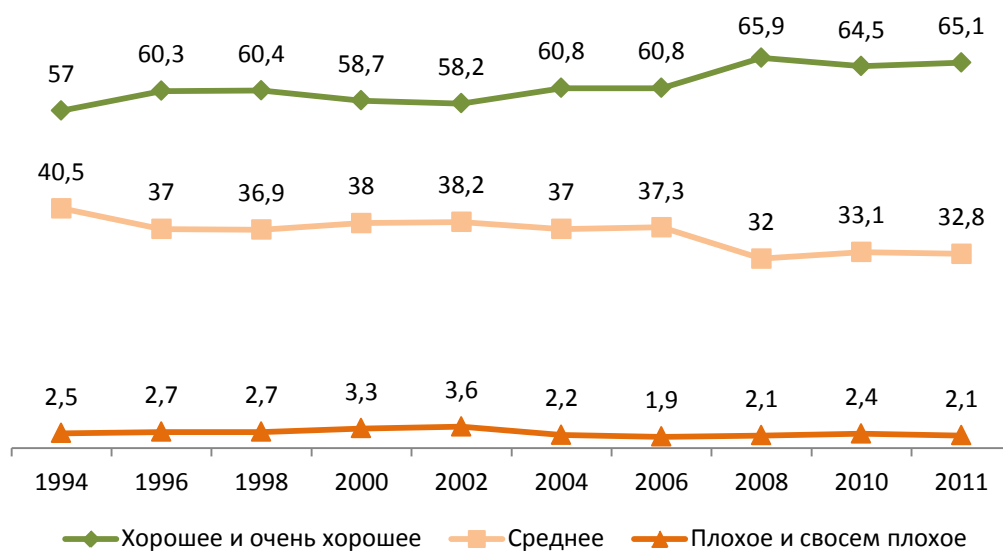


Рис. 3. Оценка состояния здоровья: мужчины, 18-29 лет, %

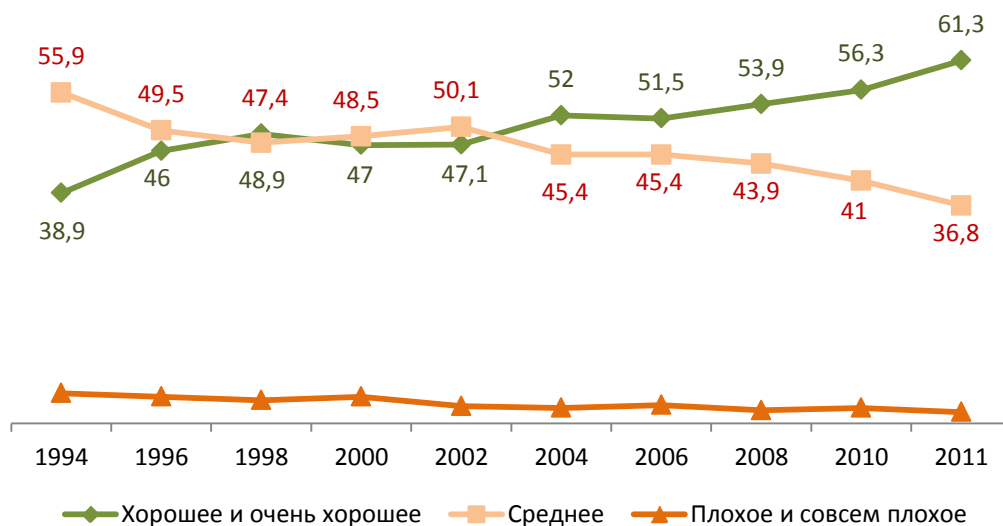


Рис. 4. Оценка состояния здоровья: женщины, 18-29 лет, %



У тех мужчин и женщин молодого возраста, которые лучше оценивают своё здоровье, выше уровень удовлетворённости жизнью в целом и отдельными её сторонами. Более высоким уровнем удовлетворённости жизнью отличаются молодые люди, проживающие в средних городах, с высшим и незаконченным высшим образованием. Но особенно высоким он является у студентов вузов и техникумов, большинство которых не испытывают особых проблем со здоровьем (удовлетворены в той или иной степени – 67%; не удовлетворены всего лишь 16%). В целом доля респондентов молодого возраста, в большей или меньшей степени довольных своим нынешним существованием, достигает 58%.

Существенно меняет картину, демонстрирующую динамику здоровья, переход респондентов из молодого возраста в средний (см. рис. 5 и 6). Этот переход почти вдвое увеличивает удельный вес мужчин и женщин, оценивающих своё здоровье как среднее, т. е. не хорошее, но и не плохое, и намного уменьшает удельный вес тех, кто считает своё здоровье хорошим и очень хорошим. Более существенными становятся различия в оценках здоровья между мужчинами и женщинами.

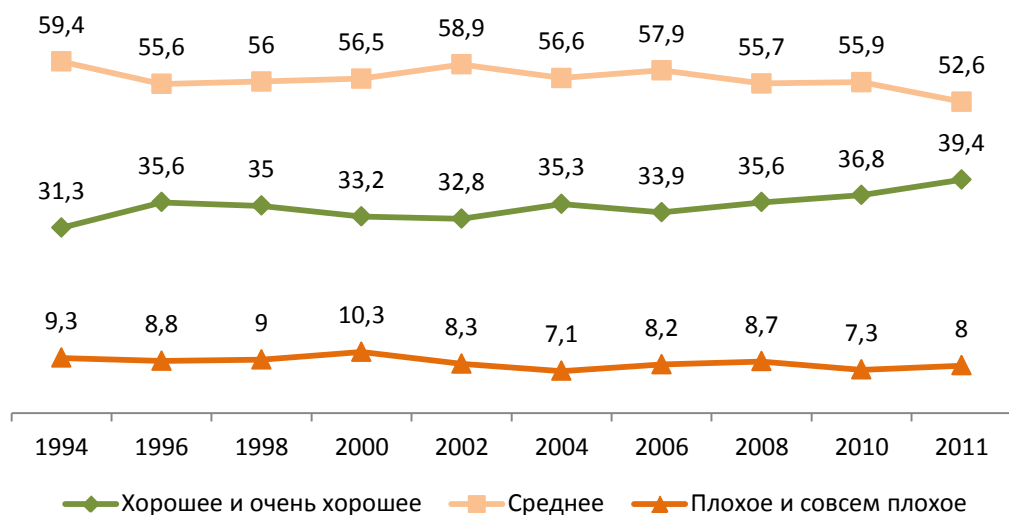


Рис. 5. Оценка состояния здоровья: мужчины, 30-59 лет, %

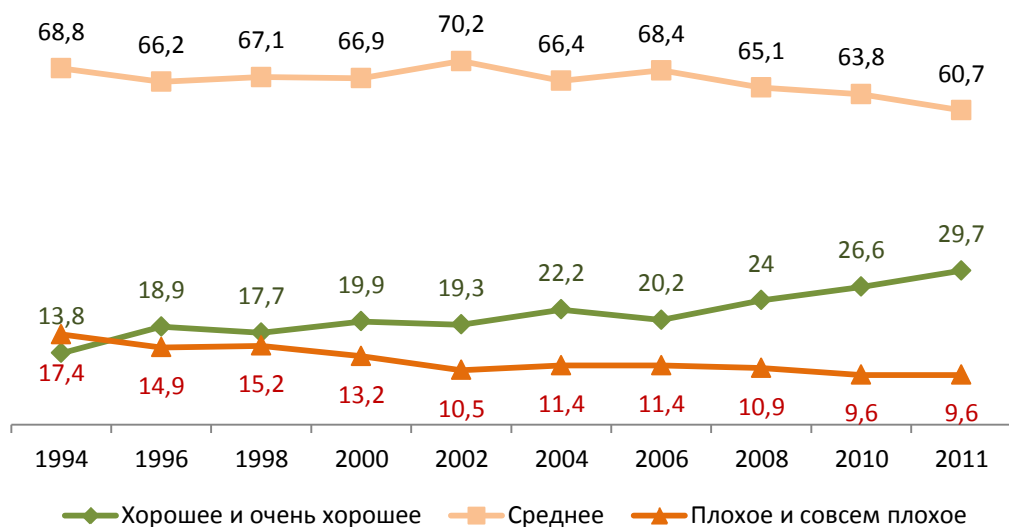


Рис. 6. Оценка состояния здоровья: женщины, 30-59 лет, %

Представляет интерес тот факт, что признаки улучшения здоровья более отчётливо проявляются в когорте женщин среднего возраста. С 2002 по 2011 гг. доля лиц с хорошим и очень хорошим здоровьем среди них выросла более чем на 10% – с 19,3 до 29,7%; в то же время доля респонденток, оценивающих своё здоровье как среднее, сократилась с 70,2 до 60,7%. На протяжении этого периода признаки серьёзного ухудшения или значительной утраты здоровья ощущала примерно каждая десятая опрошенная женщина среднего возраста. Что касается мужской когорты, то здесь оценки менялись гораздо медленнее. Так, в 2011 г. доля лиц с хорошим и очень хорошим здоровьем среди них была всего лишь на 3,8% больше, а доля тех, кто оценивает своё здоровье как среднее, на 3% меньше, чем в очень трудном 1996 г.

Как и в предыдущих случаях, респонденты среднего возраста, лучше оценивающие своё здоровье, отличаются более высоким уровнем удовлетворённости своей жизнью и отдельными её сторонами. Чётко прослеживается закономерность повышения уровня удовлетворённости жизнью от уровня образования и социально-профессионального статуса респондентов данного возраста.

После достижения гражданами 60-летнего рубежа, т. е. пенсионного возраста как для женщин, так и для мужчин, сохранить хорошее или очень хорошее здоровье удаётся немногим. На это указывают только каждый десятый мужчина и примерно каждая двадцатая женщина самого старшего возраста (см. рис. 7 и 8). Положение пожилых людей характеризуется низкими доходами, чрезвычайно зависимыми от пенсионных выплат, малой степенью участия в трудовом процессе и низкой профессиональной мобильностью. Небольшой размер пенсионного дохода, недостаточный уровень медицинского обслуживания, основных видов социального обеспечения затрудняют решение проблем, связанных с сохранением здоровья. Доля лиц, оценивающих своё здоровье как плохое и очень плохое, возрастает среди мужчин в возрасте 60 лет и старше до одной трети, а среди женщин данного возраста – почти до половины. Хорошо заметный всплеск улучшения оценок в обеих когортах был отмечен только в конце 2010 г., т. е. намного позже, чем в более младших возрастных когортах, но затем ситуация стала вновь меняться в обратную сторону. Но в целом, оценки респондентов самого старшего возраста, большинство которых ощущают серьёзные проблемы со здоровьем, отличаются высокой стабильностью и в меньшей мере подвержены влиянию внешних факторов, чем оценки людей более молодого возраста.

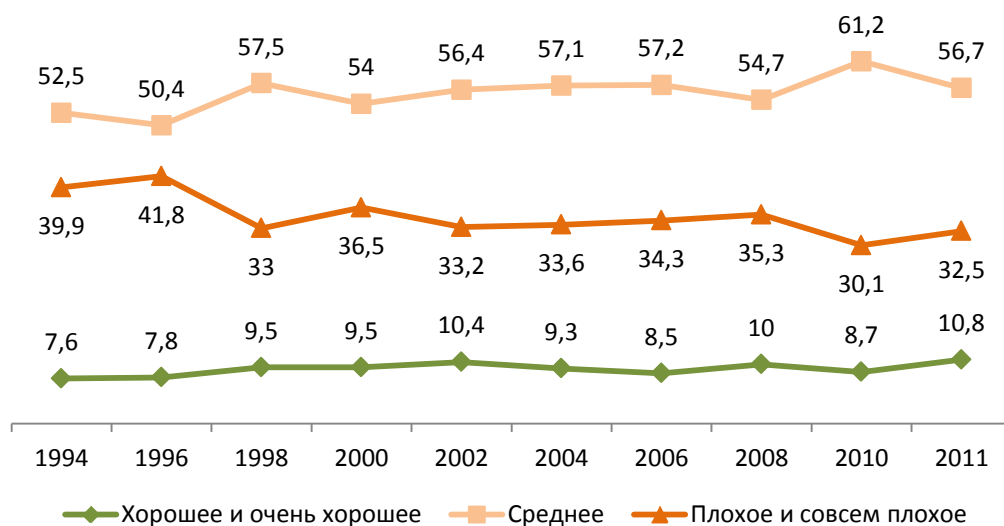


Рис. 7. Оценка состояния здоровья:  
мужчины, 60 лет и старше, %

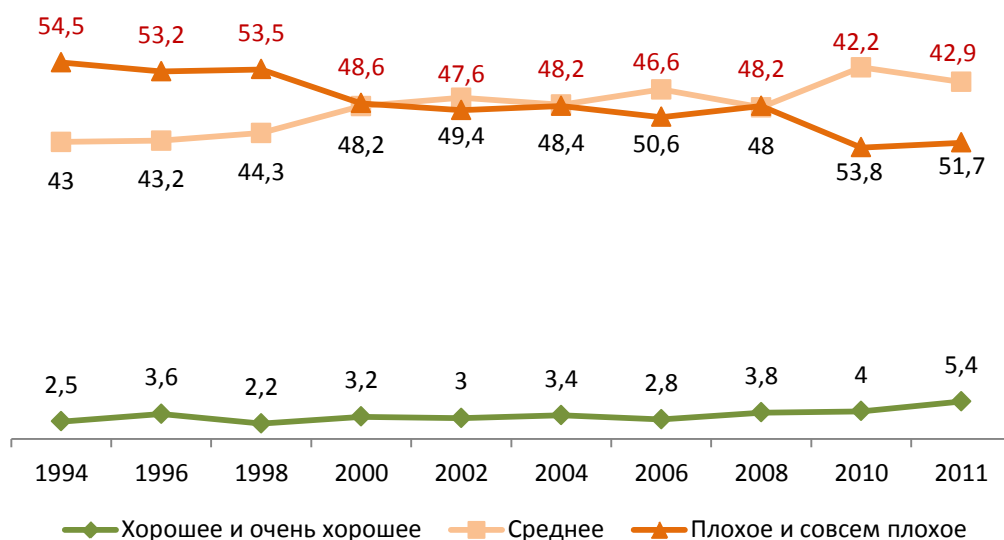


Рис. 8. Оценка состояния здоровья:  
женщины, 60 лет и старше, %

Пожилые люди наиболее критичны не только в оценках своего здоровья, но и в оценках удовлетворённости своей жизнью в целом и отдельными её сторонами. Особенно низким уровнем удовлетворённости своим существованием отличаются неработающие пенсионеры, большинство которых не в состоянии заниматься трудовой деятельностью в силу плохого здоровья (удовлетворены в той или иной степени – 39,8%; не удовлетворены – 39,1%). Значительное ухудшение или потеря физического здоровья в пожилом возрасте усугубляются другими проблемами, одной из которых является одиночество. Абсолютное большинство граждан пожилого возраста имеют очень узкий и постоянный круг общения. Одиночество превращает таких людей во внутренних или внешних аутсайдеров, теряющих точки соприкосновения с социумом. Как отмечают Т. Рат и Д. Хартер, практически у всех людей с высоким уров-

нем социального благополучия есть близкие, которые помогают им добиваться успехов, наслаждаться жизнью и оставаться здоровыми. Они окружены людьми, которые их уважают, принимают их такими, как есть [Рат, Хартер 2011: 81-85]. Потеря контактов с другими людьми является серьёзным фрустрирующим фактором, источником апатии и пассивности, беспокойства и тревог, сомнений и неуверенности, на почве которых развиваются неврозы и депрессии.

Анализируя динамику самооценок состояния здоровья, важно учитывать, что нередко они дают более оптимистическую картину в сравнении с реальной. Это происходит как в силу улучшения общего психологического состояния граждан по мере повышения уровня и качества жизни, что снижает остроту восприятия проблем, беспокоящих людей, так и по причине отсутствия в стране эффективной системы раннего диагностирования болезней, в результате чего многие люди не располагают достоверной информацией о состоянии своего здоровья. Как меняется картина диагностируемых хронических заболеваний, которые вызывают ту или иную степень расстройства или утраты здоровья, показывают данные, представленные в таблице 4.

Таблица 4

## Наличие хронических заболеваний, %

Наименование заболевания	Годы сбора данных				
	2004	2006	2008	2010	2011
Заболевание сердца	16,6	17,9	18,5	17,2	17,9
Заболевание лёгких	5,5	5,3	5,4	5,1	5,3
Заболевание печени	9,6	8,2	9,9	8,4	8,2
Заболевание почек	9,0	7,8	9,3	8,0	7,8
Заболевание желудочно-кишечного тракта	17,1	16,7	17,5	17,3	16,7
Заболевание позвоночника	16,3	17,1	17,0	16,1	17,1
Другие хронические заболевания	21,5	23,7	27,3	26,6	27,1

Как следует из этих данных, самыми распространёнными в настоящее время являются хронические заболевания сердца (17,9%), позвоночника (17,1%) и желудочно-кишечного тракта (16,7%). Вдвое реже встречаются заболевания печени (8,2%) и почек (7,8%). И ещё реже выявляются хронические заболевания лёгких (5,3%). Наряду с этими заболеваниями у значительной части российских граждан, доля которых достигает 27,1%, обнаруживаются другие хронические болезни. Вместе с тем сравнительный анализ данных за 2004-2011 гг. не позволяет говорить о каких-либо существенных изменениях в уровне распространения хронических заболеваний. Выявленные изменения демонстрируют лишь определённые ежегодные колебания, которые не меняют прочно

устоявшуюся картину. Опасные заболевания сердца, лёгких, печени, почек, желудочно-кишечного тракта, позвоночника чаще выявляются у горожан, что связано не только с негативным влиянием на здоровье человека урбанизированной и индустриализированной городской среды, но и с более качественным медицинским обслуживанием в городах, позволяющим раньше диагностировать заболевания.

Как показывают данные таблицы 5, 14-17-летние подростки и 18-29-летние молодые люди подвержены хроническим заболеваниям примерно одинаково. При этом у юношей подросткового возраста и 18-29-летних молодых мужчин чаще выявляются заболевания сердца и позвоночника, тогда как у девушек-подростков и молодых женщин – заболевания почек и желудочно-кишечного тракта. С возрастом картина заболеваемости заметно ухудшается: в среднем возрасте наблюдается умеренное нарастание, а в старшем – стремительный рост заболеваемости. Хорошо также заметно, что после 30-летнего рубежа у женщин хронические заболевания выявляются в 1,5-2 раза чаще, чем у мужчин. Исключение составляют только заболевания лёгких, которые у мужчин и женщин обнаруживаются одинаково часто.

Таблица 5

Наличие хронических заболеваний:  
мужчины и женщины по возрастным группам, 2011 г., %

Наименование заболевания	14-17 лет		18-30 лет		30-59 лет		60 лет и старше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Заболевание сердца	5,1	3,9	5,0	3,2	9,1	13,4	37,3	50,0
Заболевание лёгких	2,7	2,1	2,5	2,0	4,6	5,0	10,8	9,1
Заболевание печени	1,6	1,5	0,6	1,5	5,4	8,2	9,7	22,3
Заболевание почек	1,3	4,2	2,1	4,7	3,8	8,5	9,0	18,6
Заболевание желудочно-кишечного тракта	4,6	10,7	8,7	9,6	12,4	16,9	21,2	32,9
Заболевание позвоночника	7,5	6,0	6,9	4,7	13,8	17,0	25,0	35,5
Другие хронические заболевания	7,8	9,2	6,9	8,2	9,9	15,8	23,3	33,4

После достижения пенсионного возраста около половины женщин и более трети мужчин страдают заболеваниями сердца, свыше трети женщин и около четверти мужчин имеют серьёзные заболевания позвоночника, у каждой третьей женщины и у каждого пятого мужчины приобретают хронический характер заболевания желудочно-кишечного тракта. Кроме того, у каждой пятой женщины и у каждого десятого мужчины пенсионного возраста выявляются различные хро-

нические заболевания печени и почек. Такие серьёзные проблемы со здоровьем становятся одной из главных причин отказа пенсионеров от трудовой деятельности, что почти всегда приводит к снижению их статуса и ухудшению материального положения.

Рассматривая изложенные данные, необходимо учитывать, что в старшей возрастной когорте женщины составляют подавляющее большинство и существенно превосходят мужчин по возрасту. Значения таких показателей, как доля лиц в возрасте старше 60 лет в общей численности населения, индекс старения и демографическая нагрузка за счёт пожилых, для женского населения в России почти в два раза выше, чем для мужского [Сафарова 2005: 115]. Всё это в определённой мере объясняет более высокие показатели заболеваемости пожилых женщин в сравнении с мужчинами пенсионного возраста. Иными словами, мужчины чаще умирают от болезней в относительно молодом возрасте, тогда как женщины живут с этими болезнями до глубокой старости. Характерно, что различия в долях мужчин и женщин, столкнувшихся с различными заболеваниями, нарушениями здоровья, с годами меняются незначительно.

В целом женщины более негативно оценивают состояние своего здоровья, чем мужчины. Последние чаще заявляют о проблемах со здоровьем, когда эти проблемы становятся действительно серьёзными, требующими безотлагательной врачебной помощи. Женщины же гораздо чаще обращаются к врачам в повседневной жизни, и соответственно у них чаще диагностируются заболевания. Мужчины, напротив, гораздо меньше информированы о фактическом состоянии своего здоровья и меньше им интересуются. В таком различном отношении к здоровью кроется одна из главных причин больших отличий в смертности по половому признаку.

Получить более полное представление о проблемах, связанных со здоровьем населения, позволяют данные, представленные в [таблице 6](#). Эти сведения, в частности, показывают, что свыше 37% опрошенных россиян имели когда-либо проблемы со здоровьем, вызванные повышенным артериальным давлением. И количество таких людей с годами не уменьшается. Опасность данного заболевания заключается в том, что оно вызывает массу других опасных болезней. Люди, страдающие гипертонией, более подвержены атеросклерозу. По этой причине инфаркты и инсульты гораздо чаще случаются именно у тех людей, которые страдают высоким давлением. Гипертония, являющаяся одним из самых распространённых заболеваний, развивается медленно и поэтому незаметно. Каждый второй больной гипертонией не догадывается, что у него повышенное давление.

Таблица 6

Диагностика отдельных заболеваний, 1994-2011 гг., %

Диагноз заболевания	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011
Диабет	4,2	3,5	3,5	4,3	4,0	4,0	4,4	4,7	5,7	6,0
Инфаркт миокарда	3,1	2,5	2,9	2,8	2,6	2,5	3,0	2,6	2,4	2,5
Инсульт	1,4	1,2	1,6	1,9	2,0	2,3	2,3	2,4	2,3	2,6
Анемия	3,5	2,9	2,9	3,9	3,6	3,3	4,4	3,6	4,0	4,4
Повышенное давление	-	-	-	28,8	37,0	36,8	38,2	37,4	37,5	37,3
Туберкулёз	-	-	-	1,2	1,2	1,2	1,0	0,9	0,8	0,8
Гепатит	-	-	-	-	7,8	7,4	7,1	6,2	5,2	5,1

Одной из настораживающих тенденций является рост доли респондентов, у которых был выявлен диабет или повышенный сахар в крови. С 2002 по 2011 гг. доля таких людей увеличилась с 4 до 6%. В сравнении с 1990-ми гг. у россиян чаще диагностируются инсульты и примерно также часто выявляются инфаркты миокарда. Едва ли не единственной позитивной тенденцией оказалось некоторое снижение удельного веса граждан, которым ставился диагноз «гепатит» (с 7,8% в 2002 г. до 5,1% в 2011 г.). Что касается снижения доли опрошенных граждан, у которых когда-либо выявлялся туберкулёз, то оно очень мало для возможности обоснованного вывода. В связи с этим отметим лишь, что о снижении в последние годы заболеваемости российских граждан активными формами туберкулёза (впервые выявленными) сообщает также Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор). В частности, в 2011 г. это снижение составило 4,7% [Заболеваемость туберкулёзом]. Другой положительной тенденцией является снижение смертности от туберкулёза в России.

У женщин многие перечисленные выше нарушения здоровья, как и в случае с хроническими заболеваниями, выявляются чаще, чем у мужчин (см. таблицу 7). Речь идёт прежде всего о таких болезнях и отклонениях здоровья, как повышенное артериальное давление (соответственно 43,7 против 28,6%), диабет, повышенный сахар в крови (8,2 против 3%) и анемия (6,5 против 1,5%). Обычно различия между мужчинами и женщинами начинают отчётливо проявляться после преодоления ими 30-летнего возрастного рубежа и достигают максимума после вступления в пенсионный возраст. У женщин пожилого возраста почти вдвое чаще, чем у мужчин данного возраста, обнаруживаются признаки диабета (соответственно 19,1 против 8,8%), анемии (7,3 против 3,2%) и существенно чаще фиксируется повышенное артериальное

давление и артериальная гипертония (77,9 против 61,9%). В то же время у пожилых мужчин чаще диагностируются такие тяжелые заболевания, как инсульты (9,5 против 7,4% у женщин) и инфаркты миокарда (9,6 против 7,2% у женщин). Как известно, именно эти заболевания занимают одни из первых мест среди причин смертности населения.

Нередко лечение или предотвращение тяжёлых заболеваний требует проведения хирургических операций. Удельный вес граждан, ежегодно обращающихся за хирургической помощью в специализированные медицинские учреждения, составляет около 4%. Обычно женщины чаще становятся пациентами хирургов, чем мужчины. В 2011 г. доли таких респондентов среди опрошенных женщин и мужчин составили соответственно 4,8 и 3,6%. Как и следовало ожидать, с возрастом людям приходится чаще делать хирургические операции. Так, среди женщин и мужчин в возрасте 60 лет и более их доли составили соответственно 6,4 и 6%. Но самые большие различия обнаруживаются в когортах, объединяющих молодых людей (соответственно 4,4 и 2,2%) и лиц среднего возраста (соответственно 4,3 и 3,4%).

Таблица 7

**Диагностика отдельных заболеваний  
у мужчин и женщин, 2011 г., %**

Диагноз заболевания	Мужчины в целом	В том числе по возрасту				Женщины в целом	В том числе по возрасту			
		14-17 лет	18-29 лет	30-59 лет	60 лет и старше		14-17 лет	18-29 лет	30-59 лет	60 лет и старше
Диабет	3,0	0,3	0,5	2,5	8,8	8,2	0,3	0,9	5,2	19,1
Инфаркт миокарда	2,5	0,0	0,0	1,4	9,6	2,4	0	0,1	0,8	7,2
Инсульт	2,4	0,0	0,1	1,3	9,5	2,8	0	0,1	1,3	7,4
Анемия	1,5	1,9	1,0	1,1	3,2	6,5	2,4	4,4	7,2	7,3
Повышенное давление	28,6	5,5	10,1	27,8	61,9	43,7	3,6	9,5	40,5	77,9
Туберкулёз	1,0	0,0	0,4	1,3	1,3	0,6	0,3	0,1	0,5	1,2
Гепатит	5,4	0,5	2,1	7,7	4,5	4,8	0,9	2,6	6,4	4,2

В целом наиболее распространённой причиной, обуславливающей появление серьёзных проблем, связанных со здоровьем, являются сердечно-сосудистые заболевания, к которым относятся ишемическая болезнь сердца, болезнь сосудов головного мозга, болезнь периферических артерий, ревмокардит, врожденный порок сердца, тромбоз вен и некоторые другие. Серьёзные осложнения сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркты и инсульты) являются основной причиной смертности населения не только в России, но и во всём мире. Анализ, проведённый на основе данных RLMS-HSE, пока-



зывает, что у неработающих пенсионеров такие осложнения встречаются в шесть раз чаще, чем у работающего населения. Неутешительным фактом является постоянное снижение возраста людей, у которых выявляются сердечно-сосудистые заболевания. Всё чаще этими заболеваниями страдают молодые люди, особенно молодые мужчины в возрасте до 30 лет. Ситуация осложняется отсутствием в стране постоянно действующей и эффективной системы профилактических мер, обеспечивающих раннее диагностирование заболеваний. По этой причине многие больные обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях заболеваний, когда их течение приобретает опасные для жизни формы.

Потерянное здоровье, высокая смертность трудоспособного населения от инфарктов, инсультов, онкологических и иных опасных заболеваний серьёзно влияют на показатели, характеризующие экономическое и социальное развитие страны. Поэтому в цивилизованном мире здоровье человека рассматривается как общественный или национальный капитал, как основная ценность общества, показатель его социального благополучия, важнейшая составляющая устойчивого развития страны. Считается, что каждый год трудоспособной жизни даёт экономике на порядок большую сумму, чем среднедушевые расходы на здравоохранение. Ухудшение здоровья населения приводит к увеличению расходов на медицинское обслуживание, рост выплат по больничным листам, пенсионных и иных выплат по инвалидности и т. п.

Но не только экономика страны несет огромный урон из-за плохого здоровья собственных граждан. В проигрыше оказываются и сами граждане. Зарплата здорового россиянина почти на четверть выше, чем заработок его соотечественника, страдающего хроническими заболеваниями. И то, что плохое здоровье, являясь существенным ограничителем активности человека в различных областях жизни, негативно влияет на уровень благосостояния, на статус в обществе, на социально-психологический настрой людей, поскольку ограничивает возможности эффективной занятости и жизненные шансы в целом, находит всё новые и новые подтверждения [Российская повседневность 2009: 153-171]. В конечном счёте, постоянная и настойчивая забота о своём здоровье выступает важнейшим условием обеспечения благополучия любого человека. Не случайно Всемирная организация здравоохранения трактует здоровье не только как отсутствие болезней и каких-либо физических дефектов, а как состояние полного физического, психического и социального благополучия.

Улучшение оценок состояния здоровья респондентов, наблюдающееся в последнее десятилетие, имеет в своей основе повышение объективных показателей здоровья в результате улучшения условий жизни и качества медицинского обслу-

живания населения. Это доказывает анализ взаимосвязи объективных и субъективных показателей общественного благополучия, проведённый Г. Л. Ворониным на основе данных RLMS-HSE. К числу последних он относит субъективную оценку здоровья наряду с самооценками своего положения в экономическом, правовом и метасоциальном пространствах, прогнозом на ближайшее будущее, уровнем удовлетворённости жизнью, уровнем тревожности [Воронин 2009: 41-51]. Мы же отметим, что хотя улучшение условий жизни и качества медицинского обслуживания населения пока не особенно велико, оно уже приносит заметные результаты. Так, по данным Министерства здравоохранения РФ, за пять лет реализации мероприятий демографической программы ожидаемая продолжительность жизни при рождении выросла для всего населения на 3,7 года, для мужчин – на 3,9 года, для женщин – на 2,8 года. В 2011 г. продолжительность жизни для всего населения составила 70,3 года, в том числе для мужчин – 64,3 года и для женщин – 76,1 года. В 2006 г. продолжительность жизни мужчины составляла 60,4 года, женщины – 73,2 года [Ожидаемая продолжительность 2013]. За последние пять лет смертность от употребления наркотиков среди молодых людей в возрасте от 15 до 34 лет снизилась в полтора раза [В России 2013].

Рассматривая изложенные данные, необходимо иметь в виду относительность позитивных изменений. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, показатели продолжительности жизни в России остаются одними из самых низких в Европе. Причём средняя продолжительность жизни российских мужчин сегодня самая короткая среди мужской части населения Европы и Средней Азии. Она составляет 62,8 лет [ВОЗ], что существенно меньше, чем сообщает Министерство здравоохранения РФ.

Крайне малоподвижной является картина, характеризующая изменение уровня инвалидности в стране. Согласно данным разных источников, в последние годы в России насчитывается немногим более 13 млн. инвалидов, что составляет около 10% населения. Из них являются инвалидами пенсионного возраста 65%, трудоспособного возраста – 30,5% и инвалидами-детьми – 4,5%. Наличие у человека хронического заболевания существенно увеличивает риск получения инвалидности.

Как показывают данные RLMS-HSE, женщины немного чаще мужчин оформляют инвалидность (10,7 против 9,2%). Среди молодых людей в возрасте до 30 лет доля инвалидов составляет только 1,6%, тогда как среди 30-59-летних граждан – 5,7%, а среди тех, кому 60 лет и больше – 28,5%. Люди, проживающие в сельской местности, реже страдающие хроническими заболеваниями и реже указывающие на наличие

Зарплата здорового россиянина почти на четверть выше, чем заработок его соотечественника, страдающего хроническими заболеваниями.

у них в течение последних 30 дней каких-либо проблем со здоровьем, реже имеют и официально оформленную инвалидность, чем граждане, проживающие в городах. Немаловажное значение в данном случае имеет и то, что у горожан в силу известных причин гораздо больше возможностей пройти сложную процедуру оформления инвалидности (медико-социальную экспертизу), чем у граждан, проживающих в сёлах и других небольших населённых пунктах, расположенных в удалённых и малодоступных регионах.

Подавляющее большинство респондентов, оформивших инвалидность, имеют вторую группу (вторую степень) инвалидности (см. таблицу 8). Однако их доля среди всех имеющих инвалидность за последние годы постепенно уменьшилась (с 66,3% в 2004 г. до 58,6% в 2011 г.), тогда как доля получивших третью группу (первую степень) инвалидности не менее поступательно увеличилась (соответственно с 20,2 до 29,7%). Что касается респондентов, имеющих первую группу (третью степень) инвалидности, то их доля в течение анализируемого периода оставалась сравнительно небольшой и достаточно стабильной.

Таблица 8

Уровень инвалидности, 2004-2011 гг., %

Годы сбора данных	Процент имеющих инвалидность	Из них по группам инвалидности		
		Первая группа или третья степень	Вторая группа или вторая степень	Третья группа или первая степень
2004	9,5	13,5	66,3	20,2
2006	10,9	12,9	62,1	25,0
2008	11,3	11,9	62,1	26,0
2010	10,0	10,2	59,8	30,0
2011	10,1	11,7	58,6	29,7

Данные, изложенные в таблице 9, показывают, что между мужчинами и женщинами разного возраста никаких серьёзных различий в уровне инвалидности не выявлено. Так, в возрасте 60 лет и старше доля лиц, имеющих оформленную инвалидность, составляла в 2011 г. среди мужчин 27,8%; среди женщин – 28,6%. В то же время среди инвалидов значительно меньше доля работающих пенсионеров. В допенсионных возрастах до половины респондентов-пенсионеров имеют оформленную инвалидность. Одной из основных причин досрочного выхода на пенсию (как у мужчин, так и у женщин) выступает появление серьёзных хронических заболеваний, существенно ограничивающих их трудоспособность.

Таблица 9

**Уровень инвалидности среди мужчин и женщин  
по возрастным группам, 2011 г., %**

Возраст	В целом	В зависимости от группы (степени) инвалидности		
		Первая группа или третья степень	Вторая группа или вторая степень	Третья группа или первая степень
<b>Мужчины</b>				
14-17 лет	1,3	0,3	0,7	0,3
18-29 лет	2,2	0,3	0,7	1,2
30-59 лет	6,8	0,7	3,3	2,8
60 лет и старше	27,8	4,0	16,7	7,1
<b>Женщины</b>				
14-17 лет	1,8	0,3	0,8	0,7
18-29 лет	1,1	0,1	0,3	0,7
30-59 лет	5,0	0,6	2,3	2,1
60 лет и старше	28,6	3,1	19,1	6,4

Полная или частичная утрата трудоспособности в силу ограниченных возможностей здоровья превращает инвалидов в одну из наиболее социально уязвимых групп населения. Инвалиды в массе своей не могут претендовать на «хорошую» работу, с заработной платой, которую принято считать «достойной». Речь идёт в данном случае не о высококвалифицированной работе, когда вопрос о трудоустройстве решается индивидуально, но об обычной трудовой деятельности, например, в сфере услуг. Инвалиды, испытывающие серьёзные материальные и иные трудности, отличаются крайне низким уровнем удовлетворённости жизнью в целом и отдельными её сторонами. Как показывает опыт, успешная интеграция таких людей в общество не имеет быстрого и простого решения, а может быть только результатом осуществления комплексной государственной политики по отношению к гражданам с ограниченными возможностями здоровья. При этом ключевой проблемой, как и прежде, остаётся проблема создания равных возможностей для инвалидов.

В последнее время в России предпринимаются серьёзные шаги по облегчению трудоустройства инвалидов, обеспечению их специальными средствами, способствующими улучшению их реабилитации, улучшению медицинского обслуживания. В частности, в 2009-2010 гг. свыше 56 тыс. граждан, которым установлена инвалидность, приняли участие в программе снижения напряжённости на рынке труда. В 2012 г. были внесены изменения в законодательство, обеспечивающие инвалидам право на работу при наличии соответствующего желания, вне

зависимости от группы инвалидности. В 2011 г. начата реализация программы «Доступная среда», которая должна сформировать всем инвалидам нашей страны условия для доступа к наиболее важным для инвалидов объектам и услугам в здравоохранении, культуре, транспорте, информации и связи, образовании, социальной защите, спорте и физической культуре. Программа содержит мероприятия, формирующие доступную и безбарьерную среду в школе, помощь инвалидам в трудоустройстве. Её осуществление позволит увеличить к 2015 г. долю общеобразовательных учреждений, в которых созданы приемлемые условия для обучения инвалидов, с нынешних 2,5 до 20%. Однако нельзя не признать, что реализация подобных «точечных» мер лишь ослабляет отдельные очаги социальной напряженности. Проблема формирования равных возможностей для инвалидов во всех сферах жизни продолжает оставаться исключительно сложной и трудноразрешимой.

Здоровье населения в немалой степени определяется особенностями самосохранительного поведения, которое представляет собой осознанную систему действий, во многом определяющих качество индивидуального и семейного здоровья, которая включает ведение здорового образа жизни, осуществление специальных профилактических мероприятий, выполнение медицинских предписаний и назначений, своевременное лечение заболеваний, безопасные условия жизни и трудовой деятельности [Назарова 2007: 52-53]. Такое поведение предполагает в первую очередь сокращение или отказ от курения табака и потребления алкоголя.

Как показывает анализ данных мониторинга, самосохранительное поведение россиян стало в последние годы более осознанным и рациональным. Одной из позитивных тенденций является, хотя и небольшое, но довольно последовательное сокращение курящего населения. Так, с 2006 по 2011 гг. доля курильщиков уменьшилась с 32,6 до 29,6%, т. е. на 3% (см. рис. 9). Основной вклад в это сокращение внесли мужчины, среди которых доля курильщиков уменьшилась за рассматриваемый период с 58 до 51,1%. Заслуживает внимания также стабилизация доли курящих женщин на уровне 14%, которая до 2006 г. только росла. За период 1994-2006 гг. этот рост составил от 9,2 до 14,3%. Ещё одной позитивной тенденцией является сокращение (как у мужчин, так и у женщин) количества выкуриваемых в день сигарет, которое отмечается с 2006 г. До этого, начиная с 1998 г., во всех возрастных группах (и особенно явно – у женщин и подростков), наблюдался устойчивый рост выкуриваемых за день сигарет.

Позитивная тенденция, демонстрирующая постепенное сокращение числа курящих мужчин, затронула все возрастные группы, но в разной степени. Наиболее существенным и последовательным оказалось сокращение доли курильщиков

среди юношей подросткового возраста (см. таблицу 10). С 1994 по 2011 гг. их доля уменьшилась более чем вдвое – с 32,2 до 15,3%. Но при переходе к каждой следующей вышестоящей, т. е. более взрослой возрастной когорте, уменьшение числа курильщиков становится менее убедительным. Так, среди 18-29-летних мужчин доля курящих за указанный период снизилась на 11,8% (с 65,2 до 53,4%); среди 30-59-летних мужчин – уже на 4,1% (с 63,9 до 59,8%) и среди мужчин пожилого возраста – всего лишь на 3,3% (с 38 до 34,7%).



Рис. 9. Курящее население, %

Таблица 10

Курящие мужчины и женщины разного возраста,  
1994-2011 гг., %

Пол	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2002	2004	2006	2007	2008	2010	2011
<b>14-17 лет</b>										
Мужчины	32,2	28,8	23,5	23,0	27,4	24,1	21,8	17,3	14,8	15,3
Женщины	7,2	8,0	6,2	3,6	4,4	6,3	3,8	4,7	4,0	5,0
<b>18-29 лет</b>										
Мужчины	65,2	68,3	64,6	62,1	65,6	63,1	59,7	58,8	56,7	53,4
Женщины	20,7	19,4	20,1	22,0	23,1	24,4	24,5	23,7	22,1	20,3
<b>30-59 лет</b>										
Мужчины	63,9	66,3	66,2	68,5	70,4	67,4	69,6	66,4	60,5	59,8
Женщины	9,0	10,7	11,9	14,4	17,4	18,1	18,9	18,2	17,6	18,7
<b>60 лет и больше</b>										
Мужчины	38,0	40,1	39,3	39,1	38,7	39,2	38,3	36,7	36,6	34,7
Женщины	1,6	1,5	1,6	1,3	1,6	1,5	1,4	2,4	2,4	3,1

Что касается женщин, то здесь изменения по возрастным группам были менее существенными и менее последовательными. Так, среди девушек подросткового возраста тенденция к сокращению числа курильщиц, получившая развитие на начальном этапе мониторинга, затем приостановилась на уровне 4-5%. Среди 18-29-летних женщин тенденция к росту числа курящих, наблюдавшаяся с 1994 по 2006 гг., в дальнейшем приобрела противоположный характер. В результате такого сокращения доля курильщиц в данной возрастной когорте упала до уровня 1994 г., который составлял немногим более 20%. Наиболее высокие темпы роста курящих были отмечены в 1994-2006 гг. среди женщин в возрасте от 30 до 59 лет (с 9 до 18,9%), но затем этот рост полностью прекратился. Единственной когортой, в которой было отмечено некоторое увеличение удельного веса курящих после 2006 г., оказалась когорта, объединяющая женщин в возрасте 60 лет и старше.

О том, насколько сильной является тяга к курению, можно судить по ответам респондентов на вопрос, как они поступят, если цены на сигареты (папиросы, табак и т. п.) вырастут приблизительно в два раза. Отвечая на этот вопрос, выразили намерение меньше курить тот же сорт сигарет, папирос или табака, который они курили раньше, около 21% курильщиков; приложить максимум усилий для того, чтобы бросить курить – 29%; покупать более дешёвые сигареты – немногим более 10%. И, наконец, около 30% респондентов указали, что не изменят своего поведения и будут продолжать курить тот же сорт сигарет, папирос или табака. При этом каждый десятый опрошенный не смог определиться с ответом. Намерение бросить курить чаще демонстрировали девушки и женщины, особенно девушки подросткового возраста (около 60%) и 18-29-летние молодые женщины (около 40%), тогда как менее всего за это высказались 30-59 летние мужчины и пожилые мужчины в возрасте 60 лет и старше (соответственно 25 и 20%). Мужчины в большей мере настроены не менять своего поведения, т. е. продолжать курить тот же сорт сигарет, папирос или табака, или, в крайнем случае, покупать более дешёвые сигареты или папиросы (35 против 24% среди женщин). И чем старше мужчины, тем твёрже они выражают подобные мнения. Среди пожилых мужчин в возрасте 60 лет и старше доля таких респондентов достигает 44%.

Другим важнейшим фактором, неблагоприятно влияющим на состояние здоровья значительной части населения, является чрезмерное потребление гражданами алкогольных напитков, которое выступает одной из главных причин многих хронических заболеваний, низкой рождаемости и высокой смертности в стране.

Наиболее общие сведения о степени распространённости потребления алкогольных напитков после 2006 г. приведены на рис. 10. Поскольку эти данные основаны на оценках респон-

дентов, могут существовать некоторые неточности. К тому же выборка мониторинга не включает значительные сегменты граждан, например, лиц, проходящих военную службу в воинских частях, а также бездомных и других представителей социального дна. Поэтому изложенные данные могут несколько преуменьшать степень распространения и количество потребления алкоголя.

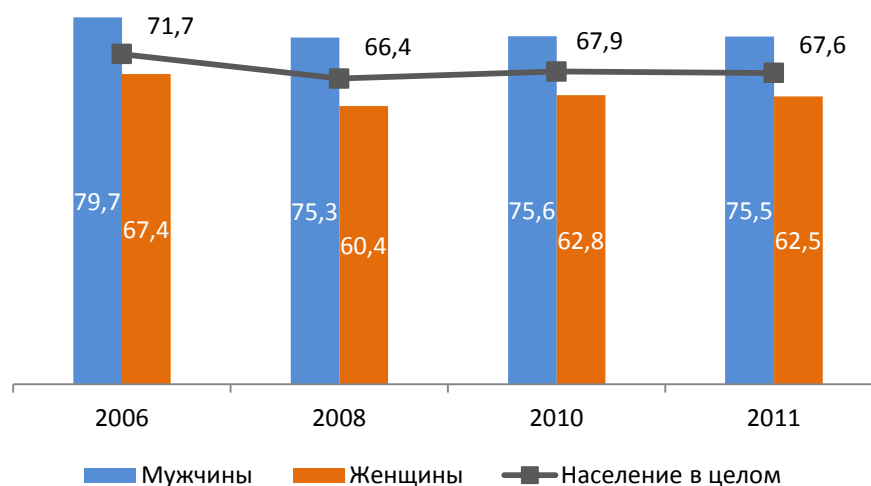


Рис. 10. Население, употребляющее алкогольные напитки, 2006-2011 гг., %

В 2006-2011 гг. доля утвердительных ответов на вопрос «Употребляете ли вы хотя бы иногда алкогольные напитки, включая пиво?» колебалась в пределах от 66,4 до 71,7%. При этом доля выпивающих мужчин была постоянно на 12-13% выше доли выпивающих женщин.

В этот период расходы домохозяйств на алкогольные напитки и доля этих расходов в семейном бюджете менялись, но умеренно. Однако если обратиться к более ранним данным, то обнаруживается положительная динамика, свидетельствующая о сокращении доли расходов домохозяйств на алкогольные напитки (см. рис. 11). Если в первой половине 1990-х гг. траты на алкогольную продукцию составляли около 3% семейного бюджета, то к концу 2011 г. они уменьшились до 1,1%. Эти изменения происходили на фоне усиления тенденции, демонстрирующей сокращение доли расходов на продукты питания в структуре ежемесячных расходов российских домохозяйств. С 2006 по 2011 гг. эта доля уменьшилась с 46,8 до 42,4%. А если вести отсчет с 1992 г., когда доля расходов на продовольствие достигала 72,6%, данное сокращение составляет 1,7 раз.

В рассматриваемый период доля лиц, употребляющих спиртные напитки хотя бы иногда, нарастала по мере взросления респондентов, но в самой старшей возрастной когорте резко падала (см. таблицу 11). К числу позитивных тенденций, привлекающих особое внимание, следует отнести поступатель-



ное сокращение удельного веса пьющих среди юношей и девушек подросткового возраста, которое наблюдалось с 2006 г. В 2011 г. к выпивающим относился примерно каждый пятый подросток мужского и женского пола, что было примерно вдвое меньше, чем в 2006 г. Во всех остальных возрастных когортах отмечалось превышение доли пьющих мужчин над долей пьющих женщин, достигающее максимума после преодоления ими 60-летнего возрастного рубежа. В самой старшей возрастной когорте доля пьющих мужчин была постоянно более чем в полтора раза выше, чем доля пьющих женщин.



Рис. 11. Структура расходов: питание вне дома, алкоголь, табачные изделия, 1992-2011 гг., %

Таблица 11

Потребление алкогольных напитков  
мужчинами и женщинами разного возраста, 2006-2011 гг., %

Годы сбора данных	Возраст							
	14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
2006	40,0	34,6	82,1	74,3	85,5	79,3	76,8	48,5
2008	30,0	25,6	78,3	68,0	80,9	71,8	71,7	43,1
2010	21,4	23,2	77,8	69,2	81,7	72,5	72,5	46,1
2011	19,9	19,5	77,7	68,3	82,0	73,6	71,6	45,6

На рис. 12 и в таблице 12 приведены данные, характеризующие ответы респондентов на вопрос «В течение последних 30 дней вы употребляли алкогольные напитки?». Как следует из рисунка 12, в 2008-2011 гг. наметилось сокращение удельного веса мужчин и женщин, употреблявших алкоголь в течение последних 30 дней. В отношении всех пьющих это снижение составило 4,3 процентных пункта (с 76,1 до 71,8%).

Но, если у пьющих мужчин данный показатель сократился с 83,1 до 79,3%, то у пьющих женщин – с 70 до 65,3%, т. е. в женской когорте снижение шло более быстрыми темпами, но эти различия носили умеренный характер.

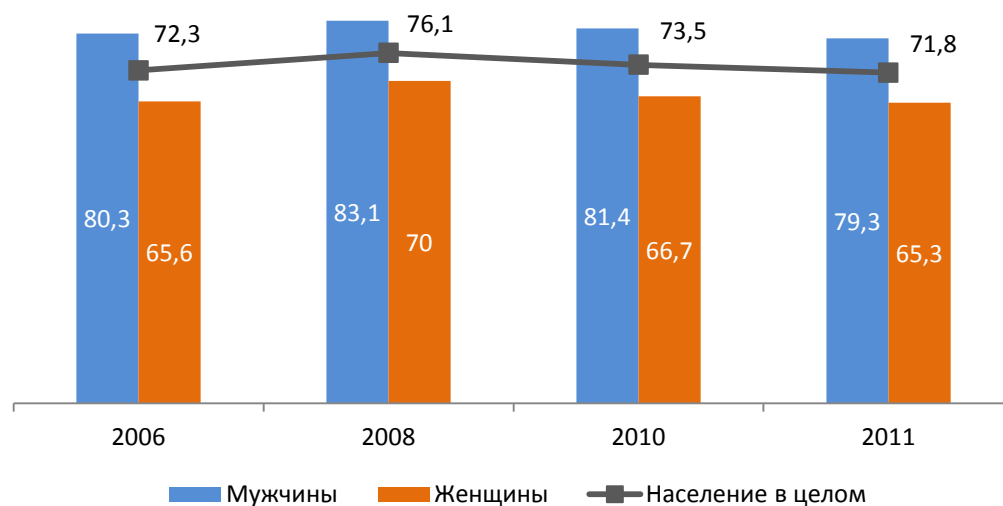


Рис. 12. Доля граждан, употреблявших алкогольные напитки в течение последних 30 дней, 2006-2011 гг., % от числа пьющих

Таблица 12

Доли мужчин и женщин разного возраста, потреблявших алкогольные напитки в течение последних 30 дней, 2006-2011 гг., % от числа пьющих

Годы сбора данных	Возраст							
	14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
2006	54,6	52,6	81,4	72,6	83,3	68,6	75,1	51,1
2008	59,4	54,5	86,6	74,7	83,8	72,8	79,8	59,5
2010	52,0	51,4	81,7	69,1	83,7	69,6	76,4	57,1
2011	59,4	48,4	79,0	66,9	81,0	68,7	76,1	55,6

Наиболее существенное сокращение числа лиц, употреблявших алкогольные напитки в течение 30 дней, предшествующих опросу (см. таблицу 12), произошло у выпивающих хотя бы иногда девушек в возрасте от 14 до 17 лет включительно (с 52,6% в 2006 г. до 48,4% в 2011 г., т. е. на 4,2%) и у выпивающих молодых женщин в возрасте от 18 до 29 лет (соответственно с 72,6 до 66,9%, т. е. на 5,7%). При этом среди женщин самого старшего возраста эта доля увеличилась с 51,1 до 55,6%, т. е. на 4,5%. В мужских возрастных когортах пьющих людей данный показатель менялся незначительно. Исключение составляют юноши подросткового возраста, среди

которых доля лиц, употреблявших спиртное в течение последних 30 дней, менялась от 52 до 59,4%. Среди пьющих мужчин молодого и среднего возраста данный показатель достигал 80% и более на протяжении всего анализируемого периода. В самой старшей возрастной когорте данный показатель был лишь немного ниже – от 75,1% в 2006 г. до 79,8% в 2008 г.

Из тех респондентов, которые употребляли алкогольные напитки в течение последних 30 дней (пиво в данном случае тоже считается алкогольным напитком), немногим более трети пили примерно 2-3 раза за месяц, около четверти – один раз в неделю, а каждый пятый – один раз в течение месяца (см. таблицу 13). Примерно каждый седьмой-восьмой из этих респондентов выпивал 2-3 раза в неделю, а остальные (около 5-6%) – от 4 до 6 раз в неделю или каждый день. И эти показатели в течение 2006-2011 гг. менялись незначительно. При сравнении указанных данных с данными за предыдущие годы (1994-2005), необходимо иметь в виду, что они могут несколько расходиться в силу изменения формулировок исходных вопросов<sup>1</sup>. Но, несмотря на возможные отличия, можно с большой долей уверенности утверждать, что в последние годы частота потребления спиртных напитков респондентами немного выросла. Это выражается в существенном сокращении доли лиц, выпивающих один раз в месяц, т. е. с наименьшей частотой, и в соответствующем увеличении удельного веса респондентов, выпивающих чаще одного раза в месяц. В целом, с 1994 г. по 2011 г. удельный вес лиц, выпивавших один раз в течение последних 30 дней, уменьшился с 30,5 до 21,9%, т. е. почти в полтора раза, тогда как доля выпивавших один раз в неделю выросла за этот период с 20,2 до 24,4%, а доля выпивавших 2-3 раза в неделю увеличилась с 11,6 до 13%.

Таблица 13

Частота потребления алкоголя, 1994-2011 гг.,  
% от числа пьющих

Частота потребления алкоголя	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011
Каждый день	2,1	2,0	1,6	2,8	3,2	2,4	2,4	2,4	1,6	1,8
4-6 раз в неделю	2,3	2,9	2,0	3,0	3,5	3,3	3,0	2,7	3,0	3,0
2-3 раза в неделю	11,6	13,0	9,7	12,5	14,9	15,1	14,6	14,3	12,0	13,0
Один раз в неделю	20,2	20,7	19,3	20,4	23,8	22,6	22,2	24,7	23,4	24,4

<sup>1</sup> Начиная с 2001 г. респондентов просили не забывать считать алкогольным напитком пиво при ответах на вопросы о частоте, времени и месте потребления алкоголя в течение последних 30 дней. Начиная с 2006 г. на эти вопросы, а также на вопрос об употреблении алкогольных напитков в течение последних 30 дней, должны были отвечать только те, кто употреблял хотя бы иногда алкоголь, включая пиво.

Продолжение таблицы 13

Частота потребления алкоголя	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011
2-3 раза в течение последних 30 дней	33,3	32,7	36,0	34,0	30,5	33,4	34,6	35,3	36,6	35,9
Один раз в течение последних 30 дней	30,5	28,7	31,4	27,3	24,1	23,2	23,2	20,6	23,4	21,9

Как и следовало ожидать, мужчины выпивают не только больше, но и намного чаще женщин. Так, в 2011 г. доля лиц, употреблявших алкогольные напитки 2-3 раза в неделю и чаще, была среди пьющих мужчин почти в три раза больше, чем среди пьющих женщин (соответственно 31,5 против 11,3%). Примерно таким же было это соотношение и во все предыдущее годы (например, в 1994 г. – 30,4 против 9,9%). Подобная картина наблюдалась во всех возрастных когортах.

Показатели среднего количества потребляемых алкогольных напитков мужчинами, женщинами и подростками за последние годы также менялись незначительно. Среднее количество потребления алкогольных напитков наиболее сильно пьющими (верхние 20%), подверженными наибольшему риску нарушения здоровья или его утраты, в каждой группе (мужчин, женщин и подростков) в 3-4 раза превышало соответствующую групповую среднюю.

Подавляющее большинство российских мужчин и женщин чаще всего потребляли алкогольные напитки, включая пиво, дома или в гостях у родственников, друзей и знакомых (см. таблицу 14). Эта традиция оставалась неизменной на протяжении всех лет мониторинга, тогда как популярность других мест употребления алкогольных напитков существенно менялась. Так, в последнее десятилетие заметно потеряла свою весомость традиция выпивать на работе или по месту учёбы, отмечая разного рода праздники, юбилеи, дни рождения и другие важные события. Эта традиция получила колоссальное развитие в конце 1980-х – начале 1990-х гг., когда происходили огромные изменения не только в характере потребления спиртных напитков, но и в психологии больших групп населения, которые сопровождались усилением терпимого отношения к употреблению алкоголя, упрочением психологических установок на обязательное употребление спиртных напитков по самым разнообразным поводам на работе и по месту учёбы. Стремительный рост популярности разного рода корпоративных мероприятий, формирование новых алкогольных стереотипов привели к повышению интенсивности и количества приёма спиртного на работе. Но в последние годы эти тенденции стали ослабевать, что во многом связано с укреплением порядка

и улучшением управляемости в стране. С 2002 по 2011 гг. доля лиц, выпивающих на работе или по месту учёбы, сократилась более чем вдвое – с 16,1 до 7,3%.

Другой хорошо заметной тенденцией является уменьшение удельного веса граждан, особенно среди 18-29-летних молодых людей, выпивающих в парках, на улицах, в подъездах, на детских площадках, пляжах и в других общественных местах, которая набирала силу до 2002 г. Если с 1994 по 2002 гг. доля таких респондентов среди выпивающих выросла в три раза – с 4,7 до 14,1%, то к концу 2011 г. она монотонно сократилась более чем в два раза – до 6,3%. Но, несмотря на эти положительные изменения, распитие спиртных напитков в общественных местах остаётся крайне сложной проблемой, беспокоящей всё общество. Сокращение количества мест, официально разрешённых для употребления спиртных напитков, не подкреплённое ужесточением контроля за соблюдением установленных правил, только усугубляет ситуацию, порождая у нарушителей ощущение безнаказанности.

Таблица 14

Места потребления алкоголя, 1994-2011 гг.,  
% от числа пьющих

Место потребления алкоголя	Годы сбора данных									
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011
Дома	94,0	77,8	80,6	82,2	81,7	81,4	83,4	84,9	86,0	87,2
В ресторанах, барах	9,5	7,5	9,0	15,4	20,4	18,1	22,1	21,1	22,1	22,4
В парке, на улице, в подъездах	4,7	7,0	5,8	11,0	14,1	14,1	12,9	8,1	6,9	6,3
На работе, по месту учебы	16,5	15,9	14,1	16,1	16,1	13,1	11,0	8,7	6,5	7,3
В гостях	72,9	72,7	75,9	75,2	71,9	73,7	73,7	72,2	71,8	72,4

Ещё одной хорошо заметной и важной тенденцией, обусловленной стремительным развитием системы организованного (общественного) питания и повышением уровня материального благосостояния населения, стало значительное увеличение удельного веса мужчин и женщин, предпочитающих выпивать в ресторанах, барах, кафе и других пунктах общественного питания. С 1998 г., когда было зафиксировано минимальное значение, по 2011 г. удельный вес таких граждан среди выпивающих россиян вырос с 9 до 22,4%, т. е. более чем в два с половиной раза.

Крайне негативно сказывается на здоровье людей употребление спиртных напитков без еды, особенно натоцак. Как следует из данных, представленных на рис. 13, в подобные ситуации чаще или реже попадают свыше четверти выпивающих граждан. Большинство из них составляют мужчины

молодого и среднего возраста. Значительный процент потребляющих спиртное без еды составляют любители пива. В то же время более чем каждый пятый выпивающий респондент часто употребляет спиртное до еды, что менее вредно. Кроме того, почти 90% выпивающих потребляют спиртное во время еды или после еды, что позволяет минимизировать негативное воздействие алкоголя на здоровье.

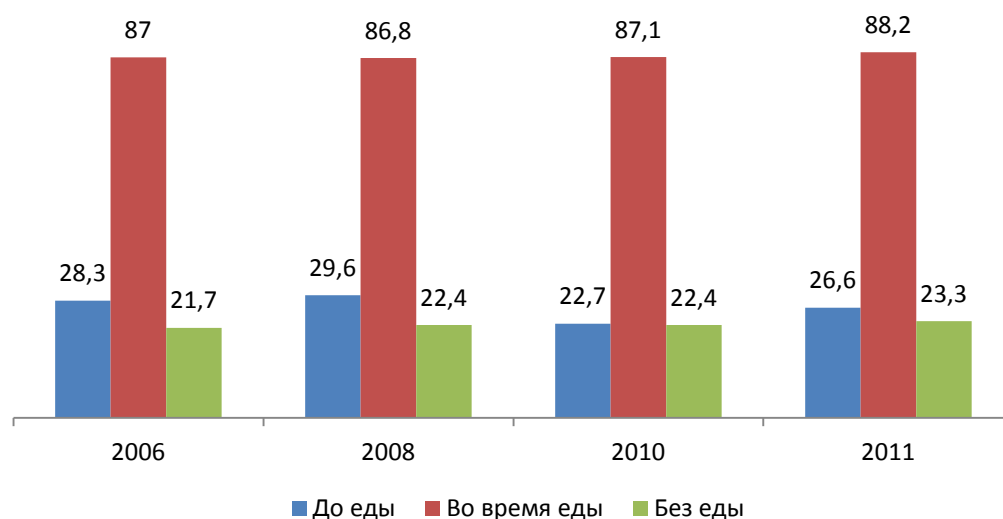


Рис. 13. Связь потребления алкоголя с приёмом пищи, 2006-2011 гг., % от числа пьющих

Улучшение показателей состояния здоровья в 2000-е гг. сопровождалось неоднозначными тенденциями, характеризующими изменение веса тела респондентов в результате изменения количественных и качественных параметров питания (см. рис. 14)<sup>1</sup>. С одной стороны, при высокой доле граждан, которые не меняли своего веса (с 2000 по 2008 гг. эта доля выросла с 39,8 до 54,1%, но к концу 2011 г. снизилась до 48,5%), довольно низким оставался удельный вес россиян, у которых наблюдалось снижение массы тела. С 2000 по 2008 гг. доля таких респондентов сократилась почти в полтора раза – с 23,6 до 16,7% и затем практически не менялась. Как известно, снижение массы тела у людей чаще всего является признаком недостаточности питания. Речь идёт о сложившемся у части населения «бедном» типе питания, который характеризуется хроническим недоеданием и приводит к возрастанию частоты белково-калорийной недостаточности. Питание этой части населения не соответствует современным представлениям о здоровом питании [Питание и здоровье 2002]. Подобное питание, неадекватное физиологическим потребностям организма, оказывает неблагоприятное влияние на здоровье граждан.

<sup>1</sup> На рисунке не отражена позиция «Затруднились ответить».

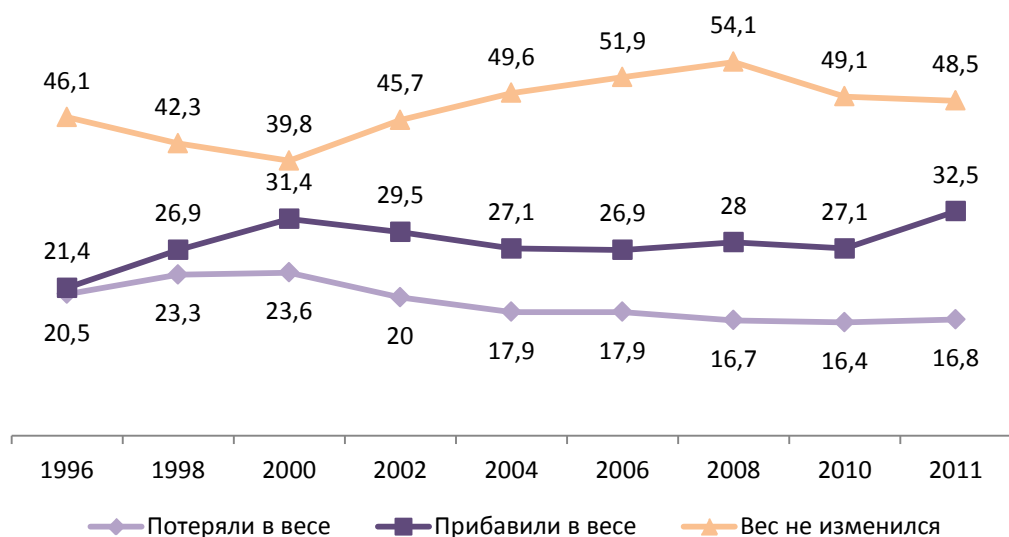


Рис. 14. Динамика изменения веса, 1996-2011 гг., %

С другой стороны, около трети россиян постоянно прибавляли в весе тела, нередко накапливая излишки, что также имело негативные последствия для здоровья этих людей. На протяжении практически всех лет мониторинга наблюдалось увеличение количества людей, страдающих избытком веса, среди граждан среднего возраста и особенно среди пожилых людей. Это связано как со сложным материальным положением многих россиян, которые вынуждены заменять в рационе дорогие продукты питания более дешёвыми, но менее полезными для здоровья, так и с отсутствием традиций здорового питания, неумением многих людей правильно выстраивать своё питание вне дома. В условиях повышения расходов населения на продукты питания, которое наблюдается с 2000 г. (см. рис. 15), последние обстоятельства становятся ключевыми для увеличения потребления высококалорийных продуктов питания, вызывающих ожирение. Некоторое сокращение продовольственных расходов, составившее 8,8%, произошло только в 2011 г.



Рис. 15. Динамика ежемесячных расходов домохозяйств за 1992-2011 гг., в тыс. руб. декабря 2003 г.

Известно, что в России потребление жиров традиционно превышало рекомендованные нормы, что постоянно вызывало расстройства здоровья, способствовало развитию у людей опасных хронических заболеваний. Поэтому снижение потребления жиров в 1992-1998 гг. в результате экономического кризиса благоприятно сказалось на здоровье россиян. Однако, начиная с 2000 г. доля жиров в потребляемой энергии начала опять увеличиваться во всех возрастных группах и уже в 2005 г. достигла у лиц в возрасте от 18 до 59 лет почти 35%, тогда как рекомендуется не более 30%. Одновременно увеличилась также (снижавшаяся до 2000 г.) доля потребляемых белков до 14% при рекомендованных 10-15%.

Только около 8% опрошенных российских граждан пользуются какими-либо диетами для того, чтобы сбросить вес. Такой способ борьбы с избыточной массой тела в гораздо большей мере характерен для женщин, чем для мужчин (соответственно 10,9 и 3,3%). При этом обращение женщин к диетам практически не зависит от их возраста (10-12% во всех возрастных группах), тогда как у мужчин наблюдается последовательный рост доли лиц, пользующихся диетами, с 1,1% среди 14-17-летних юношей до 6% среди мужчин, достигших 60-летнего возраста.

Какие-либо витамины, минеральные вещества, биологически активные добавки принимают только около 17% россиян. Женщины пользуются этими средствами вдвое чаще, чем мужчины (соответственно 20,2 против 10,5%). Данная тенденция проявляется в равной мере во всех возрастных группах. Так, среди 14-17-летних девушек и юношей эти доли составляли соответственно 23,3 и 14,8%; среди 18-29-летних женщин и мужчин – 21,9 и 10,9%; среди 30-59-летних респонденток и респондентов – 21,5 и 9,6%; среди женщин и мужчин в возрасте 60 лет и старше – 20,1 и 11,4%.

Дальнейший анализ показал, что большинство респондентов стараются питаться дома, причём доля лиц, питающихся только дома, в 2011 г. составила 57,9% (см. таблицу 15). Среди женщин доля таких респондентов существенно больше, чем среди мужчин (соответственно 63,4 против 50,4%). Значительная часть опрошенных россиян (30,7%), представленная работающим населением, питается вне дома все рабочие дни недели. Такой тип питания в большей мере характерен для мужчин (36,7 против 26,5% среди женщин). Кроме того, около 5,5% респондентов питаются вне дома в среднем 2-3 раза в неделю и 3,2% – в среднем меньше 2-х раз в неделю. И, наконец, только 2,7% опрошенных россиян практически всегда питаются в столовых, ресторанах, барах, кафе и других предприятиях общественного питания. Особых различий между мужчинами и женщинами в данном случае не наблюдается.



Таблица 15

## Частота питания дома и вне дома, 2011 г., %

Частота питания	Всё население	В зависимости от пола	
		Мужчины	Женщины
Практически всегда питаются вне дома	2,7	3,0	2,4
Все рабочие дни недели вне дома	30,7	36,7	26,5
В среднем 2-3 раза в неделю вне дома	5,5	6,4	4,8
В среднем меньше 2-х раз в неделю	3,2	3,5	2,9
Питаются только дома	57,9	50,4	63,4

Чаще всего питаются вне дома молодые мужчины в возрасте от 18 до 29 лет (см. таблицу 16). Среди них минимальной является доля лиц, питающихся только дома (около 33%), и максимальной доля тех, кто питается вне дома все рабочие дни недели (46%). Сравнительно большими среди них являются также доли лиц, питающихся в среднем 2-3 раза в неделю вне дома (11,2%) и питающихся практически всегда вне дома (5,1%). Чётко прослеживается тенденция роста удельного веса питающихся только дома по мере увеличения возраста респондентов. Так, среди женщин эта доля увеличивается достаточно медленно: с 44% среди 14-17-летних девушек до 55,1% среди 30-59-летних женщин и затем резко возрастает до 90,9% среди тех, кому 60 лет и более.

Данные мониторинга свидетельствуют о значительном росте расходов российских домохозяйств на питание вне дома. С 1998 г., когда были зафиксированы минимальные значения, по 2010 г. средние ежемесячные расходы домохозяйств на питание в столовых, ресторанах, кафе, барах и других предприятиях общественного питания выросли почти в четыре раза и лишь в начале 2011 г. немного снизились, что было обусловлено последствиями распространившегося на Россию глобального финансово-экономического кризиса. Отмечен также существенный рост, хотя и не всегда последовательный, удельного веса расходов домохозяйств на питание вне дома в структуре семейных расходов. С 1998 по 2010 гг. доля этих расходов увеличилась с 2,9 до 4,7%, т. е. более чем в полтора раза, и затем немного уменьшилась в 2011 г. до 4,6% (см. рис. 11). Как показывает анализ, мода на рестораны, кафе и бары завоевывает не только столицу, но и другие крупные и средние города страны. Хотя население регионов реже посещает предприятия общественного питания, в 2011 г. наблюдалась тенденция некоторого расширения сети кафе и ресторанов в средних и небольших провинциальных городах. Намечилась также тенденция восстановления докризисных показателей популярности быстрого питания в молодёжной среде. Для части молодых людей посещение баров, кафе, ресторанов превратилось в один из важных видов досуга.

Таблица 16

**Частота питания дома и вне дома  
мужчин и женщин разного возраста, 2011 г., %**

Частота питания	Возраст							
	14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Практически всегда питаются вне дома	3,5	1,9	5,1	3,4	2,5	2,0	1,6	2,4
Все рабочие дни недели вне дома	40,6	35,0	46,0	36,5	42,2	34,7	8,0	4,8
В среднем 2-3 раза в неделю вне дома	9,7	14,9	11,2	7,8	5,8	5,0	1,1	1,1
В среднем меньше 2-х раз в неделю	3,8	4,2	4,7	5,3	3,9	3,2	0,5	0,8
Питаются только дома	42,4	44,0	33,0	47,0	45,6	55,1	88,8	90,9

Примерно каждый пятый россиянин питается не регулярно, т. е. реже 3-х раз в день. В 2011 г. к этой категории граждан относились 22,9% опрошенных мужчин и 17,3% женщин (см. таблицу 17). В силу возросшего ритма жизни и неупорядоченности досуга чаще всего попадают в число лиц, которым не удаётся питаться регулярно, молодые мужчины и женщины в возрасте от 18 до 29 лет (соответственно 31,9 и 29%). Нерегулярное и несбалансированное питание в ресторанах, столовых, кафе, барах и различного рода пунктах быстрого питания (fast food), как правило, не обеспечивает удовлетворение физиологических потребностей молодого организма в питании. Достаточно много таких людей также среди 30-59-летних мужчин и женщин (соответственно 25,6 и 18,9%), а также среди юношей и девушек подросткового возраста (14,2 и 20,1%). А наиболее высокие показатели регулярности питания, как и следовало ожидать, наблюдаются у мужчин и женщин самого старшего возраста. В целом почти три четверти респондентов пенсионного возраста питаются не менее 3-х раз каждый день и ещё один из пяти опрошенных питается регулярно практически каждый день.

Высокий уровень заболеваемости и низкая продолжительность жизни в России во многом обусловлены не только широким распространением алкоголизма, курения табака, наркомании, но и малоподвижным образом жизни, что является своеобразной платой за комфорт: лень, нежелание пожертвовать многочисленными благами цивилизации, чтобы сохранить здоровье (сидячая работа, поездки на личном автомобиле и общественном транспорте, пользование лифтом, и т. п.). И с каждым прожитым годом риски малоподвижного образа жизни только увеличиваются.

Таблица 17

## Регулярность питания (не мене 3-х раз в день), 2011 г., %

Регулярность питания	В целом		В зависимости от возраста							
			14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Удаётся питаться регулярно	48,9	57,4	62,0	50,5	37,9	42,8	44,1	54,4	72,5	73,3
Скорее да, чем нет	28,3	25,3	23,9	29,4	30,3	27,9	30,3	26,7	21,1	20,5
Скорее нет, чем да	18,7	13,9	11,0	16,3	25,9	22,2	20,9	15,6	5,8	5,1
Никогда не удаётся	4,2	3,4	3,2	3,8	6,0	7,0	4,7	3,3	0,6	1,1

Как показывают результаты мониторинга, три четверти опрошенных россиян не занимаются физическими упражнениями (см. таблицу 18). Что касается остальных респондентов, то, согласно данным за 2011 г., 11,2% опрошенных россиян занимаются лёгкими физическими упражнениями для отдыха менее трёх раз в неделю; 4,3% – физическими упражнениями средней и высокой тяжести менее трёх раз в неделю; 2,1% – упражнениями высокой тяжести по крайней мере три раза в неделю по 15 минут и более и 6,3% респондентов ежедневно занимаются физкультурой по меньшей мере 30 минут в день. Эти данные оставались практически неизменными с 2002 г.

Таблица 18

## Занятия физическими упражнениями, 1996-2011 гг., %

Вид физической нагрузки	Годы сбора данных									
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011	
Лёгкие физкультурные упражнения для отдыха менее трёх раз в неделю	9,1	9,7	10,7	10,9	9,8	10,1	13,0	12,4	11,2	
Физкультурные упражнения средней или высокой тяжести менее трёх раз в неделю	4,1	4,1	4,2	4,8	4,5	4,4	4,9	4,1	4,3	
Физкультурные упражнения высокой тяжести по крайней мере три раза в неделю 15 минут и более	1,4	1,7	1,7	1,1	1,7	1,7	2,5	2,0	2,1	
Ежедневные занятия физкультурой по меньшей мере 30 минут в день	4,5	5,5	5,0	6,3	6,3	6,7	6,0	6,4	6,3	
Не занимаются физкультурой и спортом	80,9	79,0	78,4	76,9	77,7	77,1	73,6	75,1	76,1	

Но, если обратиться к данным за 1996-2000 гг., можно заметить некоторые позитивные сдвиги, характеризующиеся увеличением удельного веса граждан, занимающихся физическими упражнениями и спортом, в среднем на 6-7%. Это увеличение обеспечивается главным образом повышением удельного веса лиц, занимающихся как лёгкими физкультурными упражнениями для отдыха не менее трёх раз в неделю, так и ежедневными занятиями физкультурой по меньшей мере полчаса в день.

О различиях в предпочтениях относительно занятий физическими упражнениями и спортом между мужчинами и женщинами, принадлежащими к разным возрастным группам, дают представление данные за 2011 г., изложенные в таблице 19. Из них, в частности, хорошо видно, что женщины намного чаще мужчин предпочитают заниматься лёгкими физическими упражнениями для отдыха и укрепления здоровья, включающими гимнастические и иные упражнения общеразвивающего, превентивного и профилактического, тогда как мужчины – физическим упражнениям средней и высокой тяжести. Так, если среди женщин, занимающихся физическими упражнениями, доля лиц, предпочитающих лёгкие физические нагрузки, в полтора раза больше, чем соответствующая доля мужчин (55,9 против 36,5%), то среди мужчин, занимающихся физическими упражнениями, выше доля тех, кто предпочитает нагрузки высокой и средней тяжести (36,5 против 18,4% среди женщин).

Таблица 19

**Занятия физическими упражнениями:  
мужчины и женщины в зависимости от возраста, 2011 г.,  
% от числа занимающихся**

Вид физической нагрузки	В целом		В зависимости от возраста							
			14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Лёгкие физические упражнения для отдыха менее трёх раз в неделю	36,5	55,9	28,5	47,4	31,3	53,7	41,1	60,0	47,4	55,4
Физкультурные упражнения средней или высокой тяжести менее трёх раз в неделю	23,5	13,5	31,6	34,1	28,2	20,7	20,9	8,9	7,7	2,0
Физкультурные упражнения высокой тяжести по крайней мере три раза в неделю по 15 минут и более	13,0	4,9	14,6	4,7	18,3	8,2	10,6	4,2	2,6	2,3
Ежедневные занятия физкультурой по меньшей мере 30 минут в день	27,0	25,7	25,3	13,8	22,2	17,4	27,4	26,9	42,3	40,3

Отмеченные тенденции чётко прослеживаются во всех возрастных группах за исключением самой старшей возрастной когорты, где доля занимающихся физическими упражнениями по понятным причинам крайне мала. Но даже в пожилом возрасте мужчины чаще женщин стараются заниматься физическими упражнениями с более высокой нагрузкой. Эта тенденция проявляется достаточно умеренно. Чаще всего пожилые люди занимаются лёгкими упражнениями общеукрепляющего характера, а также специальными профилактическими упражнениями и лечебной физкультурой (утренняя гимнастика, лечебная гимнастика, лечебное плавание, дозированная ходьба и т. д.).

В таблице 20 представлены данные RLMS-HSE о том, какими конкретными видами физической активности занимались респонденты в течение последних 12 месяцев по меньшей мере 12 раз. Из изложенных данных следует, что к наиболее популярным видам физической активности относятся бег трусцой, катание на коньках, лыжах; упражнения на тренажёрах; плавание на открытой воде и в бассейне, а также игровые виды: футбол, волейбол, баскетбол и хоккей. Среди заметных тенденций, характеризующих изменение степени популярности различных видов физической активности, можно выделить только существенный рост распространённости занятий на тренажёрах дома или в тренажёрных залах (с 0,1% в конце 1990-х гг. до 4,2% в 2011 г.). Популярность тренировок на тренажёрах росла на протяжении всех лет мониторинга и эта тенденция, по-видимому, будет продолжена.

Таблица 20

**Занятия различными видами физической активности,  
1996-2011 г., %**

Вид физической активности	Годы сбора данных							
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2010	2011
Бег трусцой, катание на коньках, лыжах	3,0	3,2	5,0	4,7	4,1	4,7	4,4	4,1
Упражнения на тренажёрах	0,1	0,1	3,4	3,2	3,3	3,8	4,4	4,2
Плавание	4,1	4,0	4,9	4,9	3,7	4,0	3,9	3,8
Танцы, аэробика, шейпинг, йога	2,2	2,4	2,5	2,3	2,0	2,2	2,0	2,0
Баскетбол, волейбол, футбол, хоккей	3,5	5,2	5,0	4,9	4,9	4,9	3,7	3,4
Бадминтон, теннис	1,5	1,4	1,6	1,2	1,0	0,9	0,8	0,7
Борьба, бокс, карате	0,2	0,2	1,1	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9
Другое	5,9	6,6	3,7	3,8	3,5	4,3	3,6	4,5

Мужчины чаще отдают предпочтение бегу, катанию на коньках и роликах, лыжах; упражнениям на спортивных тренажёрах; играм в баскетбол, волейбол, футбол, хоккей; занятиям

такими видами единоборств, как бокс, борьба, карате и др., тогда как женщин чаще привлекают танцы, аэробика, шейпинг, фитнес, йога (см. таблицу 21). Наиболее чётко данные тенденции проявляются в группах 14-17-летних подростков и молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет. Одинаковой популярностью как у мужчин, так и у женщин пользуются занятия плаванием.

Особое беспокойство вызывает то, что физическими упражнениями и спортом не занимаются около 60% подростков и молодых россиян в возрасте от 18 до 29 лет. Причём по мере взросления доля таких людей только увеличивается: с 30% среди 14-17-летних подростков до 70% среди «старшей молодёжи» в возрасте 25-29 лет. Большинство тех, кто занимается физкультурой и спортом, отдают предпочтение лёгким физическим упражнениям. При этом только около трети молодых людей недовольны количеством времени, которое они могут выделить для занятий физическими упражнениями и спортом, техническим творчеством, литературой, искусством и другими видами досуга. Подобные ощущения вызваны не только объективными причинами, прежде всего высокой общей трудовой нагрузкой, но и неумением организовать свободное время, особенностями психологического восприятия молодыми людьми различных проблем.

Таблица 21

Занятия физическими упражнениями: мужчины и женщины  
в зависимости от возраста, 2011 г., %

Вид физической активности	В целом		В зависимости от возраста							
			14-17 лет		18-29 лет		30-59 лет		60 лет и больше	
	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен	Муж	Жен
Бег трусцой, катание на коньках, лыжах	5,5	3,1	26,3	20,8	8,0	5,7	3,2	2,1	2,2	0,7
Упражнения на тренажёрах	6,5	2,4	18,6	6,0	12,5	5,4	4,2	2,1	1,6	0,4
Плавание	3,8	3,7	13,6	6,9	5,5	5,5	2,8	4,3	1,4	1,1
Танцы, аэробика, шейпинг, йога	0,5	3,0	2,8	14,5	0,8	6,7	0,2	2,3	0,3	0,4
Баскетбол, волейбол, футбол, хоккей	5,8	1,6	39,1	25,6	10,6	2,9	2,0	0,1	0,2	0,0
Бадминтон, теннис	1,1	0,4	4,2	5,0	1,9	0,4	0,6	0,2	0,3	0,0
Борьба, бокс, карате	1,9	0,2	8,8	0,9	4,2	0,4	0,7	0,1	0,0	0,0
Другое	3,8	3,3	10,8	12,3	4,2	3,5	2,9	2,5	3,6	3,1

Следует также иметь в виду, что большинству молодых людей не позволяет заниматься теми или иными видами спорта, спортивным туризмом достигнутый уровень личного потребления. Спортивный инвентарь и другие предметы, необходимые для внедомашнего активного отдыха (охота, рыбалка, туристические походы, велопробеги, дайвинг, горные лыжи и т. п.), не занимают сколько-нибудь значительного места в их реальном быту. Лучше обеспечены спортивным и спортивно-туристическим инвентарём полные молодые семьи, имеющие в своём составе детей подросткового возраста. Но в то же время очень многие выражают желание иметь дома спортивные тренажёры (от 33% среди 14-17-летних до 41% среди 25-29-летних), не располагая, однако, реальной возможностью его реализовать.

Противоречиво выглядит связь досуга и здорового образа жизни молодёжи. Если в одних группах молодых людей, прежде всего у обеспеченной городской молодёжи, растёт интерес к рациональному питанию, занятиям физкультурой и спортом, полезным для здоровья активным формам проведения досуга, то в других молодёжных группах здоровый образ жизни теряет свою популярность, получают распространение девиантные формы поведения, растёт пристрастие к вредным привычкам. Вызывают тревогу высокие показатели потребления молодыми людьми алкоголя, табака, токсических и наркотических препаратов. У многих из них в свободное время превалируют пассивные виды занятий: «взрослая молодёжь» чаще проводит время за чтением периодических изданий и просмотром телепередач, а подростки – за играми на компьютере и иными малоподвижными развлечениями.

Таким образом, несмотря на то, что в последнее десятилетие динамика здоровья населения России характеризовалась позитивными тенденциями, проблема продвижения ценностей здорового образа жизни и укрепления здоровья граждан остаётся крайне сложной и болезненной для общества. Особое беспокойство вызывают отсутствие должного уровня ответственности за своё здоровье у подростков и людей молодого возраста; высокие показатели заболеваемости населения трудоспособного возраста, пренебрежительное отношение работодателей к проблемам здоровья работников; недостаточное внимание к проблемам оказания медицинской помощи гражданам пенсионного возраста. В связи с этим, наряду с обеспечением доступности и качества медицинской помощи, на первый план выдвигаются задачи создания эффективной системы профилактических мер и раннего диагностирования заболеваний, обеспечения граждан своевременной и достоверной информацией о факторах, способствующих сохранению здоровья, формирования у них устойчивой мотивации к ведению здорового образа жизни и созданию условий для его ведения, в том числе для снижения потребления алкогольных напитков и табака, оптимизации питания и регулярных занятий физической культурой и спортом.

Особое беспокойство вызывают отсутствие должного уровня ответственности за своё здоровье у подростков и людей молодого возраста; высокие показатели заболеваемости населения трудоспособного возраста, пренебрежительное отношение работодателей к проблемам здоровья работников; недостаточное внимание к проблемам оказания медицинской помощи гражданам пенсионного возраста.

## Библиографический список

1. ВОЗ: продолжительность жизни в Европе увеличилась // RG RU. Российская Газета [сетевое издание]. URL: <http://www.rg.ru/2013/03/14/zdorovie-voz-site-anons.html> [дата посещения: 25.02.2013].
2. Журавлёва И. В. 2001. Социальные факторы ухудшения здоровья населения // Россия: трансформирующееся общество / Под ред. В. А. Ядова. – М.: КАНОН-пресс-Ц.
3. Заболеваемость туберкулёзом в России за последний год снизилась почти на 5% // Сайт Радио «Эхо Москвы» [электронный ресурс]. URL: <http://www.echomsk.spb.ru/news/meditsina/zabolevaemost-tuberkulezom-v-rossii.html> [дата посещения: 5.03.2013].
4. Назарова И. Б. 2007. Здоровье занятого населения. – М.: МАКС Пресс.
5. Ожидаемая продолжительность жизни россиян выросла на 3,7 года // Сайт РИА НОВОСТИ [электронный ресурс]. URL: <http://ria.ru/society/20120207/559271754.html> [дата посещения: 7.03.2013].
6. Питание и здоровье в бедных семьях. 2002. / А. К. Батулин, В. Г. Зинин, В. А. Тутельян и др. – М.: Просвещение.
7. Прохоров Б. Б. 2006. Динамика социально-экономического реформирования России в медико-демографических показателях // Проблемы прогнозирования. № № 5.
8. Рат Т., Хартер Д. 2001. Пять элементов благополучия: Инструменты повышения качества жизни. – М.: Альпина Паблишер.
9. Российская повседневность в условиях кризиса. 2009 / Под ред. М. К. Горшкова, Р. Крумма, Н. Е. Тихоновой. – М.: Альфа-М.
10. Сафарова Г. 2005. Демографические аспекты старения населения России // Отечественные записки. № 3 (24).
11. Тапилина В. С. 2004. Здоровье и рабочее время: российские реалии конца 1990-х гг. // Социальная политика: реалии XXI века. Выпуск 2. – М.: Поматур.