

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

DOI: <https://doi.org/10.17816/socm634563>

Медико-социологический анализ здоровья и качества жизни лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области

М.Ю. Сурмач, П.Л. Корнейко

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Понимание взаимосвязи самооценки здоровья и качества жизни с социально-демографическими факторами и показателями здоровья населения необходимо для выявления групп риска и обоснования развития здравоохранения в регионе.

Цель. Обосновать взаимосвязи показателей самооценки качества жизни и удовлетворённости состоянием здоровья с социально-демографическими факторами и объективными показателями здоровья у жителей Гродненской области в возрасте 60 лет и старше.

Методы. Проанализированы данные официальной демографической статистики и статистики здравоохранения, базы данных 1270 человек в возрасте 60 лет и старше, репрезентативной Гродненской области Республики Беларусь по полу, проживанию, возрасту (краткий опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни). Применены методы непараметрической статистики.

Результаты. Гродненская область демонстрирует значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении близкие к среднереспубликанским. Минимальные значения во всех регионах выявляются у мужчин, проживающих в селе. В структуре причин смертности с отрывом лидируют болезни сердечно-сосудистой системы. При самооценке качества жизни преобладают варианты «хорошо» либо «ни плохо, ни хорошо», при самооценке удовлетворённости состоянием здоровья — «ни удовлетворён, ни не удовлетворён». Мужчины в сравнении с женщинами, жители села в сравнении с городскими жителями, не состоящие в браке в сравнении с состоящими в браке, оценивают качество жизни ниже. Подтверждается гипотеза о положительном влиянии на качество жизни наличия у респондента детей, гипотеза о влиянии пенсии по возрасту не подтверждается. Удовлетворённость здоровьем выявляет устойчивость к социально-демографическим факторам. Выявляется положительная средняя корреляционная связь между удовлетворённостью здоровьем и самооценкой качества жизни во всех социально-демографических группах. С увеличением возраста происходит снижение самооценки качества жизни и ещё более выраженное снижение удовлетворённости здоровьем.

Заключение. Мужчины в возрасте 60 лет и старше, проживающие в селе, составляют группу риска по низким самооценкам качества жизни во взаимосвязи с низкой продолжительностью предстоящей жизни. При этом в удовлетворённости здоровьем не выявлено гендерных различий.

Ключевые слова: средняя продолжительность предстоящей жизни; причины смертности населения; Гродненская область; население в возрасте 60 лет и старше; самооценка качества жизни; удовлетворённость здоровьем.

Как цитировать:

Сурмач М.Ю., Корнейко П.Л. Медико-социологический анализ здоровья и качества жизни лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области // Социология медицины. 2024. Т. 23, № 2. С. 116–126. DOI: <https://doi.org/10.17816/socm634563>

ORIGINAL STUDY ARTICLE

DOI: <https://doi.org/10.17816/socm634563>

Medical and sociological analysis of health status and quality of life of persons aged 60 and older in the Grodno Region

Marina Yu. Surmach, Pavel L. Korneiko

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

ABSTRACT

BACKGROUND: Understanding the relationship between self-assessment of health status and quality of life, and social and demographic factors and population health indicators is essential to identify risk groups and provide rationale for the healthcare development in the region.

AIM: To substantiate the relationship between self-assessment of quality of life and satisfaction with health status, and social and demographic factors and actual health indicators for residents of the Grodno Region aged 60 and older.

METHODS: We analyzed the demographics and healthcare statistics, a database of 1,270 individuals aged 60 and older representative of the Grodno Region of the Republic of Belarus by sex, place of residence, and age. A short quality of life questionnaire issued by the World Health Organization was used, and nonparametric statistical methods were applied.

RESULTS: Life expectancy in the Grodno Region is close to the national average, with men in rural areas showing the lowest values across all regions. Heart diseases are by far the leading cause of death. In self-assessment of the quality of life, the predominant options selected by the respondents are "Good" or "Neither bad nor good," while in self-assessment of the health status satisfaction, the predominant options selected by the respondents are "Neither satisfied nor dissatisfied." Men (as compared with women), rural residents (as compared with urban residents), unmarried people (as compared with married people) have lower ratings of their quality of life. The hypothesis that children have a positive impact on the respondent's quality of life is confirmed, while the hypothesis that old-age pension affects it is not confirmed. Health status satisfaction shows tolerance to social and demographic factors. A positive average correlation of health status satisfaction and self-assessment of quality of life is identified in all social and age groups. The higher the age, the lower the self-assessment of the quality of life, and the health status satisfaction is even lower.

CONCLUSION: Men aged 60 and older living in rural areas are at risk based on low self-assessment ratings of quality of life in relation to low life expectancy. However, no gender differences were found in health satisfaction ratings.

Keywords: average life expectancy; causes of death; Grodno Region; population aged 60 and older; self-assessment of quality of life; health status satisfaction.

To cite this article:

Surmach MYu, Korneiko PL. Medical and sociological analysis of health status and quality of life of persons aged 60 and older in the Grodno Region. *Sociology of Medicine*. 2024;23(2):116–126. DOI: <https://doi.org/10.17816/socm634563>

ОБОСНОВАНИЕ

Самооценка здоровья заняла позицию простого и удобного в измерении фактора, который, несмотря на его изначально субъективное содержание, даёт достаточно корректную информацию о здоровье населения, в частности, выступает в качестве доказанного предиктора смертности, а также отражает поведение населения по отношению к здоровью и его сохранению. Показатели удовлетворённости здоровьем применяются в клинико-эпидемиологических исследованиях, программах диспансеризации, благодаря доказанной достаточной (до 80%) чувствительности в отношении соответствия объективным характеристикам здоровья [1]. В условиях постарения населения использование показателей самооценки здоровья и удовлетворённости здоровьем является весьма привлекательным, особенно в условиях дефицита ресурсов. Например, предлагается применять эти показатели в целях скрининга населения пожилого возраста для целевых профилактических вмешательств [2].

В Беларуси 2024 год объявлен Годом качества. Концепция национальной безопасности Республики Беларусь подразумевает надлежащее качество и уровень жизни населения, что является составной частью национальной безопасности и зафиксировано в самой концепции: «В социальной сфере Республика Беларусь намерена войти в число первых 50 стран мира с высоким уровнем развития человеческого потенциала. При этом действия государства будут направлены на обеспечение достойного уровня и качества жизни населения, в том числе за счёт роста реальной заработной платы и иных доходов, совершенствования системы пенсионного обеспечения и адресной социальной помощи, развития системы государственных социальных стандартов.»¹

В медико-социологическом анализе здоровья населения особое внимание уделяется связанному со здоровьем качеству жизни, для измерения которого разработано большое количество инструментов, в том числе унифицированных Всемирной организацией здравоохранения. Для настоящего исследования выбран краткий опросник Всемирной организации здравоохранения для оценки качества жизни (ВОЗКЖ-26) [3, 4].

В Республике Беларусь исследования качества жизни, связанного со здоровьем, проводились в рамках отдельных работ [5–7], не позволяющих представить данные о том, каковы значения показателей качества жизни лиц в возрасте 60 лет и старше (интегральный показатель

и его составляющие), выявить резерв возможного повышения, в полной мере реализовать имеющийся потенциал роста качества жизни, связанного со здоровьем, изучаемой возрастной категории.

К объективным показателям здоровья населения относят группу медико-демографических коэффициентов, показатели первичной и общей заболеваемости, первичного выхода на инвалидность и иные. Для лиц старших возрастных групп особое значение имеют показатели общей смертности, смертности по причинам, структура причин смертности, группа показателей инвалидности. Унифицированным показателем здоровья населения, в том числе выступающим в качестве целевого в большинстве государственных программ, направленных на сохранение и укрепление общественного здоровья в Республике Беларусь, является показатель ожидаемой продолжительности предстоящей жизни. В официальной демографической статистике представлены средняя продолжительность предстоящей жизни при рождении (открытый доступ до 2020 года), а также ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет^{2, 3}.

Исследование взаимосвязи показателей самооценки здоровья и качества жизни населения в возрасте 60 лет и старше с социально-демографическими факторами может помочь выявить целевые группы риска, обнаружить, присутствует ли неоднородность населения изучаемой группы, какие именно меры поддержки необходимы, а дальнейший поиск взаимосвязи с объективными показателями здоровья позволит найти пути медико-организационного воздействия и определить прогноз развития системы здравоохранения с учётом тенденций постарения населения.

ЦЕЛЬ

Анализ общих показателей самооценки качества жизни, удовлетворённости состоянием своего здоровья, их взаимосвязи с социально-демографическими факторами и объективными показателями здоровья населения у лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области.

МЕТОДЫ

В исследовании проанализированы материалы базы данных [8], представляющей выборку из 1270 человек в возрасте 60 лет и старше, репрезентативную Гродненской области с учётом пола, проживания (город или село)

¹ Указ Президента Республики Беларусь от 9 ноября 2010 года № 575 «Об утверждении Концепции национальной безопасности Республики Беларусь» Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=P31000575> Дата обращения: 05.01.2024.

² Постановление Совета министров Республики Беларусь от 3 декабря 2020 года № 693 «О Национальной стратегии Республики Беларусь "Активное долголетие — 2030"» Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22000693> Дата обращения: 05.01.2024.

³ Постановление Совета министров Республики Беларусь от 19 января 2021 года № 28 «О Государственной программе "Здоровье народа и демографическая безопасность" на 2021–2025 годы» // Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=C22100028> Дата обращения: 05.01.2024.

и возраста. Сбор данных осуществлялся сплошным методом в период с 06.06.2022 по 27.11.2023 в организациях здравоохранения города Гродно и Гродненской области.

Критерии исключения: отказ респондента, невозможность участия в опросе по состоянию здоровья.

Применён инструментарий ВОЗКЖ-26. Для самооценки здоровья опросник предлагает вопрос: «Насколько Вы удовлетворены Вашим здоровьем?» и варианты ответа: «1 — совершенно не удовлетворён; 2 — не удовлетворён; 3 — ни удовлетворён, ни не удовлетворён; 4 — удовлетворён; 5 — абсолютно удовлетворён». Для самооценки качества жизни инструментарий содержит вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» и варианты ответа: «1 — очень плохо; 2 — плохо; 3 — ни хорошо, ни плохо; 4 — хорошо; 5 — очень хорошо».

Исследованы общая характеристика самооценки качества жизни и удовлетворённости состоянием своего здоровья, взаимосвязи рассмотренных показателей, выделены социально-демографические группы риска низких значений.

По данным официальной статистики Министерства здравоохранения Республики Беларусь [9–13] и данных государственной демографической статистики [14–16] выполнен медико-статистический сопоставительный анализ связи рассмотренных субъективных социологических показателей с объективными показателями здоровья населения в возрасте 60 лет и старше по Гродненской области, основанный на технологии социологического исследования в качестве методической основы медико-социологического мониторинга [17–20].

Для статистической обработки применены методы расчёта критерия χ^2 (сравнение групп по экстенсивным показателям), коэффициента ранговой корреляции Кендалла (τ) с оценкой по шкале Чеддока. Анализ влияния возраста на самооценку качества жизни и удовлетворённости здоровьем выполнен посредством проверки гипотезы сдвига против альтернатив упорядоченности, для чего применён расчёт критерия Джонхира–Терпстры (z), основанного на попарных статистиках U-критерия Манна–Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Ретроспективный анализ официальных статистических данных открытого доступа, представленных в интервале по 2019 год включительно, выявил поступательный рост универсального показателя здоровья населения — средней продолжительности предстоящей жизни.

Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет и старше составила в Республике Беларусь в 2010 году 14,7 года, в 2019 — 16,1 года. Выявляются выраженные гендерные различия: для женщин значения показателя превышали таковые для мужчин в 2010 году на 5 лет (16,7 и 11,7 года соответственно), причём к 2019 году разрыв несколько увеличился и составил уже 5,3 года (18,2 и 12,9 года соответственно).

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в Беларуси возросла за период с 2010 по 2019 год на 4 года (до 74,5 года). Рост показателя произошёл как у женщин (с 76,5 до 79,3 года), так и мужчин (с 64,6 до 69,2 года), гендерный разрыв сохранился.

В Гродненской области ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 2019 году составляла 74,3 года (для женщин — 79,1 года, для мужчин — 69,2 года). У городского населения данный показатель превышал таковой для населения, проживающего в селе: 75,7 и 70,4 года соответственно. При этом Гродненская область демонстрировала значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, находящиеся на уровне, близком к среднереспубликанскому, в сравнении с иными регионами.

Группой самого низкого значения показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении в Гродненской области являлись мужчины в возрасте 65,7 года, проживающие в селе. Аналогичные тенденции выявлены во всех регионах страны.

В группе лиц в возрасте 60 лет и старше в Гродненской области в период с 2019 по 2023 год включительно ведущей причиной смертности (со значительным отрывом от иных причин) являлись болезни сердечно-сосудистой системы. Их максимальный удельный вес в структуре причин смертности составлял 77,5% в группе лиц в возрасте 75–79 лет в 2021 году, минимальный — 49,7% в группе лиц в возрасте 60–64 года в 2019 году.

На втором месте среди причин смертности населения в возрасте 60 лет и старше — новообразования. Максимальный удельный вес новообразований в структуре причин смертности составлял 26,6% в группе лиц в возрасте 60–64 года в 2019 году. Доля умерших от иных причин (болезни органов дыхания, болезни органов пищеварения, внешние и прочие причины) суммарно близка к удельному весу умерших от онкологических заболеваний.

В возрасте 75 лет и старше возрастает доля смертей от прочих причин, что изменяет структуру причин смертности: второе место разделяют новообразования и прочие причины смерти.

Под влиянием пандемии коронавирусной инфекции структура лидеров причин смертности в рассмотренных возрастных группах статистически значимо не изменялась.

Среди всех умерших от новообразований лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области в период с 2019 по 2023 годы, лидирует возрастная группа 60–64 года, составив максимум (в 2021 году каждый пятый житель области умер от новообразований). Среди умерших от болезней сердечно-сосудистой системы лиц в возрасте 60 лет и старше максимальный вклад вносит группа лиц в возрасте 80 лет и старше, составив максимум в 2021 году (44,7% всех умерших от болезней сердечно-сосудистой системы жителей области).

Анализ удовлетворённости состоянием своего здоровья жителей Гродненской области в возрасте 60 лет

и старше показал, что большинство респондентов [39,45%, 95% доверительный интервал (ДИ) 35,98–43,03] выбрали вариант «3» пятибалльной шкалы. Доли «не удовлетворённых» (варианты 1 и 2 в сумме) и «удовлетворённых» (варианты 4 и 5 в сумме) составили 27,64% и 32,91% соответственно и различались статистически значимо ($\chi^2=4,48$, $p=0,0342$). Выделяются три чётких ранговых места в структуре ответов, которые соответствуют следующим баллам оценки удовлетворённости собственным здоровьем по пятибалльной шкале: первое место — ответ «3 балла», второе — «4» или «5», третье — «1» или «2» балла.

Гендерные различия и различия по проживанию оказались статистически незначимыми. Состоящие в браке статистически значимо реже выбирают вариант ответа «очень не удовлетворён» и статистически значимо чаще — «удовлетворён», по остальным вариантам ответа различия не подтверждаются статистически. Наличие детей оказалось статистически значимым для выбора полярных вариантов ответов: те респонденты, у кого детей нет, несколько чаще выбирали вариант ответа «очень не удовлетворён» ($\chi^2=3,47$, $p=0,0626$) и статистически значимо реже — вариант «очень удовлетворён» ($\chi^2=13,06$, $p=0,0003$).

Для того, чтобы попытаться охарактеризовать социально-демографический портрет респондентов, отвечавших на вопрос «Насколько Вы удовлетворены Вашим

здоровьем?», участников разделили на две группы: первая группа — ответившие «очень не удовлетворён» или «не удовлетворён» на вопрос об удовлетворённости состоянием своего здоровья, вторая группа — ответившие «ни то, ни другое», «удовлетворён» или «очень удовлетворён». Оказалось, что респонденты статистически незначимо чаще (52,44%) оценивают качество жизни на позиции ниже среднего и среднее (1–3 балла), чем как «хорошее» и «очень хорошее» (4–5 баллов) (табл. 1).

Среди «удовлетворённых здоровьем» (группа 1) респондентов доля работающих и не получающих пенсию статистически значимо выше, чем в группе «неудовлетворённых», где в свою очередь статистически значимо выше доля получающих пенсию по инвалидности. Очевидно, что наличие инвалидности является следствием нарушения состояния здоровья, а наличие работы и отсутствие пенсии по возрасту свидетельствуют о более молодом возрасте респондента, что объективно способствует более высокой удовлетворённости состоянием здоровья. Иные социально-демографические факторы не демонстрировали статистически значимого влияния.

Ответы на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» распределились следующим образом (рис. 1).

Анализ данного показателя в зависимости от пола выявил, что большинство мужчин (218 человек, 47,39%) выбрали ответ «ни плохо, ни хорошо», в отличие от женщин,

Таблица 1. Социально-демографический портрет респондентов, отвечавших на вопрос «Насколько Вы удовлетворены Вашим здоровьем?»

Table 1. Demographic profile of respondents who answered the question “How satisfied are you with your health status?”

Социально-демографические характеристики Demographic profile		Удовлетворённость состоянием здоровья, n/% (95% доверительный интервал) Health status satisfaction, n/% (95 % confidence interval)		Достоверность различий Statistical significance
		Группа 1 Group 1 (n=418)	Группа 2 Group 2 (n=852)	
Пол Sex	Мужской Male	145/34,69 (30,28–39,37)	315/36,97 (33,8–40,26)	$p > 0,05$
	Женский Female	273/65,31 (60,63–69,72)	537/63,03 (59,74–66,2)	$p > 0,05$
Проживание Place of residence	Город Town	273/65,31 (60,63–69,72)	573/67,25 (64,03–70,32)	$p > 0,05$
	Село Village	145/34,69 (30,28–39,37)	279/32,75 (29,68–35,97)	$p > 0,05$
Наличие работы Employment	Да Yes	187/44,74 (40,04–49,53)	235/27,58 (24,69–30,68)	$\chi^2=17,92$, $p=0,0000$
	Нет No	231/55,26 (50,47–59,96)	617/72,42 (69,32–75,31)	$\chi^2=7,70$, $p=0,0055$
В браке Married	Да Yes	319/76,32 (72,01–80,14)	601/70,54 (67,39–73,5)	$p > 0,05$
	Нет No	99/23,68 (19,86–27,99)	251/29,46 (26,5–32,61)	$p > 0,05$
Наличие детей Having children	Да Yes	379/90,67 (87,5–93,1)	754/88,5 (86,18–90,47)	$p > 0,05$
	Нет No	39/9,33 (6,9–12,5)	98/11,5 (9,53–13,82)	$p > 0,05$
Проживание с детьми Living with children	Да Yes	76/18,18 (14,78–22,16)	152/17,84 (15,42–20,55)	$p > 0,05$
	Нет No	342/81,82 (77,84–85,22)	700/82,16 (79,45–84,58)	$p > 0,05$
	Нет No	58/13,88 (10,31–18,41)	82/9,62 (7,47–12,32)	$\chi^2=4,09$, $p=0,00432$
Получение пенсии Receiving pension benefits	Да, по возрасту Yes, retirement	345/82,54 (77,66–86,53)	679/79,69 (76,2–82,79)	$p > 0,05$
	Да, по инвалидности Yes, disability	15/3,59 (1,96–6,47)	91/10,68 (8,41–13,48)	$\chi^2=15,97$, $p=0,0001$

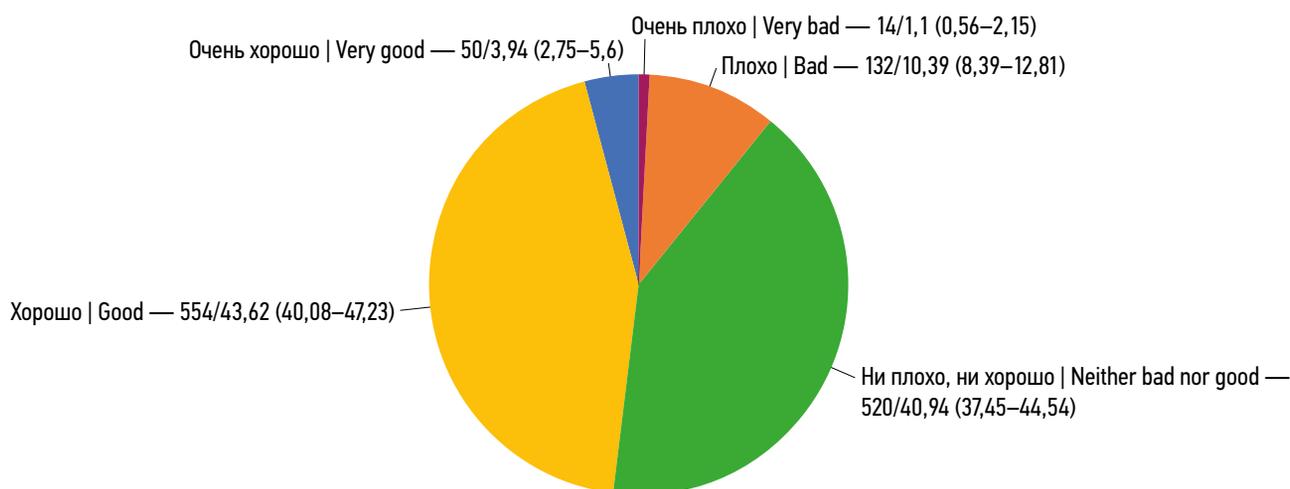


Рис. 1. Самооценка качества жизни лицами в возрасте 60 лет и старше, проживающими в Гродненской области (n=1270).

Fig. 1. Self-assessment of quality of life by persons aged 60 and older living in the Grodno Region (n=1,270).

которые в большинстве (397 человек, 49,01%) выбрали ответ «хорошо». На втором месте у мужчин был ответ «хорошо» — его выбрали 157 (34,13%) опрошенных, у женщин — «ни плохо, ни хорошо» (302/37,28%).

Для того, чтобы попытаться охарактеризовать социально-демографический портрет респондентов, отвечавших на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?», участников разделили на две группы: первая группа — отмечающие «хорошее» и «очень хорошее»

качество жизни, вторая группа — отмечающие «ни хорошее, ни плохое», «плохое» или «очень плохое» качество жизни.

Количественно выявлено некоторое преобладание второй группы (666 человек, 52,44%) над первой (604 человека, 47,56%), однако 95% ДИ групп пересекаются (49,69–55,18% и 44,82–50,31% соответственно), следовательно, преобладание не является статистически значимым (табл. 2).

Таблица 2. Социально-демографический портрет респондентов, отвечавших на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?»

Table 2. Demographic profile of respondents who answered the question "How satisfied are you with your health status?"

Социально-демографические характеристики Demographic profile		Удовлетворённость состоянием здоровья, n/% (95% доверительный интервал) Health status satisfaction, n/% (95 % confidence interval)		Достоверность различий Statistical significance
		Группа 1 Group 1 (n=604)	Группа 2 Group 2 (n=666)	
Пол Sex	Мужской Male	180/29,8 (26,29–33,57)	280/42,04 (38,35–45,83)	$\chi^2=20,54$, $p < 0,00001$
	Женский Female	424/70,2 (66,43–73,71)	386/57,96 (54,17–61,65)	
Проживание Place of residence	Город Town	441/73,01 (69,34–76,4)	405/60,81 (57,05–64,45)	$\chi^2=21,21$, $p < 0,00001$
	Село Village	163/26,99 (23,6–30,66)	261/39,19 (35,55–42,95)	
Наличие работы Employment	Да Yes	251/41,56 (37,69–45,53)	171/25,68 (22,5–29,13)	$\chi^2=36$, $p < 0,00001$
	Нет No	353/58,44 (54,47–62,31)	495/74,32 (70,87–77,5)	
В браке Married	Да Yes	482/79,8 (76,42–82,81)	171/25,68 (22,5–29,13)	$\chi^2=371,47$, $p < 0,00001$
	Нет No	122/20,2 (17,19–23,58)	495/74,32 (70,87–77,5)	
Наличие детей Having children	Да Yes	554/91,72 (89,25–93,66)	579/86,94 (84,16–89,29)	$\chi^2=7,57$, $p=0,0061$
	Нет No	50/8,28 (6,34–10,75)	87/13,06 (10,71–15,84)	
Проживание с детьми Living with children	Да Yes	96/15,89 (13,2–19,02)	132/19,82 (16,97–23,02)	$\chi^2=3,31$, $p=0,0687$
	Нет No	508/84,11 (80,98–86,8)	534/80,18 (76,98–83,03)	
	Нет No	66/10,93 (8,25–14,34)	74/11,11 (8,52–14,36)	
Получение пенсии Receiving pension benefits	Да, по возрасту Yes, retirement	511/84,6 (80,76–87,79)	513/77,03 (72,9–80,69)	$\chi^2=1,25$, $p=0,2643$
	Да, по инвалидности Yes, disability	27/4,47 (2,85–6,95)	79/11,86 (9,18–15,19)	

Таким образом, в группе респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, преобладают женщины, проживающие в городе, имеющие детей, и резко доминируют респонденты, состоящие в браке. Проживание отдельно от детей чаще встречается у респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, но данное различие не является статистически значимым при сравнении с группой респондентов, отмечающих «ни хорошее, ни плохое», «плохое» или «очень плохое» качество жизни. Преобладание либо отсутствие пенсии по возрасту не является статистически значимым фактором, в то время как получение пенсии по инвалидности значительно чаще характерно для респондентов с более низкой самооценкой качества жизни.

Между уровнем самооценки качества жизни и уровнем удовлетворённости состоянием своего здоровья выявлена умеренная статистически значимая положительная корреляционная связь ($\tau=0,461$, 95% ДИ 0,421–0,502, $p < 0,00001$). Рост удовлетворённости состоянием здоровья сопровождается ростом самооценки качества жизни как у мужчин ($\tau=0,494$, 95% ДИ 0,427–0,562, $p < 0,00001$), так и у женщин ($\tau=0,454$, 95% ДИ 0,403–0,505, $p < 0,00001$), при отсутствии статистически значимых гендерных различий. Умеренная положительная корреляция подтверждается и в группе городских жителей ($\tau=0,462$, 95% ДИ 0,413–0,512, $p < 0,00001$) и в группе жителей села ($\tau=0,469$, 95% ДИ 0,397–0,541, $p < 0,00001$).

С увеличением возраста происходит статистически значимое снижение самооценки качества жизни: $z=-3,0753$, $p=0,0011$ (рис. 2).

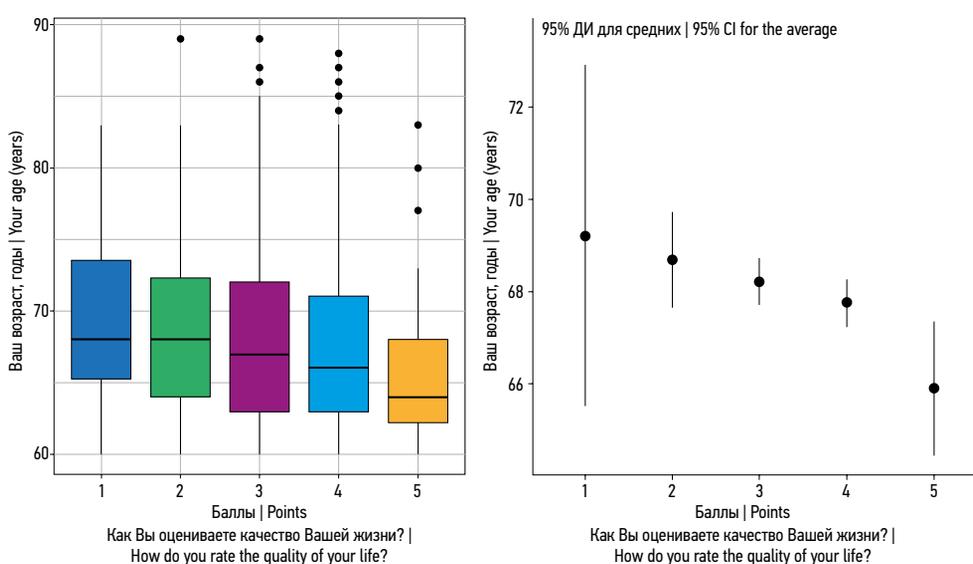


Рис. 2. Коробчатая диаграмма распределения показателя «Ваш возраст» в группах, выделенных по значению показателя самооценки качества жизни.

Fig. 2. Distribution box plot for “Your age” indicator in groups identified by the self-assessed value of quality of life.

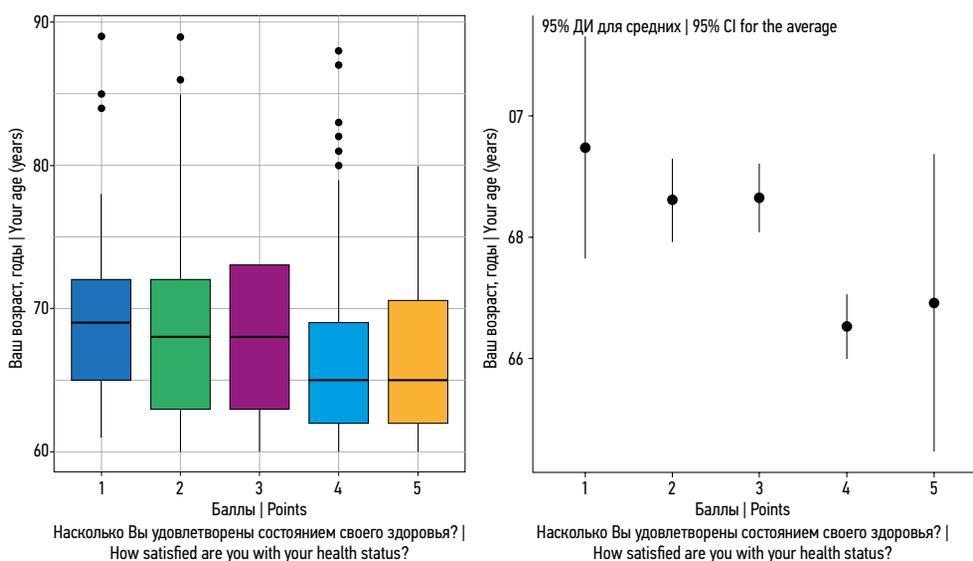


Рис. 3. Коробчатая диаграмма распределения показателя «Ваш возраст» в группах, выделенных по значению показателя удовлетворённости состоянием здоровья.

Fig. 3. Distribution box plot for “Your age” indicator in groups identified by the value of health status satisfaction.

С увеличением возраста удовлетворённость состоянием здоровья тоже снижается, причём выраженность снижения более значительная, чем в аналогичной связи для показателя самооценки качества жизни: $z=-5,412$, $p < 0,00001$ (рис. 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Влияние социально-демографических факторов на здоровье очевидно. Анализ ранее опубликованных данных показывает: пол, возраст, семейное положение, социальный статус, наличие специальных медицинских знаний могут влиять на самооценку и уровень качества жизни, а также на самооценку здоровья человека. В нашем исследовании чётко прослеживаются определённые закономерности в этой сфере, выявленные для населения Гродненской области Республики Беларусь возрастной категории 60 лет и старше.

Так, уровень удовлетворённости собственным здоровьем, в отличие от самооценок качества жизни, выявляет значительную устойчивость к полу респондента, проживанию в городе или селе, а первое ранговое место в структуре оценок не меняется также в зависимости от наличия у респондента работы, его (её) семейного положения, наличия детей, совместного проживания с детьми. Так, большинство респондентов (35,98–43,03%) выбрали вариант «3» пятибалльной шкалы, первое ранговое место в структуре ответов соответствует данному ответу (второе — баллам «4» или «5», третье — баллам «1» или «2»).

При исследованиях самооценки здоровья у москвичей в возрасте 55 лет и старше было выявлено, что лишь 10% респондентов оценивали свое здоровье как хорошее, в то же время 18,6% опрошенных оценивали его как плохое. При проведении многофакторного анализа после поправки на пол, возраст, образование и семейное положение с низким уровнем самооценки здоровья достоверно ассоциировались артериальная гипертензия, курение, ожирение [21].

Известно, что одним из факторов, существенно повышающих субъективную оценку здоровья пенсионеров, является наличие у них возможности трудиться после достижения пенсионного возраста. Так, в 2018 году среди работающих женщин в возрасте от 55 до 65 лет доля лиц с позитивной оценкой своего здоровья была более чем в 1,5 раза больше (15,6 против 9,8%), тогда как доля лиц с негативной самооценкой здоровья почти в 2,5 раза меньше (10,4 против 25,2%), чем среди неработающих женщин этого же возраста. Аналогичная картина наблюдалась и в когорте мужчин 60–69-летнего возраста, где разница между работающими и неработающими по доле позитивных самооценок здоровья достигала 2 раз (22,8 против 11,1%), а по доле негативных самооценок — 2,5 раза, но в противоположную сторону (10,5 против 27%). При этом во всех старших возрастных когортах

работающие заметно опережали неработающих по средней оценке воспринимаемого здоровья (50–59 лет — 3,02 против 2,80; 60–69 лет — 2,98 против 2,76; 70 лет и более — 2,73 против 2,44) [22].

Наше исследование не выявило влияния наличия работы у респондента на его (её) уровень удовлетворённости собственным здоровьем. Только в группе респондентов, получающих пенсию по инвалидности, структура ответов по самооценке удовлетворённости здоровьем иная: преобладают низкие баллы оценки («1» или «2» балла); доли тех, кто выбрал варианты «очень не удовлетворён» или «не удовлетворён», статистически значимо превышают таковые в других группах (в том числе в сравнении с респондентами, получающими пенсию по возрасту); доля респондентов, выбравших ответ «удовлетворён», является статистически значимо самой низкой.

В то же время анализ влияния социально-демографических факторов на воспринимаемое качество жизни выявил иные результаты. Так, анализ самооценки качества жизни лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области, показал, что большая часть респондентов выбирают вариант ответа «хорошо» (40,08–47,23%) либо «ни плохо, ни хорошо» (37,45–44,54%). Мужчины в сравнении с женщинами, жители села в сравнении с городскими жителями, а также не состоящие в браке в сравнении с состоящими оценивают собственное качество жизни ниже. Таким образом, гендерный фактор значим. Вместе с тем направленность влияния данного фактора отличается от проведённых ранее исследований в Российской Федерации. По данным исследований конца XX – начала XXI столетий доля положительных оценок качества жизни женщинами в Российской Федерации была в 1,7–2 раза ниже в сравнении с мужчинами. К середине второй декады 2000-х годов различия сократились и составляли уже 1,4–1,5 раза, при этом выявлено, что доля лиц, оценивающих собственное здоровье как хорошее или очень хорошее, снижается среди 60–69 летних респондентов до 9,7%, а среди респондентов в возрасте 70 лет и старше — до 4%, тогда как доля воспринимающих свое здоровье как плохое или совсем плохое вырастает соответственно до 23,3 и 49,0% [23].

Таким образом, в части влияния гендерного фактора на самооценку качества жизни возможна национальная специфика для белорусского населения либо для населения Гродненской области, что требует дальнейшего изучения.

Нами подтверждается гипотеза о положительном влиянии на самооценку качества жизни фактора наличия у респондента детей. Вместе с тем совместное проживание с детьми не всегда влияет положительно. Проживание отдельно от детей чаще встречается у респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, но данное различие не является статистически значимым. Установлено, что наличие или отсутствие пенсии по возрасту не оказывает статистически значимого влияния

на самооценку качества жизни. Наличие пенсии у работающих респондентов не является статистически значимым фактором во влиянии на результаты самооценки качества жизни. Получение пенсии по инвалидности статистически значимо чаще характерно для респондентов с более низкой самооценкой качества жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на взаимосвязь двух рассмотренных в работе показателей — самооценки качества жизни и удовлетворённости своим здоровьем, — влияние социально-демографических факторов на данные показатели не идентично. Так, уровень удовлетворённости собственным здоровьем выявляет значительную устойчивость к социально-демографическим факторам (пол, проживание в городе или селе), первое ранговое место (35,98–43,03%, вариант «3» пятибалльной шкалы) не зависит от наличия у респондента работы, его (её) семейного положения, наличия детей, совместного проживания с детьми.

Рост удовлетворённости состоянием здоровья сопровождается статистически значимым ростом самооценки качества жизни во всех социально-демографических группах. С увеличением возраста происходит статистически значимое снижение самооценки качества жизни и ещё более выраженное снижение удовлетворённости состоянием здоровья.

Гродненская область демонстрирует значения ожидаемой продолжительности жизни при рождении, находящиеся на уровне, близком к среднереспубликанскому, в сравнении с иными регионами. При этом минимальные значения во всех регионах выявляются у мужчин, проживающих в селе. В структуре причин смертности со значительным отрывом лидируют болезни сердечно-сосудистой системы.

Мужчины в возрасте 60 лет и старше, проживающие в селе, составляют группу риска низких самооценок качества жизни во взаимосвязи с низкой продолжительностью предстоящей жизни. При этом в удовлетворённости здоровьем не выявлено гендерных различий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Wu S., Wang R., Zhao Y., et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study // *BMC Public Health*. 2013. Vol. 13, P. 320. doi: 10.1186/1471-2458-13-320
2. Шальнова С.А., Имаева А.Э., Капустина А.В., и др. Самооценка здоровья москвичей 55 лет и старше, традиционные факторы риска и их прогностическое значение // *Российский кардиологический журнал*. 2019. Т. 24, № 6. С. 27–33. EDN: TREAEM doi: 10.15829/1560-4071-2019-6-27-33
3. Russian WHOQOL-BREF. В: World Health Organization [интернет]. World Health Organization, 2020. Режим доступа: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/russian-whoqol-bref> Дата обращения: 30.05.2024.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Исследование выполнено при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (грант Г24У-007 от 02.05.2024).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов.

Вклад авторов. Все авторы подтверждают соответствие своего авторства международным критериям ICMJE (все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией). Наибольший вклад распределён следующим образом: М.Ю. Сурмач — концепция и дизайн исследования, анализ полученных данных, написание текста; П.Л. Корнейко — сбор и обработка материалов, анализ полученных данных.

Этическое утверждение. Программа исследования рассмотрена, прошла экспертизу этического комитета и утверждена на заседании научно-технического совета Гродненского государственного медицинского университета (приказ проректора по научной работе № 47-Л (а/д) от 21.12.2022).

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. Supported by the Belarusian Republican Foundation for Fundamental Research (grant G24U-007 dated May 2, 2024).

Competing interests. The authors claim that there is no conflict of interest in the article.

Authors' contribution. All authors confirm compliance of their authorship with the international ICMJE criteria (all authors have made a significant contribution to the development of the concept, research and preparation of the article, read and approved the final version before publication. M.Yu. Surmach — research conception and design, data analysis, text writing; P.L. Korneiko — data collection and processing, data analysis.

Ethics approval. The research programme was reviewed, passed the expertise of the ethical committee, and was approved at the meeting of the Scientific and Technical Council of Grodno State Medical University (order of the Vice-Rector for Scientific Work No. 47-L (a/d) dated 21.12.2022).

4. Skevington S.M., Lotfy M., O'Connell K.A., WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group // *Qual Life Res*. 2004. Vol. 13, N 2. P. 299–310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
5. Gaška I., Sygit K., Cipora E., et al. Assessment of the health behaviours and value-based health analysis of people aged 50+ who were hospitalized due to cardiovascular disease // *Int J Environ Res Public Health*. 2021. Vol. 18, N 8. P. 4221. doi: 10.3390/ijerph18084221
6. Сурмач М.Ю. Качество жизни подростков, связанное с репродуктивным здоровьем, как предмет изучения социологии медицины: методика и популяционные показатели // *Социология медицины*. 2013. № 2. С. 40–45. EDN: RQAFIN

7. Мороз И.Н., Сикорский А.В., Перетто Д.Р., и др. Оценка удовлетворённости качеством жизни населения // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2020. № 4. С. 6–13. doi: 10.25742/NRIPH.2020.04.001
8. Корнейко П.Л., Сурмач М.Ю. Качество жизни и медицинская информированность, связанные со здоровьем, лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области (база данных). 2024.
9. Гродненская университетская клиника, организационно-методический отдел. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2019 год. Гродно: ГУК, 2020. 187 с.
10. Гродненская университетская клиника, организационно-методический отдел. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2020 год. Гродно: ГУК, 2021. 161 с.
11. Гродненская университетская клиника, организационно-методический отдел. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2021 год. Гродно: ГУК, 2022. 157 с.
12. Гродненская университетская клиника, организационно-методический отдел. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2022 год. Гродно: ГУК, 2023. 151 с.
13. Гродненская университетская клиника, организационно-методический отдел. Сборник статистических показателей здравоохранения Гродненской области за 2023 год. Гродно: ГУК, 2024. 151 с.
14. Демографическая и социальная статистика. Здравоохранение. В: Национальный статистический комитет Республики Беларусь [интернет]. Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 1998–2024. Режим доступа: https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravoohranenie_2/ Дата обращения: 05.01.2024.
15. Здравоохранение. В: Гендерная статистика [интернет]. Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 1998–2024. Режим доступа: <https://gender.belstat.gov.by/health> Дата обращения: 05.01.2024.
16. Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2019 г. [интернет]. Минск: ГУ РНПЦ МТ, 2019. 257 с. Режим доступа: <http://m.med.by/content/stat/stat2019/2019-1.pdf> Дата обращения: 05.01.2024.
17. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть I) // Социология медицины. 2010. № 1. С. 3–12. EDN: MVOFNT
18. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть II) // Социология медицины. 2010. № 2. С. 3–15. EDN: NTPURF
19. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть III) // Социология медицины. 2011. № 1. С. 3–14. EDN: NWFDER
20. Решетников А.В. Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (часть IV) // Социология медицины. 2011. № 2. С. 3–10. EDN: OOVKFZ
21. Шальнова С.А., Имаева А.Э., Капустина А.В., и др. Самооценка здоровья москвичей 55 лет и старше, традиционные факторы риска и их прогностическое значение // Российский кардиологический журнал. 2019. Т. 24, № 6. С. 27–33. doi: 10.15829/1560-4071-2019-6-27-33
22. Канева М.А., Байдин В.М. Гетерогенность ответов при самооценке здоровья россиян // Прикладная эконометрика. 2018. № 3. С. 102–125.
23. Козырева П.М., Смирнов А.И. Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода // Социологические исследования. 2020. № 4. С. 70–81. EDN: MLJZHL doi: 10.31857/S013216250009116-0

REFERENCES

1. Wu S, Wang R, Zhao Y, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*. 2013;13:320. doi: 10.1186/1471-2458-13-320
2. Shalnova SA, Imaeva AE, Kapustina AV, et al. Self-assessment of health of Muscovites 55 years and older, traditional risk factors and their prognostic value. *Russian Journal of Cardiology*. 2019;24(6):27–33. EDN: TREAEM doi: 10.15829/1560-4071-2019-6-27-33
3. Russian WHOQOL-BREF. In: *World Health Organization* [Internet]. World Health Organization, 2020 [cited 30 May 2024]. Available from: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/russian-whoqol-bref>
4. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004;13(2):299–310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
5. Gaška I, Sygit K, Cipora E, et al. Assessment of the Health Behaviours and Value-Based Health Analysis of People Aged 50+ Who Were Hospitalized Due to Cardiovascular Disease. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(8):4221. doi: 10.3390/ijerph18084221
6. Surmach MYu. Quality of life of adolescents associated with reproductive health as a subject of study in the sociology of medicine: methodology and population indicators. *Sociology of medicine*. 2013(2):40–45. EDN: RQAFIN
7. Moroz IN, Sikorsky AV, Peretto DR, et al. Assessment of satisfaction with the quality of life of the population. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko*. 2020(4):6–13. (In Russ.) doi: 10.25742/NRIPH.2020.04.001
8. Korneyko PL, Surmach MYu. *Quality of life and health-related medical awareness of individuals aged 60 years and older living in the Grodno region (database)*; 2024. (In Russ.)
9. Grodno university clinic, organizational and methodological department. *Collection of statistical indicators of healthcare of the Grodno region for 2019*. Grodno: GUK; 2020. 187 p. (In Russ.)
10. Grodno University Clinic, organizational and methodological department. *Collection of statistical indicators of healthcare of the Grodno region for 2020*. Grodno: GUK; 2021. 161 p. (In Russ.)
11. Grodno university clinic, organizational and methodological department. *Collection of statistical indicators of healthcare of the Grodno region for 2021*. Grodno: GUK; 2022. 157 p. (In Russ.)

12. Grodno university clinic, organizational and methodological department. *Collection of statistical indicators of healthcare of the Grodno region for 2022*. Grodno: GUK; 2023. 151 p. (In Russ.)
13. Grodno university clinic, organizational and methodological department. *Collection of statistical indicators of healthcare of the Grodno region for 2023*. Grodno: GUK; 2024. 151 p. (In Russ.)
14. Demographic and social statistics. Health care. In: *National Statistical Committee of the Republic of Belarus* [Internet]. Minsk: National Statistical Committee of the Republic of Belarus; 1998–2024 [cited 01 May 2024]. Available from: https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/solialnaya-sfera/zdravooohranenie_2/ (In Russ.)
15. Health care. In: *Gender Statistics* [Internet]. Minsk: National Statistical Committee of the Republic of Belarus; 1998–2024 [cited 01 May 2024]. Available from: <https://gender.belstat.gov.by/health> (In Russ.)
16. Republican scientific and practical center for medical technologies, informatization, management and economics of healthcare. *Healthcare in the Republic of Belarus: official. stat. collection for 2019* [Internet]. Minsk: GA RSPC MT; 2019 [cited 01 May 2024]. Available from: <http://m.med.by/content/stat/stat2019/2019-1.pdf> (In Russ.)
17. Reshetnikov AV. Technology of sociological research as a methodological basis for medical and sociological monitoring (part I). *Sociology of medicine*. 2010(1):3–12. EDN: MVOFNT
18. Reshetnikov AV. Technology of sociological research as a methodological basis for medical and sociological monitoring (part II). *Sociology of medicine*. 2010(2):3–15. EDN: NTPURF
19. Reshetnikov AV. Technology of sociological research as a methodological basis for medical and sociological monitoring (part III). *Sociology of medicine*. 2011(1):3–14. EDN: NWFDER
20. Reshetnikov AV. Technology of sociological research as a methodological basis for medical and sociological monitoring (part IV). *Sociology of medicine*. 2011(2):3–10. EDN: OOVKFZ
21. Shalnova SA, Imaeva AE, Kapustina AV, et al. Self-assessment of health of Muscovites 55 years and older, traditional risk factors and their prognostic value. *Russian Journal of Cardiology*. 2019;24(6):27–33. (In Russ.) doi: 10.15829/1560-4071-2019-6-27-33
22. Kaneva MA, Baidin VM. Heterogeneity of responses in self-assessment of health of Russians. *Applied Econometrics*. 2018;(3):102–125. (In Russ.)
23. Kozyreva PM, Smirnov AI. Dynamics of self-assessments of health of Russians: current trends of the post-Soviet period. *Sociological studies*. 2020;(4):70–81. (In Russ.) EDN: MLJZHL doi: 10.31857/S013216250009116-0

ОБ АВТОРАХ

*** Корнейко Павел Леонтьевич;**

адрес: Беларусь, 230009, Гродно, ул. М. Горького, д. 80;

ORCID: 0000-0001-8449-296X;

eLibrary SPIN: 2480-2402;

e-mail: pavelkorneiko@gmail.com

Сурмач Марина Юрьевна, д-р. мед. наук, проф.;

ORCID: 0000-0002-3653-8385;

eLibrary SPIN: 3697-5235;

e-mail: marina_surmach@mail.ru

AUTHORS' INFO

*** Pavel L. Korneiko**, MD;

address: 80 M. Gorkogo street, 230009 Grodno, Belarus;

ORCID: 0000-0001-8449-296X;

eLibrary SPIN: 2480-2402;

e-mail: pavelkorneiko@gmail.com

Marina Yu. Surmach, MD, Dr. Sci. (Medicine), Professor;

ORCID: 0000-0002-3653-8385;

eLibrary SPIN: 3697-5235;

e-mail: marina_surmach@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author