

УДК 332.1(571.621)

КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИХ КРИЗИСОВ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ЕВРЕЙСКОЙ АВТОНОМНОЙ ОБЛАСТИ

А.Б. Суховеева

Институт комплексного анализа региональных проблем ДВО РАН,
ул. Шолом-Алейхема 4, г. Биробиджан, 679016,
e-mail: anna-sukhoveeva@yandex.ru

В статье показан анализ субъективного мнения населения ЕАО о влиянии экономических кризисов на их здоровье, выявлены территориальные и социально-демографические особенности. Определено, что более половины респондентов (57%) удовлетворены состоянием своего здоровья (61% в городской и 53% в сельской местности), каждый пятый респондент оценил свое здоровье как «хорошее и очень хорошее». Показано, что независимо от возраста и типа местности около 50% населения ЕАО считают, что социально-экономические преобразования в России негативно повлияли на их здоровье. Установлено, что главным фактором опосредованного влияния кризисов является снижение реальных доходов населения, уровня жизни.

Ключевые слова: экономический кризис, здоровье населения, самооценки здоровья, тип местности, качество жизни, Еврейская автономная область.

Особенностью Российской Федерации является то, что с начала 90-х годов прошлого века и до середины нулевых годов текущего столетия страна находилась в состоянии экономических и политических преобразований и кризисов, которые неизбежно повлияли на приоритеты страны [5]. В последние несколько десятилетий как в России, так и во всем мире активно обсуждают вопросы влияния данных кризисов на состояние общественного здоровья и качества жизни населения. По мнению ряда зарубежных [10, 11] и российских ученых [2, 4, 5, 9], в мире было 4 глобальных экономических кризиса: 1990–1993 гг., 1997–1998 гг., 2001–2002 гг. и начиная с 2008 г. мир переживает очередной глубокий кризис. Экономисты полагают, что каждый кризис имеет свои особые черты в зависимости от времени, места, условий возникновения и степени развития. Причины их возникновения разные: банковский кризис, обвал фондового рынка, девальвация валюты и основных источников национального дохода и др. Многие российские политологи считают, что в настоящее время на наличие в России серьезного социально-экономического кризиса указывают действия правительства, затрагивающие бюджетный процесс. В сентябре 2015 г. по инициативе правительства принят закон о поправках в Бюджетный кодекс с целью повышения эффективности бюджетной политики [1]. Правительство часто перенаправляет финансовые ресурсы на более «насушные потребности» из таких государственных

секторов, как здравоохранение и образование, вводит меры «жесткой экономии», урезает затраты на социальную защиту [2]. Данные меры являются серьезными рисками для ухудшения здоровья и качества жизни населения.

По мнению российских демографов В. Школьников и Е. Андреева, мировой кризис 2008 г. практически не затронул нашу страну и не оказал, в отличие от предыдущих, столь существенного влияния на социально-экономическое положение населения [9]. Однако общеизвестно, что в условиях экономических и социальных потрясений на фоне психосоциального стресса важную роль в формировании последствий этих изменений играет уровень здоровья и качество жизни населения.

Ухудшение качественных характеристик населения в период социально-экономических преобразований характерно для всех регионов страны, однако одна из самых тяжелых ситуаций в ухудшении показателей здоровья, несмотря на более молодую возрастную структуру населения, была характерна для Дальневосточного федерального округа. Среди регионов округа наиболее резкое ухудшение показателей здоровья населения было зафиксировано в Еврейской автономной области (ЕАО). Динамика изменений в социально-экономической сфере и состоянии здоровья населения в ЕАО в 90-е гг. XX века отображала схожие черты, отражающие общую ситуацию по России,

но проявившиеся в более глубоких негативных тенденциях в ухудшении здоровья [7].

Целью данного исследования является анализ субъективного мнения населения ЕАО о влиянии экономических кризисов (включая текущий мировой кризис) на их здоровье, выявление территориальных и социально-демографических особенностей.

Материалы и методы

Материалами для проведения исследования стали результаты социологического опроса (метод – анкетирование) населения ЕАО блока «Социально-экономические детерминанты здоровья населения» в рамках изучения демографического потенциала и качества жизни населения ЕАО. В ходе опроса в апреле–августе 2018 г. было опрошено 518 человек (0,4% от всего населения в возрасте 17–85 лет) во всех муниципальных образованиях области. Характеристика выборки – многоступенчатая, квотная, репрезентативна по полу и возрасту, что позволяет данные анализа социологического исследования проецировать на население всего региона. В опросе процентное соотношение респондентов по типу местности составило: городская местность – г. Биробиджан – 45,7%, Облученский район – 13,5%, Смидовичский район 10%; сельская местность – Биробиджанский район – 6,5%, Ленинский район – 10,8%, Октябрьский район – 5,8%; Облученский район – 2,3%, Смидовичский район – 3,3%. В каждом муниципальном образовании (отдельно в городской и сельской местности) было опрошено по 0,4% мужского и 0,4% женского населения в зависимости от общей численности населения 17 лет и старше. Всего в возрасте 16–54/59 лет (трудоспособное население) независимо от типа местности было опрошено 71,6%, что составило 371 чел. от всех респондентов области. Доля опрошенных в возрасте 54 и старше для женщин, 59 и старше лет для мужчин составила 28,4% (147 чел.). Для сбора данных использовался авторский опросник, разработанный с учетом отечественного опыта социальных и медицинских исследований, включающий закрытые, открытые, полужакрытые, личные и шкальные вопросы [3, 4, 7]. Также респондентам предлагалось ответить на некоторые вопросы, затрагивающие специфические проблемы их здоровья (наличие симптомов болезней системы кровообращения, психических расстройств, таких как депрессия, бессонница, болезней системы пищеварения и вредных привычек).

Результаты и обсуждение

Результаты опроса свидетельствуют, что

важнейшими проявлениями негативных последствий в итоге экономических кризисов стали ограничение возможностей для сохранения и восстановления здоровья у населения ЕАО в связи со снижением уровня благосостояния, ростом стрессовых ситуаций, отсутствием работы, неудовлетворенностью социально-бытовой инфраструктурой населенных пунктов.

Большинство респондентов, как в городе, так и в селе, имеют среднее специальное образование (37% и 49% соответственно). В целом уровень образования городских жителей выше за счет доли лиц, имеющих высшее образование, – 31%, при аналогичном показателе в 12% в сельской местности. Доля женщин с высшим образованием в 2,1 раза (68%) в городской местности и в 1,5 раза (61%) в сельской больше доли мужчин с данным уровнем образования. Две трети всех респондентов работают – 75%. В городской местности доля работающих выше по сравнению с сельской (79 и 69% соответственно), а неработающих (пенсионеров, инвалидов, домохозяек, женщин в декретном отпуске, студентов и безработных) ниже и составляет 21 и 31% соответственно. По нашему мнению, главной причиной высокой безработицы на селе является современная экономическая ситуация в области как следствие серьезных экономических и политических преобразований, начавшихся еще в 90-е гг. XX в., в результате которых произошел развал колхозов и совхозов с резким сокращением рабочих мест в сельском хозяйстве, и закрытием обслуживающих социально-бытовых организаций.

Результаты опроса свидетельствуют, что более половины респондентов (57%) удовлетворены состоянием своего здоровья (61% в городской и 53% в сельской местности), каждый пятый респондент оценил свое здоровье как «хорошее и очень хорошее» (18 и 23% соответственно). При этом доля граждан, оценивших свое здоровье как «плохое и очень плохое», составила 22,5% (21 и 24% соответственно). Сопоставление полученных оценок у населения ЕАО о состоянии своего здоровья как «плохое, очень плохое» (19,7%) и «удовлетворительное» (59%) по сравнению с ранее проводившимся опросом населения области о состоянии здоровья в 2012 гг. (21,9 и 53% соответственно) [6] свидетельствует о нынешнем более пессимистическом настроении жителей в силу низкого уровня и качества жизни. На наш взгляд, нынешняя ситуация в России после эпохи длительных политических и экономических преобразований привела к тому, что людям при-

шлось приспособливаться к новым условиям жизни. Социальная неуверенность свидетельствует о снижении ощущаемого контроля над различными аспектами жизни человека и может опосредованно, например, через безработицу и как следствие плохое питание, провоцировать риск к снижению его здоровья. То есть влияние безработицы на здоровье связано не только с ее психологическими последствиями, но и порождается ею финансовыми проблемами.

Структура самооценок здоровья в зависимости от возраста и типа местности представлена в табл. 1. Анализ таблицы показал, что отрицательные и удовлетворительные оценки здоровья трудоспособным населением в городской местности (12 и 35,8%) превышают аналогичные в сельской местности (9,6 и 34,8% соответственно) в 1,25 раза. На наш взгляд, объяснением данной диспропорции является более сложная жизнь у сельчан, которые в силу тяжелого материального положения и отсутствия работы стараются не замечать проблемы, связанные со здоровьем. Доля положительных самооценок в сельской местности выше аналогичных в городской для людей трудоспособного возраста в 1,2 раза, для людей старше трудоспособного возраста в 4,3 раза.

Имеют место гендерные различия в оценках здоровья. У женщин независимо от типа местности доля оценок здоровья как «отличное и хорошее» в 1,5–1,7 раза ниже, чем у мужчин (табл. 2). Каждая четвертая женщина, как в городской, так и в сельской местности, оценивала свое здоровье как «удовлетворительное». Только 10% городских женщин и 12,4% сельских оценили свое здоровье как «хорошее», в отличие от мужчин (16,9 и

19% соответственно). Данный факт объясняется тем, что женщины оценивают свое здоровье более критично, так как для них характерно более внимательное отношение к своему здоровью, чем для мужчин. Также более критично оценивают свое здоровье жители городской местности.

Каждый второй респондент, независимо от типа местности, считает, что экономические кризисы определенно повлияли на его здоровье (здоровье ухудшилось). При этом каждый пятый житель города и каждый шестой житель села уверены, что кризисы на здоровье не повлияли, оно осталось без изменений (6%) или потеряно еще в советские годы (14,2% в городской и 9,3% в сельской местности).

По мнению 28,5% городских и 32% сельских респондентов, опосредованное влияние экономических кризисов на состояние их здоровья отразилось через значительное снижение реальных доходов, уровня жизни. Из них более 49% жителей села и 45% горожан утверждают, что высокие доходы хоть и не являются автоматически залогом отличного здоровья, но способны обеспечить определенный набор благ и услуг, необходимых человеку для сохранения и укрепления своего потенциала здоровья. При этом никто из респондентов не указал снижение доходов в качестве единственной причины потери здоровья.

Более остро проблему нехватки денежных средств для достойной жизни и поддержания своего здоровья переживают женщины – 51% в городе и 57,4% в селе (мужчины 39 и 40,6% соответственно), отсутствия работы – 10,2% женщин в городе и 21,9% в селе (мужчины 13,7 и 27,8% соответственно) (табл. 3). В качестве «других» до-

Таблица 1
Возрастная оценка своего здоровья респондентами городской и сельской местности Еврейской автономной области, % от опрошенных

Table 1
Age rating of their health by respondents in urban and rural areas of the Jewish Autonomous Region, % of respondents

	Отличное и хорошее	Удовлетворительное	Плохое и очень плохое
Городская местность			
Трудоспособное население	19,0	35,8	12,0
Старше трудоспособного население	0,3	27,0	9,7
Сельская местность			
Трудоспособное население	22,4	34,8	9,6
Старше трудоспособного население	1,3	19,0	18,0

Таблица 2
Самооценки здоровья респондентами городской и сельской местности в зависимости от пола, % от опрошенных

Table 2
Self-assessment of health by respondents in urban and rural areas depending on gender, % of respondents

	Отличное и хорошее	Удовлетворительное	Плохое и очень плохое
Городская местность			
Женщины	10,1	25,7	14,1
Мужчины	16,9	27,0	7,8
Сельская местность			
Женщины	12,4	27,0	15,5
Мужчины	19,0	32,3	7,0

полнительных факторов назывались следующие причины: психологические проблемы (стрессы на работе в связи с сокращением или полным закрытием организации); отсутствие собственного жилья (вынужденный найм квартиры или плохие жилищные условия); отсутствие квалифицированной медицинской помощи, удаленность специализированных медицинских центров и других

объектов социально-бытового обслуживания, невозможность получить высшее образование либо переучиться для смены профессии.

Как показывают данные анкетирования, в структуре распределения семей по шкале «бедные-богатые» представительство «бедных» и «богатых» в целом в городской и сельской местности в исследуемых муниципальных образованиях практически не изменилось. С «людьми среднего достатка» и «богатыми» чаще других идентифицируют себя жители городской местности трудоспособного возраста. Население старше трудоспособного возраста (17% в городе и 19,6% в селе) чаще других относят себя к «бедному слою», среди которых 62,3 и 74% женщин соответственно.

Согласно статистическим данным, величина прожиточного минимума в I квартале 2018 г. составила для всего населения ЕАО 12 576 руб. (13 266 руб. для трудоспособного населения, 10 033 руб. для пенсионеров), а доля населения с доходами ниже прожиточного минимума – 24,9% (2017 г.) [8]. Как показывают данные анкетирования, в сельской местности доля населения, чьи доходы были меньше 10 тыс. руб. (т.е. ниже прожиточного минимума), составила 65,9%, из них 54,2% жителей в трудоспособном возрасте. В городской местности доля населения с доходами ниже прожиточного минимума составила 39,8% жителей, из них в возрасте 16–54/59 лет – 32,8%.

Таблица 3
Самооценка причин опосредованного влияния экономических кризисов на здоровье, % от опрошенных

Table 3
Self-assessment of the reasons for the indirect impact of economic crises on health, % of respondents

		Городская местность	Сельская местность
Низкие денежные доходы (заработная плата, пособия, пенсии)	Мужчины	51	40,6
	Женщины	39	57,4
Отсутствие работы	Мужчины	10,2	21,9
	Женщины	13,7	27,8
Снижение курса рубля (повышение доллара)	Мужчины	0,1	0,1
	Женщины	0	0,2
Повышение цен на продукты питания, одежду, лечение, медикаменты	Мужчины	10,3	15,2
	Женщины	14,2	18,3
Увеличение тарифов на энергоресурсы	Мужчины	6,9	5,5
	Женщины	3,6	4
Другое	Все население	5,2	3,9

Существующий средний уровень денежного дохода на одного члена семьи (12 576 руб.) недостаточен для обеспечения «достойного» качества жизни, для сохранения и поддержания здоровья. Он составляет лишь 41,9% от минимальной границы суммы (от 30 до 40 тыс. руб.), которую 62% сельских и 37,5% городских респондентов считают необходимой для «полноценной» жизни.

Данные опроса свидетельствуют, что наблюдается значительная дифференциация в уровне жизни респондентов в целом по муниципальным образованиям (между г. Биробиджаном и остальными исследуемыми территориями), из которого следует, что самые высокие доходы характерны для жителей областного центра (в 2,5–5,5 раза выше). Данный контраст обусловлен меньшей социально-экономической развитостью муниципальных районов (отсутствием достаточного количества рабочих мест, меньшей укомплектованностью и отставанием в оказании услуг оптово-розничной торговли, в промышленном производстве и социальной сфере), а также большим сосредоточением в областном центре основных финансовых, административных, социальных, образовательных, медицинских и других организаций и промышленных предприятий.

Среди тех, кто в качестве причины опосредованного влияния экономических кризисов на здоровье указал низкие денежные доходы, более 15% респондентов свидетельствуют о наличии у них симптомов сердечно-сосудистых заболеваний (18% в городской и 13% в сельской местности), более 11% – симптомов психических заболеваний (бессонница – 23 и 7%), более 30% – наличии вредных привычек (43 и 47% соответственно). Доля женщин независимо от возраста с симптомами болезней кровообращения в городской местности составила 70%, в сельской – 56%, с психическими проблемами (в частности с бессонницей) – 82 и 67% соответственно, с наличием вредных привычек (курение, алкоголь) – 37 и 40% соответственно. Полученные результаты оценок подтверждают факт более критичного, внимательного отношения женщин к своему здоровью, чем у мужчин, а также доказывают, что риск возникновения данных проблем со здоровьем связан с материальными трудностями, накапливающимися в течение всей жизни в результате социально-экономических кризисов в России. Самооценка о наличии стресса у населения области (69% женщин и 31% мужчин) с разной степенью интенсивности и длительностью воздействия может косвенно повлиять на здоровье, провоцируя неблагоприятный

профиль поведения, как, например, курение или злоупотребление алкоголем, а также многократно повышает риск возникновения проблем с сердцем и сном у человека.

Выводы

Определено, что более половины респондентов (57%) удовлетворены состоянием своего здоровья (61% в городской и 53% в сельской местности), каждый пятый респондент оценил свое здоровье как «хорошее и очень хорошее» (18 и 23% соответственно). Показано, что независимо от возраста и типа местности около 50% населения ЕАО считают, что социально-экономические преобразования в России негативно повлияли на их здоровье. Установлено, что главным фактором опосредованного влияния кризисов является снижение реальных доходов населения, уровня жизни. Около 47% респондентов утверждают, что высокие доходы хоть и не являются автоматически залогом отличного здоровья, но способны обеспечить определенный набор благ и услуг, необходимых человеку для сохранения и укрепления своего потенциала здоровья. Определено, что 15% респондентов с симптомами у них сердечно-сосудистых заболеваний, 11% респондентов с симптомами психических заболеваний и более 30% с наличием вредных привычек в качестве основной причины возникновения данных проблем со здоровьем определили наличие финансовых трудностей, недостаток материальных ресурсов.

Для улучшения здоровья населения в социальной политике региона и России в целом необходимы меры и действия, направленные, прежде всего, на обеспечение индивидуальных возможностей человека, таких как гарантированный доход, наличие работы, доступность комфортного жилья и квалифицированной медицинской помощи, инвестиции в образование, безопасные условия работы и т.д.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Александрова О.А. Социальная политика в условиях социально-экономической и идейной десоверенизации // Народнонаселение. 2015. № 4. С. 17–32.
2. Бойцов С.А., Самородская И.В., Семенов В.Ю. Влияние экономических кризисов на общественное здоровье // Профилактическая медицина. 2016. № 2. С. 4–10.
3. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. М.: Наука, 2006. 238 с.
4. Назарова И.Б. Здоровье Российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) //

- Социологические исследования. 2003. № 11. С. 57–69.
5. Самородская И.В., Семенов В.Ю., Бойцов С.А. Смертность населения в Российской Федерации в 2006 и 2015 гг. // Менеджер здравоохранения. 2017. № 4. С. 6–17.
 6. Суховеева А.Б. Оценка здоровья населения отдельных муниципальных образований Еврейской автономной области // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. Т. 43, № 3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/678/30/lang.ru/> (дата обращения: 16.09.2018).
 7. Суховеева А.Б. Территориальная дифференциация показателей здоровья населения дальневосточных регионов в условиях трансформации социально-экономической среды // География и природные ресурсы. 2013. № 3. С. 105–110.
 8. Управление федеральной службы государственной статистики. URL: http://habstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/habstat/ru/statistics/evr_stat/standards_of_life/ (дата обращения: 16.09.2018).
 9. Школьников В.М., Андреев Е.М., Макки М., Леон Д.А. Рост продолжительности жизни в России 2000-х годов // Демографическое обозрение. 2014. № 2. С. 5–37.
 10. Marton M., Wilkinson R. Social determinants of health: the solid facts: World Health Organization. 2003. URL: <http://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1879534> (дата обращения: 12.10.2018).
 11. Gronqvist H., Johansson P., Niknami S. Income Inequality and Health: Lessons from a Refugee Residential Assignment Program. IZA Discussion Paper No. 6554. URL: <https://ssrn.com/abstract=2066977> (дата обращения: 12.10.2018).

EVALUATION OF THE ECONOMIC CRISES IMPACT ON THE QUALITY OF PUBLIC HEALTH IN JEWISH AUTONOMOUS REGION

A.B. Sukhoveeva

The article shows the analysis of the subjective opinion of the population of the Jewish Autonomous region regarding the impact of economic crises, as well as territorial and socio-demographic features on their health. It was determined that more than half of the respondents (57%) are satisfied with their health (61% in urban and 53% in rural areas), one in five respondents rated their health as "good and very good". It is shown that regardless of age and type of terrain, about 50% of the population in the JAR believes that socio-economic changes in Russia have had a negative impact on their health. It is established that the main factor of the indirect impact of crises is the decline in real incomes and living standards.

Keywords: *economic crisis, public health, self-assessment of health, type of area, quality of life, Jewish Autonomous Region.*