

# ИНДИВИДУАЛЬНОЕ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

УДК 330.59:330.567.22

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТАТУСНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Ад.В. Сирусина, Аэл.В. Сирусина, О.Н. Рагозин

*Ханты-Мансийская государственная медицинская академия*

В работе обсуждаются медико-психологические особенности качества жизни населения северного региона в аспекте статусных групп, выделенных по полу, возрасту, стажу проживания на севере и по роду деятельности.

**Ключевые слова:** качество жизни, медико-психологические индикаторы, статусные группы, северный регион.

**Введение.** В 2004 г. Президент России впервые определил качество жизни (КЖ) как целевой критерий социально-экономического развития России [20]. С этого времени проблема измерения и оценки КЖ населения России перешла в плоскость решения практических задач. Уже в июне 2004 г. Минфин и Минэкономразвития России выпустили «Методические рекомендации по подготовке докладов о результатах и основных направлениях деятельности субъектов бюджетного планирования», в которых была представлена первая официальная номенклатура показателей КЖ населения [21]. Ханты-Мансийский автономный округ – Югра – один из немногих субъектов РФ, где законодательно закреплены механизм и направления государственной политики КЖ населения, посредством принятия закона «О качестве жизни населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» [7].

Являясь первоначально социологическим понятием, термин «КЖ» в настоящее время нашел употребление и в медицине. На современном этапе развития медицина приходит к той точке зрения, что хорошее состояние здоровья является отражением не только уровня медицинской помощи, но и удовле-

творения потребностей индивидуума, его адаптации в физической, психологической и социальной сферах. Ряд исследователей характеризует его как «способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни» [12]. ВОЗ определяет КЖ как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [27]. К объективным критериям принято относить физическую активность и трудовую реабилитацию. Субъективные показатели КЖ отражают эмоциональный статус, удовлетворенность жизнью и самочувствие [26]. Очень часто используются близкие термины, отождествляемые с «качеством жизни»: уровень жизни, уклад жизни, стандарт жизни, стиль жизни, образ жизни и т.д. [3; 17; 24; 25]. Все условия жизнеобеспечения человека с определенной долей условности могут быть разделены на: природно-географические условия обитания человека; социальные условия и социальное окружение; экономические факторы жизнеобеспечения; корпоративную культуру. Социальные блага на территории распределя-

ются неравномерно, поэтому и жизненное пространство является дифференцированным. Соответственно, дифференцированы и индивиды, в различной степени имеющие доступ к социальным благам и ресурсам.

Поэтому необходимо применять дифференцированные оценки КЖ, группируя индивидов по различным социальным признакам в однородные кластеры. При этом интегрированное КЖ всего населения будет одновременно дополняться показателями КЖ различных социальных групп. Там, где дифференциация групп принимает иерархический характер, возникает социальная стратификация, которая может быть определена как структурированная система социального неравенства, в которой индивиды и социальные группы ранжированы в соответствии с занимаемым в обществе социальным статусом. Статусная группа – ряд лиц, занимающих одинаковый статус в обществе и ведущих сходный образ жизни, но не образующих реальной группы.

В проведенном исследовании предполагалось рассмотреть взаимосвязь и зависимость медико-психологических составляющих КЖ в статусных группах, выделенных по возрасту, полу, стажу адаптации к субэкстремальным факторам северного региона, и на основе деятельности: лица, занимающиеся физическим трудом, лица, занимающиеся умственным трудом, государственные служащие, безработные, пенсионеры, учитывая особенности адаптации, здоровья и патологии человека на Севере [1; 2; 16].

Учитывая, что значительная часть населения ХМАО-Югра живет и работает в небольших городах и поселках представляется актуальным изучение медико-психологических компонентов качества жизни статусных групп муниципального образования округа (г. Урай, 40 тыс. населения).

#### **Материалы и методы исследования.**

Социальные иерархии можно выстраивать по разным основаниям, например экономическим, профессиональным, обладанию властью. Соответственно, получим экономический статус (уровень дохода); социально-профессиональный статус (уровень образования и квалификации, должностное положение

и позиции на рынке труда); трудовой статус (условия и содержание труда, степень его автономии); властный статус (влияние, господство, авторитет). Каждый человек (группа) одновременно занимает «ступеньки на множестве социальных лестниц и обладает, таким образом, сразу множеством статусов» [23]. Совокупность всех статусов, занимаемых человеком, называют статусным набором. Несовпадение уровня разных статусов индивида или группы называют статусным рассогласованием (несоответствием, неконсистентностью или декомпозицией статусов). Статусы делятся на приписанные (прирожденный и признанный обществом или группой: пол, национальность и др.) и достигнутые или приобретенные путем усилий (муж, студент, банкир, нищий).

Перечислив все статусы человека, можем получить его *статусный портрет* – практическую копию реального человека, но выраженную на языке социологии.

*Социобиологические статусы.* К ним относятся такие, которые даны нам природой. Общество только вмешивается в них, придает определенный оттенок, корректирует, иногда искажает. Общество может вмешиваться даже в такие статусы, которые, казалось бы, не подвержены никаким изменениям. Изменение пола на противоположный или цвета кожи меняет социальный статус.

*Собственно социальные статусы.* Они начинаются с двух больших совокупностей: экономических и профессиональных статусов. К *экономическим* статусам относятся заимодавец, ростовщик, рантье, собственник, наемный работник, землевладелец и т.д. Права и обязанности экономических статусов определяются отношением к собственности и наличием денег. К *профессиональным* статусам относятся все профессии и специальности внутри них. Следующая группа статусов – *политические*. Сюда входят все государственные служащие, все, кто принадлежит к различным партиям, общественным движениям, так или иначе соприкасается с властью. К *религиозным* статусам относятся верующий или неверующий, христианин, буддист, мусульманин, а также крещеный, исповедовавшийся и неисповедовавшийся. Кроме них

большую группу религиозных статусов дает церковная иерархия. Помимо этого существуют *территориальные* статусы, например горожанин, житель села, провинциал, турист, эмигрант, иммигрант.

При формировании выборки использовался стратометрический отбор, то есть производилась рандомизация генеральной совокупности с выделением групп (кластеров), обладающих определенными характеристиками.

Оценка КЖ может производиться двумя основными способами: другим человеком (объективный подход) либо путем самооценки (субъективный подход). Наиболее целесообразным представляется сочетание объективного подхода, отражающего социально приемлемые нормы жизни, и субъективного подхода, который позволяет оценить собственные нормы и предпочтения пациента.

Существуют общие и специализированные опросники для оценки качества жизни при различной патологии. Преимуществом общих опросников является то, что их валидность установлена как для отдельных субъектов, так и для всей популяции. Общие опросники являются полифункциональными и чаще всего учитывают такие показатели, как физическое, социальное, эмоциональное функционирование, восприятие собственного здоровья, жизненная удовлетворенность.

Опросник SF-36 является одним из наиболее популярных [28]. Это связано с тем, что он, являясь общим, позволяет оценивать качество жизни больных с различными нозологиями и сравнивать этот показатель с таковым у здоровой популяции. Кроме того, SF-36 позволяет охватывать респондентов от 14 лет и старше, в отличие от других опросников для взрослых, в которых минимальным порогом является возраст 17 лет. Преимуществом данного опросника является и то, что, будучи высокочувствительным, он краток (содержит всего 36 вопросов), а это делает его применение весьма удобным. Критериями качества жизни по SF-36 являются:

1. Физическая активность Physical Functioning (PF).
2. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности Role Physical (RP).
3. Боль Bodily Pain (BP).
4. Общее здоровье General Health (GH).
5. Жизнеспособность Vitality (VT).
6. Социальная активность Social Functioning (SF).
7. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности Role Emotional (RE).
8. Психическое здоровье Mental Health (MH).

Всего обследовано 1732 человека, выделены 4 статусных группы (рис. 1).

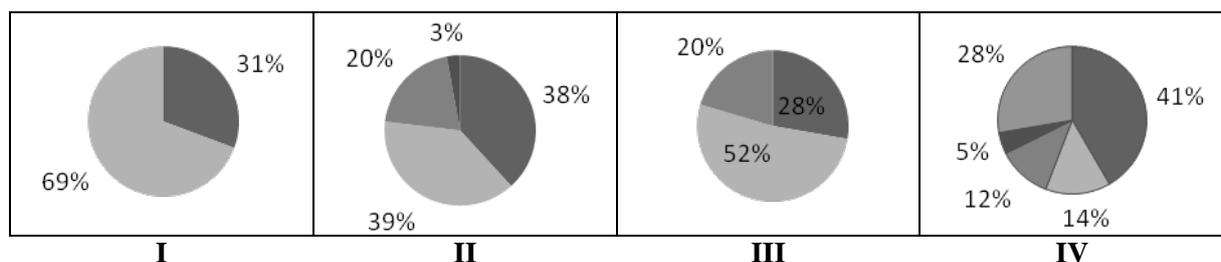


Рис. 1. Распределение обследуемых по статусным группам.

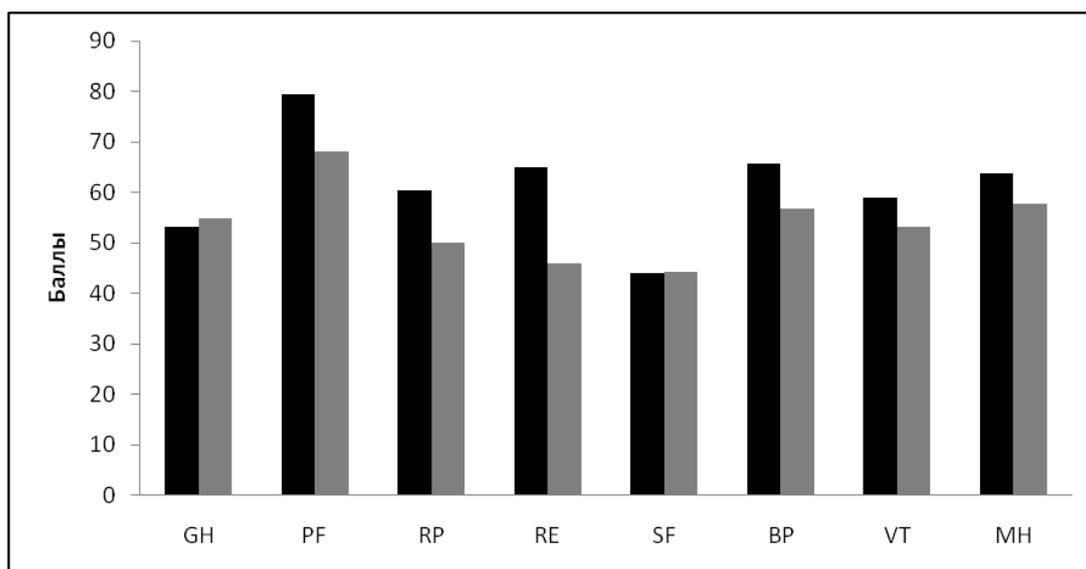
- I ст. гр. – пол: 532 (31 %) мужчин и 1200 (69 %) женщин.  
 II ст. гр. – возраст: молодой – 66 (38 %) человек; зрелый – 67 (39 %) человек; пожилой – 35 (20 %) человек; старческий – 5 (3 %) человек.  
 III ст. гр. – стаж проживания на Севере: 1–20 лет – 480 человек (28 %); 20–40 лет – 897 человек (52 %); 40–60 лет – 352 человека (20 %).  
 IV ст. гр. – род деятельности: физический труд – 710 человек (41 %); умственный труд – 241 человек (14 %); государственные служащие – 20 человек (12 %); пенсионеры – 472 человек (28 %); временно незанятые – 80 человек (5 %)

Учитывая большое количество возрастных классификаций, отсутствие универсальной и общепринятой, в нашем исследовании использовалась рабочая классификация воз-

растных рубежей, рекомендованная конференцией по геронтологии (Ленинград, 1962) и семинаром ВОЗ по социальным и клиническим проблемам [6].

**Результаты и обсуждение.** При анализе гендерных особенностей КЖ жителей северного региона обращает на себя внимание значимое снижение объема физической нагрузки у женщин ( $79,3 \pm 2,4$  %) в сравнении с мужчинами ( $68,05 \pm 3,2$  %) (рис. 2) и то, что показатель, характеризующий роль физических

проблем в ограничении жизнедеятельности, достаточно низок (женщины –  $50,1 \pm 4,7$  %; мужчины –  $60,4 \pm 3,5$  %) и показывает, что проблемы со здоровьем ограничивают повседневную деятельность респондентов на 50 % и 40 % соответственно.



**Рис. 2.** Показатели качества жизни мужчин и женщин, проживающих в северном регионе. Ось абсцисс – шкалы опросника SF-36. Ось ординат – величина показателя в баллах. ■ – мужчины, ■ – женщины.

Достаточно закономерны гендерные отличия по шкале боли. У женщин болевые ощущения ограничивают повседневную жизнь на 44 %, у мужчин – на 35 %, при общероссийских показателях 49 % и 51 % соответственно. Средние значения уровня общего здоровья в сравниваемых группах составляют 53,1 % у мужчин, 54,7 % у женщин (популяционные показатели – 51,4 % и 49,4 % соответственно) и не отличаются достоверно ни регионально, ни по полу. Показатель жизнеспособности составляет у женщин 58,8 %, у мужчин – 53,05 %. Популяционные значения: мужчины – 52,3 %, женщины – 49,1 %; то есть респонденты обоих полов оценивают свой жизненный тонус (ощущение себя бодрым и полным сил) не более чем в 50 % времени. Разница в уровне социальной активности у мужчин и женщин северного региона невелика (43,9 % и 44,0 % соответственно), хотя и ниже, чем в среднем по популяции (51,7 % и 49,3 %).

Эмоциональные проблемы в меньшей мере (35,0 %) ограничивают повседневную

деятельность «серьезных северных мужчин», значительно отличаясь не только от популяционного показателя (48,7 %), но и от уровня ограничения своей повседневной деятельности эмоциональными проблемами у женщин (54,9 %), у которых они вполне сопоставимы с общероссийским (50,5 %). Уровень психического здоровья (рис. 2, 3) (спокойствие, умиротворение) у жителей северного региона (мужчины – 63,7 %, женщины – 57,7 %) выше, чем в общей популяции (мужчины – 52,7 %, женщины – 48,9 %).

Динамика показателей всех шкал опросника SF-36 при анализе возрастных групп достаточно закономерна. Наблюдается достоверное снижение уровня как физических, так и психологических показателей в группах с увеличением возраста, кроме, пожалуй, показателя социальной активности, который практически не изменяется, учитывая большие значения среднеквадратичного отклонения (молодой возраст – 46,8 %, зрелый – 43,1 %, пожилой – 42,8 %, старческий – 41,0 %).

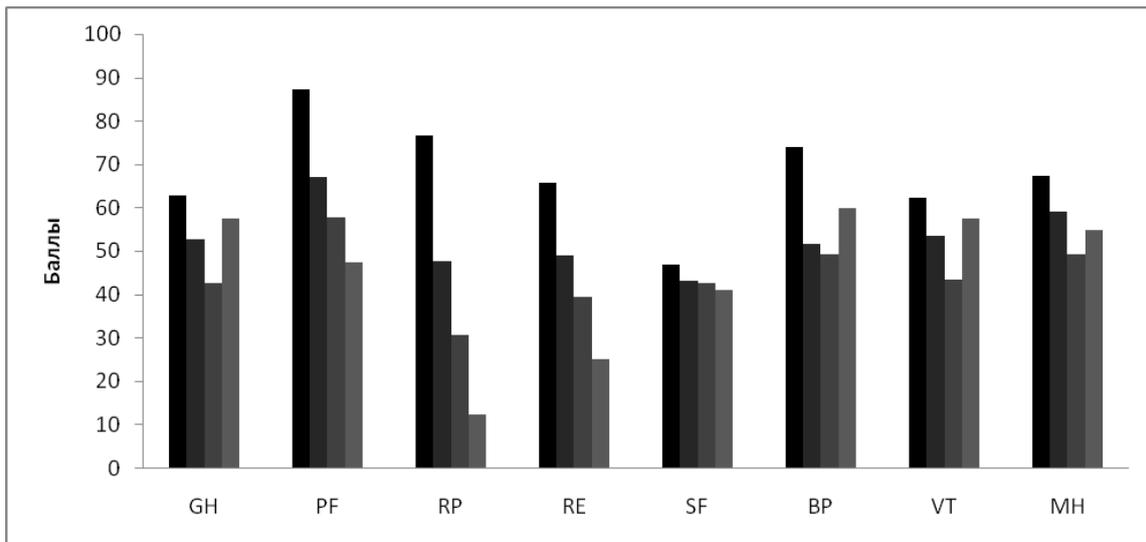


Рис. 3. Показатели качества жизни у людей разного возраста, проживающих в северном регионе.

■ – молодой;  
 ■ – зрелый;  
 ■ – пожилой;  
 ■ – старческий

Невозможность адаптироваться к чрезвычайным условиям жизни и труда создает феномен неполной [14; 15] или незавершенной адаптации [13], который может сохраняться неопределенно долгое время и являться причиной психосоматической патологии. Результаты нашего исследования показывают, что при значимом падении уровня обще-

го здоровья, физической и эмоциональной активности, ролевого физического функционирования величины жизнеспособности, социальной активности и психического здоровья даже в группе исследуемых с длительным стажем адаптации снижаются недостоверно (рис. 4).

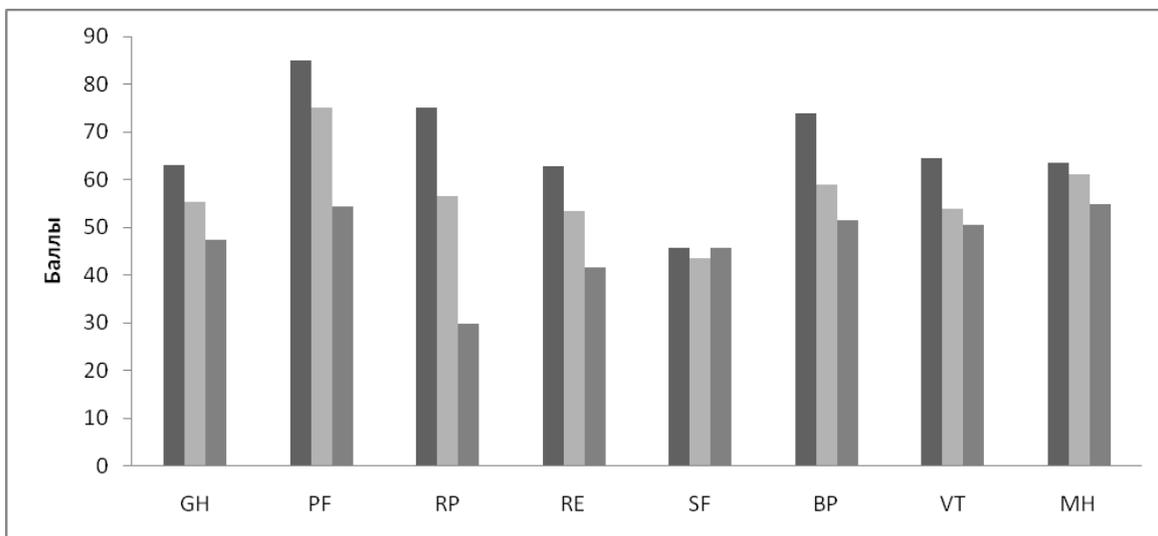
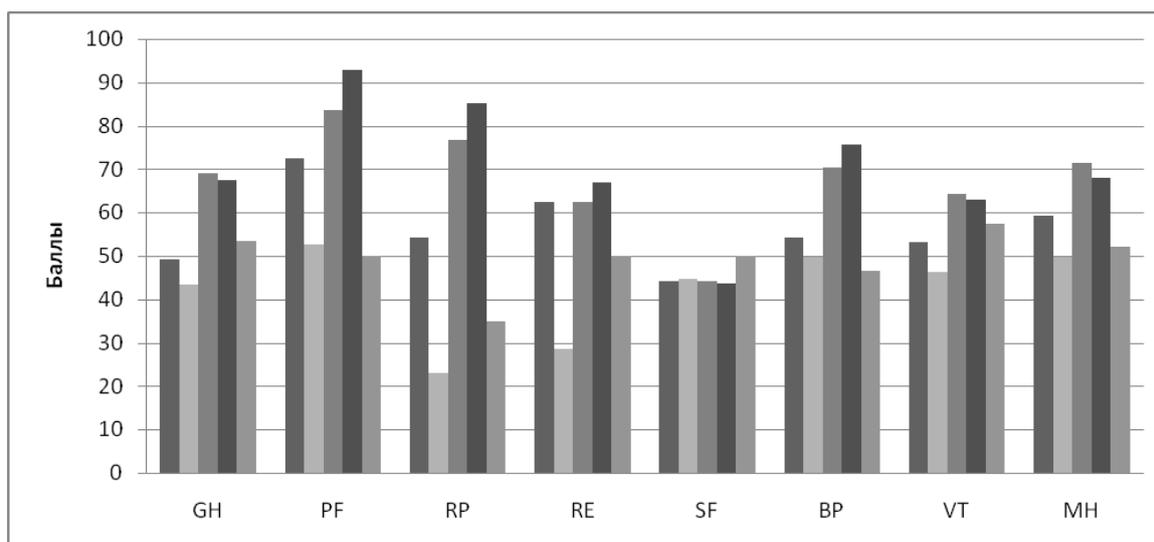


Рис. 4. Показатели качества жизни в зависимости от продолжительности адаптации к условиям северного региона.

■ – 1-20 лет, ■ – 20-40 лет, ■ – 40-60 лет

При рассмотрении параметров физического функционирования в группах, выделенных на основе профессиональной деятельности, обращает на себя внимание то, что у людей умственного труда (92,9 %) и госу-

дарственных служащих (83,6 %), несмотря на отсутствие регулярных физических нагрузок, уровень физической активности гораздо выше, чем у людей занимающихся физическим трудом (72,6 %) (рис. 5).



**Рис. 6.** Показатели качества жизни в группах, выделенных на основе профессиональной деятельности.  
 ■ – физический труд; ■ – пенсионеры; ■ – государственные служащие;  
 ■ – умственный труд; ■ – временно незанятые

У пенсионеров и временно неработающих значения физической активности (52,6 % и 50,0 % соответственно) не выходят за пределы популяционных норм, учитывающих пол и возраст – 55,04–33,28 %. Аналогичен разброс показателя, оценивающего роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Болевые ощущения, ограничивающие повседневную жизнь, также минимальны в группе исследуемых, занимающихся умственным трудом и государственной службой (25 и 30 %), учитывая обратную зависимость этой шкалы (рис. 5). Разброс величин, характеризующих общее здоровье и уровень жизненной активности, не так полярен, и его различия недостоверны в исследуемых группах, хотя группы умственного труда и госслужащих и здесь занимают лидирующую позицию по абсолютным цифрам. Уровень социальных связей, субъективно оценивающий взаимоотношения с друзьями, родственниками, коллегами по работе достаточно низок (при разбросе популяционных значений от 43,81 % до 54,85 %), но обращает на себя внимание отсутствие разницы по величине в исследуемых статусных группах: физический труд – 44,2 %, умственный труд – 44,06 %, госслужащие – 43,58 %, пенсионеры – 44,62 %, временно незанятые – 50,0 %. Эмоциональные проблемы в меньшей мере ограничивают профессионально занятых людей, чем в популяции (43,17–53,77 %), физиче-

ский труд – 62,5 %, госслужащие – 62,4 %, умственный труд – 67,0 %. У пенсионеров и временно незанятых степень ограничения повседневной деятельности эмоциональными проблемами меньше (28,5 % и 50 %). Межгрупповое соотношение в уровне психического здоровья повторяет таковое при анализе общего здоровья, жизненной и физической активности.

Полученные результаты, с одной стороны, демонстрируют гендерные различия, возрастной прессинг, влияние незавершенной адаптации и стратификационный риск в группах, выделенных по принципу занятости, с другой – сближение межгрупповых значений социальной активности, психического здоровья и жизненной активности может являться результатом как достаточности уровня медицинской помощи, так и адекватных социально-реабилитационных программ.

1. Агаджанян, Н.А. Проблемы адаптации и учение о здоровье / Н.А. Агаджанян, Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. – М.: РУДН, 2006. – 284 с.
2. Бутенко, А.П. Социалистический образ жизни / А.П. Бутенко // Вопросы философии. – 1975. – №3.
3. Верховин, В.И. Экономическая социология / В.И. Верховин, В.И. Зубков. – Изд-во РУДН, 2005. – 457 с.
4. Гордеев, В.И. Качество жизни (QOL) – новый инструмент оценки развития детей / В.И. Гордеев, Ю.С. Александрович. – СПб., 2001.

5. Демографический энциклопедический словарь / гл. ред. Д.И. Валентей. – М. : Советская энциклопедия, 1985.
6. Закон Ханты-Мансийского АО – Югры от 28 февраля 2006 г. №35-оз «О качестве жизни населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры».
7. *Иванова, А.Е.* Продолжительность и качество жизни населения в связи с состоянием и прогнозом психического здоровья (методические вопросы и некоторые результаты оценки) / А.Е. Иванова ; М-во здравоохранения России, НПО медико-социальных исслед., экономики и информатики. – М., 1998.
8. Качество жизни здорового населения Санкт Петербурга / Т.И. Ионова и др. // Тез. докл. всероссийской конф. с международным участием «Исследование качества жизни в медицине». – СПб., 2000. – С. 54–57.
9. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / под ред. А.Г. Чучалина. – М. : Атмосфера, 2004. – 253 с.
10. *Койлубаева, Г.М.* Качество жизни больных ревматоидным артритом и некоторые фармако-экономические аспекты заболевания : дис. ... канд. мед. наук / Г.М. Койлубаева. – М., 2005. – 195 с.
11. *Коц, Я.И.* Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Я.И. Коц, Р.А. Либиц // Кардиология. – 1993. – №5. – С. 66–72.
12. *Медведев, В.И.* Устойчивость физиологических и психологических функций человека при действии экстремальных факторов / В.И. Медведев. – Л., 1982. – 103 с.
13. *Медведев, В.И.* О проблеме адаптации / В.И. Медведев // Компоненты адаптационного процесса. – Л., 1984. – С. 3–16.
14. *Меерсон, Ф.З.* Адаптация, стресс и профилактика / Ф.З. Меерсон. – М., 1981. – 278 с.
15. *Могилевский, Р.С.* Проблемы качества жизни крупного города / Р.С. Могилевский. – Л., 1987. – 143 с.
16. *Новик, А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М. : ОЛМА-ПРЕСС, 2002. – 314 с.
17. *Новик, А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – 2-е изд. / А.А. Новик, Т.И. Ионова ; под ред. Ю.Л. Шевченко. – М. : ОЛМАПРЕСС, 2007. – 313 с.
18. Официальный сайт Президента РФ. – Режим доступа : <http://kremlin.ru/>.
19. Патология человека на Севере / А.П. Авцын и др. – М. : Медицина, 1985. – 415 с.
20. Российская бизнес-газета. – 2004. – 22 июня.
21. Системные механизмы адаптации и компенсации / С.Г. Кривошеков и др. // Бюл. СО РАМН. – 2004. – №2 (112). – С. 148–153.
22. *Слуцкий, Е.Г.* Качество жизни молодежи и молодежная политика / Е.Г. Слуцкий. – М., 1997.
23. *Сорокин, П.А.* Человек, цивилизация, общество / П.А. Сорокин. – М., 1992.
24. Социальная статистика. – М. : Финансы и статистика, 1997.
25. *Толстых, В.И.* Образ жизни. Понятие, реальность, проблемы / В.И. Толстых. – М., 1975.
26. Показатели и индикаторы социальных измерений. – М. : РИЦ ИСПИ РАН, 1995.
27. *Hunt, S.* The Nottingham Health profile: subjective status and medical consultations / S. Hunt, S. McKenna, J. McEwen // Soc. Sci. Med. – 1981; 15; 221.
28. Quality of Life Assessment: an Annotated Bibliography. – Geneva, 1994.
29. Sf-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide / J.E. Ware et al. – :QualityMetric Incorporated, 2000. – 150 p.

## THE QUALITY OF LIFE IN THE NORTHERN REGION

Ad.V. Sirusina, Ael.V. Sirusina, O.N. Ragozin

*Khanty-Mansiysk State Medical Academy*

We discuss medical and psychological characteristics of the quality of life in the northern region in different status groups identified by sex, age, occupation and Northern residence time.

**Keywords:** quality of life, medical and psychological indicators, status groups, the Northern region.