

DOI: 10.25990/socinstras.pss-24.vrjh-s205
EDN: NNWOMW
УДК 316.346.32-053.9



М. Ю. СУРМАЧ, П. Л. КОРНЕЙКО

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЯ В СУБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНКАХ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ: МЕТОДОЛОГИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Проведен анализ методологических подходов к исследованию и измерению самооценки здоровья, разработан инструментарий, наиболее релевантный для изучения здоровья лиц возраста 60 лет и старше. Наиболее методически правильной в части оценки респондентами старших возрастных групп субъективных ощущений относительно своего здоровья признана методика ВОЗКЖ-26 — стандартизированная русскоязычная версия WHOQOL-BREF. На примере Гродненской области выполнен анализ удовлетворенности состоянием здоровья данной категории респондентов, исследована зависимость СОЗ от пола, места жительства, наличия работы, состояния в браке, наличия детей, проживания со своими детьми совместно либо раздельно, получения пенсии. Обнаружено, что выделяются три четких ранговых места ($p < 0,05$) в структуре ответов, которые соответствуют следующим баллам оценки удовлетворенности собственным здоровьем по пятибалльной шкале: первое место соответствует варианту ответа «3 балла». Респонденты незначимо чаще (52,44%) оценивают свою удовлетворенность собственным здоровьем как соответствующую позициям средней и ниже средней (1–3 балла). Показатель удовлетворенности собственным здоровьем выявил значительную устойчивость к социально-демографическим факторам. Сопоставление с опубликованными ранее результатами исследований в российской популяции показало, что плохие самооценки здоровья лиц старших возрастных групп Гродненской области коррелируют с таковыми в Российской Федерации, доля же хороших самооценок значительно превышает соответствующие показатели для россиян.

Ключевые слова: самооценка здоровья, субъективная оценка, возраст 60 лет и старше, Гродненская область.

* Статья подготовлена при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант Г24У-007 от 02.05.2024)

MARINA Y. SURMACH, PAVEL L. KORNEIKO

SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF HEALTH IN SUBJECTIVE ASSESSMENTS OF THE ELDERLY POPULATION: METHODOLOGY AND RESULTS FOR GRODNO REGION, REPUBLIC OF BELARUS

An analysis of methodological approaches to the study and measurement of self-assessment of health has been carried out, and tools have been developed that are most relevant for studying the health of people aged 60 years and older. The WHOQOL-26 method, a standardized Russian version of WHOQOL-BREF, was recognized as the most methodologically correct in terms of assessing subjective feelings regarding their health by respondents in older age groups. Using the example of the Grodno region, an analysis of satisfaction with the health status of this category of respondents was carried out, the dependence of POPs on gender, place of residence, availability of work, marital status, presence of children, living with their children together or separately, and receipt of a pension was investigated. It was found that there are three clear ranking places ($p < 0.05$) in the structure of answers, which correspond to the following points for assessing satisfaction with one's own health on a five-point scale: the first place corresponds to the answer option "3 points". Respondents are insignificantly more likely (52.44%) to rate their satisfaction with their own health as average and below average (1–3 points). The indicator of satisfaction with one's own health revealed significant resistance to socio-demographic factors. A comparison with previously published research results in the Russian population has shown that poor self-assessments of health among people in older age groups in the Grodno region correlate with those in the Russian Federation, while the proportion of good self-assessments significantly exceeds the corresponding indicators for Russians.

Keywords: self-assessment of health, subjective assessment, age 60 years and older, Grodno region.

Введение

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как состояние полного физического, душевного, социального благополучия, а не только отсутствие заболевания и физических дефектов, при этом ведущая роль в его регулировании отводится социальным детерминантам (Social determinants of health).

Самооценка здоровья (СОЗ) — это интегральный показатель, который отражает субъективные ощущения человека относительно своего здоровья, является структурным компонентом отношения человека к здоровью и косвенно отражает мотивацию на здоровьесбережение.

С методологической точки зрения СОЗ прочно заняла позицию простого и удобного в измерении индикатора, способного отражать здоровье населения и даже выступать в качестве объективного предиктора смертности. СОЗ широко применяется в эпидемиологических исследованиях как мера оценки состояния здоровья населения и играет все более важную роль в клинических испытаниях и скрининговых исследованиях, поскольку уже более 10 лет назад обнаружена и подтверждена довольно высокая степень соответствия самооценки и объективной характеристики здоровья (до 80%) (Bombak 2013, *The relationship between self-rated health...* 2013).

Многие исследования подтверждают взаимосвязь самооценки состояния здоровья с риском смерти, особенно среди пожилых мужчин. Оценка состояния здоровья по самооценке состояния здоровья, при использовании для сравнения состояния здоровья в странах Восточной и Западной Европы, показала результат, соответствующий данным, полученным для этих стран с точки зрения показателей смертности (Self-reported health 2004). Основываясь на данных социолого-статистических исследований, Elżbieta Dziańska-Zaborszczyk, Beata Ciabiada, Irena Maniecka-Bryła статистически обосновали, что самооценка здоровья является независимым предиктором преждевременной смертности. В рамках программы СИНДИ ВОЗ ими были проанализированы данные, полученные при опросе 1002 мужчин и 826 женщин 18–64 лет в 2001 г., с последующим 8-летним демографоэпидемиологическим наблюдением за выживанием, фактом смерти или миграции из Лодзи, и обоснован вывод о том, что вопросы, касающиеся самооценки здоровья, должны являться необходимым элементом эпидемиологических исследований, связанных со здоровьем популяции (Dziańska-Zaborszczyk, Ciabiada, Maniecka-Bryła 2014).

В условиях постарения населения использование СОЗ для определения прогноза жизни и здоровья пожилых является весьма привлекательным. СОЗ является показателем, независимо и достоверно ассоциирующимся со смертностью. Это дает основание полагать, что в условиях дефицита ресурсов СОЗ может быть полезна на практике в качестве рутинно измеряемого показателя в исследованиях общественного здоровья для скрининга населения пожилого возраста для целевых профилактических вмешательств (Самооценка здоровья москвичей 2019).

Являясь не клиническим и потому относительно субъективным социологическим показателем, показатель СОЗ, как и иные социологические показатели, при их идентичности объективным характеристикам

здоровья, используются даже шире клинических, поскольку характеризуют косвенным образом здоровье и тех респондентов, которые не обращаются за медицинской помощью, хотя имеют отклонения в здоровье.

Благодаря информативности показателя СОЗ большинство исследований по проблемам здоровья включают вопросы по самооценке в качестве точки отсчета при характеристике различных аспектов здоровья (Журавлёва 2006). Показатели самооценки здоровья и информированности в совокупности с другими показателями позволяют прогнозировать поведение людей в случае формирования групп риска (Здоровье студентов 2014).

Цель данной работы состоит в выявлении уровня самооценки удовлетворенности состоянием своего здоровья лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области.

Организация исследования и методы

В процессе исследования были решены следующие задачи:

- выполнен анализ методологических подходов к исследованию и измерению СОЗ, разработан инструментарий для исследования в Гродненской области;
- выполнен расчет выборочной совокупности лиц возраста 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области, репрезентативно представляющей область в целом, а также репрезентативной для отдельных групп (выделенных по полу и проживанию в городе и сельской местности). Проанализированы данные опроса 1270 человек в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области (когортное проспективное исследование), в том числе 460 мужчин и 810 женщин, в том числе городское население 846 человек (из них 304 мужчины и 542 женщины) и сельское население — 424 человека (из них 156 мужчин и 268 женщин). Анкетирование проводилось на базе учреждений здравоохранения: ГУЗ «Городская поликлиника № 1 г. Гродно», ГУЗ «Городская поликлиника № 3 г. Гродно», УЗ «Городская клиническая больница № 2 г. Гродно», Сопоткинская горпоселковая больница, Лойковская врачебная амбулатория, Подлабенская врачебная амбулатория, в базах практики УО «Гродненский государственный медицинский университет», таких как УЗ «Лидская ЦРБ», УЗ «Слонимская ЦРБ», УЗ «Островецкая ЦРБ», УЗ «Волковысская ЦРБ», УЗ «Щучинская ЦРБ», УЗ «Мостовская ЦРБ», при содействии Гродненской

областной организации «Белорусское Общество Красный Крест». Каждому опрошиваемому перед началом исследования сообщались правила опроса: анонимность, добровольность участия, оценка данных в обобщенном виде. Сбор данных осуществлялся сплошным методом в период с 06.06.2022 г. по 27.11.2023 г., критерий включения — возраст респондента, критерий исключения — отказ респондента либо невозможность участия в опросе по состоянию здоровья;

- по материалам опроса изучены значения показателя СОЗ и исследовано влияние на него социально-демографических факторов (пол, место жительства, наличие работы, состояние в браке, наличие детей, проживание со своими детьми или отдельно, получение пенсии);
- по опубликованным источникам проведено сопоставление полученных результатов с данными исследований СОЗ, выполненных в Российской Федерации.

Результаты и их обсуждение

Субъективные оценки здоровья: методология исследований

Несмотря на отмечаемую авторами гетерогенность (Герри, Байдин 2017) и субъективность данного показателя, он был рекомендован для использования экспертами ВОЗ еще в 1996 г. (de Bruin, Picavet, Nossikov 1996). Изначально в рекомендациях ВОЗ 1996 г. предлагалось использовать следующую шкалу для измерения СОЗ: «Аспект „Воспринимаемое здоровье“. Вопрос: „Каково Ваше здоровье в общем?“ Варианты ответа: „Очень хорошее, Хорошее, Удовлетворительное, Плохое, Очень плохое“» (рис. 1) (Герри, Байдин 2017).

Instrument

<p style="text-align: center;">Perceived health</p> <p style="text-align: center;">How is your health in general?</p> <ul style="list-style-type: none">• Very good• Good• Fair• Bad• Very bad

Рис. 1. Инструментарий для измерения СОЗ в рекомендациях ВОЗ 1996 г.

В дальнейших исследованиях методологические подходы к измерению показателя СОЗ варьировали. Например, Евростат дополнил пять вариантов ответа опциями «Не знаю» и «Без ответа» (рис. 2) (European health interview survey).

HS01	How is your health in general? Is it...	
•	very good	1
•	good	2
•	fair	3
•	bad	4
•	very bad	5
•	don't know	8
•	refusal	9

Рис. 2. Инструментарий для измерения СОЗ Евростата

В работах российских авторов преобладают трехбалльные шкалы: так, в изучении вклада СОЗ в смертность от всех причин и от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди москвичей 55 лет и старше, С. А. Шальнова, А. Э. Имаева, А. В. Капустина, Г. А. Муромцева, Ю. А. Баланова, В. М. Школьников (2019) предлагали респондентам оценить свое здоровье с выбором вариантов «хорошее, удовлетворительное, плохое» (Самооценка здоровья москвичей 2019). Такая же шкала применялась коллективом авторов МГУ им. М. В. Ломоносова при изучении субъективной оценки здоровья состоящими в браке городскими жителями (Антонов, Карпова, Новоселова 2020) и коллективом ФНИСЦ РАН при изучении здоровья подростков (варианты ответа формулировались как «хорошее, нормальное, плохое») (Здоровье подростков и окружающая среда 2021).

Самооценка здоровья рассматривается как обязательный компонент оценки связанного со здоровьем качества жизни (СЗКЖ, health-related quality of life — HRQOL). Инструменты изучения СЗКЖ различны, соответственно, вопросы, позволяющие получить информацию о самооценке здоровья, также отличаются.

Наиболее широко распространенными инструментами изучения и оценки качества жизни являются опросники SF-36 и WHOQOL (WHOQOL-BREF).

SF-36 состоит из 11 разделов, результаты оценок по которым представляются в баллах по 8 шкалам (Ware, Sherbourne 1992). Шкалы опросника SF-36 следующие: Physical Functioning (PF) — физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба,

подъем по лестнице, переноска тяжестей); Role-Physical (RP) — влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности); Bodily Pain (BP) — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома; General Health (GH) — общее состояние здоровья — оценка пациентом своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения; Vitality (VT) — жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным); Social Functioning (SF) — социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); Role-Emotional (RE) — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.); Mental Health (MH) — самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций). Все шкалы опросника объединены в два измерения: физический компонент здоровья (1–4 шкалы) и психический (5–8 шкалы).

SF-36 для анализа самооценки здоровья предлагает шесть вопросов, основанных на 5-балльной шкале: «В целом как бы Вы могли охарактеризовать Ваше здоровье: 1 — отличное, 2 — очень хорошее, 3 — хорошее, 4 — плохое, 5 — очень плохое»; «В сравнении с состоянием Вашего здоровья год назад Ваше здоровье сейчас: 1 — значительно лучше, 2 — немного лучше, 3 — примерно такое же, 4 — немного хуже, 5 — значительно хуже, чем год назад»; четыре вопроса объединены (рис. 3).

WHOQOL-BREF (Skevington, Lotfy, O'Connel 2004, Study protocol for the World Health Organization project 1993, WHOQOL: Measuring Quality of Life), или сокращенный опросник качества жизни ВОЗ (ВОЗКЖ-26) (Russian WHOQOL-BREF), является краткой версией состоящего из 100 вопросов опросника WHOQOL-100. Краткий опросник WHOQOL-BREF включает 26 пунктов, которые оценивают физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающую среду. ВОЗКЖ-26 удобен своей, с одной стороны, краткостью, с другой — осуществляет оценку качества жизни по различным сферам, обеспечивая полноту охвата, а также предполагает активность и субъектность респондентов.

Насколько верным или неверным представляется по отношению к Вам каждое из нижеперечисленных утверждений? (Обведите одну цифру в каждой строке)	Определенно верно	В основном верно	Не знаю	В основном неверно	Определенно неверно
Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Рис. 3. Методика исследования СОЗ в опроснике ВОЗ SF-36

Вопросы, входящие в опросник ВОЗКЖ-26, позволяют оценить качество жизни в 6 сферах жизни человека: физическая сфера, психологическая сфера, независимость, социальная активность, окружающая среда и духовность. Состав профилей универсален, емок и не нуждается в адаптации для целевой возрастной группы. Кроме того, качество жизни можно оценить и интегрально.

WHOQOL-100 для самооценки здоровья предлагает следующие два вопроса: «Насколько Вы удовлетворены Вашим здоровьем? 1 — совершенно не удовлетворен; 2 — не удовлетворен, 3 — ни удовлетворен, ни не удовлетворен, 4 — удовлетворен, 5 — абсолютно удовлетворен», «Какое у Вас здоровье? 1 — очень плохое, 2 — плохое, 3 — ни плохое, ни хорошее, 4 — хорошее, 5 — очень хорошее», WHOQOL-BREF (ВОЗКЖ-26) содержит только первый из двух представленных выше вопросов.

Следует отметить, что не всегда вербальная формулировка ответов является достаточно четко понимаемой респондентами. Для того чтобы повысить объективность данных, возможно применение цифровых или визуальных шкал. Например, вопрос может быть сформулирован следующим образом: «Оцените, пожалуйста, состояние Вашего здоровья по 10-балльной шкале (от позиции 10: „отличное“ до позиции 1: „очень плохое“, где 5 — средний уровень): 1..2..3..4..5..6..7..8..9..10». Впоследствии 10-балльная шкала может быть переведена в 5-балльную путем объединения позиций: 1 + 2, 3 + 4, 5 + 6, 7 + 8, 9 + 10 соответственно, и даже в наиболее

простую для анализа — 3-балльную, путем объединения позиций: 1 + 2 + 3 + 4 («плохое»), 5 + 6 + 7 («удовлетворительное»), 8 + 9 + 10 («хорошее»). К группе также распространенных общих опросников СЗКЖ можно отнести опросник EQ-5D (EuroQoL — группа опросников) — анкету, состоящую из пяти блоков вопросов о субъективных ощущениях физического и психического здоровья человека (EQ-5D-3L), отличающуюся тем, что, наряду с аналоговыми, респонденту предлагаются и визуальные шкалы. Опросник EQ-5D используется для измерения состояния здоровья пациентов, предоставления доказательств эффективности затрат и опросов популяции с целью изучения здоровья населения. Основными преимуществами использования EQ-5D, в отличие от других общих опросников качества жизни, является то, что итоговые данные представляют собой единую балльную оценку здоровья респондента. Этот опросник универсально используется как для расширенных опросов населения, так и для специфических групп. Существует несколько модификаций инструментария, некоторые в настоящее время находятся в разработке и совершенствуются.

Существуют и адаптированные русскоязычные версии. Так, Международный центр экономики, управления и политики в области здоровья НИУ ВШЭ, Санкт-Петербург, в фокус-группах провел тестирование различных инструментов оценки качества жизни с использованием опросника EQ-5D. По результатам тестирования стало ясно, что в официальной русской версии EQ-5D-3L есть лингвистические и логические несоответствия. Посредством дальнейших консультаций с двумя сертифицированными англо-русскими переводчиками и представителями EuroQoL группы центр внес изменения в формулировки русскоязычной версии анкеты, сделав их максимально близкими к лингвистическому варианту официального инструмента EQ-5D-3L. Центр первым в России адаптировал анкету EQ-5D-3L с учетом национальных особенностей языка и получил одобрение на разработанный вариант русской версии опросника от EuroQoL группы (Анкета EQ-5D-3L). Однако использование данного инструментария требует регистрации на портале EuroQoL.

По результатам анализа представленных выше методик в данном исследовании было принято решение использовать опросник ВОЗКЖ-26 — стандартизированную русскоязычную версию опросника ВОЗ WHOQOL-BREF, не имеющую заявленных рекламаций, зарекомендовавшую себя как инструментарий с положительным опытом использования.

**Результаты самооценки здоровья лицами возраста 60+,
проживающими в Гродненской области
Республики Беларусь**

На вопрос «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» ответы распределились следующим образом (рис. 1). Большинство респондентов (39,45%, 95% ДИ = 35,98; 43,03%) выбрали вариант «3» пятибалльной шкалы (от «очень не удовлетворен», или 1, до «очень удовлетворен», или 5). Доли «неудовлетворенных» (варианты 1 и 2 в сумме) и «удовлетворенных» (варианты 4, 5 в сумме) составили 27,64 и 32,91% соответственно, различались статистически значимо ($\chi^2 = 4,48, p = 0,0342$).

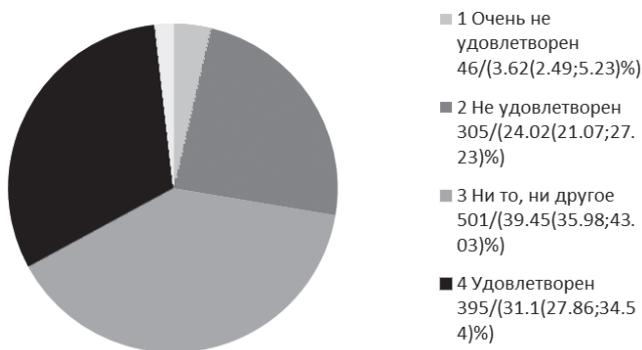


Рис. 4. Самооценка удовлетворенности состоянием своего здоровья лицами возраста 60 лет и старше, проживающими в Гродненской области ($N = 1270$ чел.): абсолютные значения (чел.), доля от выборочной совокупности (%), 95% ДИ

Таким образом, можно выделить три четких ранговых места в структуре ответов, которые соответствуют следующим баллам оценки удовлетворенности собственным здоровьем по пятибалльной шкале: первое место — ответ «3 балла», второе — 4–5, третье — 1–2 балла соответственно.

Анализ данного показателя в зависимости от пола выявил (табл. 1), что структура ответов у мужчин и женщин примерно одинакова. Сравнение групп по экстенсивным показателям с расчетом критерия χ^2 выявило, что гендерные различия в структуре ответов статистически незначимы.

Таблица 1

**Распределение ответов
«Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?»
в зависимости от пола**

Пол респондента	Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья? (чел./95% ДИ)					Всего, чел./%
	Очень не удовлетворен	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен	
Мужской	$\frac{13}{2,83}$ (1,41; 5,58)%	$\frac{100}{21,74}$ (17,21; 27,08)%	$\frac{202}{43,91}$ (38,08; 49,92)%	$\frac{140}{30,43}$ (25,22; 36,21)%	$\frac{5}{1,09}$ (0,36; 3,2)%	$\frac{460}{(100\%)}$
Женский	$\frac{33}{4,07}$ (2,63; 6,27)%	$\frac{205}{25,31}$ (21,59; 29,43)%	$\frac{299}{36,91}$ (32,67; 41,37)%	$\frac{255}{31,48}$ (27,44; 35,82)%	$\frac{18}{2,22}$ (1,23; 3,99)%	$\frac{810}{(100\%)}$

При анализе показателя «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» в зависимости от места проживания установлено, что статистических различий в распределении ответов не наблюдается (табл. 2).

Таблица 2

**Распределение ответов
«Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?»
в зависимости от места проживания**

Место жительства	Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья? (чел./95% ДИ)					Всего, чел./%
	Очень не удовлетворен	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен	
Город	$\frac{31}{3,66}$ (2,33; 5,72)%	$\frac{201}{23,76}$ (20,2; 27,72)%	$\frac{341}{40,31}$ (36,06; 44,71)%	$\frac{260}{30,73}$ (26,81; 34,96)%	$\frac{13}{1,54}$ (0,77; 3,06)%	$\frac{846}{(100\%)}$
Село	$\frac{15}{3,54}$ (1,85; 6,66)%	$\frac{104}{24,53}$ (19,57; 30,28)%	$\frac{160}{37,74}$ (31,91; 43,94)%	$\frac{135}{31,84}$ (26,33; 37,91)%	$\frac{10}{2,36}$ (1,07; 5,11)%	$\frac{424}{(100\%)}$

Анализ показателя «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» в зависимости от того, работает опрашиваемый или

нет, показал, что различия значимы для вариантов «Не удовлетворен» (доля выбравших данный вариант ответа у работающих значимо ниже, $\chi^2 = 14,57, p = 0,0001$) и «Удовлетворен» (доля выбравших данный вариант ответа у работающих значимо выше, $\chi^2 = 16,07, p = 0,0001$), по полярным вариантам ответа («Очень не удовлетворен» и «Очень удовлетворен» соответственно) различия близки к статистически значимым; по ответу «Ни то, ни другое» различия отсутствуют (табл. 3).

Таблица 3

**Распределение ответов
«Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?»
в зависимости от того, работает опрашиваемый или нет**

Работа-ете ли Вы?	Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья? (чел./95% ДИ)					Всего, чел./%
	Очень не удовлетворен	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен	
Да (группа 1)	9 2,13 (0,93; 4,82)%	67 15,88 (11,83; 20,98)%	159 37,68 (31,84; 43,9)%	175 41,47 (35,47; 47,73)%	12 2,84 (1,38; 5,77)%	$\frac{422}{(100\%)}$
Нет (группа 2)	37 4,36 (2,88; 6,55)%	238 28,07 (24,27; 32,2)%	342 40,33 (36,08; 44,73)%	220 25,94 (22,26; 30)%	11 1,3 (0,61; 2,74)%	$\frac{848}{(100\%)}$
Различия между группами	$\chi^2 = 3,76,$ $p = 0,05$	$\chi^2 = 14,57,$ $p = 0,0001$	Нет статисти- чески значимых различий	$\chi^2 = 16,07,$ $p = 0,0001$	$\chi^2 = 3,64,$ $p = 0,06$	—

Анализ показателя «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» в зависимости от состояния в браке показал, что у состоящих в браке доля тех, кто выбирает ответ «Очень не удовлетворен», значимо ниже, а доля тех, кто выбирает вариант «Удовлетворен», — значимо выше; по остальным вариантам ответа различия не подтверждаются статистически (табл. 4).

Анализ показателя «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» в зависимости от наличия у респондентов детей показал, что чаще те, у кого имеются дети, указывали ответы «...» (... и «...» (... человек...%)).

**Распределение ответов
«Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?»
в зависимости от состояния в браке**

Со- стоите ли Вы в браке?	Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья? (чел./95% ДИ)					Всего, чел./%
	Очень не удовлетво- рен	Не удов- летворен	Ни то, ни другое	Удовле- творен	Очень удовлетво- рен	
Да (группа 1)	26 2,83 (1,72; 4,61)%	213 23,15 (19,77; 26,92)%	362 39,35 (35,29; 43,56)%	306 33,26 (29,39; 37,37)%	13 1,41 (0,7; 2,82)%	920 (100%)
Нет (группа 2)	20 5,71 (3,27; 9,81)%	92 26,29 (20,71; 32,75)%	139 39,71 (33,23; 46,58)%	89 25,43 (19,93; 31,84)%	10 2,86 (1,3; 6,17)%	350 (100%)
Различия между группами	$\chi^2 = 5,57$, $p = 0,0183$	Нет стати- стически значимых различий	Нет стати- стически значимых различий	$\chi^2 = 3,92$, $p = 0,0477$	Нет стати- стически значимых различий	—

Наличие детей оказалось значимым для выбора полярных вариантов ответов: те респонденты, у кого детей нет, несколько чаще выбирали вариант ответа «Очень не удовлетворен» ($\chi^2 = 3,47$, $p = 0,0626$) и значимо реже — вариант «Очень удовлетворен» ($\chi^2 = 13,06$, $p = 0,0003$) (табл. 5).

Таким образом, доля респондентов, оценивающих удовлетворенность состоянием своего здоровья на высший балл, среди лиц, имеющих детей, в сравнении с не имеющими значимо выше.

Анализ показателя «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» в зависимости от проживания совместно либо раздельно со своими детьми показал, что данный фактор не влияет статистически значимо на распределение структуры ответов (табл. 6).

Анализ показателя «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» в зависимости от получения пенсии выявил, что респонденты, не получающие пенсии, чаще по отношению к другим группам выбирают ответ «Очень удовлетворен». Очевидно, что в группе преобладают лица трудоспособного возраста и структура ответов определена данным фактором.

Таблица 5

**Распределение ответов
«Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?»
в зависимости от наличия детей**

Есть ли у Вас дети?	Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья? (чел./95% ДИ)					Всего, чел./%
	Очень не удовлетворен	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен	
Да (группа 1)	$\frac{37}{3,27}$ (2,15; 4,92)%	$\frac{274}{24,18}$ (21,06; 27,6)%	$\frac{443}{39,1}$ (35,44; 42,89)%	$\frac{364}{32,13}$ (28,67; 35,8)%	$\frac{15}{1,32}$ (0,69; 2,52)%	$\frac{1133}{(100\%)}$
Нет (группа 2)	$\frac{9}{6,57}$ (2,89; 14,27)%	$\frac{31}{22,63}$ (14,81; 32,97)%	$\frac{58}{42,34}$ (32,06; 53,31)%	$\frac{31}{22,63}$ (14,81; 32,97)%	$\frac{8}{5,84}$ (2,44; 13,32)%	$\frac{137}{(100\%)}$
Различия между группами	$\chi^2 = 3,47$, $p = 0,0626$	Нет статистически значимых различий	Нет статистически значимых различий	Нет статистически значимых различий	$\chi^2 = 13,06$, $p = 0,0003$	—

Таблица 6

**Распределение ответов
«Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?»
в зависимости от проживания со своими детьми**

Вы проживаете вместе со своими детьми?	Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья? (чел./95% ДИ)					Всего, чел./%
	Очень не удовлетворен	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен	
Да	$\frac{13}{5,7}$ (2,86; 11,05)%	$\frac{52}{22,81}$ (16,48; 30,67)%	$\frac{87}{38,16}$ (30,32; 46,67)%	$\frac{71}{31,14}$ (23,87; 39,48)%	$\frac{5}{2,19}$ (0,74; 6,35)%	$\frac{228}{(100\%)}$
Нет	$\frac{33}{3,17}$ (2,04; 4,89)%	$\frac{253}{24,28}$ (21,03; 27,86)%	$\frac{414}{39,73}$ (35,9; 43,69)%	$\frac{324}{31,09}$ (27,53; 34,9)%	$\frac{18}{1,73}$ (0,95; 3,11)%	$\frac{1042}{(100\%)}$

У респондентов, получающих пенсию по инвалидности, доля тех, кто выбрал варианты «Очень не удовлетворен» или «Не удовлетворен», статистически значимо превышала таковые в других группах (в том числе в сравнении с получающими пенсию по возрасту), а доля респондентов, выбравших ответ «Удовлетворен», являлась статистически значимой на самом низком уровне (табл. 7).

Таблица 7

**Распределение ответов
«Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?»
в зависимости от получения пенсии**

Получаете ли Вы пенсию?	Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья? (чел./95% ДИ)					Всего, чел./%
	Очень не удовлетворен	Не удовлетворен	Ни то, ни другое	Удовлетворен	Очень удовлетворен	
Нет (группа 1)	$\frac{3}{2,14}$ (0,54; 8,07)%	$\frac{24}{17,14}$ (10,48; 26,78)%	$\frac{55}{39,29}$ (29,37; 50,17)%	$\frac{51}{36,43}$ (26,79; 47,3)%	$\frac{7}{5}$ (1,97; 12,1)%	$\frac{140}{(100\%)}$
Да, по возрасту (группа 2)	$\frac{35}{3,42}$ (2,23; 5,21)%	$\frac{236}{23,05}$ (19,84; 26,6)%	$\frac{408}{39,84}$ (35,98; 43,84)%	$\frac{330}{32,23}$ (28,59; 36,09)%	$\frac{15}{1,46}$ (0,76; 2,79)%	$\frac{1024}{(100\%)}$
Различия между группами 1 и 2	Нет статистически значимых различий	Нет статистически значимых различий	Нет статистически значимых различий	Нет статистически значимых различий	$\chi^2 = 7,79$ $p = 0,0053$	—
Да, по инвалидности (группа 3)	$\frac{8}{7,55}$ (3,17; 16,93)%	$\frac{45}{42,45}$ (30,89; 54,9)%	$\frac{38}{35,85}$ (25,01; 48,35)%	$\frac{14}{13,21}$ (6,88; 23,87)%	$\frac{1}{0,94}$ (0,11; 7,56)%	$\frac{106}{(100\%)}$
Различия между группами 2 и 3	$\chi^2 = 4,02$ $p = 0,0451$	$\chi^2 = 10,36$ $p = 0,0013$	Нет статистически значимых различий	$\chi^2 = 9,95$ $p = 0,0016$	Нет статистически значимых различий	—

Для того, чтобы выявить особенности в социально-демографическом портрете респондентов, различающихся в оценках состояния своего здоровья, они были разделены на две группы: первая группа — те, кто

отметил позиции «очень не удовлетворен» и «неудовлетворен»; вторая группа — те, кто отметил «ни то, ни другое», «удовлетворен», «очень удовлетворен» (табл. 8).

Таблица 8

Социально-демографический портрет респондентов, отметивших «Удовлетворен» и «Очень удовлетворен» на шкале удовлетворенности состоянием своего здоровья (группа 1) и отметивших «Ни то, ни другое», «Не удовлетворен» или «Очень не удовлетворен» на шкале удовлетворенности состоянием своего здоровья (группа 2)

Социально-демографические характеристики		Удовлетворенность состоянием своего здоровья (чел./95% ДИ)		Наличие различий ($p < 0,05$) между группами 1 и 2
		группа 1	группа 2	
Пол	Муж	145 34,69 (30,28; 39,37)%	315 36,97 (33,8; 40,26)%	Нет
	Жен	273 65,31 (60,63; 69,72)%	537 63,03 (59,74; 66,2)%	Нет
Проживание	Город	273 65,31 (60,63; 69,72)%	573 67,25 (64,03; 70,32)%	Нет
	Село	145 34,69 (30,28; 39,37)%	279 32,75 (29,68; 35,97)%	Нет
Наличие работы	Работает	187 44,74 (40,04; 49,53)%	235 27,58 (24,69; 30,68)%	$\chi^2 = 17,92$, $p = 0,0000$
	Не работает	231 55,26 (50,47; 59,96)%	617 72,42 (69,32; 75,31)%	$\chi^2 = 7,70$, $p = 0,0055$
Состояние в браке	Состоят	319 76,32 (72,01; 80,14)%	601 70,54 (67,39; 73,5)%	Нет
	Не состоят	99 23,68 (19,86; 27,99)%	251 29,46 (26,5; 32,61)%	Нет
Наличие детей	Есть дети	379 90,67 (87,5; 93,1)%	754 88,5 (86,18; 90,47)%	Нет
	Нет детей	39 9,33 (6,9; 12,5)%	98 11,5 (9,53; 13,82)%	Нет

Таблица 8 (окончание)

Социально-демографические характеристики		Удовлетворенность состоянием своего здоровья (чел./95% ДИ)		Наличие различий ($p < 0,05$) между группами 1 и 2
		группа 1	группа 2	
Проживание с детьми	Прожив. с детьми	76 18,18 (14,78; 22,16)%	152 17,84 (15,42; 20,55)%	Нет
	Не прож. с детьми	342 81,82 (77,84; 85,22)%	700 82,16 (79,45; 84,58)%	Нет
Получение пенсии	Не получ. пенсию	58 13,88 (10,31; 18,41)%	82 9,62 (7,47; 12,32)%	$\chi^2 = 4,09$, $p = 0,00432$
	Пол. пен. по возрасту	345 82,54 (77,66; 86,53)%	679 79,69 (76,2; 82,79)%	Нет
	Пол. пен. по инвал.	15 3,59 (1,96; 6,47)%	91 10,68 (8,41; 13,48)%	$\chi^2 = 15,97$, $p = 0,0001$
Всего		418	852	1270

Сравнение групп по экстенсивным показателям выявляет, что группы статистически значимо отличаются друг от друга: так, у «удовлетворенных здоровьем» (группа 1) респондентов доля работающих и не получающих пенсию значимо выше, чем в группе «неудовлетворенных», где, в свою очередь, значимо выше доля получающих пенсию по инвалидности. Очевидно, что наличие инвалидности является следствием нарушения состояния здоровья, а наличие работы и отсутствие пенсии по возрасту свидетельствуют о более молодом возрасте респондента, что объективно способствует более высокой удовлетворенности состоянием своего здоровья. Иные социально-демографические факторы не демонстрировали значимого влияния.

Влияние социально-демографических факторов на показатель СОЗ в иных популяциях

Доказано, что на качество жизни (его интегральный показатель) и на самооценку здоровья может влиять ряд факторов. При этом сила и направленность влияния различна и может изменяться, при этом взаимосвязь между самооценкой здоровья и качеством жизни сохраняется. Наибольшее влияние имеют такие факторы, как пол, возраст, семейное положение, социальный статус, наличие специальных медицинских знаний и другие.

Если в 1990-х — в начале 2000-х гг. доля позитивных оценок у мужчин в исследованиях в России была в 1,7–2 раза выше, чем у женщин, то к 2015–2018 гг. эта разница сократилась до 1,4–1,5 раза. Анализ данных RLMSHSE по возрастному срезу выявил привычную для аналогичных исследований картину ухудшения показателей здоровья с возрастом. В самых старших возрастных когортах эта тенденция получает ускоренное развитие, свидетельствующее о нарастании темпов ухудшения здоровья после преодоления россиянами 60-летнего рубежа. Доля лиц, оценивающих собственное здоровье как хорошее или очень хорошее, снижается среди 60–69-летних респондентов до 9,7%, а среди респондентов в возрасте 70 лет и старше — до 4%, тогда как доля воспринимающих свое здоровье как плохое или совсем плохое вырастает, соответственно, до 23,3 и 49,0% (Козырева, Смирнов 2020).

Важное значение в формировании качества жизни имеет такой фактор, как физическая активность. Установлено, что спорт способствует созданию уверенности в себе, веры в свои силы, высокому уровню самовосприятия такой характеристики качества жизни, как Vitality (VT) — жизнеспособность (Żukowski 2008). Вместе с тем существуют концепции, как показывающие положительное влияние активного образа жизни на самооценку здоровья (Fox, Corbin 1989), так и иллюстрирующие отсутствие прямой зависимости между уровнем физической активности и самооценкой здоровья, при этом связь между уровнем качества жизни и самооценкой здоровья сохраняется (Gruszczyńska, Skorupa 2018).

При исследованиях самооценки здоровья у москвичей в возрасте 55 лет и старше было выявлено, что лишь 10% респондентов оценивали свое здоровье как хорошее. Распространенность плохой СОЗ составляла 18,6%. Причем с возрастом плохая СОЗ увеличивалась не только за счет уменьшения «хорошего здоровья», но и за счет уменьшения частоты удовлетворительной СОЗ. СОЗ значимо чаще регистрировалась у женщин и у лиц с низким уровнем образования. При проведении многофакторного анализа после поправки на пол, возраст, образование и семейное положение с плохой СОЗ достоверно ассоциировались артериальная гипертония, курение, повышенный вч-СРБ, высокий гликированный гемоглобин и ожирение. В то же время анализ смертности показал, что плохая СОЗ является независимым предиктором смерти у лиц пожилого возраста даже при наличии ССЗ, курения и других факторов риска (Самооценка здоровья москвичей 2019).

Отмечается феномен систематических различий при ответах на вопрос о самооценке здоровья для разных групп респондентов

(«гетерогенность ответов»). Наличие данного феномена нашло подтверждение и в ходе анализа ответов при оценке состояния своего здоровья россиянами. П. М. Козырева, А. И. Смирнов отмечают, что завышение оценок своего здоровья пожилыми респондентами по сравнению с другими возрастными группами выступает одним из наиболее наглядных примеров существования гетерогенности при самооценке здоровья (Козырева, Смирнов 2020). Предполагается, что с возрастом люди привыкают игнорировать свои проблемы со здоровьем и адаптируются к хроническим заболеваниям. Другая объясняющая гипотеза заключается в том, что старики, которым удалось дожить до преклонного возраста, начинают преувеличивать возможности своего здоровья (Канева, Байдин 2018).

М. А. Канева, В. М. Байдин отмечают, что одним из факторов, существенно повышающих субъективную оценку здоровья пенсионеров, является наличие у них возможности трудиться после достижения пенсионного возраста. Так, в 2018 г. среди работающих женщин в возрасте от 55 до 65 лет доля лиц с позитивной оценкой своего здоровья была более чем в 1,5 раза больше (15,6 против 9,8%), тогда как доля лиц с негативной самооценкой здоровья почти в 2,5 раза меньше (10,4 против 25,2%), чем среди неработающих женщин этого же возраста. Аналогичная картина наблюдалась и в когорте мужчин 60–69-летнего возраста, где разница между работающими и неработающими по доле позитивных самооценок здоровья достигала 2 раз (22,8 против 11,1%), а по доле негативных самооценок — 2,5 раза, но в противоположную сторону (10,5 против 27%). При этом во всех старших возрастных когортах работающие заметно опережали неработающих по средней оценке воспринимаемого здоровья (50–59 лет: 3,02 против 2,80; 60–69 лет: 2,98 против 2,76; 70 лет и более: 2,73 против 2,44) (Канева, Байдин 2018).

Сопоставимость результатов в данном и опубликованных исследованиях не может быть абсолютной в силу различий в инструментариях. Вместе с тем (при наличии ответа «Ни то, ни другое») респонденты, ответившие «Удовлетворен» или «Очень удовлетворен» на вопрос о самооценке удовлетворенности состоянием собственного здоровья, очевидно, не могут одновременно оценивать свое здоровье как «плохое», а респонденты, ответившие «Не удовлетворен» или «Очень не удовлетворен», не могут оценивать его как «хорошее». В этой связи выявленные нами доли «не удовлетворенных» (варианты 1 и 2 в сумме) и «удовлетворенных» (варианты 4, 5 в сумме), которые составили 27,64 и 32,91% соответственно, иллюстрируют, что плохие самооценки

здоровья коррелируют с таковыми в иных популяциях данной возрастной группы, доля же хороших самооценок значительно превышает соответствующие показатели для россиян.

Выводы

Наиболее методически правильной в части оценки респондентами старших возрастных групп субъективных ощущений относительно своего здоровья, а также релевантной применительно к цели работы, была признана методика ВОЗКЖ-26 — стандартизированная русскоязычная версия WHOQOL-BREF, которая не имеет заявленных рекламаций, зарекомендовала себя как инструментарий с положительным опытом использования.

На вопрос «Насколько Вы удовлетворены состоянием своего здоровья?» большинство респондентов (39,45%, 95% ДИ = 35,98; 43,03%) выбрали вариант «3» пятибалльной шкалы. Выделяются три четких ранговых места ($p < 0,05$) в структуре ответов, которые соответствуют следующим баллам оценки удовлетворенности собственным здоровьем по пятибалльной шкале: первое место соответствует варианту ответа «3 балла», второе — «4–5 баллов», третье — «1–2 балла» соответственно. Структура ответов неизменна в зависимости от пола респондента, проживания в городе или селе, а первое ранговое место не меняется и в зависимости от иных факторов, таких как наличие у респондента работы, состояния в браке, наличия детей, проживания с ними отдельно или совместно. Только в группе респондентов, получающих пенсию по инвалидности, структура ответов иная: преобладают низкие (1–2) баллы оценки удовлетворенности собственным здоровьем, доли тех, кто выбрал варианты «Очень не удовлетворен» или «Не удовлетворен», статистически значимо превышают таковые в других группах (в том числе включая получающих пенсию по возрасту), а доля респондентов, выбравших ответ «Удовлетворен», является статистически значимой на самом низком уровне.

Наличие работы значимо для выбора вариантов «Не удовлетворен» (доля выбравших данный вариант ответа у работающих значимо ниже, $\chi^2 = 14,57$, $p = 0,0001$) и «Удовлетворен» (доля выбравших данный вариант ответа у работающих значимо выше, $\chi^2 = 16,07$, $p = 0,0001$). У состоящих в браке доля выбравших ответ «Полностью не удовлетворен» значимо ниже ($\chi^2 = 5,57$, $p = 0,0183$), а доля тех, кто выбирает вариант «Удовлетворен», — значимо выше ($\chi^2 = 3,92$, $p = 0,0477$) в сравнении с респондентами, в браке не состоящими. Наличие у респондента

детей оказало влияние на выбор полярных вариантов ответа (1 и 5 по пятибалльной шкале соответственно): доля респондентов, оценивающих удовлетворенность состоянием своего здоровья на высший балл, среди лиц, имеющих детей, в сравнении с не имеющими значительно выше ($\chi^2 = 13,06$, $p = 0,0003$), при этом совместное или раздельное проживание со своими детьми оказалось незначимо.

Заключение

Изученная посредством ВОЗКЖ-26 удовлетворенность собственным здоровьем лиц возраста 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области, выявляет значительную устойчивость к социально-демографическим факторам. Выделяются три четких ранговых места ($p < 0,05$) в структуре ответов, которые соответствуют следующим баллам оценки удовлетворенности собственным здоровьем по пятибалльной шкале: первое место соответствует варианту ответа «3 балла». Респонденты незначимо чаще (52,44%) оценивают удовлетворенность собственным здоровьем как соответствующую позициям средней и ниже средней (1–3 балла).

Сопоставление с результатами исследований российской популяции лиц старших возрастных групп показало, что плохие самооценки здоровья коррелируют с таковыми в иных популяциях для данной возрастной группы, доля же хороших самооценок у населения Гродненской области значительно превышает соответствующие показатели для россиян.

Источники

Анкета EQ-5D-3 (русская версия) // Международный центр управления и политики в области здравоохранения НИУ ВШЭ: [сайт]. — URL: <https://spb.hse.ru/scem/chemp/healthoutcomes/EQ-5D-3L> (дата обращения: 19.05.2024).

Антонов А. И., Карпова В. М., Новоселова Е. Н. Здоровье в субъективных оценках состоящих в браке городских жителей // Социальные аспекты здоровья населения. — 2020. — Т. 66, № 6. — С. 1–7. — DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-6-7.

Герри К. Д., Байдин В. М. Источники искажений в самооценке здоровья // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. — 2017. — Т. 10, № 4. — С. 31–36. — DOI: 10.17749/2070-4909.2017.10.4.031-036.

Журавлёва И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / Ин-т социологии РАН. — М.: Наука, 2006. — 238 с.

Здоровье подростков и окружающая среда: изменения за 20 лет: монография / И. В. Журавлева, Л. Ю. Иванова, Г. А. Ивахненко [и др.]. — М.: ФНИСЦ РАН, 2021. — 309 с.

Здоровье студентов: социологический анализ: монография / Т. С. Болховитина, Е. В. Карпенко, М. Ю. Сурмач [и др.]. — М.: ИНФРА-М, 2014. — 272 с.

Канева М. А., Байдин В. М. Гетерогенность ответов при самооценке здоровья россиян // Прикладная эконометрика. — 2018. — № 3 (51). — С. 102–125.

Козырева П. М., Смирнов А. И. Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода // Социологические исследования. — 2020. — № 4. — С. 70–81.

Самооценка здоровья москвичей 55 лет и старше, традиционные факторы риска и их прогностическое значение / С. А. Шальнова, А. Э. Имаева, А. В. Капустина [и др.] // Российский кардиологический журнал. — 2019. — Т. 24, № 6. — С. 27–33. — DOI: 10.15829/1560-4071-2019-6-27-33.

Bombak A. E. Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective // Front Public Health. — 2013. — No. 1. — P. 15. — DOI: 10.3389/fpubh.2013.00015.

Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality / M. R. Benjamins, R. A. Hummer, I. W. Eberstein [et al.] // Soc Sci Med. — 2004. — Vol. 59, no. 6. — P. 1297–1306. — DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.01.001.

Bruin A. de, Picavet H. S., Nossikov A. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments // WHO Reg Publ Eur Ser. — 1996. — Vol. 58. — P. 1–161.

Dziankowska-Zaborszczyk E., Ciabiada B., Maniecka-Bryla I. Samoocena stanu zdrowia jako predyktor umieralności przedwczesnej // Probl Hig Epidemiol. — 2014. — Vol. 95, no. 4. — P. 866–870.

European health interview survey (EHIS) [Electronic resource]. — URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey> (access date: 30.05.2024).

Fox K. R., Corbin C. B. The Physical Self-Perception Profile: development and preliminary validation // J. Sport Exercise Psy. — 1989. — Vol. 11, no. 4. — P. 408–430. — DOI: 10.1123/JSEP.11.4.408.

Gruszczyńska M., Skorupa P. Aktywność fizyczna a jakość życia i samoocena // Probl Hig Epidemiol. — 2018. — Vol. 99, no. 1. — P. 69–73.

EQ-5D-3L [Electronic resource]. — URL: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-3l/> (access date: 30.05.2024).

Russian_WHOQOL-BREF. [Electronic resource]. — URL: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/russian-whoqol-bref> (access date: 30.05.2024).

Skevington S. M., Lotfy M., O'Connell K. A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group // Quality of Life Research. — 2004. — Vol. 13, no. 2. — P. 299–310. — DOI: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00.

Social determinants of health [Electronic resource]. — URL: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 (access date: 30.05.2024).

The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study / S. Wu, R. Wang, Y. Zhao [et al.] // *BMC Public Health*. — 2013. — Vol. 13. — P. 320. — DOI: 10.1186/1471-2458-13-320.

Ware J. E. Jr., Sherbourne C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection // *Med Care*. — 1992. — Vol. 30, no. 6. — P. 473–483.

Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL) // *Qual Life Res*. — 1993. — Vol. 2, no 2. — P. 153–159.

WHOQOL: Measuring Quality of Life [Electronic resource]. — URL: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref> (access date: 30.05.2024).

Żukowski R. Edukacyjne i wychowawcze wartości sportu w refleksji pedagogicznej i w ocenie młodzieży // *Kultura fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka — teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje*. — Łódź, UŁ., 2008. — P. 24–33.

References

Anketa EQ-5D-3 (russkaja versija). Mezhdunarodnyj centr upravlenija i politiki v oblasti zdruvoohranenija NIU VShJe (russkaja versija): [web-site]. URL: <https://spb.hse.ru/scem/chemp/healthoutcomes/EQ-5D-3L> (access date: 19.05.2024). (In Russ.)

Antonov A., Karpova V., Novoselova E. Health in the subjective assessments of married urban residents. *Social Aspects of Population Health*. 2020, vol. 66, no. 6, pp. 1–7. DOI: 10.21045/2071-5021-2020-66-6-7. (In Russ.)

Gerry Ch. J., Baidin V. M. Sources of bias in self-assessed health. *Farmakojekonomika. Sovremennaja farmakojekonomika i farmakojepidemiologija*. 2017, vol. 10, no. 4, pp. 31–36. DOI: 10.17749/2070-4909.2017.10.4.031-036. (In Russ.)

Zhuravljova I. V. *Otnoshenie k zdorov'ju individa i obshhestva* [Attitude to the health of the individual and society]. Moscow, Nauka, 2006, 238 p. (In Russ.)

Zhuravleva I. V., Ivanova L. Ju., Ivahnenko G. A., Lakomova N. V., Reznikova T. P. *Zdorov'e podrostkov i okruzhajushhaja sreda: izmenenija za 20 let: monografija*. [Adolescent health and the environment: changes in 20 years]. Moscow, FNISC RAN, 2021, 309 p. (In Russ.)

Bolhovitina T. S., Karpenko E. V., Surmach M. Ju. *Zdorov'e studentov: sociologicheskij analiz: monografija*. [Student health: a sociological analysis]. Moscow, INFRA-M, 2014, 272 p. (In Russ.)

Kaneva M., Baidin V. Heterogeneity in reporting self-assessed health of the Russians. *Prikladnaja jekonometrika*, 2018, no. 3 (51), pp. 102–125. (In Russ.)

Kozyreva P. M., Smirnov A. I. Dinamika samoocenok zdorov'ja rossijan: aktual'nye trendy postsovetskogo perioda [Dynamics of Russians' self-assessment of health: current trends of the post-Soviet period]. *Sociologicheskie issledovanija*, 2020, no. 4, pp. 70–81. (In Russ.)

Shalnova S. A., Imaeva A. E., Kapustina A. V., Muromtseva G. A., Balanova Yu. A., Shkolnikov V. M. Samoocenka zdorov'ja moskvichej 55 let i starshe, tradicijonnye faktory riska i ih prognosticheskoe znachenie [Health self-esteem of 55 years and older muscovites, traditional risk factors and their prognostic value]. *Russian Journal of Cardiology*, 2019, vol. 24, no. 6, pp. 27–33. DOI: 10.15829/1560-4071-2019-6-27-33. (In Russ.)

Bombak A. E. Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective. *Front Public Health*, 2013, no. 1, p. 15. DOI: 10.3389/fpubh.2013.00015.

Benjamins M. R., Hummer R. A., Eberstein I. W., Nam C. B. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med*, 2004, vol. 59, no. 6, pp. 1297–1306. DOI: 10.1016/j.socscimed.2003.01.001.

Bruin A. de, Picavet H. S., Nossikov A. Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments. *WHO Reg Publ Eur Ser*, 1996, vol. 58, pp. 1–161.

Dziankowska-Zaborszczyk E., Ciabiada B., Maniecka-Bryła I. Samoocena stanu zdrowia jako predyktor umieralności przedwczesnej. *Probl Hig Epidemiol*, 2014, vol. 95, no. 4, pp. 866–870.

European health interview survey (EHIS). URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey> (access date: 30.05.2024).

Fox K. R., Corbin C. B. The Physical Self-Perception Profile: development and preliminary validation. *J. Sport Exercise Psy*, 1989, vol. 11, no. 4, pp. 408–430. DOI:10.1123/JSEP.11.4.408

Gruszczynska M., Skorupa P. Aktywność fizyczna a jakość życia i samoocena. *Probl Hig Epidemiol*, 2018, vol. 99, no. 1, pp. 69–73.

EQ-5D-3L. URL: <https://euroqol.org/information-and-support/euroqol-instruments/eq-5d-3l/> (access date: 30.05.2024).

Russian_WHOQOL-BREF. URL: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/russian-whoqol-bref> (access date: 30.05.2024).

Skevington S. M., Lotfy M., O'Connell K. A. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 2004, vol. 13, no. 2, pp. 299–310. DOI: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00.

Social determinants of health. URL: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 (access date: 30.05.2024).

Wu S., Wang R., Zhao Y., Ma X., Wu M., Yan X., He J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*, 2013, vol. 13, pp. 320. DOI: 10.1186/1471-2458-13-320.

Ware J. E. Jr., Sherbourne C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 1992, vol. 30, no. 6, pp. 473–483.

Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*, 1993, vol. 2, no. 2, pp. 153–159.

WHOQOL: Measuring Quality of Life. URL: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref> (access date: 30.05.2024).

Żukowski R. *Edukacyjne i wychowawcze wartości sportu w refleksji pedagogicznej i w ocenie młodzieży*. Kultura fizyczna i zdrowotna współczesnego człowieka — teoretyczne podstawy i praktyczne implikacje. Łódź, UŁ., 2008, pp. 24–33.

Сурмач Марина Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь. marina_surmach@mail.ru

Корнейко Павел Леонтьевич, преподаватель военной кафедры, Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь. pavelkorneiko@gmail.com

Surmach, Marina Yu., Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Public Health and Healthcare, Grodno State Medical University, Republic of Belarus. marina_surmach@mail.ru

Korneiko, Pavel L., Lecturer at the Military Department, Grodno State Medical University, Republic of Belarus. pavelkorneiko@gmail.com