

ВЛИЯНИЕ СУБЪЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ НА САМООЦЕНКУ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА

И. А. Шевчук, Т. Б. Мельникова

Севастопольский филиал Российского экономического университета
имени Г. В. Плеханова, Севастополь, Россия

Статья посвящена оценке влияния субъективного восприятия трудовых, медицинских и психологических факторов на самооценку здоровья населением регионов России. Актуальность темы обусловлена невысоким показателем ожидаемой продолжительности здоровой жизни по регионам, построенном на доле населения, которая оценивает свое здоровье как плохое и очень плохое. Улучшение данного показателя разрабатывается в рамках национальных проектов. В то же время факторы достаточно высокой дифференциации значений самооценки здоровья жителями разных регионов недостаточно изучены. Путем применения многофакторной линейной регрессии выполнено два этапа исследования: для всех регионов и отдельно для групп субъектов России выше и ниже медианного значения зависимых переменных. В результате выявлено, что факторы субъективной оценки условий труда наиболее значимы для оценки здоровья «очень хорошо». Психологическое благополучие женщин коррелирует со всеми оценками, а мужчин – не является статистически значимым. Для групп оценки «хорошо» ниже медианного значения и «удовлетворительно» выше медианного значения факторного влияния не установлено. Регионы ниже медианного значения по оценке «удовлетворительно» подвержены влиянию субъективной оценки качества медицинских услуг, наличия хронических заболеваний, а также условий труда. Для субъектов России выше медианного значения по оценкам «плохо» и «очень плохо» статистически значимым оказалось только психологическое благополучие женщин. На примере города Севастополя выполнен детальный анализ по установленным закономерностям. Результаты моделирования могут служить вспомогательным источником для выработки наиболее эффективной для конкретного региона стратегии улучшения здоровья жителей и его самооценки.

Ключевые слова: здоровье, самооценка, труд, психологическое благополучие, регион, Севастополь.

THE IMPACT OF SUBJECTIVE FACTORS ON SELF-ASSESSMENT OF HEALTH BY THE REGION POPULATION

Igor A. Shevchuk, Tatyana B. Melnikova

Sevastopol Institute (branch) of the Plekhanov Russian University of Economics,
Sevastopol, Russia

The article estimates the impact of subjective perception of labour, medical and psychological factors on self-assessment of health by the population of Russian regions. The topicality of the subject is stipulated by rather low figures of expected healthy life span by regions plotted on the share of the population that assess their health as poor and very poor. Possibility to improve this indicator is being worked at within the frames of national projects. However, factors of high enough differentiation of values of health self-assessment by people of different regions have not been studied yet. With the help of multi-factor linear regression two stages of research were completed: for all regions and separately for groups of RF entities with dependent variables higher and lower than medial values. As a result it was found out that factors of subjective estimation of working conditions were the most significant for health assessment 'very good'. Psychological well-being of women correlates with all assessments, while that of men is not statistically valuable. For groups of assessment 'good' of lower than medial value and 'satisfactory' of higher than medial value the factor impact was not identified. Regions of lower than medial value by the assessment 'satisfactory' are subject to subjective assessment of the medical service quality, availability of chronic illnesses and working conditions. For RF entities with higher than medial value assessments 'poor' and 'very poor' only

psychological well-being of women was statistically valuable. A detailed analysis by fixed norms was done for the city of Sevastopol. Results of modeling can act as auxiliary sources for developing the most effective for the given region strategy aimed at improving health of people and its self-assessment.

Keywords: health, self-assessment, labour, psychological well-being, region, Sevastopol.

Введение

На протяжении нескольких столетий концепция общественного здоровья расширяла рамки своего функционирования. Модель санитарной среды предполагала, что среда представляет угрозу для здоровья. Инструментарий модели был построен на лицензировании и регулировании отдельных видов деятельности, что выразилось в повышении качества питьевой воды и в правовом контроле оборота табака. Модель наиболее распространена на данный момент в развивающихся странах. Вторая модель (био-медицинская) исследует два объекта – индивидуум и население и основывается на биологической причинно-следственной связи. Ее применение связано с распространением вакцинации и медицинской статистики, однако основным недостатком является то, что действия осуществляются *post factum*. В основе социально-поведенческой модели, которая получила развитие после 1950-х гг., лежат социальные причины нездоровья, тем самым здоровье рассматривается как функция знаний и поведенческих паттернов. Техноэкономическая модель в своей основе рассматривает экономические факторы здоровья. Несмотря на то, что прямой взаимосвязи между ростом экономики и знаний и улучшением общественного здоровья не существует, многое зависит от того, как это знание и благосостояние распределяются, насколько эффективны институты. Одной из последних концепций общественного здоровья является экологическая модель, которая предполагает, что здоровье зависит от успешного сосуществования природы и социальных взаимосвязей [9].

Поступательное углубление в понимание детерминант общественного здоровья в целом и индивидуального здоровья в частности актуализируют исследования

взаимовлияния факторов. Особенно интересным является сопоставление субъективных оценок населения по группам детерминант в терминологии доклада Марка Лалонда [8]. Было установлено, что 50–60% здорового состояния населения зависят от образа жизни, поведения и факторов риска, 20–25% – от среды (природной и социальной), 10–15% – от биологии и системы здравоохранения по отдельности.

Цель исследования – оценка влияния трудовых медицинских и психологических субъективных суждений на самооценку состояния здоровья.

Данные и методы

На первом этапе было произведено построение линейной многофакторной регрессии по всем регионам России, на втором – осуществлено сравнение результатов для значений выше и ниже медианы зависимых переменных каждой группы факторов.

В качестве первой группы факторов взяты удовлетворенность условиями труда, а также расстоянием до работы в части ответов «вполне удовлетворен» и «совсем не удовлетворен» на основе данных комплексного наблюдения условий жизни населения (КОУЖ-2018).

В условиях пандемии значимость самооценки эмоционально-личностного благополучия работающего населения значительно выросла. В частности, были проведены исследования специфики самооценки эмоционально-личностного благополучия специалистами разного профиля и их социальные перцепции [1]. Немало внимания уделяется важности присутствия на производстве психолога здоровья, который в том числе занимается оздоровительными программами для персонала, в основу которых заложены предпосылки о том, что люди могут изменить свои привычки [3].

Вторая группа аккумулирует самооценку системы здравоохранения по следующим показателям: «было тяжело добраться до медицинской организации» как причина не обращения за медицинской помощью, «удовлетворенность оказанной медицинской услугой в медицинской организации государственной системы здравоохранения», а также «наличие хронических заболеваний». Третья группа факторов делает акцент на самооценке психологического благополучия здоровья мужчин и женщин отдельно. Две последние модели построены на данных Росстата выборочного наблюдения состояния здоровья (СЗН-2019).

Результаты и обсуждение

По результатам моделирования первого этапа определены значимые независимые переменные для каждой зависимой переменной в рамках трех групп. Ввиду значительного естественного разнообразия регионов России коэффициент детерминации по всем моделям не превышал 40%. Это свидетельствует о том, что установленные зависимости справедливы для определенной части субъектов России. В табл. 1 показано влияние удовлетворенности условиями труда и расстоянием до работы.

Таблица 1
Результаты оценки влияния параметров удовлетворенности работой

Независимые переменные	Зависимая переменная				
	Очень хорошо	Хорошо	Удовлетворительно	Плохо	Очень плохо
Вполне удовлетворен условиями труда	0,31*** (0,003)	0,23* (0,05)	-0,44*** (0,001)	-0,008* (0,05)	-0,01* (0,07)
Совсем не удовлетворен условиями труда	0,83** (0,02)	0,33 (0,41)	-0,63 (0,17)	-0,47*** (0,003)	-0,07** (0,02)
Вполне удовлетворен расстоянием до работы	-0,18** (0,01)	-0,04 (0,58)	0,21*** (0,01)	-0,001 (0,97)	0,003 (0,56)
Совсем не удовлетворен расстоянием до работы	-0,09 (0,75)	-0,12 (0,70)	0,06 (0,85)	0,12 (0,28)	0,027 (0,25)
<i>Тест Фишера</i>	0,005	0,33	0,007	0,035	0,12
<i>R-квадрат</i>	0,16	0,05	0,16	0,12	0,08

Примечание. Здесь и далее: * – уровень значимости – 10%; ** – уровень значимости – 5%; *** – уровень значимости – 1%. Число сверху – коэффициент при переменной, число снизу – стандартная ошибка.

Для той доли населения, которая неудовлетворена своим здоровьем, параметры удовлетворенности работой статистически незначимы, за исключением обратной зависимости между оценками «совсем не удовлетворен условиями труда» и «плохое здоровье». Наиболее сильное влияние прослеживается для зависимой переменной «очень хорошо», однако оно имеет двойственную интерпретацию. В регионах с высокой долей таких ответов – более высокий уровень удовлетворенности условиями труда, но и больший уровень неудовлетворенности. Отличное здоровье может быть поводом для большей чувствительности к вопросам профессионального соот-

ветствия занимаемой должности и уровня оплаты труда.

Особенности психологического восприятия параметров, связанных с системой здравоохранения, систематизированы в табл. 2.

Расстояние как причина не обращения за медицинской услугой при ее потребности значимо для тех, кто оценивает свое здоровье как «очень плохо». Для переменных «удовлетворительно» и «плохо» имеют значение наличие хронических заболеваний и удовлетворенность медицинской услугой, но с разной силой влияния. В логике трактования регрессионных моделей при увеличении на 1% доли тех, кто удо-

влетворен медицинской услугой, снижение удовлетворительных самооценок здоровья происходит в большей степени, чем

плохих. Аналогичная ситуация и для хронических заболеваний, однако здесь прямая зависимость.

Таблица 2

Результаты оценки влияния медицинских параметров

Независимые переменные	Зависимая переменная				
	Очень хорошо	Хорошо	Удовлетворительно	Плохо	Очень плохо
Удовлетворен медслужбой	0,15** (0,01)	0,03 (0,59)	-0,12* (0,09)	-0,006** (0,017)	-0,002 (0,73)
Причина необращения - расстояние	-0,31 (0,15)	-0,09 (0,68)	0,25 (0,32)	0,11 (0,21)	0,03* (0,07)
Есть хронические заболевания	-0,21*** (0,007)	-0,34*** (8,4e-05)	0,48*** (1,0e-06)	0,07** (0,03)	0,009 (0,19)
<i>Тест Фишера</i>	0,0003	0,0003	5,22e-0,7	0,003	0,08
<i>R-квадрат</i>	0,20	0,20	0,32	0,16	0,08

Безусловно, система здравоохранения продолжает играть одну из ключевых ролей в улучшении показателей самооценки здоровья. Поэтому постоянно совершенствуется методика определения эффективности ее работы. В частности, в рамках недавних исследований было предложено расширение показателей эффективности региональной системы здравоохранения за счет оценки относительной эффективности и устойчивости [6].

По методологии Росстата психологическое самочувствие включает в себя ощущение хорошего настроения, спокойствия, энергичности, бодрости и наличие интереса в каждодневных активностях. Исходя из протестированных моделей (табл. 3) статистически значимыми оказались связи

между психологическим благополучием женщин и самооценками здоровья населения в целом. Это может объясняться разным сопоставлением психологического благополучия и состояния здоровья у мужчин и женщин. Например, отмечается, что для мужчин важны факторы инвестиционной привлекательности и уровня ВВП на душу населения для дожития до 72 лет, а для женщин важны индикаторы системы здравоохранения [4]. Заметим, что внутри каждой группы из самооценок здоровья населением наблюдается разный коэффициент вариации. Самый большой разброс значений в самооценке «очень хорошо» он достигает 56%, «очень плохо» – 48%. Наименьший коэффициент вариации наблюдается в оценке «хорошо» – 11%.

Таблица 3

Результаты оценки влияния психологического благополучия

Независимые переменные	Зависимая переменная				
	Очень хорошо	Хорошо	Удовлетворительно	Плохо	Очень плохо
Психологическое благополучие (мужчины)	-0,17 (0,28)	-0,11 (0,47)	0,21 (0,29)	0,08 (0,15)	0,001 (0,91)
Психологическое благополучие (женщины)	0,28** (0,03)	0,32** (0,017)	-0,39** (0,019)	-0,20*** (2,3e-05)	-0,02** (0,04)
<i>Тест Фишера</i>	0,02	0,001	0,008	1,7e-08	0,0008
<i>R-квадрат</i>	0,09	0,14	0,11	0,35	0,16

Для более углубленного анализа факторного влияния построим модели регионов, имеющих значения выше и ниже медианы по зависимым переменным. В верхнюю группу по ответу «очень хорошо» попали почти все регионы Северо-Кавказского федерального округа, по 64% регионов Северо-Западного, Приволжского и Дальневосточного федеральных округов, по половине субъектов из Южного, Уральского и Сибирского федеральных округов

и всего 4 региона из Центрального федерального округа.

Присутствие регионов по федеральным округам в группе выше медианного значения для ответов «очень плохо» выглядит следующим образом: СКФО – 4 региона (57%), СЗФО – 6 (54%), ЦФО – 14 (78%), ПФО – 7 (50%), ДФО – 3 (27%), СФО – 2 (20%), УФО – 3 (50%), ЮФО – 5 регионов (62%). В табл. 4 и 5 включены только статистически значимые переменные.

Таблица 4

Результаты оценки моделирования для регионов со значениями зависимых переменных выше медианного уровня

Независимые переменные	Зависимая переменная			
	Очень хорошо	Хорошо	Плохо	Очень плохо
Психологическое благополучие (женщины)	0,41* (0,07)	0,29* (0,04)	-0,12** (0,02)	-0,02* (0,09)
<i>R-квадрат</i>	0,1	0,31	0,18	0,11
Есть хронические заболевания	-0,298*** (0,005)	-0,22** (0,04)	-	-
<i>R-квадрат</i>	0,30	0,16	-	-
Вполне удовлетворен условиями труда	0,37*** (0,006)	-	-	-
Совсем не удовлетворен условиями труда	0,85* (0,06)	-	-	-
Вполне удовлетворен расстоянием до работы	-0,31*** (0,001)	-	-	-
<i>R-квадрат</i>	0,33	-	-	-

Таблица 5

Результаты оценки моделирования для регионов со значениями зависимых переменных ниже медианного уровня

Независимые переменные	Зависимая переменная		
	Удовлетворительно	Плохо	Очень плохо
Психологическое благополучие (женщины)	-0,51*** (0,007)	-0,09** (0,04)	-
<i>R-квадрат</i>	0,41	0,20	-
Удовлетворен медуслугой	-0,25*** (0,001)	-	-
Есть хронические заболевания	0,25*** (0,04)	0,08*** (0,002)	-
<i>R-квадрат</i>	0,39	0,33	-
Вполне удовлетворен условиями труда	-0,42*** (0,004)	-	-
Совсем не удовлетворен условиями труда	-0,96** (0,04)	-	-
Вполне удовлетворен расстоянием до работы	0,17* (0,07)	-	-
Совсем не удовлетворен расстоянием до работы	-	-	0,037*** (0,007)
<i>R-квадрат</i>	0,31	-	0,19

Для самооценок «очень хорошо» и «хорошо» статистическая значимость независимых переменных подтвердилась только для регионов выше медианного значения. Удовлетворенность медицинской услугой важна для регионов ниже медианного зна-

чения по ответам «удовлетворительно» и «плохо», а также для верхней медианной группы «плохо» и «очень плохо».

Рассмотрим более подробно результаты анализа на примере города федерального значения Севастополя (рис. 1).

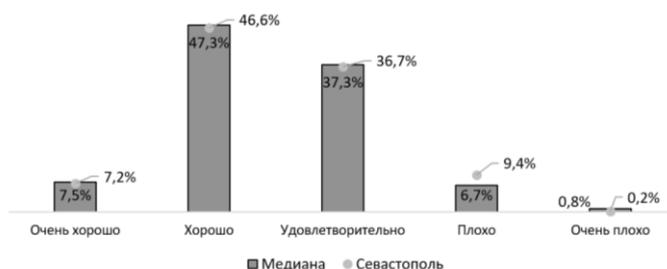


Рис. 1. Размещение города Севастополя относительно медианы показателя самооценки здоровья населения по группам

Составлено по данным Выборочного наблюдения состояния здоровья населения. – URL: https://gks.ru/free_doc/new_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html

Исходя из данных обследования, 36,7% жителей Севастополя оценили свое здоровье как удовлетворительное, что меньше медианного значения. Процент не совсем хороший, так как в смежных группах оценок «хорошо» и «плохо» значения по городу Севастополю меньше и больше медианы соответственно. Группа оценок «удовлетворительно» является той буферной зоной, которая может преобразоваться либо в худшее состояние, либо в лучшее. Если сравнивать со странами Европейского союза, то в среднем в 2019 г. удовлетворительную оценку своего здоровья давали 21,3% мужчин и 24,2% женщин¹, при этом суммарный процент очень хорошей и хорошей оценки достигает 68,7% (71,1% для мужчин и 66,3% для женщин) против 53,8% в городе Севастополе.

Большой процент удовлетворительных ответов формируется на основе высокого уровня неопределенности и невозможности четко определить свое состояние. На такую ситуацию может оказывать влияние множество факторов, как психологических, так и социально-экономических.

¹ URL: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Self-perceived_health_statistics#Self-perceived_health

В первую очередь обратим внимание на зависимость от удовлетворенности условиями труда для регионов ниже медианы. Проанализировав напряженность на рынке труда по данным портала Нh.ru, можно увидеть, что в городе Севастополе на 1 вакансию приходится 9,1 резюме. Для сравнения: в 2017 г. такое соотношение было 1 : 3,2. По городам России можно встретить и более высокие показатели, но если мы говорим про условия труда, то, возможно, становится актуальным вопрос об уровне предлагаемых вакансий и компаний. Возьмем для примера город Пензу, население которого составляет 520,3 тыс. человек (город Севастополь – 509,9 тыс. человек). Пензенская область в целом имеет более высокий процент удовлетворительных ответов – 40,4%, однако располагается в группе выше медианы по оценке «очень хорошо» (11,8% населения) и имеет меньшее, чем в Севастополе, значение по оценке «плохо» (8,4%), но большее количество оценок «очень плохо» (0,9%). В Пензе на одну вакансию приходится 10,6 резюме, но при детальном анализе выявляется, что напряженность в сфере Интернета и информационных технологий составляет 3,5 резюме на вакансию, в городе Севастополе – 4,3.

В профессиональной области туризма и ресторанов в Пензе предлагается на данный момент 154 вакансии (2,9 вакансии на 10 тыс. человек населения), в городе Севастополе – 98 вакансий (1,9 вакансии на 10 тыс. человек населения).

В Севастополе очень низкий уровень удовлетворенности медицинскими услугами в государственных учреждениях. Это подтвердили только 39,2% жителей, тогда как в целом по России значение находится на уровне 72,2%. Нахождение в группе ни-

же медианы по проценту населения, которое оценило свое здоровье как «очень плохое», может быть результатом высокой доли жителей, не имеющих хронических заболеваний (85% против 73,2% по России). В целом по уровню смертности населения трудоспособного возраста город Севастополь показывает невысокие значения (рис. 2). Между тем обеспеченность врачами всех направлений в регионе находится на достаточно низком уровне (рис. 3).

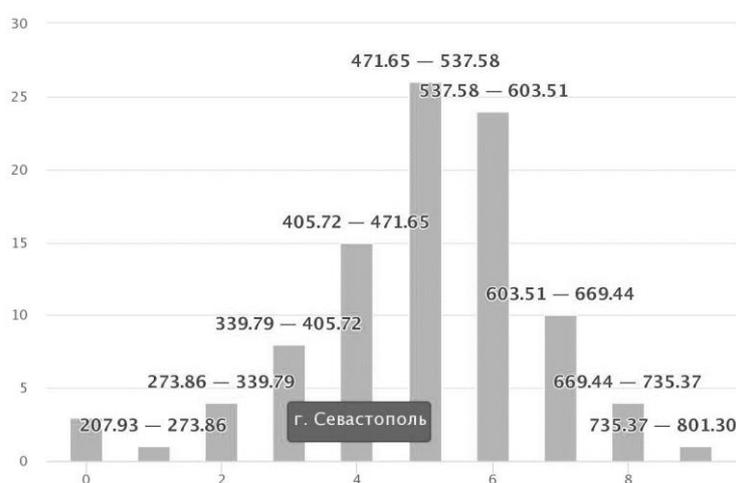


Рис. 2. Гистограмма распределения по показателю смертности населения трудоспособного возраста, 2019 г.

Рис. 2–4 выполнены по данным Ситуационного центра социально-экономического развития регионов Российской Федерации Российского экономического университета имени Г. В. Плеханова. – URL: <https://regstat.rea.ru/np/2519/data>

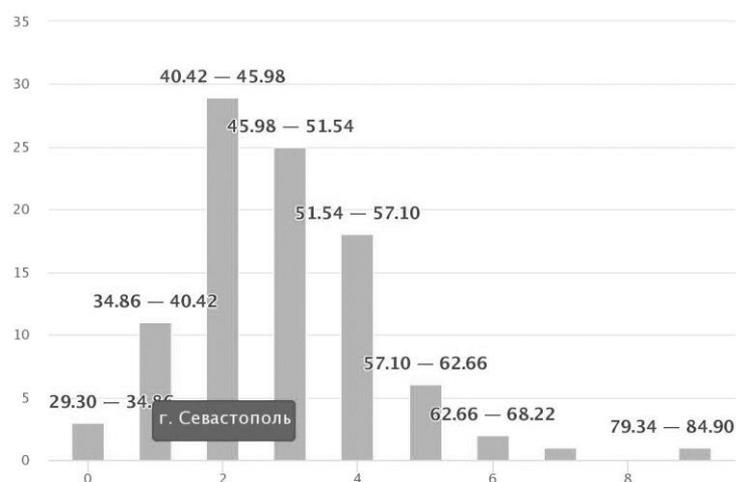


Рис. 3. Гистограмма распределения по показателю численности врачей всех специальностей на 10 тыс. жителей, 2019 г.

На фоне невысоких показателей по общей заболеваемости на 1 000 человек город Севастополь расположен во втором дециле значений (первый – самый низкий), по инфекционным – в четвертом дециле, по болезням нервной системы – во втором дециле, по новообразованиям – в восьмом дециле (17 человек на 1 000 жителей). Однако в критической зоне находится уро-

вень заболеваемости эндокринной системы (рис. 4). Только три региона в России обладают такими высокими значениями (свыше 30 случаев на 1 000 жителей): Ямало-Ненецкий автономный округ, Алтайский край и город Севастополь. Среднее значение по России – 14,4 случая на 1 000 человек.

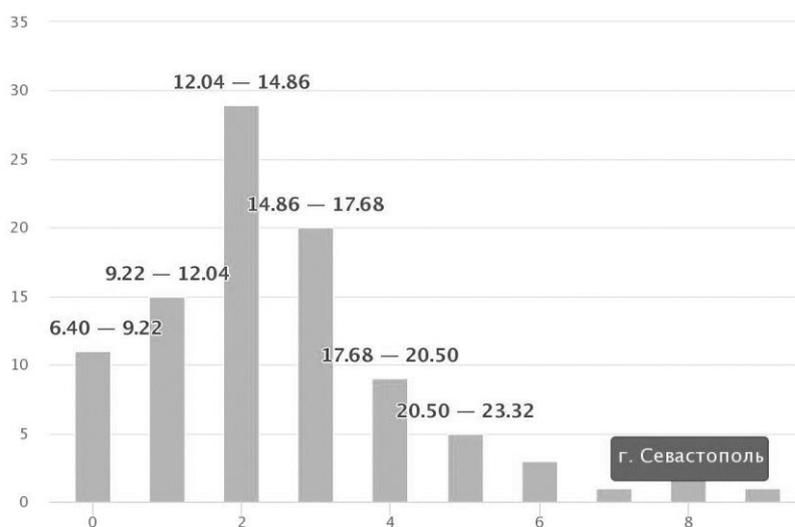


Рис. 4. Гистограмма распределения по показателю болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ на 1 000 человек, 2019 г.

Психологическое благополучие здоровья обозначили у себя 53,3% женщин и 67,6% мужчин города Севастополя при средних значениях по Южному федеральному округу 57,5 и 66,1% соответственно.

Выводы

На основании проведенного исследования можно утверждать, что основной проблемой для жителей города Севастополя являются особенности формирования и реализации здорового образа жизни. Эти две составляющие можно воспринимать двояко: как нескоординированное поведение разрозненных людей или как личный распорядок, который сливается в совокупную форму, представляющую определенные группы и классы. Исследования в части второго подхода предлагают рассматривать формирование здорового образа жизни под воздействием классовых осо-

бенностей, возрастных и этнических характеристик, социальных групп и условий жизни.

Интересное определение классовым различиям было дано Бурдые, который их охарактеризовал как дистанцию от необходимости, а именно: «чем дальше человек отдаляется от поиска экономической необходимости, тем больше у него свободы и времени для развития и уточнения личных вкусов в соответствии с более привилегированным классовым статусом» [7. – Р. 56]. Эта группа факторов в свою очередь влияет на социализацию и жизненный опыт, а также на жизненные шансы (т. е. вероятность удовлетворения интересов и потребностей). Далее человеком делается жизненный выбор и появляются жизненные привычки и практики, которые и формируют здоровый образ жизни [7].

Следовательно, выбор здорового образа жизни может зависеть во многом от того психологического и эмоционального настроения, который существует в социальных группах, а также от принятых в социуме соотношений труда и досуга, формы свободного времяпровождения [2].

Инновационные механизмы способны повлиять на изменение образа жизни. В последнее время особый акцент делается на потреблении безопасных и здоровых продуктов, улучшении доступа к спортивным объектам, распространении программ противодействия стрессовым факторам [5].

Список литературы

1. Карпетян Л. В. Эмоционально-личностное благополучие как предиктор особенностей социальной перцепции специалистов социэкономического и техноэкономического профиля // Организационная психология. – 2020. – Т. 10. – № 4. – С. 41–62.
2. Мельникова Т. Б. Соотношение труда и досуга в экономике региона // Экономика регионов России: современное состояние и прогнозные перспективы : сборник статей по материалам Всероссийской научно-практической конференции преподавателей, аспирантов, магистрантов Ивановского филиала Российского экономического университета имени Г. В. Плеханова. – Иваново, 2019. – С. 49–53.
3. Никифоров Г. С., Гофман О. О. Профессиональные задачи психолога здоровья // Организационная психология. – 2020. – Т. 10. – № 3. – С. 246–260.
4. Тухтарова Е. Х., Кузьмин А. И., Неклюдова Н. П. Социально-культурные факторы дожития лиц мужского и женского пола в экономически активном возрасте: региональный анализ // Экономика региона. – 2018. – Т. 14. – Вып. 1. – С. 109–122.
5. Цаняк Т. А., Кляритская И. Л., Кривой В. В., Иськова И. А. Здоровый образ жизни как определяющий фактор продолжительности жизни // Крымский терапевтический журнал. – 2020. – № 2. – С. 69–75.
6. Черешнев В. А., Кривенко Н. В., Крылов В. Г. Комплексная оценка эффективности и устойчивости региональной системы здравоохранения // Экономика региона. – 2021. – Т. 17. – Вып. 1. – С. 31–43.
7. Cockerham W. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure // Journal of Health and Social Behavior. – 2005. – Vol. 46. – P. 51–67.
8. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. – Ottawa, ON : Minister of Supply and Services Canada, 1974.
9. Lang T., Rayner G. Essay: Ecological Public Health: The 21st Century's Big Idea? // British Medical Journal. – 2012. – Vol. 345. – N 7872. – P. 17–20.

References

1. Karapetyan L. V. Emotsionalno-lichnostnoe blagopoluchie kak prediktor osobennostey sotsialnoy pertseptsii spetsialistov sotsionomicheskogo i tekhnonomicheskogo profilya [Emotional and Personal Well-Being as Predicator of Specific Social Perception of Experts in Socio-Nomic and Techno-Nomic Fields]. *Organizatsionnaya psikhologiya* [Organizational Psychology], 2020, Vol. 10, No. 4, pp. 41–62. (In Russ.).
2. Melnikova T. B. Sootnoshenie truda i dosuga v ekonomike regiona [Correlation between Work and Leisure in Economy of Region]. *Ekonomika regionov Rossii: sovremennoe sostoyanie i prognoznye perspektivy, sbornik statey po materialam Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii prepodavateley, aspirantov, magistrantov Ivanovskogo filiala Rossiyskogo ekonomicheskogo universiteta imeni G. V. Plekhanova* [Economics of Russian Regions: Current Situation and Forecast Prospects, collection of article on materials of the All-Russian Conference of Lecturers, Post-

Graduate Students, Master Course Participants of the Ivanovo Affiliate of the Russian Plekhanov University of Economics.]. Ivanovo, 2019, pp. 49–53. (In Russ.).

3. Nikiforov G. S., Gofman O. O. Professionalnye zadachi psikhologa zdorovya [Professional Objectives of Health Psychologist]. *Organizatsionnaya psikhologiya* [Organizational Psychology], 2020, Vol. 10, No. 3, pp. 246–260. (In Russ.).

4. Tukhtarova E. Kh., Kuzmin A. I., Neklyudova N. P. Sotsialno-kulturnye faktory dozhitiya lits muzhskogo i zhenskogo pola v ekonomicheski aktivnom vozraste: regionalnyy analiz [Social and Cultural Factors of Survival for Men and Women in Economically Active Age: regional analysis]. *Ekonomika regiona* [Regional Economy], 2018, No. 14, Issue 1, pp. 109–122. (In Russ.).

5. Tsapyak T. A., Klyaritskaya I. L., Krivoy V. V., Iskova I. A. Zdorovyy obraz zhizni kak opredelyayushchiy faktor prodolzhitelnosti zhizni [Healthy Life Style as Essential Factor of Life-Span]. *Krymskiy terapevticheskiy zhurnal* [Crimean Therapeutic Journal], 2020, No. 2, pp. 69–75. (In Russ.).

6. Chereshev V. A., Krivenko N. V., Krylov V. G. Kompleksnaya otsenka effektivnosti i ustoychivosti regionalnoy sistemy zdavookhraneniya [Complex Evaluation of Efficiency and Sustainability of Regional System of Public Health]. *Ekonomika regiona* [Regional Economy], 2021, Vol. 17, Issue 1, pp. 31–43. (In Russ.).

7. Cockerham W. Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 2005, Vol. 46, pp. 51–67.

8. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa, ON, Minister of Supply and Services Canada, 1974.

9. Lang T., Rayner G. Essay: Ecological Public Health: The 21st Century's Big Idea? *British Medical Journal*, 2012, Vol. 345, No. 7872, pp. 17–20.

Сведения об авторах

Татьяна Борисовна Мельникова

кандидат экономических наук,
доцент кафедры менеджмента, туризма
и гостиничного бизнеса Севастопольского
филиала РЭУ им. Г. В. Плеханова.
Адрес: Севастопольский филиал ФГБОУ ВО
«Российский экономический университет
имени Г. В. Плеханова», 299053, Севастополь,
ул. Вакуленчука, д. 29.
E-mail: sevastopol@rea.ru
ORCID: 0000-0002-2639-498X

Игорь Андреевич Шевчук

доктор медицинских наук,
профессор кафедры менеджмента, туризма
и гостиничного бизнеса Севастопольского
филиала РЭУ им. Г. В. Плеханова.
Адрес: Севастопольский филиал ФГБОУ ВО
«Российский экономический
университет имени Г. В. Плеханова», 299053,
Севастополь, ул. Вакуленчука, д. 29.
E-mail: sevastopol@rea.ru

Information about the authors

Tatyana B. Melnikova

PhD, Assistant Professor of the Department
for Management, Tourism and Hospitality
of the Sevastopol Institute (branch) of the PRUE.
Address: Sevastopol Institute (branch)
of the Plekhanov Russian University
of Economics, 29 Vakulenchuka Str.,
Sevastopol, 299053,
Russian Federation.
E-mail: sevastopol@rea.ru
ORCID: 0000-0002-2639-498X

Igor A. Shevchuk

Doctor of Medical Sciences,
Professor of the Department for Management,
Tourism and Hospitality
of the Sevastopol Institute (branch) of the PRUE.
Address: Sevastopol Institute (branch)
of the Plekhanov Russian University
of Economics, 29 Vakulenchuka Str., Sevastopol,
299053, Russian Federation.
E-mail: sevastopol@rea.ru