

- Совета Российской Федерации. 19 августа 1993 г. № 33. Ст. 1316.
3. Федеральный закон от 15.07.1995 № 103-ФЗ «О содержании под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений» // Собрание законодательства Российской Федерации. 17 июля 1995 г. № 29. Ст. 2759.
  4. О Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 г.: Распоряжение Правительства РФ от 14.10.2010 № 1772-р // Собрание законодательства РФ. 25.10.2010. № 43. Ст. 5544.
  5. Белоус В.Г., Голодов П.В., Пертли Л.Ф. Правоохранительная система России в современной историографии // Актуальные вопросы образования и науки. 2015. № 3-4 (49-50). С. 42-51.
  6. Белоус В.Г., Дивитаева О.А. О научной школе медицинского права НОУ ВПО «Институт управления» // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 2 (18). С. 11-16.
  7. Белоус В.Г., Дивитаева О.А. Становление научной школы уголовного права НОУ ВПО «Институт Управления» // На пути к гражданскому обществу. 2015. № 1 (17). С. 13-18.
  8. Ветрова И.В. Особенности исполнения наказания в отношении осужденных к лишению свободы женщин // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 5-6. С. 24-28.
  9. Костик Е.В. Критика некоторых положений «Концепции развития уголовно-исполнительной системы Российской Федерации до 2020 года» // Актуальные вопросы образования и науки. 2014. № 5-6. С. 65-67.
  10. Костик Е.В. Понятие и цели наказания // Вестник международного Института управления. 2014. № 3-4 (127-128).
- 

***Черкасов С.Н.<sup>1</sup>, Куртадзе И.Д.<sup>1</sup>***

**АДЕКВАТНОСТЬ САМООЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ У ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ  
СТАРШЕ 60 ЛЕТ**

<sup>1</sup>ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», Москва, Россия

***Cherkasov S.N.<sup>1</sup>, Kirtadze I.D.<sup>1</sup>***

**QUALITY OF THE SELF-EVALUATION OF HEALTH IN PERSONS AT  
AGE OVER 60 YEARS OLD**

<sup>1</sup> National Research Institute for Public Health, Moscow, Russia

**Черкасов Сергей Николаевич** - д.м.н., заведующий отделом исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», E-mail: cherkasovsn@mail.ru;

**Киртадзе Ираклий Демуриевич** – соискатель научной степени кандидата медицинских наук.

**Резюме.** С целью оценки адекватности такого подхода к оценке здоровья было проведено изучение соответствия показателей самооценки и объективных показателей здоровья. В качестве объективных показателей использованы данные о наличии хронических заболеваний, данные о фактах обращения за медицинской помощью за последний год, а также данные о затратах на покупку лекарственных средств. Исследование показало, что результаты полученные с использованием метода самооценки коррелируют с объективными данными о наличии хронических заболеваний, данными о фактах обращения за медицинской помощью за последний год, а также данными о затратах на покупку лекарственных средств. Данный метод является простым, не требует больших затрат на получение информации и позволяет получить количественную характеристику здоровья, что может быть использовано при организации мониторинга здоровья населения в старших возрастных группах.

**Ключевые слова:** детерминанты здоровья, мониторинг здоровья, измерение здоровья, здоровье пожилых.

**Abstract.** The study showed that the results obtained using the self-assessment method correlate with objective data on the presence of chronic diseases, data on the facts of seeking medical help for the last year, as well as data on the costs of buying medicines. This method is simple, does not require high costs for obtaining information and allows you to get a quantitative health profile, which can be used to organize monitoring of population health in older age groups.

**Key words:** determinants of health, health monitoring, health measurement, health of the elderly.

Улучшение качества жизни и решение проблемы активного долголетия является важнейшей задачей государства и системы здравоохранения [1.2]. Измерение уровня здоровья как показателя общественного здоровья и критерия эффективности деятельности системы оказания медицинской помощи в старших возрастных группах не может быть решена стандартными способами оценки заболеваемости [3]. Даже наличие одного или нескольких хронических заболеваний не однозначно определяет субъективное восприятие

человеком его самочувствия и уровня здоровья и, соответственно, потребность в услугах системы здравоохранения. Даже при одинаковом наборе хронических заболеваний, одном и том же их функциональном статусе, субъективные представления человека о своем самочувствии могут сильно различаться.

Следовательно, поиск более адекватных показателей здоровья населения в старших возрастных группах, чем стандартные подходы является актуальной задачей общественного здоровья. Одним из информативных критериев состояния здоровья человека в старших возрастных группах использовали показатели качества жизни, которые могут предоставить информацию не только о статусе на настоящий момент времени, но и использоваться как косвенный показатель эффективности мероприятий, направленных на охрану здоровья населения. Данные показатели предлагалось использовать в проведении мониторинга здоровья, а также исследовании факторов и детерминант здоровья этой возрастной группы населения.

Другим перспективным, с данной точки зрения, является показатель самооценки здоровья. Теоретически данный подход позволяет перевести качественный подход оценки в количественный если использовать баллы. Наиболее привычной является пятибалльная шкала оценки, когда оценка «пять» выставляется за наивысший с точки зрения человека уровень здоровья, а оценка «один» выставляется на наихудший из возможных характеристик здоровья на настоящий момент. Более того, данный метод позволяет более простым и быстрым способом получить количественные характеристики здоровья.

С целью оценки адекватности такого подхода к оценке здоровья было проведено изучение соответствие показателей самооценки и объективных показателей здоровья. В качестве объективных показателей использованы данные о наличии хронических заболеваний, данные о фактах обращения за медицинской помощью за последний год [4,5], а также данные о затратах на покупку лекарственных средств. Опрос проводился вне периодов острых заболеваний или обострений хронических заболеваний.

В качестве критериев включения в группу использованы возраст старше 60 лет и регулярность медицинского наблюдения, которое обеспечивало надлежащий уровень информации о наличии или отсутствии хронических заболеваний. Данные о самооценки здоровья получены в результате анкетирования, данные о наличии заболеваний и числе обращений из медицинской документации. Всего было опрошено 967 человек.

Средний возраст обследованных составил  $68,97 \pm 0,65$  лет, мужчин в исследованной выборке было 36,7%, женщин, соответственно, 63,7%. Каждый седьмой обследованный (69,7%) имел диагностированное одно хроническое заболевание, половина обследованных (52,4%) имела два диагностированных хронических заболевания, каждый третий (35,7%) три хронических заболевания. Наиболее распространенными хроническими заболеваниями в исследованной группе были заболевания сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем, а также заболевания пищеварительной и нервной систем (разделение заболеваний по группам проводилось согласно МКБ-10) [6,7].

Общую группу разделили на три подгруппы. В первую включили представителей, у которых не было диагностировано хронических заболеваний, во вторую включили представителей с одним хроническим заболеванием, в третью подгруппу были включены представители с двумя и более хроническими заболеваниями. Следовательно, наивысший уровень здоровья должен был наблюдаться в первой подгруппе, средний во второй и наименьший в третьей подгруппе.

В результате анализа данных самооценки здоровья, представителями вышеописанных групп, получены следующие данные. В первой подгруппе показатель самооценки здоровья составил  $4,24 \pm 0,11$  балла, во второй –  $3,51 \pm 0,09$  балла, в третьей –  $3,26 \pm 0,08$  балла. Различия между всеми исследованными подгруппами были на уровне достоверного отрицания «нулевой» гипотезы с вероятностью более 95%. Следовательно, разделение на подгруппы на основании объективных данных о наличии заболеваний полностью дублировалось данными субъективной самооценки уровня здоровья.

Анализ данных об обращениях за медицинской помощью показал, что в первой подгруппе за последний год обращались за медицинской помощью (независимо от ее вида, места получения и частоты обращения в течение года) только 31,7% человек, из включенных в данную подгруппу. Во второй подгруппе частота обращения за медицинской помощью была в два раза выше – 63,01%, в третьей подгруппе частота была наивысшей – 83,7%. Полученные данные также подтверждают адекватность подхода по разделению общей группы на подгруппы в зависимости от уровня здоровья.

В качестве одного из косвенных показателей здоровья можно рассматривать факт обращения за медицинской помощью, учитывая, что отсутствие нарушений здоровья не предполагает обращение (профилактические посещения не учитывались). В соответствии с полученными данными были сформированы две подгруппы. В первую

были включены лица, которые не обращались в течение года за медицинской помощью, во вторую – которые обращались за медицинской помощью, независимо от количества обращений в течение года. В первой из сформированных подгрупп показатель самооценки здоровья составил  $4,09 \pm 0,09$  балла, во второй –  $3,37 \pm 0,06$  балла. Различия между показателями были на уровне достоверного отрицания «нулевой» гипотезы с вероятностью более 95%. Следовательно, метод самооценки здоровья адекватно отражает уровень потребности в медицинской помощи, а значит, может использоваться для оценки здоровья.

Еще в качестве одного косвенного критерия здоровья можно рассматривать размер ежемесячных трат на лекарственные средства. В предложенной анкете респондентам было предложено оценить размер трат на лекарственные средства относительно совокупного дохода семьи. Общий средний ежемесячный доход в расчете на одного члена семьи во всех сравниваемых подгруппах были одинаковы ( $p > 0,05$ ) и составили от двух до четырех минимальных размеров оплаты труда. Удельный вес затрат опрошенных на продукты питания во всех подгруппах составил менее 50%, что позволяет оценить уровень доходов семей, в которых проживают опрошенные респонденты, как достаточный для приобретения необходимых лекарственных препаратов в соответствии с потребностями и назначениями врача.

В соответствии с полученными ответами все опрошенные были разделены на три подгруппы. В первую включили респондентов, ответивших что их затраты на лекарственные средства минимальны (до 5%) от совокупного дохода семьи. Во вторую подгруппу были включены респонденты, тратившие на лекарственные средства от 6 до 10% от совокупного дохода семьи. В третью подгруппу включили респондентов, тративших на лекарственные средства более 10% ежемесячного дохода семьи. В первой подгруппе показатель самооценки здоровья составил  $3,82 \pm 0,08$  балла, во второй  $3,76 \pm 0,09$  балла. Различия между показателями самооценки здоровья в данных подгруппах были не достоверны, следовательно, уровень самооценки здоровья является одинаковым у опрошенных, тративших на покупку лекарственных средств менее 10% совокупного дохода семьи. В третьей подгруппе значение показателя самооценки здоровья составило  $3,49 \pm 0,07$  балла, что было достоверно ниже, чем в первой и во второй подгруппах ( $p < 0,05$ ).

Анализ зависимости частоты обращений за медицинской помощи и удельного веса совокупного дохода семьи, затрачиваемого за покупку лекарственных средств показал, что в подгруппе с минимальными затратами на покупку лекарственных средств в

течение года половина опрошенных обращалась за медицинской помощью (49,3%), тогда как в подгруппе с максимальными затратами на покупку лекарственных средств в течение года два из трех опрошенных обращались за медицинской помощью.

Таким образом, исследование адекватности самооценки здоровья у лиц в возрасте старше 60 лет показало, что результаты полученные с использованием данного метода коррелируют с объективными данными о наличии хронических заболеваний, данными о фактах обращения за медицинской помощью за последний год, а также данными о затратах на покупку лекарственных средств. Данный метод является простым, не требует больших затрат на получение информации и позволяет получить количественную характеристику здоровья, что может быть использовано при организации мониторинга здоровья населения в старших возрастных группах.

### **Литература**

1. Эпельман Б.В. Характеристика состояния здоровья лиц пожилого возраста // Медицинская наука и образование Урала. 2010. Т. 11. № 4. С. 98-100.
2. Киселева Е.С. Продолжительность жизни и здоровье населения старшего возраста в России // Вестник Московского университета. Серия 6: Экономика. 2011. № 2. С. 93-100.
3. Сиротко М.Л., Черкасов С.Н. Оценка состояния здоровья населения Самарской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 2. С. 209-212.
4. Черкасов С.Н., Курносииков М.С., Сопова И.Л. Использование демографического анализа при планировании объемов медицинской помощи // В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере сборник научных трудов VI-го Конгресса с международным участием. Под редакцией Петрова П.Г.. 2016. С. 601-605.
5. Черкасов С.Н., Шипова В.М., Берсенева Е.А., Мешков Д.О., Безмельницына Л.Ю., Лалабекова М.В., Федяева А.В., Олейникова В.С. Современные методические подходы к планированию объемов медицинской помощи // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2016. № 4. С. 95-109.
6. Черкасов С.Н., Мешков Д.О., Шошмин А.В., Безмельницына Л.Ю., Бесстрашнова Я.К., Берсенева Е.А. Внедрение в практику результатов деятельности сотрудничающего центра ВОЗ по

семейству международных классификаций в Российской Федерации // В сборнике: Инвалидность и реабилитация Материалы научно-практической конференции с международным участием в рамках мероприятий государственной программы "Доступная среда". Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. 2016. С. 77-80.

7. Cherkasov S.N., Shoshmin A.V., Vaisman D.Sh., Meshkov D.O., Besstrashnova Y.K., Berseneva E.A., Bezmelnitsyna L.Yu. Activities of Russian WHO-FIC Collaborating Centre // В книге: WHO-FIC Network Annual Meeting 2015 Poster Booklet. World Health Organisation. 2015. С. 30.

---

---

**Черкасов С.Н.<sup>1</sup>, Кравцова И.В.<sup>2</sup>, Безмельницына Л.Ю.<sup>1,2</sup>,  
Мешков Д.О.<sup>1</sup>**

**ПРЕДИКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БЕРЕМЕННЫХ  
ЖЕНЩИН**

<sup>1</sup> ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», Москва, Россия

<sup>2</sup> ГБУЗ ГКБ им. Е.О. Мухина ДЗМ, Москва, Россия

**Cherkasov S.N.<sup>1</sup>, Kravtsova I.V.<sup>2</sup>, Bezmelnitsyna L.Y.<sup>1,2</sup>, Meshkov D.O.<sup>1</sup>**

**PREDICTORS OF HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF PREGNANT  
WOMEN**

<sup>1</sup> National Research Institute for Public Health, Moscow, Russia

<sup>2</sup> City clinical hospital named after E.O. Mukhina

**Резюме.** Охрана материнства и детства была и остается приоритетным направлением в здравоохранении. Разработка мер по совершенствованию медицинской помощи возможна только на основании детального изучения факторов, влияющих на здоровье, в связи с чем было организовано исследование, направленное на изучение предикторов здоровья и качества жизни беременных женщин.

**Ключевые слова:** предикторы здоровья, качество жизни, беременные женщины.

**Abstract.** The motherhood's and childhood's protection was and remains a priority in healthcare. Development of measures for healthcare