**Здоровье и качество жизни жителей России**

Автор: Назарова И.Б.

НАЗАРОВА Инна Борисовна - д.э.н., ведущий научный сотрудник [Центра социального предпринимательства и социальных инноваций](http://socentr.hse.ru/) Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», ведущий научный сотрудник Института социально-экономических проблем народонаселения РАН, (E-mail: nazarova@hse.ru).

Аннотация. На основании базы Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ 1994 - 2010 гг. (репрезентативная выборка мониторинга) дается срез основных составляющих качества жизни (КЖ) и состояния здоровья жителей России.

Оптимистичный взгляд в будущее, материальный достаток, удовлетворенность материальным положением напрямую связаны с положительными самооценками здоровья. Напротив, убеждение в собственной незначимости, разрушительное поведение в части употребления алкоголя имеют отрицательную связь с самооценками здоровья. Наличие заболеваний, состояние стресса демонстрируют наиболее тесную связь с оценками здоровья среди социально-экономических переменных, наряду с такими социально-демографическими характеристиками как пол и возраст.

Ключевые слова. Самооценка здоровья \* качество жизни \* удовлетворенность жизнью \* уверенность в завтрашнем дне

Качество жизни (КЖ) неоднозначная категория, которая зависит от состояния населения, индивида или социальной группы. Качественное состояние населения, индивида или социальной группы в свою очередь оценивается с учетом важных социально-демографических характеристик таких как: здоровье (физическое, психическое, социальное); образование и соответствующие ему условия занятости, профессиональный уровень, квалификация (интеллектуальный уровень); культура и нравственность, социальная активность; способность к труду (трудовой потенциал) [Римашевская, 1993]. С одной стороны качество жизни людей зависит от собственных ресурсов, с другой – от тех объективных условий, которые могут быть обеспечены государством и которые они могут потреблять.

Качество жизни является ключевой категорией, составляющей образ жизни индивида и социальных групп.

Высокое качество жизни в некоторых случаях рассматривается как состояние счастья (удовлетворенность) и благополучия конкретных людей или общества [Storrs, 1975]. Но чаще в исследованиях качество жизни рассматривается как набор в том или ином составе ряда компонентов – социальных условий, норм, целей и факторов, в том числе таких как:

*содержание и соотношение терминальных и инструментальных ценностей* в отношениях, представлениях и поведении индивида и социальных групп [Журавлева, 1987];

*отношение индивида или социальной группы к условиям жизнедеятельности – удовлетворенность жизнью в целом или ее составляющими:* оценка условий жизни, образа жизни, материального благополучия, отношений в семье, на работе, возможностей для образования и воспитания детей, состояния здоровья и т.п. (в частности, предлагается использовать индекс КЖ как производную ("понимание качества жизни") по ответам на ряд вопросов в отношении удовлетворенности (неудовлетворенности) в различных областях жизнедеятельности человека [Woodruff, Conway, 1990]);

*жизнедеятельность* индивида или социально-демографической группы: образ жизни, включая занятость, повышение образовательного статуса, поведение, в том числе потребление и самосохранительное поведение – направленное на поддержание или повышение определенного уровня жизни;

*видение будущего – предположительная оценка будущей жизни* в целом и в различных аспектах жизнедеятельности;

*условия жизни*, обусловленные субъективными и объективными обстоятельствами.

Часть вышеуказанной информации может быть получена в результате исследования субъективного восприятия и оценок людьми своей жизненной ситуации, а также позволяют сделать заключение относительно социального благополучия, отражающего объективные условия их жизнедеятельности. Люди высказываются в отношении того, что они чувствуют, что потеряли или могут потерять, не имеют, но хотели бы иметь [Storrs, 1975].

Концепция качества жизни носит аммелиоративный характер, поскольку часто связана с исследованиями, нацеленными на изучение благополучия людей. И в некоторых случаях направлена на то, чтобы выработать рекомендации по улучшению их жизни и недопущению ее ухудшения.

Информация о динамике индикаторов, характеризующих качество жизни, позволяет сделать вывод о позитивных или негативных состояниях общества [Storrs, 1975].

Важным компонентом и индикатором качества жизни является психологическое или эмоциональное самочувствие (здоровье) человека [Andrews, Withey, 1976], которое связано с состоянием удовлетворенности (неудовлетворенности) жизнью и ее сторонами. Под психологическим здоровьем также подразумевают нервное напряжение, стресс, когда человек обеспокоен или угнетен [Angel, Buckley, Finch, 2001].

Качество жизни является концептом и в медицинском подходе в исследованиях, определяющих самочувствие человека и его возможности по выполнению определенных видов деятельности [[Raphael](http://www.jstor.org/action/doBasicSearch?Query=au%3A%22Dennis+Raphael%22&wc=on), [Renwick](http://www.jstor.org/action/doBasicSearch?Query=au%3A%22Rebecca+Renwick%22&wc=on), [Brown](http://www.jstor.org/action/doBasicSearch?Query=au%3A%22Ivan+Brown%22&wc=on), [Rootman](http://www.jstor.org/action/doBasicSearch?Query=au%3A%22Irving+Rootman%22&wc=on),1996]. Оценивая состояние здоровья, медицина рассматривает качество жизни, как интегральную характеристику состояния пациента – физического, психологического, социального и эмоционального, оцениваемого исходя из его субъективного восприятия. При этом принимаются во внимание разные сферы жизни пациента, как напрямую связанные с состоянием здоровья, так и зависящие от него лишь косвенно [Новик, 2007].

Ряд исследований подтверждают наличие связи между удовлетворенностью жизнью и высокой самооценкой здоровья, небольшим количеством физических симптомов [Mechanic, 1980]. Показатели физической выносливости (измеренные как средний компонент физического состояния) опосредованно связаны с качеством жизни. Кроме того, была найдена зависимость между высоким уровнем качества жизни и здоровым поведением – умеренным потреблением спиртного, меньшим курением [Woodruff, Conway, 1990].

Подтверждено наличие связи между субъективными оценками состояния здоровья и компонентами качества жизни, такими как состояние бедности, двойная занятость (для женщин) и пассивный образ жизни (для мужчин) [Назарова, 2007].

Под качеством жизни в данном исследовании рассматривается удовлетворенность жизнью, отношение к жизни и ее оценка, видение своего будущего жителями России. Подразумевается, что данные компоненты должны быть связаны с состоянием здоровья индивида.

В качестве эмпирической основы данного исследования выбрана база Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE) с 1994 по 2010 год (репрезентативная выборка мониторинга), что позволяет дать некоторые оценки качества жизни, а также проверить связь состояния здоровья человека с некоторыми компонентами качества жизни. Ежегодно в исследовании участвовало более 10000 жителей России. Измерение показателей качества жизни и здоровья основано на прямых оценках индивидами своей жизнедеятельности, социально-экономических характеристиках, составляющих образ жизни, социальном и физическом самочувствии.

Здоровье: состояние, оценки, сбережение

Показатели здоровья и продолжительности жизни различаются по гендерному признаку: женщины имеют больше заболеваний и чаще болеют, а средняя продолжительность жизни мужчин на 10 лет меньше, чем у женщин [Иванова, 2013, Нилов, 2012, Шабунова, 2010]. Подобные особенности отмечаются и в самооценках индивидов в отношении здоровья и самочувствия (рис. 1, 2). Мужчины выше оценивают свое здоровье, в 2010 году – в 3,3 балла по пятибалльной шкале, а женщины – 3,09 (медиана при этом составила как у мужчин, так и у женщин – 3,0)[[1]](#footnote-1).

Начиная с 1994 года, оценка здоровья в среднем увеличивалась как у мужчин, так и у женщин, несмотря на снижение трендов в некоторые годы исследования: у мужчин в 2002 и у женщин в 2003 году.

Рисунок 1. Средние самооценки здоровья

Рисунок 2. Самооценки здоровья,

В 2010 году у подавляющего большинства не было проблем со здоровьем в течение последних тридцати дней, были проблемы у 26,7% мужчин и 42,5% женщин. Лёгкое недомогание (например, болела голова, горло или зуб, был насморк или лёгкое расстройство желудка, небольшое повышение температуры или ожог, ушиб, ссадина) отмечали 14,7% мужчин и 21,0% женщин.

Существенная разница прозвучала в ответах мужчин и женщин в отношении наличия заболеваний, например, каждая пятая женщина и каждый десятый мужчина ответили, что имеют заболевание сердца, желудочно-кишечного тракта, позвоночника. Заболевание печени – у каждой десятой женщины и у 5,2% мужчин (табл. 1).

Несмотря на то, что каждый десятый сообщает о наличии того или иного заболевания, связанного с системой пищеварения, 23,7% не удается или скорее не удается регулярно питаться. Питаются не реже 3-х раз в день, изо дня в день 57,3% женщин и 46,0% мужчин. Соблюдают ту или иную диету 7,6% взрослого населения. За последние 12 месяцев сидели на какой-нибудь диете (любое изменение в обычной еде именно для того, чтобы сбросить вес, похудеть, сохранить или улучшить здоровье) 3,0% мужчин и каждая десятая женщина.

Поведение мужчин менее сохранно, более рискованно: спиртные напитки четыре раза в неделю и чаще употребляют 7,6% мужчин и 1,4% женщин, курит более половины мужского населения в возрасте 18 лет и старше и 14,2% женщин. Существование различных моделей поведения мужчин и женщин в отношении сохранения здоровья подтверждают и данные качественных исследований [см., напр.: Попова. 2007].

За период с 1994 по 2010 год снизилась активность обращения населения за квалифицированной медицинской помощью, причем поведение мужчин и женщин в данном случае не различаются. Снижение активности пациентов в обозначенные периоды отмечают и другие исследователи [Журавлева, 2008, Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов, 2008, Шилова, 2007]. В 1994 году к медицинским работникам во время заболевания обратились 44,3% мужчин и 41,5% женщин, в 2002 – обратился каждый третий, в 2010 – 37,4% мужчин и 39,5% женщин. Большинство решают проблемы со здоровьем самостоятельно, занимаясь самолечением. Чем хуже здоровье человека, тем чаще он посещает врача в течение года.

Одним из индикаторов качества жизни в части сохранения здоровья является социальный капитал в системе здравоохранения, в том числе получение консультации по проблемам здоровья. Врач, к которому можно было бы обратиться в случае необходимости, есть у большинства россиян (67,8%). Постоянный врач, с которым человек советуется по всем вопросам своего здоровья, есть у каждого четвертого молодого человека и у каждого третьего в возрасте старше 30 лет.

Начиная с 1994 года люди стали чаще платить за визит к врачу деньгами или подарками: в 1994 – 4,7%, в 2010 – 14,7%. Из них две трети платили в кассу согласно официальным правилам или официальному прейскуранту медицинского учреждения за амбулаторную нестоматологическую помощь.

### Оценка и удовлетворенность жизнью

Отвечая на вопрос об удовлетворенности жизнью в целом в настоящий момент времени, люди давали оценку своего эмоционального самочувствия по пятибалльной шкале.

В 2010 году были полностью удовлетворены жизнью 8,6% россиян, скорее удовлетворены – 36,7%, «и да, и нет» – 23,3%, не очень удовлетворены – 22,9%, совсем не удовлетворены – 8,5%. Таким образом можно предположить, что треть населения находится в стрессовой или предстрессовой ситуации (рис. 3). При этом в течение последних 12 месяцев обращались к врачу по поводу нервного расстройства только 2,1%.

В 1994 году неудовлетворенных жизнью было в пять раз больше, чем тех, кто удовлетворен. В 1998 году эта разница составляла более 50 процентных пунктов. Затем разрыв становился меньше и после 2008 года людей, которые удовлетворенны жизнью стало больше, чем неудовлетворенных.

Динамика распределения ответов на вопрос об удовлетворенности жизнью с 1994 по 2010 год показывает, что пик неудовлетворенности пришелся на 1998 год – период дефолта в стране (интервью проходило осенью, после кризиса). К следующему году исследования (в 2000 году) ситуация значительно изменилась и не удовлетворенных стало на 10% меньше. Уровень удовлетворенности жизнью россиян повышался до 2010 года с небольшим спадом в 2003 году.

Рисунок 3. Удовлетворенность жизнью в целом в настоящее время, %

Сравнив уровень удовлетворенности жизнью различных возрастных групп, очевидно, что подростки удовлетворены жизнью в целом больше остальных. Не удовлетворены жизнью в той или иной степени значительная часть молодых людей – каждый десятый, а среди людей старшего возраста эта доля еще больше, менее других удовлетворены жизнью люди старше 50 лет. При этом для старшей группы нет значимых расхождений в ответах мужчин и женщин, представителей городских поселений и сельской местности.

Удовлетворенность жизнью зависит от семейного положения. Прежде всего, удовлетворены (полностью и скорее удовлетворены) жизнью те, кто состоит в зарегистрированном браке. Например, по данным 2009 года доля таких людей составляла 47,4% (не удовлетворены и совсем не удовлетворены – 28,7%). Рассматривая удовлетворенность жизнью, как эмоциональное здоровье, можно констатировать, что его уровень ниже у одиноких людей. Подобные данные получены и в отношении физического здоровья: для мужчин старше 30 лет и женщин старше 45 лет совместное проживание с супругами (или гражданскими партнерами) оказывает позитивное влияние на состояние здоровья [Синельников, 2012].

Высокий уровень социального капитала, включая общение, взаимопонимание, поддержку является важным условием сохранения здоровья [Назарова, 2012].

Удовлетворенность материальным положением

Важным компонентом удовлетворенности жизнью в целом является удовлетворенность материальным положением. Данная оценка носит как экономический, так и психосоциальный характер. Именно экономическое положение многие считают основной причиной проблем со здоровьем [Варламова, Седова, 2010]. Вопрос о том, как изменилось материальное положение семьи за последние 12 месяцев, в рамках исследования РМЭЗ задавался, начиная с 2005 года. К 2010 году уменьшилось число жителей России, чей материальный уровень в течение года поднялся. Наиболее оптимистичные ответы звучали в 2006 году, когда об улучшении финансового положения заявил каждый третий (29,2%), об ухудшении – 16,5%. В 2010 году материальное положение улучшилось у каждого пятого, и у каждого пятого – ухудшилось.

С 2000 года начал задаваться вопрос об удовлетворенности материальным положением и весь период исследования доля тех, кто неудовлетворен своим материальным положением, уменьшалась, разница с 2000 к 2009 году достигла 16%.

Неудовлетворенных материальным положением все годы исследования было более половины: в 2000 году – в 7 раз больше (76,7% - не удовлетворены и 10,1% удовлетворены).

К 2010 году ситуация по удовлетворенности населения своим материальным положением изменилась в лучшую сторону, однако неудовлетворенных оставалось все еще много – в 2,5 раза больше, чем тех, кто удовлетворен (57,9% - не удовлетворены и 23,8% - удовлетворены).

Другой оценкой экономического положения, которая также является отражением психологического самочувствия индивида, является отнесение себя к людям определенного достатка (ответ на вопрос о том, на какой ступени они находятся сегодня, если на первой (нижней) находятся нищие, а на девятой (верхней) – богатые).

В 1998 году на самую низкую ступень ставили себя представители старших возрастных групп – среди них была большая часть тех, кто считал себя бедным, несмотря на то, что большинство из них были удовлетворены своим материальным положением. Особенно велика разница в ответах представителей старшего поколения и населения в целом, если сравнивать самоидентификацию по материальному положению в 1994-1998 годах: каждый пятый считал себя нищим, ставя на первую ступень бедности.

Между тем доля наиболее бедных (по мнению самих людей) в 1998 году изменилась незначительно, поскольку и до дефолта многие считали себя нищими (1 ступень: 1994 – 13,0% и 1996 – 14,5%) или практически нищими (2 и 3 ступень: 1994 год – 40,2% и 1996 год – 39,5%). В 1998 году к нищим себя относили 10,3%, очень бедным – 37,4% населения, в 2009 году – 3,6% и треть (35,1%), соответственно.

Основное ядро, к которому отнесли себя жители России по уровню достатка, сконцентрировано на первых (низших) 3-5 ступенях из девяти возможных.

Удовлетворенность работой

Существенную часть времени человека занимает работа, которая также является значительной составляющей жизнедеятельности и индикатором качества жизни.

Например, в 2009 году удовлетворены своей работой в целом были 62,4% россиян. Люди старшего возраста удовлетворены своей работой в большей степени, чем остальные (75,8%). Они же более других удовлетворены и различными сторонами работы.

В целом графиком работы удовлетворены 72,0% занятых, продолжительностью рабочего дня удовлетворены – 67,7%, условиями труда – 61,1%, представляемыми на работе социальными пособиями и льготами – 46,3%, возможностями для профессионального роста – 47,0%.

Менее всего работники удовлетворены оплатой труда – только треть участников исследования.

Анализ данных РМЭЗ показывает, что возможность продолжения трудовой деятельности, удовлетворенность работой, а также достойное материальное положение, возможность организации отдыха и путешествий, получение новых впечатлений позитивно связано с самооценками здоровья россиян [Назарова, 2012].

### Отношение к будущему

Одним из наиболее важных индикаторов качества жизни является то, как люди видят свое будущее. Определить перспективное видение россиян позволяют вопросы о том, как предположительно будет жить человек и его семья через год. Наиболее оптимистичной группой в отношении «завтрашнего» дня является молодежь, именно среди них больше всего людей, которые считают, что через 12 месяцев их семья будет жить лучше, чем сегодня. Среди тех, кому 40 лет и старше, больше доля людей, считающих, что скорее всего в жизни их семей ничего не измениться. Готовились жить хуже представители группы 50-59 лет – более половины до 1998 года включительно, в 2000 году – треть и в 2010 году – 17,0%.

Трудности кризисного периода существенно влияют не только на настроения людей в текущий период, но и на ожидания населения. Уверенность в благополучном будущем существенно снизилась у большинства в 1998 году, и более половины жителей страны считали, что через год будут жить еще хуже. В 2000 году так считал каждый четвертый, в 2002 году – 14,6% и в 2010 году – десятая часть.

В группе старше 59 лет таких людей всегда было больше: в 1990 годы – на 10%, а в 2010 году разрыв уменьшился в два раза. В наиболее сложные годы разрыв в ответах старшего поколения по сравнению с населением в целом, был значительнее.

К 2009 году пессимистичных взглядов стало существенно меньше, уменьшились различия и в видении перспектив разных возрастных групп. С 1998 года стало больше тех, кто, по крайней мере, считал, что ничего не измениться: в 1998 году – треть, в 2009 году – более половины. В 1998 году лишь десятая часть населения сохраняла оптимистические настроения (12,4%), предполагая, что через 12 месяцев они или их семья будет жить лучше, чем сегодня, а в 2010 году – уже треть (32,7%).

В 2010 году более половины людей, расположивших себя на каждой из ступеней шкалы «бедности и богатства» отметили, что их материальное положение за последние 12 месяцев не изменилось. Следовательно, стабильность, связанная с тем, что материальное положение не меняется не в лучшую не в худшую сторону, существенно различается для бедных и обеспеченных людей.

В отношении будущего материального достатка более других беспокоятся представители среднего поколения, видимо их потребности наиболее высокие. Молодежь и люди старшего возраста беспокоятся несколько меньше и среди них больше доля тех, кто не переживает в отношении того, что не сможет себя обеспечить самым необходимым в ближайшие месяцы.

Уровень беспокойства относительно будущего все годы исследования был достаточно высок, более половины жителей России боялись, что через 12 месяцев не смогут обеспечить себя самым необходимым: с 1994 по 1998 год беспокоилась значительная часть населения – более 80%, в 2010 году – две трети.

После неблагоприятного периода 1998 года оптимистично настроенных людей стало больше, а после 2002 года доля обеспокоенных своим экономическим будущим стала медленно уменьшаться.

Для того чтобы понять, какие из составляющих качества жизни индивида влияют на его здоровье предпринят логистический анализ с включением в модель независимых переменных, характеризующих качество жизни индивида (табл. 1, 2)

Таблица 1. Описательная статистика независимых переменных (данные дамми-переменных, ответ "Да" – 1, результат по рядам, отдельно для мужчин и женщин) 2010 г.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Характеристика участников исследования  (Независимые переменные регрессионного анализа) | Мужчины | | Женщины | |
| n | % | n | % |
| Возраст: 40-49 лет | 1078 | 18,7 | 1524 | 19,0 |
| 50-59 лет | 1138 | 19,8 | 2387 | 29,7 |
| Жители крупного города | 6892 | 46,1 | 8223 | 47,4 |
| Принадлежность к неславянской национальности | 797 | 13,9 | 957 | 11,9 |
| Семейный статус, наличие супруга (супруга) | 3469 | 60,3 | 3609 | 44,9 |
| Наличие заболеваний: сердца | 725 | 12,7 | 1693 | 21,2 |
| легких | 292 | 5,1 | 424 | 5,3 |
| печени | 299 | 5,2 | 896 | 11,2 |
| желудочно-кишечного тракта | 791 | 13,9 | 1636 | 20,5 |
| позвоночника | 803 | 14,1 | 1463 | 18,3 |
| Образование: высшее и техникум | 1178 | 20,5 | 6064 | 24,6 |
| Входят во вторую и третью децильные группы дохода (низшие, до 6790 руб.) | 1462 | 25,4 | 2677 | 33,3 |
| Употребляют алкоголь 2-3 раза в неделю и чаще | 958 | 25,5 | 253 | 7,2 |
| Не удовлетворены жизнью | 1601 | 29,9 | 2607 | 32,7 |
| Находятся на первых трех ступенях лестницы (из 9), где на нижней ступени - люди, которых совсем не уважают | 333 | 5,8 | 395 | 4,9 |
| Удовлетворены своим материальным положением в настоящее время | 1402 | 24,4 | 1869 | 23,2 |
| Думают, что через 12 месяцев буду жить лучше, чем сегодня | 1728 | 30,0 | 2044 | 25,4 |

Таблица 2. Коэффициенты логистической регрессии, 2010 года

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Зависимые переменные: физическое здоровье | | | | | | |
| Независимые переменные | самооценка здоровья – "хорошее и очень хорошее" | | | наличие проблемы со здоровьем в последние 30 дней | | |
| Модель 1 | Модель 2 | Модель 3 | Модель 1 | Модель 2 | Модель 3 |
| Стресс (не удовлетворен жизнью) | -0,40\*\*\* | -0,41\*\*\* | -0,63\*\*\* | 1,65\*\*\* | 1,53\*\*\* | 1,38\*\*\* |
| Пол, женщины |  | -0,65\*\*\* | -0,60\*\*\* |  | 1,74\*\*\* | 1,80\*\*\* |
| 50-59 лет |  | -0,22\*\*\* | -0,28\*\*\* |  | 1,97\*\*\* | 1,31\*\* |
| Старше 59 лет |  | -0,07\*\*\* | -0,15\*\*\* |  | 4,97\*\*\* | 2,25\*\*\* |
| Город |  | -0,77\*\*\* | -0,84\* |  | 1,11\* | 1,11 |
| Неславянские национальности |  | 1,62\*\*\* | -0,93 |  | -0,71\*\*\* | -0,99 |
| Образование (техникум и вуз) |  |  | 1,14 |  |  | -0,80\* |
| Наиболее бедная категория по доходу |  |  | -0,80\* |  |  | 1,05 |
| Удовлетворенность материальным положением |  |  | 1,36\*\* |  |  | -0,97 |
| Думаю, что через 12 месяцев буду жить лучше, чем сегодня |  |  | 1,25\* |  |  | 1,17\* |
| Нахожусь на нижних (1-3) ступенях уважения |  |  | -0,56\* |  |  | -0,94 |
| Употребление алкоголя более 3-х раз в неделю |  |  | -0,79\* |  |  | 1,01 |
| Заболевание сердца |  |  | 4,35\*\*\* |  |  | -0,37\*\*\* |
| Заболевание легких |  |  | 4,18\*\*\* |  |  | -0,54\*\*\* |
| Заболевание печени |  |  | 3,70\*\*\* |  |  | -0,74\* |
| Заболевание желудочно-кишечного тракта |  |  | 2,92\*\*\* |  |  | -0,55\*\*\* |
| Заболевание позвоночника |  |  | 3,37\*\*\* |  |  | -0,63\*\*\* |
| Константа | -0,60\*\*\* | 2,23\*\*\* | -0,00\*\*\* | -0,48\*\*\* | 0,11\*\*\* | 34,64\*\*\* |
| Cox & Snell - R^2 | 0,03 | 0,21 | 0,23 | 0,01 | 0,11 | 0,16 |
| n | 13650 | 7481 | 3846 | 7561 | 3917 | 3858 |
| -2 Log Likelihood | 1663,7 | 7204,1 | 3740,85 | 17713,5 | 4627,7 | 4320,54 |

Примечание: \*\*\*p<0,001; \*\*p<0,01; \*p<0,05

*Первая модель*. Результаты регрессионного анализа показали, что существует плотная связь между стрессом и самооценкой здоровья, человек, находящийся в стрессе, неудовлетворенный своей жизнью в целом, оценивает свое здоровье ниже на 60%. У людей, находящихся в стрессовой ситуации практически в два раза чаще возникают проблемы со здоровьем.

*Вторая модель.* Переменная неудовлетворенности жизнью контролируется основными социально-демографическими переменными и значимость стресса остается практически на том же уровне. При этом очевидно, что женщины, люди старших возрастов, жители крупных городов характеризуют свое здоровье как более слабое: дают самооценки ниже, чем представители других групп и чаще сообщают о наличии проблем со здоровьем. Это же касается и представителей славянских национальностей, которые более чем в два раза ниже оценивают свое здоровье.

*Третья модель.* Вводится дополнительный контроль переменными, характеризующими поведение, экономическое положение и психологическое самочувствие человека. Принадлежность к определенной национальности теряет свою значимость при самооценке здоровья и в обозначении проблем со здоровьем. В последнем случае теряет свою значимость и место проживания респондента. Люди с высоким уровнем образования реже отмечают проблемы со здоровьем.

Такие характеристики как бедность, удовлетворенность материальным положением и взгляд в будущее являются значимыми для самооценки здоровья. Люди, удовлетворенные материальным положением, оптимистично смотрят в будущее, более чем в два раза чаще остальных сообщают о хорошем здоровье. Те, кто употребляют алкоголь более 3-х раз в неделю, оценивают свое здоровье ниже.

Если человек считает, что он относится к тем людям, которых не уважают, он также оценивает свое здоровье ниже.

В целом за последние пятнадцать лет люди стали более позитивно оценивать состояние своего здоровья, однако треть населения находится в стрессовой или предстрессовой ситуации. Но за это время медицинская помощь не стала более доступной в части ее оплаты и практик обращения заболевших в медицинские учреждения.

Важными изменениями можно считать позитивную динамику степени удовлетворенности жизнью населения, однако значительная часть опрошенных не удовлетворены материальным положением и уровнем оплаты труда. Остается высоким и уровень беспокойства относительно будущего.

Очевидно, что наличие заболеваний играет первостепенную роль в самооценках здоровья и в наличии проблем со здоровьем. Тем не менее, состояние стресса остается значимым как в случае самооценки здоровья, так и во взаимосвязи с наличием тех или иных проблем со здоровьем. Наличие стресса – неудовлетворенность жизнью демонстрирует наиболее тесную связь со здоровьем среди социально-экономических переменных, наряду с такими характеристиками как пол и возраст. Вместе с тем представители различных социально-демографических групп могут быть удовлетворены жизнью, ее качеством, при условии сохранения своего здоровья, положительного эмоционального состояния, экономического благополучия, уважительного отношения окружающих.

**Список литературы**

*Варламова С.Н., Седова Н.Н.* Здоровый образ жизни - шаг вперед, два назад // [Социологические исследования](http://ecsocman.hse.ru/socis/). 2010.  N 4. С. 75-88.

*Журавлева И.В.* Поведенческий фактор здоровья населения // Проблемы социальной демографии / Отв. ред. Н.В.Тарасова. М.: ИСИ АН СССР, 1987.

*Журавлева И.В.* [Новые подходы к развитию сферы общественного здоровья](http://ecsocman.hse.ru/text/19147280/) // Социология медицины. 2008.  N 2. С. 19-24.

*Иванова А.Е.* [Потребность населения в долголетии и степень ее реализации](http://www.isras.ru/files/File/Socis/2013_2/Ivanova.pdf) // Социологические исследования. 2013. N 2. С. 120-129.

*Назарова И.Б.* Здоровье занятого населения; Гос. Ун-т Высшая школа экономики. М.: МАКС Пресс, 2007.

*Назарова И.Б.* Динамика качества жизни жителей России (1994-2010 гг.) // Народонаселение 2012. N 2. С. 45-52.

*Нилов В.М.* Социальные изменения и здоровье населения: некоторые итоги и перспективы исследований // Социальные исследования. 2012. Выпуск N 8. С. 111-126.

*Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. М.:ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.

*Попова И.П.* Поведение в отношении здоровья и материальное положение: тендерные аспекты (на данных лонгитюдного опроса) // Здравоохранение Российской Федерации. 2007. N 1. С. 47-50.

*Римашевская Н.М.* О методологии определения качественного состояния населения // Копнина В.Г., Бреева Е.Б., Сопцов В.В., Зюзин Д.И., Левин М.Б., Гладилин Д.Л., Мезенцева Е.Б. Качество населения // Демография и социология. М.: ИСЭПН РАН. 1993. Вып. 6. С. 7-22.

*Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В.* Социальные неравенства в здоровье: тенденции в Санкт-Петербурге 1992-2006 гг. // Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований. 2008. N 4. С. 23-38.

*Синельников А.Б.* Влияние семейного и демографического статуса на состояние здоровья и его самооценку // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. 2012. N 6. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/332/30/lang,ru/>

*Шабунова А.А*. [Здоровье населения в России: состояние и динамика](http://elibrary.ru/item.asp?id=19157578). Институт социально-экономического развития территорий РАН. Вологда, 2010.

*Шилова Л.С*. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения // Социологические исследования. 2007. N 9. С. 102-109.

*Andrews F.M., Withey S.B*. Social Indicators of Well-being: Americans' Perceptions of Life Quality (Plenum, New York). 1976.

*Angel J.L., Buckley C.J., Finch B.K.* Nativity and self-assessed health among pre-retirement age hispanics and non-hispanic whites. 2001 // International Migration Review. Vol. 35. N 3. P. 784-803.

*Mechanic D.* The Experience and reporting of common physical complains // Journal of Health and Social Behavior. 1980. N 21. P. 146-155.

[*Raphael*](http://www.jstor.org/action/doBasicSearch?Query=au%3A%22Dennis+Raphael%22&wc=on) *D.,* [*Renwick*](http://www.jstor.org/action/doBasicSearch?Query=au%3A%22Rebecca+Renwick%22&wc=on) *R.,* [*Brown*](http://www.jstor.org/action/doBasicSearch?Query=au%3A%22Ivan+Brown%22&wc=on) *I.,* [*Rootman*](http://www.jstor.org/action/doBasicSearch?Query=au%3A%22Irving+Rootman%22&wc=on) *I*. [Quality of Life Indicators and Health: Current Status and Emerging Conceptions](http://www.jstor.org/stable/27522944?&Search=yes&searchText=model&searchText=status&searchText=quality&searchText=lindstrom&searchText=Life&searchText=health&list=hide&searchUri=%2Faction%2FdoAdvancedSearch%3Fq0%3DLife%2Bquality%2Bhealth%2Bstatus%26f0%3Dti%26c1%3DAND%26q1%3Dmodel%2Blindstrom%26f1%3Dall%26acc%3Don%26wc%3Don%26sd%3D%26ed%3D%26la%3D%26jo%3D%26Search%3DSearch&prevSearch=&item=1&ttl=2&returnArticleService=showFullText) // Social Indicators Research. 1996. Vol. 39. No. 1. P. 65-88.

*Storrs M.* Quality of Life // Social Indicators Research. 1975. Vol. 2. Sep., No. 2. P. 229-248.

*Woodruff S.I., Conway T.L*. Health-related Predictors of Perceived life Quality (Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, Los Angeles, California. 1990.

1. Средние оценки по пятибалльной шкале, где минимум – "здоровье очень плохое", максимум – "здоровье очень хорошее"). [↑](#footnote-ref-1)