



Научная статья

## ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И НЕГАТИВНАЯ САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ КАК ИНДИКАТОРЫ РИСКА ЛАТЕНТНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ: АНАЛИЗ В РАЗРЕЗЕ ПОЛОВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Л.Н. Нацун

Вологодский научный центр Российской академии наук, Россия, 160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а

Актуальность исследования определяется необходимостью проверки возможности оценки латентной инвалидности с применением доступных показателей, характеризующих здоровье населения. Выявлено соотношение самооценок здоровья и наличия ограничений здоровья у респондентов различных половозрастных категорий для определения латентного уровня инвалидизации российского населения.

В работах российских авторов ранее была показана взаимосвязь инвалидности и низкой самооценки здоровья. Однако вопрос о возможности применения таких критериев, как «негативная самооценка здоровья» и «наличие ограничений жизнедеятельности», для выявления латентного уровня инвалидности детально не рассматривался. Недостаточная разработанность данного аспекта в российских исследованиях обуславливает актуальность настоящей работы. Информационную базу составили данные Российского социального исследования по программе Европейского социального исследования (ESS) за 2018–2019 гг., а также данные выборочных обследований российского населения, выполненных Федеральной службой государственной статистики в 2018 и 2019 гг. Для анализа соотношения самооценок здоровья и наличия ограничений жизнедеятельности рассчитаны коэффициенты V Крамера по половозрастным категориям респондентов, участвовавших в Российском социальном исследовании.

Рассчитанные значения коэффициента V Крамера указывают на наличие связи средней силы между параметрами «самооценка здоровья» и «наличие ограничений жизнедеятельности». Установлено, что 7 % опрошенных, не являвшихся инвалидами, имели характеристики здоровья, которые указывают на риск инвалидности. Показано, что использование таких критериев, как «самооценка здоровья» и «наличие ограничений жизнедеятельности», позволяет с большей достоверностью оценивать латентный уровень инвалидизации среди мужчин в возрасте 50–59 лет, женщин 20–29, 30–39 и 40–49 лет. В перспективе планируется уточнить полученные результаты с использованием данных других репрезентативных социологических обследований населения, в том числе региональных.

**Ключевые слова:** здоровье населения, инвалидность, ограничения жизнедеятельности, самооценка здоровья, социологические исследования, измерение уровня инвалидности.

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), инвалидизация населения неразрывно связана с демографическим старением и увеличением бремени хронических заболеваний. По данным на 2015 г. в мире насчитывалось более 1 млрд инвалидов и ожидался дальнейший прирост этого показателя [1]. В Российской Федерации на 1 января 2020 г. зарегистрировано 11,875 млн инвалидов, что составляет примерно 8 % от общей численности населения страны. Исследователи указывают на несовершенство системы статистического учета инвалидности, поскольку она отражает только численность тех граждан, которые обратились за установлением инвалидности [2]. Такой недоучет создает искаженное представление о текущем состоянии общественного здоровья, поскольку не

принимаются во внимание скрытые риски демографических потерь, обусловленные латентной инвалидностью, а также приводит к некорректному прогнозированию величины затрат государства на здравоохранение и социальную поддержку населения. В мире есть положительные примеры применения для выявления инвалидности в рамках обследований населения специализированного опросника, разработанного ВОЗ и Всемирным банком [3], но в России этот опыт пока остается невостребованным. В отечественной литературе обозначенная проблематика рассматривается редко. В работе А.О. Макаренцевой с соавт. [4] обсуждается методический подход к выявлению «латентного» уровня инвалидности с использованием данных репрезентативных социологических исследований. Рассмотренный в указанной

© Нацун Л.Н., 2021

Нацун Лейла Натиговна – научный сотрудник (e-mail: leyla.natsun@yandex.ru; тел.: 8 (8172) 59-78-10 (доб. 318); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9829-8866>).

работе подход опирается на критерии инвалидности, выделяемые «по методике Вашингтонской группы ООН по статистическому измерению инвалидности», но авторы указывают на неоднозначные результаты, полученные ими в отношении женщин старших возрастных групп. В выборки социологических исследований (за исключением тематических, ориентированных на изучение мнений людей с инвалидностью), как правило, попадает ничтожно малое число людей, имеющих официально установленный статус «инвалид». В то же время инвалидность предполагает наличие у человека ограничений жизнедеятельности и, согласно данным социологических исследований, чаще сопровождается низкой самооценкой здоровья [5]. Косвенные признаки инвалидности (ограничения жизнедеятельности) отмечает у себя заметно большее число респондентов, что позволяет рассматривать их как лиц, не реализовавших свое право на получение статуса «инвалид».

В данном исследовании рассмотрим, как именно оценивает собственное здоровье та часть населения, которая отмечает у себя наличие ограничений жизнедеятельности. Предполагаем, что сочетание ограничений жизнедеятельности с негативной самооценкой здоровья увеличивает вероятность того, что человек либо уже имеет инвалидность, либо обратится за ее установлением в ближайшем будущем. С другой стороны, присутствие среди населения заметной доли лиц, не имеющих инвалидности, но сообщивших о наличии ограничений жизнедеятельности и негативно оценивших свое здоровье, может указывать на существование проблем с получением статуса «инвалид», а также на нежелание таких людей оказаться в составе дискриминируемой группы.

При выполнении исследования мы учитывали методологические ограничения используемого нами инструментария. Так, существуют трудности в достижении единообразной трактовки оснований для самооценки здоровья. С одной стороны, не все опросники включают, помимо вопроса о самооценке здоровья, еще и уточняющий вопрос о том, на основании чего респондент высказывает свое суждение о состоянии собственного здоровья: текущего самочувствия, наличия хронических заболеваний, травмы, психологического состояния или на основании иных соображений. С другой стороны, и на сам уровень самооценки здоровья могут косвенно влиять социальные и экономические факторы [6, 7]. В исследовании М.А. Каневой и В.М. Байдина [8] акцентировано внимание на важности учета феномена гетерогенности при анализе самооценок здоровья. Зарубежные исследователи на основе данных лонгитюдного наблюдения показали, что на самооценку здоровья заметное влияние оказывает социальный капитал [9]. Более высокой самооценке здоровья соответствует и более высокий уровень социального доверия, неформального взаимодействия, разнообразие дружеских отношений, вовлеченности в общественные организации [10]. Аналогичные выводы

получены исследователями и на материалах социологических опросов, проведенных в России [11]. В ряде зарубежных работ была показана сложная взаимосвязь между самооценками здоровья, качества жизни, наличием ограничений жизнедеятельности и объективными параметрами образа жизни и здоровья людей. Так, снижению самооценки здоровья может способствовать потеря работы, а больший риск этого события характерен для лиц с объективно плохим состоянием здоровья [12]. В то же время объективные характеристики, указывающие на плохое состояние здоровья, могут оказывать меньшее влияние на оценку респондентами качества жизни, чем наличие ограничений жизнедеятельности. Например, в исследовании Whitley et al. [13] продемонстрировано, что отсутствие ограничений жизнедеятельности в старших возрастах воспринимается людьми как одно из значимых условий успешного старения, тогда как отсутствие хронической болезни, не имеет такого же серьезного значения. На самооценку здоровья занятого населения заметное влияние оказывает микроклимат и другие характеристики рабочего пространства (шум, загрязнение воздуха) [14]. В работах отечественных и зарубежных авторов неоднократно демонстрировалась взаимосвязь субъективных оценок здоровья, высказываемых респондентами, с их социально-демографическими характеристиками [15–17]. Подробно рассматривались гендерные особенности самооценки здоровья, а также гендерная специфика факторов, влияющих на распределение самооценок здоровья [18, 19]. Принимая во внимание указанные моменты, отметим, что полученные в нашей работе результаты требуют уточнения и более детальной проверки в ходе будущих исследований.

**Цель исследования** – выявление соотношений самооценок здоровья и наличия ограничений здоровья у респондентов различных половозрастных категорий для определения латентного уровня инвалидизации российского населения. Для достижения поставленной цели предполагается решить следующие задачи:

- 1) проанализировать распространенность ограничений жизнедеятельности среди респондентов;
- 2) изучить взаимосвязь переменных «самооценка здоровья» и «наличие ограничений жизнедеятельности» по половозрастным группам респондентов;
- 3) проанализировать соотношение состава категории респондентов, выделенной на основании таких признаков, как негативная самооценка здоровья и наличие ограничений жизнедеятельности, и категории «инвалиды».

**Материалы и методы.** В качестве объекта исследования выступает взрослое население Российской Федерации. Предмет исследования – соотношение самооценок здоровья и ограничений жизнедеятельности в разрезе половозрастных групп взрослого населения.

Информационную базу работы составили данные Российского социального исследования по программе Европейского социального исследования (ESS). Опрос проведен ЦЕССИ (Институт сравнительных социальных исследований) в ноябре 2018 – феврале 2019 г. методом личных интервью на дому у респондентов по случайной вероятностной выборке населения страны в возрасте 15 лет и старше. Всего было опрошено 2416 респондентов. Методология исследования описана в технической документации проекта<sup>1</sup>.

Помимо данных европейского исследования для решения поставленных задач использовались сведения выборочного наблюдения состояния здоровья населения (ВН СЗН – 2019) и выборочного наблюдения поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения (ВН ПФЗН – 2018), проведенных Росстатом в 2019 и 2018 гг. соответственно. Единицей наблюдения выступали домохозяйства и члены домохозяйств, от каждого из которых опрашивался один респондент в возрасте 15 лет и старше. В выборочном наблюдении СЗН-2019 принимали участие 60 тысяч домохозяйств, в ВН ПФЗН-2018 – 15 тысяч домохозяйств.

Принадлежность респондентов к той или иной половозрастной группе может оказывать существенное влияние на исследуемые характеристики здоровья – самооценку, наличие ограничений жизнедеятельности и инвалидности. Респонденты, включенные в выборку Российского социального исследования, были распределены по полу и десятилетним возрастным группам (плюс группы 15–19-летних и лиц 70 лет и старше). Численность респондентов в группах 15–19 лет и 70 лет и старше в выборочной совокупности Российского социального исследования оказалась существенно ниже по сравнению с остальными (68 и 72 человека соответственно). Указанные группы далее в работе не рассматривались, расчеты взаимосвязи самооценки здоровья и наличия ограничений жизнедеятельности для них не проводились. В качестве метода, позволяющего установить наличие или отсутствие значимой связи между переменными «самооценка здоровья» и «наличие ограничений здоровья», использован расчет коэффициента V Крамера<sup>2</sup>. Выбор данного метода обусловлен природой рассматриваемых переменных (номинальные величины).

Далее проверялось, насколько совпадают по составу группы респондентов, имеющих инвалидность, и респондентов, негативно оценивающих свое здоровье и имеющих ограничения жизнедеятельности. Для этого в базе данных обследования была создана дополнительная переменная «негативная самооценка здоровья и наличие ограничений жизнедеятельности». Затем была составлена комбинационная таблица по переменным «наличие инвалидности» и «негативная самооценка здоровья и наличие ограничений жизнедеятельности».

**Результаты и их обсуждение.** *Распространенность ограничений жизнедеятельности среди взрослого населения России.* Согласно данным Росстата<sup>3</sup>, численность инвалидов в возрасте 18 лет и старше на 1 января 2019 г. составляла 11,28 млн человек, из которых 4,8 млн – мужчины, 6,48 млн – женщины. Общая численность инвалидов в расчете на 1000 человек населения составляла 81,4 (или 8 % от численности всего населения страны). Приведенные данные учитывают только людей, имеющих официально установленную инвалидность. Для уточнения оценки масштабов инвалидности обратимся к данным репрезентативных выборочных наблюдений здоровья российского населения.

В анкету выборочного наблюдения состояния здоровья населения (ВН СЗН – 2019) для взрослых был включен блок «Состояние здоровья», где респондентам предлагалось в том числе дать самооценку своего здоровья, а также блок «Жизнедеятельность взрослого человека», который содержал вопросы, направленные на выявление возможных ограничений жизнедеятельности. Согласно данным этого наблюдения, около 8 % взрослого населения оценивают собственное здоровье как «плохое», что примерно соотносится с регистрируемым уровнем общей инвалидности. В то же время, по данным выборочного наблюдения поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения (ПФЗН-2018), доля респондентов, считавших свое здоровье плохим или очень плохим, была заметно выше – 13 % (табл. 1). Впрочем, столь существенное изменение распределения самооценок здоровья могло бы объясняться различиями в основаниях, которые респонденты использовали для ответа на данный вопрос<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Российское социальное исследование по программе Европейского социального исследования [Электронный ресурс] // European Social Survey. – URL: [www.ess-ru.ru](http://www.ess-ru.ru) (дата обращения: 20.04.2020).

<sup>2</sup> Коэффициент применяется для номинальных величин, его значения находятся в пределах от 0 до 1. Чем ближе значение к 1, тем выше вероятность того, что значения рассматриваемых параметров статистически взаимосвязаны.

<sup>3</sup> Положение инвалидов [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. – URL: <https://www.gks.ru/folder/13964> (дата обращения: 20.04.2020).

<sup>4</sup> Уточняющий вопрос о том, чем руководствуется респондент при оценке состояния своего здоровья, задавался в рамках проведения ВН ПФЗН – 2018, однако распределение ответов на него в итогах наблюдения не представлено. Данные ВН СЗН – 2019 могли бы позволить провести оценку масштабов распространенности среди населения ограничений жизнедеятельности, но ответы на соответствующие вопросы не опубликованы.

Таблица 1

Распределение самооценок здоровья российского населения по данным выборочных наблюдений\*

Самооценка здоровья	Данные выборочных наблюдений	
	ВН СЗН – 2019	ВН ПФСЗ – 2018
Хорошее и очень хорошее	56,3	39,6
Удовлетворительное	35,7	47,1
Плохое и очень плохое	7,8	13,1

Примечание: \* – данные выборочных наблюдений состояния здоровья населения и поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения.

Таблица 2

Распределение самооценок здоровья респондентами в европейских странах  
(в % от численности опрошенных)\*

Самооценка здоровья	Ирландия	Кипр	Швейцария	Норвегия	Венгрия	Болгария	Эстония	Россия
Очень хорошее	40	41	37	33	17	16	11	7
Хорошее	41	34	47	44	45	42	41	35
Удовлетворительное	15	20	13	18	28	31	37	46
Плохое	3	4	2	4	7	9	9	10
Очень плохое	1	1	0	1	2	3	2	1

Примечание: \* – данные Российского социального исследования по программе ESS; данные 9-й волны Европейского социального исследования (ESS).

Таблица 3

Распределение респондентов по наличию ограничений жизнедеятельности в европейских странах  
(в % от численности опрошенных)\*

Самооценка здоровья	Ирландия	Кипр	Швейцария	Норвегия	Венгрия	Болгария	Эстония	Россия
Серьезные ограничения	5	4	4	6	4	4	8	6
Некоторые ограничения	14	17	16	22	17	14	23	29
Нет ограничений	81	79	80	73	78	83	68	64

Примечание: \* – данные Российского социального исследования по программе ESS; данные 9-й волны Европейского социального исследования (ESS).

В целом представленные распределения самооценок показывают, что от 8 до 13 % взрослого населения имеют более или менее серьезные проблемы со здоровьем, не позволяющие оценить его позитивно.

Обратимся к анализу данных Российского социального исследования по программе ESS (RSS) и данным 9-й волны Европейского социального исследования (ESS). В ходе проведения обоих исследований респондентам также предлагалось высказать самооценку здоровья (варианты ответов были сопоставимы). Согласно полученным данным среди всех стран, принимавших участие в обследовании, именно в России наблюдалась высокая доля респондентов, оценивших свое здоровье как «плохое» и «очень плохое» (суммарно 11 %), на фоне низкой доли положительных оценок (42 %). Лидерами по доле позитивных оценок стали Швейцария (84 %) и Ирландия (81 %) (табл. 2).

В рамках этих исследований респондентам также задавались вопросы о присутствии у них ограничений в жизни из-за наличия физических недостатков или инвалидности. По доле лиц, не имеющих никаких проблем с жизнедеятельностью, Россия также оказалась в числе наименее благополучных стран.

В то же время доля лиц, имеющих серьезные ограничения, в нашей стране близка к значениям, наблюдаемым и по другим европейским странам. Основные различия касаются доли респондентов, имеющих, по их собственному мнению, некоторые ограничения жизнедеятельности. Общая картина распределения респондентов по наличию ограничений жизнедеятельности наиболее благоприятна в Болгарии, Ирландии и Швейцарии (табл. 3).

*Самооценка здоровья и ограничения жизнедеятельности (анализ взаимосвязи с использованием данных социологических исследований).* Данные Европейского и Российского социального исследований позволяют провести сопоставление между самооценками здоровья респондентов и наличием у них ограничений жизнедеятельности. Ниже представлено распределение самооценок здоровья респондентов трех групп: тех, кто не имеет никаких ограничений жизнедеятельности, имеют некоторые или отмечают серьезные ограничения. Наблюдается взаимосвязь между рассматриваемыми параметрами. Так, в группе респондентов с серьезными ограничениями только 10 % назвали свое здоровье хорошим, а большая часть считали его плохим (49 %) или очень плохим (еще 21 %). В группе респондентов,

Распределение самооценок здоровья респондентами в зависимости от наличия ограничений жизнедеятельности (в % от численности опрошенных)\*

Наличие ограничений жизнедеятельности / самооценка здоровья	Очень хорошее	Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Очень плохое	Все респонденты
Серьезные ограничения	0	10	20	<b>49,3</b>	<b>20,7</b>	6,2
Некоторые ограничения	0,1	9,3	67,3	<b>22,2</b>	1,1	30,9
Нет ограничений	10,1	48,2	39,7	1,9	0,0	62,8
Все респонденты	6,4	33,8	47,0	11,1	1,6	100

Примечание: \* – данные Российского социального исследования по программе ESS; результаты для 2404 наблюдений.

не имеющих ограничений жизнедеятельности, заметно выше была доля положительных самооценок здоровья (58 %) и ниже – доля плохих самооценок (2 %) (табл. 4). В анкету 2018 г. не был включен вопрос об основаниях, которыми руководствуются респонденты при самооценке здоровья. В то же время представленное распределение позволяет полагать, что наличие ограничений жизнедеятельности входит в число таких оснований.

В то же время, как отмечалось выше, один и тот же фактор по степени своего влияния на самооценку здоровья респондентов в одних социально-демографических группах может являться значимым, а в других – незначимым. Для того чтобы уточнить характер взаимосвязи между самооценкой здоровья и наличием ограничений жизнедеятельности, рассмотрим данные в разрезе отдельных социально-демографических групп респондентов. Для этого разделим выборочную совокупность на категории по полу и десятилетним возрастным группам.

Распространенность ограничений жизнедеятельности в выделенных половозрастных категориях респондентов значительно варьировалась. Наибольшая доля лиц, имеющих какие-либо ограничения жизнедеятельности, наблюдалась среди респондентов в возрасте 60–69 лет, наименьшая – среди лиц 20–29 лет (рисунок).

Для выявления взаимосвязи между самооценками здоровья респондентов и наличием у них огра-

ничений жизнедеятельности были рассчитаны значения коэффициента V Крамера (табл. 5).

Полученные данные демонстрируют, что критерии «самооценка здоровья» и «наличие ограничений жизнедеятельности» имеют среднюю силу связанности. При этом значения коэффициентов для мужчин 30–39 лет и женщин 40–49 лет несколько ниже, чем для других категорий. Среди женщин максимальное значение коэффициента V Крамера для рассматриваемых параметров получено для возрастной категории 60–69 лет (0,455). Среди мужчин максимальное значение коэффициента приходится на возрастную категорию 20–29 лет (0,570). В целом,



Рис. Распространенность каких-либо ограничений жизнедеятельности в половозрастных категориях респондентов (в % от численности соответствующих категорий в выборке обследования): рассчитано по данным Российского социального исследования по программе ESS

Значения коэффициента V Крамера для переменных «самооценка здоровья» и «наличие ограничений жизнедеятельности» по половозрастным категориям респондентов\*

Возраст, лет	Мужчины			Женщины		
	V Крамера	Число допустимых наблюдений	Значимость	V Крамера	Число допустимых наблюдений	Значимость
20–29	<b>0,529</b>	225	0,000	0,390	189	0,000
30–39	0,376	275	0,000	0,438	205	0,000
40–49	0,501	194	0,000	0,366	186	0,000
50–59	0,482	143	0,000	0,452	252	0,000
60–69	0,476	115	0,000	<b>0,455</b>	248	0,000

Примечание: \* – рассчитано по данным Российского социального исследования с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistic (ver. 22.0). Предварительно проведена процедура взвешивания данных для обеспечения репрезентативности по выделенным половозрастным группам.

значения коэффициента V Крамера, вычисленные для мужчин (кроме группы 30–39 лет), выше, чем значения для женщин. Это дает основание предполагать, что мужчины при самооценке здоровья в большей степени учитывают наличие каких-либо ограничений жизнедеятельности, чем женщины. В то же время, как будет показано ниже, женщины, не имеющие ограничений жизнедеятельности, по сравнению с мужчинами, склонны давать заниженные оценки своему здоровью, что объясняет полученные значения коэффициентов. Особенно наглядно это проявилось в возрастной категории женщин 40–49 лет без ограничений жизнедеятельности (табл. 6).

Наличие у людей ограничений жизнедеятельности приводит к снижению самооценок здоровья. Так, на материалах британского лонгитюдного исследования показано, что у пожилых снижение слуха и зрения сопровождается и худшими самооценками здоровья, по сравнению с теми, у кого таких нарушений нет [20]. В российских исследованиях демонстрировалась взаимосвязь между наличием инвалидности и самооценкой здоровья. Причем самооценки здоровья чаще были негативными у инвалидов [5]. В анализируемом нами наборе данных среди респондентов, имеющих ограничения жизнедеятельности, вне зависимости от их принадлежности к конкретной половозрастной группе, также наблюдались более высокие доли негативных самооценок здоровья, по сравнению с респондентами, которые не испытывали никаких ограничений жизнедеятельности<sup>5</sup>. Это позволяет говорить, что ограничение жизнедеятельности в целом способствует снижению самооценки здоровья. Среди мужчин, имеющих ограничения жизнедеятельности, в каждой следующей возрастной группе доля негативных самооценок здоровья была выше. Исключение составило только значение для мужчин в возрасте от 30 до 39 лет. Среди женщин, имеющих ограничения жизнедеятельности, доля негативных самооценок здоровья была наиболее высокой в возрастной группе 60–69 лет (34 %). Среди женщин, не имеющих ограничений жизнедеятельности, наиболее высокие

доли негативных самооценок здоровья демонстрировали лица в возрасте 40–49 лет. Такой результат может быть связан с тем, что, оценивая свое здоровье, женщины данной группы обращали особое внимание на плохое самочувствие и недомогания, не приводящие к ограничениям жизнедеятельности, но создающие определенный дискомфорт (см. табл. 6).

Поскольку нам удалось показать некоторую взаимосвязь между самооценкой здоровья и наличием ограничений жизнедеятельности, далее рассмотрим, можно ли использовать эти признаки для оценки скрытого уровня инвалидизации населения. Среди респондентов в возрасте 20–69 лет, принимавших участие в рассматриваемом исследовании, 2 % (45 человек) имели инвалидность, еще 7 % (138 человек) имели ограничения жизнедеятельности и негативно оценивали собственное здоровье. Инвалидность у женщин чаще сопровождается, помимо наличия ограничений жизнедеятельности, негативной самооценкой здоровья (72,7 %), тогда как у мужчин присутствует значительная доля (26,1 %) тех, кто указал на отсутствие ограничений жизнедеятельности и позитивно оценил свое здоровье. Вероятно, это обусловлено тем, что эти респонденты смогли адаптироваться к своему состоянию. Негативная самооценка здоровья при отсутствии ограничений жизнедеятельности среди инвалидов не встречается, тогда как при наличии ограничений жизнедеятельности позитивная самооценка здоровья возможна. Среди мужчин, не имеющих инвалидности, 5,4 % одновременно отмечали у себя ограничения жизнедеятельности и негативно оценивали собственное здоровье. Доля такой категории среди женщин, не имеющих инвалидности, составила 8,4 % (табл. 7).

Чтобы узнать, в какой мере официально установленная инвалидность связана с сочетанием негативной самооценки здоровья и ограничениями жизнедеятельности в разных половозрастных группах респондентов, нами были рассчитаны коэффициенты V Крамера для этих переменных. Согласно полученным результатам, связь между переменными «наличие инвалидности» и «негативная самооценка

Таблица 6

Доля респондентов, оценивших свое здоровье как «очень плохое» и «плохое», в разных половозрастных категориях (в % от числа ответивших)\*

Категория респондентов	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет
<i>Женщины</i>					
Имеют ограничения жизнедеятельности	18,2	20,9	22,8	21,1	34
Без ограничений жизнедеятельности	1,8	1,9	4,7	0,7	1,2
<i>Мужчины</i>					
Имеют ограничения жизнедеятельности	17,5	10,5	20,4	20,6	30,7
Без ограничений жизнедеятельности	0,0	0,9	0,7	1,2	0,0

Примечание: \* – рассчитано по данным Российского социального исследования с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistic (ver. 22.0).

<sup>5</sup> Как отмечалось выше, численность респондентов в группах 15–19 и 70 лет и старше существенно ниже, по сравнению с другими группами, поэтому данные по ним в табл. 6 не приводятся.

Таблица 7

Комбинационная таблица: переменные «негативная самооценка здоровья и наличие ограничений жизнедеятельности» и «наличие инвалидности» (в % от численности респондентов)\*

Характеристики здоровья	Респонденты без официального статуса «инвалид»		Респонденты, имеющие статус «инвалид»	
	М	Ж	М	Ж
Пол респондентов				
Негативная самооценка здоровья и ограничения жизнедеятельности	5,4	8,4	43,5	72,7
Позитивная самооценка здоровья и ограничения жизнедеятельности	22,5	27,2	30,4	27,3
Негативная самооценка здоровья и отсутствие ограничений жизнедеятельности	0,4	1,3	0,0	0,0
Позитивная самооценка здоровья и отсутствие ограничений жизнедеятельности	71,7	63,1	26,1	0,0

Примечание: 100 % по столбцам; \* – рассчитано по данным Российского социального исследования с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistic (ver. 22.0).

здоровья и ограничения жизнедеятельности» сильнее всего у женщин в возрасте 20–29 лет и 30–39 лет, слабее всего – среди мужчин и женщин в 60–69 лет. То есть, если у молодых женщин присутствуют ограничения жизнедеятельности и негативная самооценка здоровья, то для них вероятнее и одновременное наличие инвалидности. Низкое значение коэффициента в старших возрастных группах респондентов указывает, что в них выше вероятность недоучета инвалидов, несмотря на худшее состояние здоровья (по сравнению с более младшими возрастными группами). Такая ситуация может складываться, с одной стороны, из-за снижения у пожилых людей мотивации к оформлению инвалидности после достижения пенсионного возраста, а с другой – вследствие того, что в старшем возрасте вне зависимости от наличия инвалидности выше доля негативных самооценок здоровья. Рассчитанные значения коэффициента свидетельствуют, что вероятность недоучета инвалидности выше для мужчин, по сравнению с женщинами. Исключение составляет только возрастная группа 50–59 лет (табл. 8). Слабая связанность рассмотренных переменных у мужчин может указывать на то, что для них инвалидность не всегда сочетается с ограничениями жизнедеятельности и негативной оценкой здоровья. Если соотнести этот результат с приведенным ранее суждением о большей связанности самооценки здоровья и наличием ограничений жизнедеятельности у мужчин (по сравнению с женщинами), получается следующее: мужчины в большей степени учи-

тывают наличие ограничений жизнедеятельности при самооценке здоровья, но сочетание ограничений и плохого здоровья с меньшей вероятностью соответствует наличию официально установленной инвалидности.

Проанализируем представленность респондентов, для которых выявлено сочетание признаков «негативная самооценка здоровья» и «наличие ограничений жизнедеятельности», не имеющих официального статуса «инвалид», в рассматриваемых половозрастных группах. Наибольшая доля респондентов с указанными характеристиками зафиксирована среди женщин и мужчин в возрасте 60–69 лет (20,3 и 19,5 % соответственно). Учитывая низкую связанность инвалидности с ограничениями жизнедеятельности и негативной самооценкой здоровья в этих категориях респондентов, именно для них наиболее вероятен недоучет численности инвалидов. Среди мужчин 20–29 лет 3 % имели ограничения жизнедеятельности и негативно оценивали свое здоровье. Учитывая, что в этой категории указанные признаки относительно слабо связаны с наличием официально установленной инвалидности, эти 3 % респондентов также могут вносить вклад в формирование скрытой инвалидности. Аналогичное наблюдение касается также и 4,8 % респондентов с такими характеристиками среди мужчин в возрасте 40–49 лет. Как было показано выше, для мужчин в 30–39 лет характерна наименее выраженная взаимосвязь самооценки здоровья и наличия ограничений жизнедеятельности. В то же время сочетание этих характеристик еще

Таблица 8

Значения коэффициента V Крамера для переменных «наличие инвалидности» и «негативная самооценка здоровья и наличие ограничений жизнедеятельности» по половозрастным категориям респондентов\*

Пол респондентов	Возрастные группы респондентов				
	20–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–59 лет	60–69 лет
Мужчины	0,263	0,309	0,228	0,368	0,119
Женщины	0,496	0,493	0,401	0,338	0,198

Примечание: \* – рассчитано по данным Российского социального исследования с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistic (ver. 22.0).

Распределение численности респондентов, имеющих ограничения жизнедеятельности и негативную самооценку здоровья, по половозрастным группам\*

Пол респондентов	Возраст, лет				
	20–29	30–39	40–49	50–59	60–69
Мужчины, абс.	7	4	9	8	22
в % от численности соответствующей половозрастной группы	3,1	1,5	4,8	5,9	19,5
Женщины, абс.	3	6	10	21	48
в % от численности соответствующей половозрастной группы	1,6	3	5,5	8,5	20,3

Примечание: \* – рассчитано по данным Российского социального исследования с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistic (ver. 22.0).

слабее связано с наличием официальной инвалидности. Это указывает на то, что мужчины данной возрастной категории в наименьшей степени склонны обращаться за установлением инвалидности, даже при наличии ограничений жизнедеятельности, а также на вероятное завышение ими самооценок здоровья. Данная категория наиболее сложна для выявления масштабов скрытой инвалидности с использованием методов социологических исследований. Для мужчин в возрасте 50–59 лет характерна наибольшая (по сравнению с другими возрастными категориями мужчин) связанность официальной инвалидности с наличием ограничений жизнедеятельности и негативной самооценкой здоровья. Также для этой категории респондентов наблюдается средняя по силе связь между негативной самооценкой здоровья и наличием ограничений жизнедеятельности. Среди представителей данной категории 5,9 % обладали названными характеристиками, но не имели инвалидности. Эгих респондентов можно рассматривать как лиц, которые в будущем, вероятно, обратятся за установлением инвалидности.

Среди женщин доля имеющих ограничения жизнедеятельности и негативно оценивающих свое здоровье составляла от 1,6 % в возрастной группе 20–29 лет до 8,5 % в группе 50–59 лет. Выше было показано, что связанность самооценок здоровья и наличия ограничений жизнедеятельности слабее среди женщин в возрасте 20–29 лет и 40–49 лет, а связь между наличием этих признаков и официально установленной инвалидностью в этих группах сильнее, чем в старшем возрасте. В то же время женщины, не имеющие ограничений жизнедеятельности, склонны занижать самооценку здоровья. Эти факты указывают на то, что женщины названных групп с меньшей вероятностью будут входить в состав неучтенного контингента инвалидов, поскольку настороженно относятся к состоянию своего здоровья и при необходимости с готовностью обращаются за установлением инвалидности. В группе женщин 50–59 лет, как было показано выше, наблюдается средняя по силе связь ограничений жизнедеятельности и негативной самооценки здоровья с наличием инвалидности. Связь самооценок здоровья и наличия ограничений жизнедеятельности

в этой группе респондентов лишь немного слабее, чем среди женщин 60–69 лет. Эти факты указывают, что достижение женщинами пенсионного возраста снижает их мотивацию к получению инвалидности, даже при наличии ограничений жизнедеятельности. Следовательно, 8,5 % респонденток данной группы также условно можно отнести к числу неучтенных инвалидов (табл. 9).

**Выводы.** В ходе исследования проверялось предположение о том, что для лиц, не имеющих инвалидности, сочетание ограничений жизнедеятельности и негативной самооценки здоровья может указывать на ее риск в будущем. В свою очередь присутствие в составе населения значительной доли таких лиц может свидетельствовать об их нежелании обращаться за установлением группы инвалидности или о существовании объективных сложностей с получением статуса «инвалид».

Проведенное исследование позволяет заключить, что сочетание таких критериев, как «негативная самооценка здоровья» и «наличие ограничений жизнедеятельности», можно рассматривать как индикатор риска латентной инвалидности среди взрослого населения. Показано, что сочетание этих признаков в большей степени соотносится с официальной инвалидностью у мужчин в возрасте 50–59 лет, женщин – 20–29, 30–39 и 40–49 лет. Респонденты данных групп, имеющие ограничения жизнедеятельности и негативно оценивающие свое здоровье, но без официальной инвалидности, с большей вероятностью формируют недоучтенный контингент инвалидов и обратятся за установлением группы инвалидности в будущем. Несколько сложнее ситуация с мужчинами и женщинами в возрасте 60–69 лет: среди них в наибольшей степени распространены ограничения жизнедеятельности в сочетании с негативной самооценкой здоровья, но эти признаки в меньшей степени, чем в других группах, соотносятся с наличием официально установленной инвалидности. Эти факты могут свидетельствовать либо о нежелании пожилых обращаться за установлением инвалидности, либо на наличие у них определенных трудностей с получением статуса «инвалид». Таким образом, именно для пожилых мужчин и женщин выше вероятность попадания в число неучтенных инвалидов.



Наименее точные результаты в выявлении скрытой инвалидности применение рассматриваемых индикаторов принесло в отношении мужчин в возрасте 30–39 лет. Данная категория респондентов характеризуется слабой связанностью самооенок здоровья и наличия ограничений жизнедеятельности, с одной стороны, и слабой связью между наличием сочетания указанных признаков с официально установленной инвалидностью – с другой.

Практическая значимость определения уровня латентной инвалидности заключается в том, что, с одной стороны, такая оценка позволяет выявлять категории населения с повышенным риском недоучета инвалидности, а с другой стороны, принимать своевременные управленческие решения в сферах профилактики инвалидности и оказания поддержки группам риска. Выявление масштабов латентной инва-

лидности также позволяет снизить вероятность ошибок при прогнозировании объема расходов на социальную поддержку населения и здравоохранение. Учитывая сложность затронутой проблематики, необходимы дополнительные исследования на материалах других репрезентативных социологических опросов (в том числе на региональном уровне) для решения методологических проблем при использовании рассматриваемых критериев при оценке скрытого уровня инвалидности (в том числе в отношении отдельных половозрастных групп населения).

**Финансирование.** Исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБУН ВолНИЦ РАН по теме «Демографическое развитие территорий».

**Конфликт интересов.** Автор данной статьи сообщает об отсутствии конфликта интересов.

### Список литературы

1. Инвалидность и здоровье [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/ru/> (дата обращения: 02.05.2020).
2. Васин С.А. Легкое бремя инвалидности [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly. – 2007. – № 283–284. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0283/analit07.php> (дата обращения: 23.04.2020).
3. Brief Model Disability Survey. Implementation Guide // World Health Organization. – 2018. – 24 p.
4. Макаренцева А.О., Васин С.А., Хасанова Р.Р. Как оценить число инвалидов в России // Демоскоп Weekly. – 2016. – № 695–696. – URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0695/tema01.php> (дата обращения: 29.04.2020).
5. Козырева П.М., Смирнов А.И. Динамика социального самочувствия инвалидов: тревоги и надежды // Социологические исследования. – 2019. – № 8. – С. 62–74.
6. Канева М.А. Социально-экономические, поведенческие и психологические детерминанты самооценки здоровья россиян // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2016. – Т. 12, № 6 (339). – С. 158–171.
7. Кислицына О.Я. Социально-экономические детерминанты здоровья населения // Народонаселение. – 2007. – Т. 36, № 2. – С. 24–37.
8. Канева М.А., Байдин В.М. Гетерогенность ответов при самооценке здоровья россиян // Прикладная эконометрика. – 2018. – Т. 51, № 3. – С. 102–125.
9. Giordano G.N., Lindstrom M. The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: A longitudinal cohort study // Social Science & Medicine. – 2010. – Vol. 70, № 5. – P. 700–710. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.10.044
10. Dziadkowiec O., Meissen G.J., Merkle E.C. Perceptions of community, social capital, and how they affect self-reported health: a multilevel analysis // Public Health. – 2017. – № 152, – P. 9–16. DOI: 10.1016/j.puhe.2017.06.003
11. Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians // Social Science & Medicine. – 2000. – Vol. 51, № 9. – P. 1421–1435. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00106-4
12. Johansson E., Böckerman P., Lundqvist A. Self-reported health versus biomarkers: does unemployment lead to worse health? // Public Health. – 2020. – № 179. – P. 127–134. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.10.005
13. Whitley E., Benzeval M., Popham M. Population Priorities for Successful Aging: A Randomized Vignette Experiment // Journals of Gerontology: Psychological Sciences. – 2020. – Vol. 75, № 2. – P. 293–302. DOI: 10.1093/geronb/gby060
14. Kim D.H., Blyussen P.M. Clustering of office workers from the OFFICAIR study in The Netherlands based on their self-reported health and comfort // Building and Environment. – 2020. – Vol. 176. – P. 106860. DOI: 10.1016/j.buildenv.2020.106860
15. Максимова Т.М., Лушкина Н.П. Закономерности формирования самооенок здоровья в различных группах населения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – № 1. – С. 172–178.
16. Fylkesnes K., Førde O.H. Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health // Social Science & Medicine. – 1992. – Vol. 35, № 3. – P. 271–279. DOI: 10.1016/0277-9536(92)90023-J
17. Idler E.L. Age Differences in Self-Assessments of Health: Age Changes, Cohort Differences, or Survivorship? // Journal of Gerontology. – 1993. – Vol. 48, № 6. – P. S289–S300. DOI: 10.1093/geronj/48.6.S289
18. Паутова Н.И., Паутов И.С. Гендерные особенности самооценки здоровья и его восприятия как социокультурной ценности (по данным 21-й волны RLMS-HSE) // Женщина в российском обществе. – 2015. – Т. 75, № 2. – С. 60–75.
19. Назарова И.Б. Здоровье занятого населения : монография / Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 526 с.
20. Yu A., Liljas A.E.M. The relationship between self-reported sensory impairments and psychosocial health in older adults: a 4-year follow-up study using the English Longitudinal Study of Ageing // Public Health. – 2019. – Vol. 169. – P. 140–148. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.01.018

*Нацун Л.Н. Ограничения жизнедеятельности и негативная самооценка здоровья как индикаторы риска латентной инвалидности: анализ в разрезе половозрастных групп населения // Анализ риска здоровью. – 2021. – № 2. – С. 145–155. DOI: 10.21668/health.risk/2021.2.14*

Research article

**RESTRICTED ACTIVITY AND NEGATIVE SELF-ASSESSMENT OF HEALTH AS RISK INDICATORS FOR LATENT DISABILITY ANALYSIS PERFORMED ON POPULATION GROUPS DIFFERENT AS PER SEX AND AGE****L.N. Natsun**

Vologda Research Center of the Russian Academy of Sciences, 56 a Gor'kogo Str., Vologda, 160014, Russian Federation

*A necessity to detect and assess probable latent disability makes the present research vital; it can be done using available parameters that characterize population health.*

*Our research object was adult population living in the Russian Federation.*

*Our research goal was to reveal a relation between self-assessment of health and health-related restrictions among respondents from different sex and age groups in order to determine latent disability among overall RF population.*

*Previously Russian researchers revealed certain relations between disability and low self-assessment of one's health. However, there was no profound study on an issue related to using such criteria as «negative self-assessment of health» and «restricted activities» used to reveal latent disability. This aspect has not been examined in great detail in domestic research and it makes the present work truly vital. We took data collected via the Russian sociologic study performed within the European sociological study (ESS) in 2018–2019 as well as data from sampling studies on population in the RF performed by the Federal Statistics Service in 2018 and 2019. To analyze a relation between self-assessment of health and existing restricted activity, we calculated Kramer's coefficients for different sex and age groups of respondents who took part in the Russian sociologic study.*

*Calculated Kramer's coefficient values indicate there is an average relation between such parameters as «self-assessment of health» and «existing restricted activity». We established that 7 % of respondents who were not disabled still had health characteristics implying there was a disability risk. It was shown that use of such criteria as «self-assessment of health» and «existing restricted activities» allowed more authentic assessment of latent disability among males aged 50–59 and women aged 20–29, 30–39, and 40–49. In future we plan to obtain more accurate results using data from other representative sociologic studies on population including regional ones.*

**Key words:** *population health, disability, restricted activity, self-assessment of health, sociologic study, measuring disability levels.*

**References**

1. Disability and health. *World Health Organization*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> (02.05.2020).
2. Vasin S.A. Legkoe breyma invalidnosti [Insignificant burden of disability]. *Demoskop Weekly*, 2007, no. 283–284. Available at: <http://www.demoscope.ru/weekly/2007/0283/analit07.php> (23.04.2020) (in Russian).
3. Brief Model Disability Survey. Implementation Guide. *World Health Organization*, 2018, 24 p.
4. Makarentseva A.O., Vasin S.A., Khasanova R.R. Kak otsenit' chislo invalidov v Rossii [How to estimate a number of disabled people in Russia]. *Demoskop Weekly*, 2016, no. 695–696. Available at: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0695/tema01.php> (29.04.2020) (in Russian).
5. Kozyreva P.M., Smirnov A.I. Social well-being dynamics among the disabled: concerns and hopes. *Sotsiologicheskie issledovaniya*, 2019, no. 8, pp. 62–74 (in Russian).
6. Kaneva M.A. Socio-economic, behavioral and psychological determinants of the Russian population's self-reported health assessment. *Natsional'nye interesy: priority i bezopasnost'*, 2016, vol. 12, no. 6 (339), pp. 158–171 (in Russian).
7. Kislitsyna O.Ya. Socio-economic determinants of the population health in Russia. *Narodonaselenie*, 2007, vol. 36, no. 2, pp. 24–37 (in Russian).
8. Kaneva M.A., Baidin V.M. Heterogeneity in reporting self-assessed health of the Russians. *Prikladnaya ekonometrika*, 2018, vol. 51, no. 3, pp. 102–125 (in Russian).

© Natsun L.N., 2021

**Leila N. Natsun** – Research Fellow (e-mail: [leila.natsun@yandex.ru](mailto:leila.natsun@yandex.ru); tel.: +7 (8172) 59-78-10 (ext. 318); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9829-8866>).

9. Giordano G.N., Lindstrom M. The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: A longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine*, 2010, vol. 70, no. 5, pp. 700–710. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.10.044
10. Dziadkowiec O., Meissen G.J., Merkle E.C. Perceptions of community, social capital, and how they affect self-reported health: a multilevel analysis. *Public Health*, 2017, no. 152, pp. 9–16. DOI: 10.1016/j.puhe.2017.06.003
11. Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science & Medicine*, 2000, vol. 51, no. 9, pp. 1421–1435. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00106-4
12. Johansson E., Böckerman P., Lundqvist A. Self-reported health versus biomarkers: does unemployment lead to worse health? *Public Health*, 2020, no. 179, pp. 127–134. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.10.005
13. Whitley E., Benzeval M., Popham M. Population Priorities for Successful Aging: A Randomized Vignette Experiment. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 2020, vol. 75, no. 2, pp. 293–302. DOI: 10.1093/geronb/gby060
14. Kim D.H., Bluysen P.M. Clustering of office workers from the OFFICAIR study in The Netherlands based on their self-reported health and comfort. *Building and Environment*, 2020, vol. 176, pp. 106860. DOI: 10.1016/j.buildenv.2020.106860
15. Maksimova T.M., Lushkina N.P. Regularities of health self-evaluation formation in different population groups. *Byulleten' Natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo institute obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko*, 2014, no. 1, pp. 172–178 (in Russian).
16. Fylkesnes K., Førde O.H. Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health. *Social Science & Medicine*, 1992, vol. 35, no. 3, pp. 271–279. DOI: 10.1016/0277-9536(92)90023-J
17. Idler E.L. Age Differences in Self-Assessments of Health: Age Changes, Cohort Differences, or Survivorship? *Journal of Gerontology*, 1993, vol. 48, no. 6, pp. S289–S300. DOI: 10.1093/geronj/48.6.S289
18. Pautova N.I., Pautov I.S. Gender characteristics of health self-assessment and perception as a socio-cultural value (based on the data of the 21st round of RLMS-HSE). *Zhenshchina v rossiiskom obshchestve*, 2015, vol. 75, no. 2, pp. 60–75 (in Russian).
19. Nazarova I.B. *Zdorov'e zanyatogo naseleniya: monografiya* [Health of the employed population: monograph]. Moscow: MAKS Press, 2007, 526 p. (in Russian).
20. Yu A., Liljas A.E.M. The relationship between self-reported sensory impairments and psychosocial health in older adults: a 4-year follow-up study using the English Longitudinal Study of Ageing. *Public Health*, 2019, vol. 169, pp. 140–148. DOI: 10.1016/j.puhe.2019.01.018

**Funding.** The study is accomplished with the State Task for the Vologda Scientific Center of the RAS on the subject entitled «Demographic development of territories».

*Natsun L.N. Restricted activity and negative self-assessment of health as risk indicators for latent disability analysis performed on population groups different as per sex and age. Health Risk Analysis, 2021, no. 2, pp. 145–155. DOI: 10.21668/health.risk/2021.2.14.eng*

Получена: 16.12.2020

Принята: 04.03.2021

Опубликована: 30.06.2021