11. Ежегодный доклад за 2014 год. МАГАТЭ [Электронный ресурс]. URL: https://www.iaea.org/sites/default/files/gc59-7_rus.pdf (дата обращения: 12.01.2017).

12. Ежегодный доклад за 2015 год. МАГАТЭ [Электронный ресурс]. URL: https://www.iaea.org/sites/default/files/gc60-9_rus.pdf (дата обращения: 07.02.2017).

13. *Дронишинец Н. П., Носырев Н. А.* Компетентностный подход в инженерном ядерном образовании // Дискуссия: журнал научных публикаций. 2013. № 7(37), авг.

14. *Мурогов В.* Как менялись приоритеты [Электронный ресурс]. URL: http://www.atominfo.ru/newsn/u0021.htm (дата обращения 21.03.2017).

Рукопись поступила в редакцию 24 апреля 2017 г.

УДК 331.105.24(470) + 613:159.923.2

Н. А. Лебедева-Несевря
А. О. Барг
С. С. Соловьев

ЗДОРОВЬЕ В СУБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНКАХ РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ

Анализируется динамика состояния здоровья работающего населения России на основе данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE) за период с 2006 по 2015 г. Показано, что самооценка здоровья имеет устойчивую тенденцию к улучшению. Выявлены особенности самооценки здоровья в различных социально-демографических группах. Установлены социально-психологические (удовлетворенность материальным положением и жизнью в целом, оптимистичность/пессимистичность респондента) и социально-демографические (пол, возраст, семейный статус) факторы, влияющие на самооценку здоровья.

Ключевые слова: здоровье, самооценка здоровья, работающие, трудовой потенциал.

Актуальность исследования. Развитие человеческого потенциала, выступающее приоритетной стратегической задачей в современном российском обществе [5], важно не только само по себе, но и в связи с необходимостью скорейшей трансформации экономики нашей страны. Достижение указанной цели требует высокого качества трудового потенциала, одним из компонентов которого является физический потенциал, то есть состояние здоровья работающих граждан. Эффективное управление данным компонентом (принятие решений в сфере здоровья работающих, определение приоритетов здоровьесохранной стратегии) предполагает владение актуальными данными об особенностях здоровья работающих, в том числе занятых в различных отраслях экономики.

Для оценки состояния здоровья работающих в научной литературе используются пять подходов.

* Статья подготовлена при финансовой поддержке гранта Президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых — докторов наук (проект МД-281.2017.6).

© Лебедева-Несевря Н. А., Барг А. О., Соловьев С. С., 2017

Во-первых, здоровье работающих оценивается на основе статистических данных о заболеваемости, инвалидизации и смертности населения трудоспособного возраста. Поскольку не все трудоспособное население является занятым, при работе с такими данными применяются различные поправочные коэффициенты.

Во-вторых, здоровье работающих оценивается на основе показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности (Форма статистического наблюдения № 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности») [8]. На основе данных о временной нетрудоспособности можно сделать вывод о существенном улучшении здоровья работающих Российской Федерации за последние 10 лет: число случаев временной нетрудоспособности в расчете на 100 работающих снизилось с 61,6 случая в 2005 г. до 54,8 случая в 2014 г. В некоторых субъектах РФ показатель среднего числа случаев нетрудоспособности на 100 работающих снизился более чем на 30 % (в Чукотском автономном округе — с 82 случаев в 2005 г. до 50,7 случая в 2014 г., в Сахалинской области — с 74,5 случая в 2005 г. до 48,9 случая в 2014 г.). Однако, в силу широкой распространенности в России латентной нетрудоспособности [1], данные об «учтенной» заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности не описывают реальной ситуации в сфере здоровья работающего населения.

В-третьих, здоровье работающих характеризуется на основе результатов медицинских осмотров, дающих максимально полное представление об их состоянии [7]. Проблема данного подхода состоит в невозможности его применения к большим социальным группам (например, к работающему населению в целом).

В-четвертых, здоровье работающих описывается на основе данных о соматическом здоровье и антропометрических характеристиках индивидов, полученных в ходе социологических опросов [4].

В-пятых, в основе характеристики здоровья работающих лежит их самооценка здоровья, измеренная, как правило, по порядковой шкале. Например, фонд «Общественное мнение» в рамках всероссийского репрезентативного опроса ФОМнибус с 1997 г. предлагал респондентам оценить свое здоровье как «хорошее», «среднее» и «плохое», а в рамках Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ с 1994 г. здоровье на основе самооценок измеряется по пятиступенчатой шкале: «очень хорошее», «хорошее», «среднее, не хорошее, но и не плохое», «плохое» и «совсем плохое». Иногда для изучения связи самооценки здоровья с различными факторами самооценка дихотомизируется [2].

Возможность использования самооценки здоровья для анализа состояния здоровья подтверждается доказанными связями самооценки с заболеваемостью и смертностью населения в различных социально-демографических группах [10–12]. К преимуществам использования показателя самооценки здоровья можно отнести также легкость его интерпретации [3].

В связи с этим нами было проведено социологическое исследование самооценки здоровья работающим населением России.

Материалы и методы. Эмпирической базой исследования выступили данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE) [9] за 2006–2015 гг., представляющего собой серию

ежегодных общенациональных репрезентативных опросов на базе вероятностной стратифицированной многоступенчатой территориальной выборки. Для анализа использовалась выборочная совокупность, репрезентирующая работающее население России в возрасте 18 лет и старше (из общей выборки взрослого населения были исключены те, кто при ответе на вопрос о наличии работы выбрал варианты ответа «у меня сейчас нет работы», «затрудняюсь ответить» или отказался отвечать). Объем общего анализируемого массива (с 2006 по 2015 г.) составил 57 650 человек. Среди них 47,7 % мужчин и 52,3 % женщин. Люди в возрасте до 30 лет составили 22,4 % выборочной совокупности, от 30 до 44 лет — 36,3 %, от 45 до 54 лет (женщины) и 59 лет (мужчины) — 25,5 % и в возрасте 55 лет и старше (женщины) и 60 лет и старше (мужчины) — 15,8 %. Доля респондентов, имеющих неполное среднее образование, — 6,9 %, полное среднее — 15 %, начальное/среднее специальное — 44,9 %, неполное высшее — 3,9 %, высшее и послевузовское образование — 37,4 %.

Объем анализируемой выборочной совокупности в 2006 г. составил 4594 человека, в 2007 г. — 4535 человек, в 2008 г. — 4376 человек, в 2009 г. — 4212 человек, в 2010 г. — 7531 человек, в 2011 г. — 7422 человека, в 2012 г. — 7349 человек, в 2013 г. — 6953 человека, в 2014 г. — 5489 человек, в 2015 г. — 5189 человек. В каждой из рассматриваемых выборок социально-демографические характеристики респондентов схожи (различия в долях составляют не более 1 %).

Вопросы, отобранные для анализа, характеризуют самооценку здоровья в целом, объективные показатели здоровья респондента (наличие хронических заболеваний, инвалидность, проблемы с самочувствием в последний перед опросом месяц и т. п.), степень удовлетворенности различными сферами жизни (работой, социальным статусом, материальным положением и т. д.).

Обработка результатов исследования реализовывалась в программе SPSS 19.0 for Windows, использовались методы описательной статистики. Оценка зависимости между переменными производилась с помощью коэффициентов корреляции Гамма (g) и D-коэффициента Сомерса (d). Для приведенных значений коэффициентов ошибка составляет менее 0,001.

Результаты и их обсуждение. Для работающего населения России на протяжении последних 10 лет характерна средняя оценка своего здоровья: «оно не хорошее, но и не плохое», полагают более половины (56 %) респондентов всей выборки. Женщины несколько чаще, чем мужчины (в 60,9 % случаев против 50,8 %), выбирали указанный вариант ответа. С 2006 по 2015 г. доля респондентов, оценивавших свое здоровье как «среднее», несколько сократилась — с 61,3 до 53,2 %. При этом совокупная доля тех, кто говорит о своем здоровье как о «хорошем» и «очень хорошем» увеличилась на 10 % (см. рисунок).

На рисунке видно, что в 2006 г. положительные характеристики своего здоровья выбрали треть респондентов (32,7 %), а в 2015 г. таковых было уже 42,7 %, что позволяет сделать вывод об улучшении состоянии здоровья работающих. Для уточнения данного вывода был построен график аппроксимирующей функции. Для линейного типа аппроксимации коэффициент достоверности R^2 составил 0,862. При этом значением, выбивающимся из линейного тренда,



Динамика самооценки здоровья работающим населением России в период с 2006 по 2015 г., % к общему числу ответивших

является 2009 г., когда доля работающих граждан, оценивавших свое здоровье как «хорошее» и «очень хорошее» сократилась, а оценивавших свое здоровье как «среднее» или «плохое» и «очень плохое», напротив, увеличилась. Исключение из моделирования показателя 2009 г. при линейной аппроксимации динамики доли «хорошо» и «очень хорошо» оценивающих свое здоровье приводит к значению коэффициента достоверности R^2 на уровне 0,923. Снижение самооценок здоровья работающего населения в 2009 г. обусловлено, вероятно, последствиями финансово-экономического кризиса в России 2008 г. — снижением финансовой безопасности домохозяйств, ухудшением социального самочувствия граждан, сокращением государственных расходов на здравоохранение и обеспечение социальной защиты.

Выявленные тенденции повышения самооценки здоровья при прогнозировании на ближайшие два года с вероятностью 96 % должны сохраниться.

В период с 2006 по 2015 г. в среднем по выборке более трети респондентов (37,1 %) отзывались о своем здоровье как о «хорошем». Это присуще мужчинам в большей степени, чем женщинам (43,3 против 31,8 % соответственно), также среди мужчин достоверно больше тех, кто оценивает свое здоровье как «очень хорошее»[1].

Доли респондентов, определявших за исследуемый период свое здоровье как «плохое» и «совсем плохое», крайне малы — 4,7 и 0,2 % соответственно. С 2006 по 2015 г. произошло сокращение совокупной доли респондентов, дававших негативные оценки своему здоровью, на 2 % (с 6,1 % в 2006 г. до 4,1 % в 2015 г.). Тенденция снижения негативных оценок и роста положительных является достоверной и при анализе результатов опроса в разрезе возрастных групп.

Среди людей молодых возрастов (до 30 лет) чаще встречаются те, кто оценивает свое здоровье как «хорошее» (52,1 % в 2006 г. и 61,6 % в 2015 г.). В среднем

[1] Отметим, что в отечественных исследованиях ранее устанавливалось как наличие [6], так и отсутствие [2] гендерных различий в самооценке здоровья.

«не плохим, но и не хорошим» считают свое здоровье 37,5 % респондентов данной возрастной категории, причем за 10 лет наблюдается сокращение доли респондентов, давших средние оценки, на 10 %. В возрастной группе 30–44 года доля лиц, отмечавших, что у них среднее здоровье, составила 59,6 % в 2006 г. и 46,4 % в 2015 г. Среди лиц пенсионного возраста (55/60 и старше) почти три четверти (72,9 %) склонны оценивать свое здоровье как среднее и лишь 16 % считают его хорошим.

В ходе анализа результатов исследования по критерию хи-квадрат обнаружена статистически значимая связь между семейным положением и самооценкой здоровья. Вдовы и вдовцы чаще, чем лица с другим семейным положением, оценивают свое здоровье как «среднее» (71,7 %) или «плохое» (10,7 %), только 17 % дают суммарно положительные оценки. Треть разведенных считают свое здоровье хорошим, 61,5 % — средним и 6,8 % — плохим. Наиболее высокие оценки своему здоровью присуждают те, кто в браке никогда не состоял (очень хорошее и хорошее — 55,4 %, среднее — 41,8 %, плохое — 2,8 %). Люди, состоящие в зарегистрированном браке, положительно оценивают здоровье в 37,2 % случаев, в 58,1 % — относят свое здоровье к среднему и в 4,7 % — к плохому. Практически такое же распределение ответов наблюдается и у живущих в гражданском браке.

Для проверки независимого влияния семейного статуса на самооценку здоровья было осуществлено сравнение средних значений распределений в подгруппах респондентов одного возраста с различным семейным статусом. Установлено, что в возрастных группах 30–44 года и 45–59 лет те, кто состоит в зарегистрированном (первом или повторном) или гражданском браке, достоверно выше оценивают свое здоровье, чем разведенные или вдовые. В подгруппе респондентов до 30 лет, напротив, наиболее высокий уровень самооценки здоровья демонстрируют те, кто не состоит в браке (независимо от его формы).

Установлена слабая связь между такими показателями, как удовлетворенность условиями и оплатой труда, работой в целом, и самооценками здоровья у респондентов мужского пола. Те, кто полностью/скорее удовлетворен указанными характеристиками в своей профессиональной деятельности, больше склонны к положительным характеристикам собственного здоровья ($g = 0{,}25$). В группе работающих женщин таких связей не обнаружено, однако для них важным оказывается общий пессимистический/оптимистический настрой на будущее. Так, отмечена слабая связь самооценки здоровья и надежды на улучшение жизни семьи в ближайший год ($g = 0{,}23$). Те женщины, которые предполагают улучшение жизни в будущем году, чаще дают положительные оценки здоровью (например, в 2015 г. эта подгруппа в 44,8 % случаев судила о своем самочувствии хорошо и только в 3 % случаев — плохо, тогда как противоположно настроенные дамы положительные характеристики здоровью дали в 18,5 % случаев, а отрицательные — в 12,3 %).

В отношении мужчин данная связь не обнаружена, зато их самооценки здоровья в некоторой степени сопряжены с представлениями о своем социально-экономическом статусе. Так, на два проективных вопроса о девяти ступенях социальной иерархии (*«Представьте себе лестницу из 9 ступеней, где на нижней, первой, ступени стоят нищие, а на высшей, девятой, — богатые. На какой из девяти*

ступеней находитесь сегодня вы лично?» и «*Представьте себе лестницу из девяти ступеней, где на нижней ступени стоят совсем бесправные, а на высшей — те, у кого большая власть. На какой из девяти ступеней находитесь сегодня вы лично?*») те мужчины, которые ставят себя на высшие ступени, в меньшей степени склонны давать отрицательные самооценки здоровью ($g = 0{,}20$ и $g = 0{,}22$ соответственно).

Необходимо отметить, что здесь мы не можем говорить о прямой зависимости уровней самооценок социальных статусов и здоровья, так как определение этих уровней, в свою очередь, сопряжено с объективными показателями здоровья. Например, если в течение последних 12 месяцев мужчине делали хирургическую операцию, то он скорее поставит себя на более низкую ступень на лестнице богатых и нищих ($g = 0{,}32$), так же как и в случае наличия у него группы инвалидности ($g = 0{,}22$) или при нахождении в больнице в течение последних 3 месяцев ($g = 0{,}33$).

Среди обоих полов отчасти определяющей самооценку здоровья является удовлетворенность жизнью в целом ($g = 0{,}28$). Те респонденты, которые в настоящее время полностью удовлетворены жизнью, более склонны давать позитивные оценки своему здоровью (в 2015 г. 56 % отмечают хорошее и очень хорошее здоровье, 41,5 % — среднее и только 1,6 % — плохое). Те же, кто не удовлетворен своей жизнью, чаще негативно оценивают свое здоровье (12,9 %). Аналогичные связи с самооценкой здоровья зафиксированы для показателя удовлетворенности своим материальным положением ($g = 0{,}26$).

Важно отметить, что у женщин удовлетворенность различными жизненными сферами не коррелирует с такими объективными показателями здоровья, как наличие хронических заболеваний, инвалидность, проблемы с самочувствием в последний перед опросом месяц и т. п. Удовлетворенность жизнью у мужчин отчасти зависит от факта хирургического вмешательства в течение последних 12 месяцев ($g = 0{,}28$) и наличия группы инвалидности ($g = 0{,}31$).

Коррелируют с показателем самооценки здоровья такие объективные показатели здоровья, как наличие и количество хронических заболеваний ($g = 0{,}69$), постановка диагноза тяжелых заболеваний и их количество ($g = 0{,}51$), наличие инвалидности ($g = 0{,}81$). Между ними установлены сильные связи, значимость меры которых для каждого показателя не превышает 0,05, что свидетельствует о высоком уровне достоверности полученных данных и релевантности показателя самооценки здоровья при характеристике популяционного здоровья или здоровья отдельных групп населения. Отметим, что показатель индекса массы тела в меньшей степени влияет на самооценку здоровья респондентов, что можно объяснить следующими причинами: во-первых, округление респондентами своего роста и веса (при частотном анализе наблюдаются выбросы, кратные 5 см и 5 кг соответственно); во-вторых, ответы респондентов распределены неравномерно по шкале (одна градация включает более 40 % ответов респондентов).

***

В целом состояние здоровья работающего населения России удовлетворительно, и наблюдается стабильная тенденция к его улучшению.

К основным объективным факторам, определяющим самооценку здоровья, относятся пол, возраст и семейное положение.

Среди мужчин больше, чем среди женщин, доля тех, у кого «хорошее» здоровье. Больше среди мужчин и тех, кто оценивает свое здоровье как очень хорошее.

В младшей возрастной группе респонденты чаще оценивают свое здоровье как хорошее. С возрастом увеличивается доля лиц, отмечающих, что у них среднее здоровье. Среди лиц пенсионного возраста почти три четверти склонны оценивать свое здоровье как среднее. Вдовы и вдовцы чаще, чем лица с другим семейным положением, оценивают свое здоровье как среднее или плохое. Наиболее высокие оценки своему здоровью в самой молодой группе дают те, кто в браке никогда не состоял, а в средних группах, напротив, состоящие в браке.

Субъективные показатели, влияющие на самооценку здоровья, для мужчин и женщин различны. Мужчины склонны давать негативные характеристики здоровью, если не удовлетворены условиями и оплатой труда, а также социальным статусом, женщины — если не видят перспективы улучшения жизни семьи в целом в ближайший год. Некоторое влияние на самооценку здоровья обоими полами оказывает общая удовлетворенность жизнью и материальным положением.

На удовлетворенность различными жизненными сферами, а также самооценку социального статуса у мужчин, в отличие от женщин, оказывают влияние такие факторы, как проведенная в течение последних 12 месяцев хирургическая операция, наличие группы инвалидности и нахождение в больнице в течение последних трех месяцев.

Подтверждена гипотеза о том, что такой показатель, как самооценка здоровья, способен адекватно описывать состояние здоровья и на популяционном, и на индивидуальном уровне.

---

1. *Варламова С. Н., Седова Н. Н.* Латентная нетрудоспособность — характер, факторы, масштабы // Социол. исслед. 2009. № 5. С. 51–58.

2. *Канева М. А.* Социально-экономические, поведенческие и психологические детерминанты самооценки здоровья россиян // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. 2016. № 6(339). С. 158–171.

3. *Кислицына О. А.* Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений // Журнал исследований социальной политики. 2015. Т. 13, № 2. С. 289–302.

4. *Кобелькова И. В., Батурин А. К.* Анализ взаимосвязи образа жизни, рациона питания и антропометрических данных с состоянием здоровья лиц, работающих в условиях особо вредного производства // Вопр. питания. 2013. Т. 82, № 1. С. 74–78.

5. *Медведев Д. А.* Социально-экономическое развитие России: обретение новой динамики // Вопр. экономики. 2016. № 10. С. 5–30.

6. *Назарова И. Б.* Здоровье российского населения: факторы и характеристики (90-е годы) // Социол. исслед. 2003. № 11. С. 57–69.

7. Состояние здоровья работников судоремонтных заводов по результатам медицинских осмотров / А. Н. Никанов, М. А. Каминский, И. И. Рочева, Н. Р. Лештаева, В. С. Михалева, Б. А. Скрипаль, И. В. Новицкий, Т. И. Ефимова, О. Д. Петренко, Л. Н. Гришанова, Е. Н. Цырятьева // Экология человека. 2008. № 6. С. 24–26.

8. *Никольская О. Г.* Состояние здоровья городского работающего населения // Аспирант. вестн. Поволжья. 2015. № 1–2. С. 240–249.

9. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS-HSE), проводимый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ООО «Демоскоп» при участии Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел Хилле и Института социологии РАН [Электронный ресурс]. URL: RLMS-HSE: http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms и http://www.hse.ru/rlms (дата обращения: 01.04.2017).

10. *Idler E. L., Benyamini Y.* Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies // Journal of Health and Social Behavior. 1997. Vol. 38. P. 21–37.

11. *Latham K., Peek C. W.* Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults // Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2013. Vol. 68(1). P. 107–116.

12. *Lee Y.* The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults // Journal of Epidemiology and Community Health. 2000. Vol. 54. P. 123–129.

Рукопись поступила в редакцию 12 апреля 2017 г.

УДК 316. 74:2 + 274/278 + 172.3

Е. В. Грунт
О. Г. Смирнова

ОТНОШЕНИЕ РОССИЯН К ПРОТЕСТАНТИЗМУ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

В статье рассматривается отношение россиян к протестантизму в современной России. Предложена авторская периодизация становления протестантизма в России. В основание периодизации положены три критерия: виды деятельности протестантов в каждый из периодов, отношение к нему власти, выполняемые функции. Показано, что становление российского варианта протестантизма прошло пять основных периодов. В современной России протестантизм имеет свою историю, свои традиции, свой самобытный характер. Отмечается, что наиболее авторитетные протестантские церкви могут и должны обрести статус социальных партнеров государственных институтов. Исследование выявило, что отношение к протестантизму у большинства россиян во многом отрицательное, хотя большинство из них имеет знакомых или друзей среди адептов данной религии. Причинами являются стереотипы, сложившиеся в общественном мнении россиян.

К л ю ч е в ы е с л о в а: церковь, религия, протестантизм, протестанты, духовность, мораль, социальное партнерство, межконфессиональное сотрудничество, отношение россиян.

Спектр социологических проблем религиозной жизни общества и личности разнообразен и широк. Эти проблемы представляют интерес для верующих и неверующих, для светских ученых-гуманитариев и теологов. Они образуют междисциплинарное проблемное пространство, внутри которого существуют

© Грунт Е. В., Смирнова О. Г., 2017