

УДК 616-053.9:159.942.22 (476.6)

СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КАТЕГОРИИ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ. ЧАСТЬ 2: РЕЗУЛЬТАТЫ САМООЦЕНКИ¹

М.Ю.Сурмач, П.Л.Корнейко

Гродненский государственный медицинский университет,
ул. М.Горького, 80, 230009, г. Гродно, Республика Беларусь

Впервые, на примере Гродненской области, в исследовании связанного со здоровьем качества жизни и медицинской информированности лиц в возрасте 60 лет и старше выполнен анализ самооценки качества жизни лиц данной возрастной категории, ее особенностей в зависимости от пола, места проживания, таких социально-демографических факторов, как наличие работы, пенсии по возрасту, пенсии по инвалидности, состояния в браке, наличия детей, проживания со своими детьми отдельно либо совместно. Установлено, что социально-демографический портрет респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, следующий: женщины, проживающие в городе ($\chi^2 = 21,21$; $p < 0,00001$), имеющие детей ($\chi^2 = 7,57$; $p = 0,0061$), работающие ($\chi^2 = 36,00$; $p < 0,00001$), при этом, значительно доминируют респонденты, состоящие в браке ($\chi^2 = 371,47$; $p < 0,00001$). Проживание отдельно от детей чаще встречается у респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, но данное различие не является статистически значимым. Преобладание либо отсутствие пенсии по возрасту не является значимым для самооценки качества жизни фактором, в то время как получение пенсии по инвалидности значительно чаще характерно для респондентов с более низкой самооценкой качества жизни.

Ключевые слова: Гродненская область; население в возрасте 60 лет и старше; связанное со здоровьем качество жизни; опрос; результаты самооценки.

Введение. 2024 год в Беларуси объявлен Годом качества. Впервые основы методологии исследования качества жизни (далее – КЖ) в медицине в русскоязычной версии были изложены в монографии, опубликованной в Российской Федерации в 1999 г. [1]. Однако, интерес к исследованиям КЖ возник ранее, в начале 1960-х гг., впервые – у американских социологов, работавших над проблемой эффективности федеральных социальных программ [2]. Одновременно КЖ стало предметом изучения и других наук (психологии, экономики). Для начального периода изучения КЖ было характерно отсутствие единого подхода как к самому понятию, так и к методологии его исследований. Психологи фокусировали внимание на аффективных и когнитивных структурных компонентах КЖ. Социологи выделили субъективные и объективные компоненты, что привело к возникновению соответствующих методологических подходов. «Субъективные» подходы сосредоточились на рассмотрении ценностных установок и переживаний, «объективные» –

на таких компонентах, как пища, жилье, образование. В первом случае элементами структуры КЖ рассматривались самочувствие, удовлетворенность жизнью, во втором – КЖ определялось как «качество социальной и физической окружающей среды, в которой люди пытаются реализовать свои нужды и потребности» [2].

Изучение медико-социальных аспектов качества жизни – перспективное направление в профилактической медицине. Эти аспекты непосредственно связаны с такими понятиями, как уровень жизни, образ жизни, условия жизни, а также связанное со здоровьем качество жизни.

Уровень жизни рассматривается как комплексная социально-экономическая категория, отражающая степень развития и уровень удовлетворения разнообразных материальных, духовных и социальных потребностей человека, живущего в обществе. В соответствии со ст. 25 Конвенции МОТ №117 «Об основных целях и нормах социальной политики», человек имеет право на уровень жизни (включая пищу, одежду, жилье, медицинский уход

¹ Работа подготовлена по проекту, финансируемому Белорусским республиканским фондом фундаментальных исследований (БрФФИ), грант №Г24У-007.

и социальное обслуживание), который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, а также право на обеспечение на случай безработицы, инвалидности или иной случай утраты средств к существованию по независящим от него обстоятельствам [3].

Условия жизни представляют собой повседневную среду обитания людей, являются продуктом социально-экономических обстоятельств и физической среды обитания, которые могут воздействовать на здоровье, и далеко выходят за пределы и рамки того, что поддается непосредственному контролю человека [3].

Образ жизни – это система поведенческих, социокультурных, идентификационных и физиологических факторов, определяющих уникальный способ жизнедеятельности индивида или группы. Охватывает способы бытия, общение, межличностные отношения, а также способы познания и созидания, преобразования и адаптации к окружающей среде, включая формирование и развитие личности. Важными аспектами образа жизни являются питание и диета, физическая активность, социальные взаимодействия, культурные предпочтения, поведенческие привычки, личные ценности и убеждения, а также экономический статус. Образ жизни оказывает существенное воздействие на мышление, желания, интересы, здоровье, благополучие и качество жизни, и его исследование имеет важное значение для медицины, социологии, психологии [4; 5].

В современной медицине широкое распространение получил термин «связанное со здоровьем качество жизни». Впервые он был предложен R.M.Kaplan и J.W.Bush в 1982 г. для того, чтобы отличить аспекты, относящиеся к состоянию здоровья и заботы о нем, от широкой общей концепции КЖ [6]. В 1995 г. M.J.Naughton и S.A.Shumaker определили связанное со здоровьем КЖ как оценку людьми субъективных факторов, определяющих их здоровье на данный момент, заботу о здоровье и действия, способствующие его укреплению; умение достигать и поддерживать такой уровень функционирования, который позволял бы им следовать своим жизненным целям и отражал бы уровень их благополучия [7]. Связанное со здоровьем КЖ подразумевает категорию, включающую сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации [8]. Изучение КЖ – общепринятый в международной практике высокоинформативный, чувствительный и экономичный метод оцен-

ки состояния здоровья населения, социальных групп, используемый в проведении популяционных исследований с выделением групп риска, динамическим наблюдением за ними, оценкой эффективности профилактических программ, в том числе, для населения пожилого возраста [9].

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 счет роста реальной заработной платы и иных доходов, совершенствования системы пенсионного обеспечения и адресной социальной помощи, развития системы государственных социальных стандартов» [4].

Несмотря на значимость рассматриваемых категорий, в настоящее время нет данных о том, каковы значения показателей качества жизни лиц 60 лет и старше (интегральный показатель и его составляющие), что не позволяет выявить резерв возможного повышения, в полной мере реализовать имеющийся потенциал роста связанного со здоровьем качества жизни изучаемой возрастной категории.

Цель исследования – проведение анализа самооценки связанного со здоровьем качества жизни (в целом, а также в зависимости от социально-демографических показателей) населения возрастной категории 60 лет и старше, проживающего в Гродненской области.

Материалы и методы. Выполнен расчет выборочной совокупности лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области, репрезентативно представляющей область в целом, а также репрезентативной в отдельных частях (выделенных по полу и проживанию в городе и сельской местности).

Проанализированы данные опроса 1270 человек в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области. Анкетирование проводилось на базе следующих организаций здравоохранения: ГУЗ «Городская поликлиника №1 г. Гродно», ГУЗ «Городская поликлиника №3 г. Гродно», УЗ «Городская клиническая больница №2 г. Гродно», Сопоткинская горпоселковая больница, Лойковская врачебная амбулатория, Подлабенская врачебная амбулатория, Гродненская областная организация Белорусского общества Красного Кре-

ста, а также в базах практики УО «Гродненский государственный медицинский университет» (УЗ «Лидская ЦРБ», УЗ «Слонимская ЦРБ», УЗ «Островецкая ЦРБ», УЗ «Волковысская ЦРБ», УЗ «Щучинская ЦРБ», УЗ «Мостовская ЦРБ»). Каждому опрашиваемому перед началом исследования доводились правила опроса: анонимность, добровольность участия, оценка данных в обобщенном виде. Сбор данных осуществлялся сплошным методом в период с 6 июня 2022 г. по 27 ноября 2023 г. Критерий исключения – отказ респондента либо невозможность участия в опросе по состоянию здоровья.

Результаты и обсуждение

Оценка качества жизни и ее особенности в зависимости от социально-демографических факторов. Распределение ответов респондентов на вопрос, «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?», представлено на диаграмме (рис.).

Анализ распределения ответов на данный вопрос в зависимости от пола респондента выявил (табл. 1), что большинство мужчин (218 чел., 47,39%) выбрали ответ «ни плохо, ни хорошо», в отличие от женщин, которые в большинстве (397 чел., 49,01%) выбрали ответ «хорошо». На втором месте у мужчин (157 чел., 34,13%) ответ «хорошо», у женщин (302 чел., 37,28%) – «ни плохо, ни хорошо».

Из приведенных данных следует, что мужчины оценивают качество жизни статистически значимо ниже, чем женщины.

При анализе ответов на указанный вопрос в зависимости от места проживания респондента установлено, что городские жители чаще выбирали вариант ответа «хорошо» (415 чел., 49,05%), жители села чаще (203 чел., 47,88%) выбирали ответ «ни плохо, ни хорошо». На втором месте в ответах на данный вопрос у городского населения (317 чел., 37,47%) «ни плохо, ни хорошо», у сельского населения (139 чел., 32,78%) – «хорошо» (табл. 2).

Различия в самооценке качества жизни в зависимости от места проживания респондента статистически значимы: жители сельской местности оценивают данный показатель ниже.

Анализ распределения ответов на данный вопрос в зависимости от того, работает ли респондент (табл. 3), показал, что работающие (225 чел., 53,32%) чаще выбирали ответ «хорошо», на втором месте у этой группы респондентов (151 чел., 35,78%) – ответ «ни плохо, ни хорошо».

Неработающие респонденты чаще выбирали ответы «ни плохо, ни хорошо» (369 чел., 43,51%) и «хорошо» (329 человек, 38,8%), при этом, статистически значимо доли выбравших данные два варианта ответа не различались, и, таким образом, среди ответов лидировали оба указанных варианта (табл. 3).

Из приведенных в табл. 3 данных следует вывод о том, что неработающие респонденты, в сравнении с работающими, значимо чаще оценивают свое качество жизни как «плохое» и значимо реже – как «хорошее». Вариант оценки «ни плохо, ни

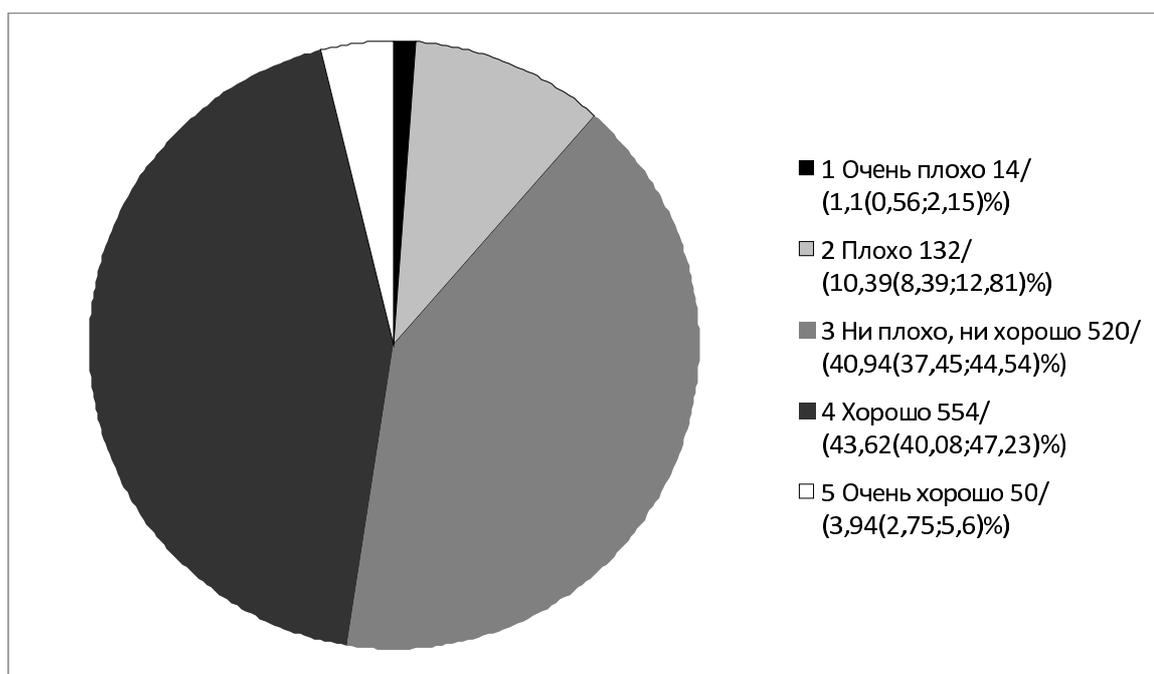


Рис. Самооценка качества жизни лицами в возрасте 60 лет и старше, проживающими в Гродненской области (N=1270 чел.)

Таблица 1

Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» в зависимости от пола респондента

Пол	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни? (чел. /95% ДИ)					Всего, чел. /%
	Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо*	Хорошо**	Очень хорошо	
Мужской	5 / 1.09(0.36; 3.2)%	57/ 12.39(8.96; 16.89)%	218/ 47.39(41.47; 53.38)%	157/ 34.13(28.7; 40.01)%	23/ 5(2.96; 8.32)%	460 / 100%
Женский	9/ 1.11(0.48; 2.53)%	75/ 9.26(6.96; 12.22)%	302/ 37.28(33.03; 41.75)%	397/ 49.01(44.51; 53.53)%	27/ 3.33(2.05; 5.37)%	810/ (100%)

* Гендерные различия статистически значимы ($\chi^2 = 5,1$; $p=0,0239$).

** Гендерные различия статистически значимы ($\chi^2 = 10,7$; $p=0,0011$).

Таблица 2

Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» в зависимости от места проживания респондента

Место жительства	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни? (чел. /95% ДИ)					Всего, чел. /%
	Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо*	Хорошо**	Очень хорошо	
Город	7/ 0.83(0.32; 2.1)%	81/ 9.57(7.27; 12.5)%	317/ 37.47(33.3; 41.84)%	415/ 49.05(44.65; 53.47)%	26/ 3.07(1.87; 5)%	846/ (100%)
Село	7/ 1.65(0.65; 4.14)%	51/ 12.03(8.53; 16.69)%	203/ 47.88(41.71; 54.11)%	139/ 32.78(27.22; 38.88)%	24/ 5.66(3.39; 9.29)%	424/ (100%)

* Различия в самооценке качества жизни в зависимости от места проживания респондента статистически значимы ($\chi^2 = 5,18$; $p=0,0229$).

** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от места проживания респондента статистически значимы ($\chi^2 = 12,44$; $p=0,0004$).

хорошо» (нейтральный) не имеет различий по долям выбравших его респондентов в зависимости от их статуса по отношению к работе.

При анализе ответов на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» состоящих и не состоящих в браке респондентов установлено, что у состоящих в браке чаще встречается вариант ответа «хорошо» (444 чел., 48,26%), у не состоящих в браке – «ни плохо, ни хорошо» (167 чел., 47,71%). На втором месте среди респондентов, состоящих в браке (353 чел., 38,37%), – ответ «ни плохо, ни хорошо», среди не состоящих в браке (110 чел., 31,43%) – ответ «хорошо» (табл. 4).

Таким образом, состоящие в браке респонденты значимо чаще выбирают ответ «хорошо», в то же время, респонденты, не состоящие в браке, значимо ниже оценивают свое качество жизни, в сравнении с теми, кто в браке состоит.

При рассмотрении ответов на поставленный вопрос респондентов, имеющих и не имеющих детей, установлено, что чаще те, у кого имеются дети, указывали ответы «хорошо» (512 чел., 45,19%) и «ни плохо, ни хорошо» (461 чел., 40,69%) без четкого выделения в два отдельных ранговых места.

Респонденты, не имеющие детей, чаще отвечали «ни плохо, ни хорошо» (59 чел., 43,07%) и «хорошо» (42 чел., 30,66%) также без четкого выделения этих вариантов ответов в два отдельных ранговых места (табл. 5).

Приведенные в табл. 5 данные позволяют утверждать, что доля респондентов, оценивающих КЖ как «хорошее», среди лиц, имеющих детей, в сравнении с респондентами, не имеющими детей, значимо выше, в то время как доля лиц, оценивающих КЖ как «плохое», значимо выше у респондентов, не имеющих детей.

Ответы на поставленный вопрос респондентов, проживающих совместно либо раздельно со своими детьми, показали, что те из опрошенных, кто проживает совместно с детьми, чаще выбирали ответы «ни плохо, ни хорошо» (100 чел., 43,86%) и «хорошо» (80 чел., 35,09%) без четкого выделения в два ранговых места.

Среди не проживающих со своими детьми чаще регистрировались ответы «хорошо» (474 чел., 45,49%) и «ни плохо, ни хорошо» (420 чел., 40,31%) также без выделения в два отдельных ранговых места (табл. 6).

Таблица 3

Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» в зависимости от того, работает опрошиваемый или нет

Работаете ли Вы?	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни? (чел. /95% ДИ)					Всего, чел. /%
	Очень плохо	Плохо*	Ни плохо, ни хорошо**	Хорошо***	Очень хорошо	
Да	0/ 0(0; 1.55)%	20/ 4.74(2.71; 8.17)%	151 / 35.78(30.03; 41.97)%	225 / 53.32(47.06; 59.47)%	26/ 6.16(3.77; 9.91)%	422/ (100%)
Нет	14/ 1.65(0.84; 3.21)%	112 / 13.21(10.5; 16.49)%	369 / 43.51(39.2; 47.93)%	329 / 38.8(34.59; 43.18)%	24/ 2.83(1.69; 4.7)%	848/ (100%)

* Различия в самооценке качества жизни в зависимости от того, работает респондент или нет, статистически значимы ($\chi^2 = 18,1$; $p=0,00001$).

** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от того, работает респондент или нет, статистически не значимы ($\chi^2 = 2,98$; $p=0,08$).

*** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от того, работает респондент или нет, статистически значимы ($\chi^2 = 9,19$; $p=0,0024$).

Таблица 4

Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» в зависимости от состояния респондента в браке

Состоите ли Вы в браке?	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни? (чел. /%)					Всего, чел. /%
	Очень плохо	Плохо	Ни плохо, ни хорошо*	Хорошо**	Очень хорошо	
Да	6/ 0.65(0.24; 1.77)%	79/ 8.59(6.49; 11.27)%	353 / 38.37(34.34; 42.57)%	444 / 48.26(44.04; 52.5)%	38/ 4.13(2.74; 6.17)%	920/ (100%)
Нет	8/ 2.29(0.95; 5.4)%	53/ 15.14(10.86; 20.72)%	167 / 47.71(40.94; 54.57)%	110 / 31.43(25.43; 38.12)%	12/ 3.43(1.67; 6.92)%	350/ (100%)

* Различия в самооценке качества жизни в зависимости от того, состоит респондент в браке или нет, статистически не значимы, однако близки к таковым ($\chi^2 = 3,73$; $p=0,0535$).

** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от того, состоит респондент в браке или нет, статистически значимы ($\chi^2 = 12,14$; $p=0,0005$).

Наиболее выраженное влияние фактора проживания совместно или раздельно со своими детьми на самооценку показателя КЖ установлено для варианта оценки «хорошо»: респонденты, проживающие с детьми раздельно, более высоко оценивают свое качество жизни.

При анализе ответов на указанный вопрос респондентов, получающих и не получающих пенсию, в том числе, пенсию по возрасту или пенсию по инвалидности, установлено, что у респондентов, не получающих пенсию, выявлено преобладание ответов «ни плохо, ни хорошо» (59 чел., 42,14%) и «хорошо» (56 чел., 40%) без четкого разделения долей ответивших. Среди получающих пенсию по возрасту выявлено преобладание ответов «хорошо» (475 чел., 46,39%) и «ни плохо, ни хорошо» (411 чел., 40,14%) также без четкого разделения долей ответивших. Среди респондентов, получающих

пенсию по инвалидности, преобладал ответ «ни плохо, ни хорошо» (50 чел., 47,17%), и этот вариант ответа четко занимал первую ранговую позицию в данной подгруппе. Второе место у получающих пенсию по инвалидности занял ответ «хорошо» (23 чел., 21,7%) (табл. 7).

Из приведенной в табл. 7 информации следует, что в группе тех, кто выбрал ответ «плохо», лидируют респонденты, получающие пенсию по инвалидности. В целом, эта подгруппа значимо ниже оценивает собственное КЖ. Доля выбравших ответ «хорошо» в подгруппе получающих пенсию по инвалидности – статистически значимо самая низкая. При этом, наличие или отсутствие пенсии по возрасту не оказывает значимого влияния на самооценку качества жизни.

В зависимости от источника доходов респондентов (только заработная плата, только пенсия,

Таблица 5

Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» в зависимости от наличия у респондента детей

Есть ли у Вас дети?	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни? (чел. /95% ДИ)					Всего, чел. /%
	Очень плохо	Плохо*	Ни плохо, ни хорошо**	Хорошо***	Очень хорошо	
Да	9/ 0.79(0.35;1.82)%	109/ 9.62(7.59;12.12)%	461/ 40.69(36.99;44.49)%	512/ 45.19(41.42;49.02)%	42/ 3.71(2.51;5.44)%	1133/ (100%)
Нет	5/ 3.65(1.23;10.35)%	23/ 16.79(10.14;26.5)%	59/ 43.07(32.74;54.03)%	42/ 30.66(21.6;41.5)%	8/ 5.84(2.44;13.32)%	137/ (100%)

* Различия в самооценке качества жизни в зависимости от наличия у респондентов детей статистически значимы ($\chi^2 = 5,21$; $p=0,0225$).

** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от наличия у респондентов детей статистически не значимы ($\chi^2 = 0,12$; $p=0,7$).

*** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от наличия у респондентов детей статистически значимы ($\chi^2 = 4,48$; $p=0,0343$).

Таблица 6

Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» в зависимости от проживания респондента совместно или отдельно со своими детьми

Вы проживаете вместе со своими детьми?	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни? (чел. /95% ДИ)					Всего, чел. /%
	Очень плохо	Плохо*	Ни плохо, ни хорошо**	Хорошо***	Очень хорошо	
Да	1/ 0.44(0.05;3.63)%	31/ 13.6(8.77;20.48)%	100/ 43.86(35.69;52.38)%	80/ 35.09(27.47;43.55)%	16/ 7.02(3.77;12.7)%	228/ (100%)
Нет	13/ 1.25(0.62;2.49)%	101/ 9.69(7.58;12.32)%	420/ 40.31(36.47;44.27)%	474/ 45.49(41.56;49.48)%	34/ 3.26(2.11;5)%	1042/ (100%)

* Различия в самооценке качества жизни в зависимости от проживания совместно либо отдельно со своими детьми статистически не значимы ($\chi^2 = 2,43$; $p=0,1191$).

** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от проживания совместно либо отдельно со своими детьми статистически не значимы ($\chi^2 = 0,4$; $p=0,5257$).

*** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от проживания совместно либо отдельно со своими детьми статистически значимы ($\chi^2 = 136,27$; $p=0,00001$).

заработная плата и пенсия) установлено следующее (табл. 8):

у работающих и получающих пенсию респондентов выявлено преобладание ответов «хорошо» (175 чел., 54,86%) с четким выделением данного варианта ответа в первую ранговую позицию;

у работающих и не получающих пенсию респондентов – преобладание ответов «хорошо» (50 чел., 48,54%) и «ни плохо, ни хорошо» (40 чел., 38,83%);

у получающих пенсию и не работающих респондентов – преобладание ответов «ни плохо, ни хорошо» (350 чел., 43,16%) и «хорошо» (323 чел., 39,83%).

На втором месте у работающих и получающих пенсию респондентов регистрировался ответ «ни плохо, ни хорошо» (111 чел., 34,8%), у не

работающих и только получающих пенсию – ответы «ни плохо ни хорошо» (40 чел., 38,83%) и «хорошо» (50 чел., 48,54%) (табл. 8).

Таким образом, среди респондентов, оценивающих свое качество жизни как «плохое», значимо преобладают те, кто в виде источника дохода получает только пенсию. Доля оценивающих качество жизни как «хорошее» также минимальна среди тех, кто получает только пенсию. При этом, при наличии работы фактор наличия к ней плюс еще и пенсии не является значимым в изменении самооценки КЖ респондентами.

Для того, чтобы попытаться охарактеризовать социально-демографический портрет респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни (первая группа), с одной сторо-

Таблица 7

Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» в зависимости от получения респондентами пенсии

Получаете ли Вы пенсию?	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни? (чел. /95% ДИ)					Всего, чел. /%
	Очень плохо	Плохо*	Ни плохо, ни хорошо**	Хорошо***	Очень хорошо	
Нет (подгруппа 1)	2/ 1.43(0.28; 6.97)%	13/ 9.29(4.69; 17.57)%	59 / 42.14(31.99; 53.01)%	56 / 40(30.02; 50.88)%	10/ 7.14(3.27; 14.89)%	140/ (100%)
Да, по возрасту (подгруппа 2)	7/ 0.68(0.27; 1.73)%	95/ 9.28(7.2; 11.88)%	411 / 40.14(36.27; 44.13)%	475 / 46.39(42.41; 50.41)%	36/ 3.52(2.31; 5.32)%	1024/ (100%)
Да, по инвалидности (подгруппа 3)	5/ 4.72(1.59; 13.18)%	24 / 22.64(13.97; 34.54)%	50 / 47.17(35.22; 59.45)%	23 / 21.7(13.22; 33.51)%	4/ 3.77(1.13; 11.86)%	106/ (100%)

* Различия в самооценке качества жизни в зависимости от получения пенсии статистически значимы ($\chi^2 = 6,14$; $p=0,0132$ для подгрупп 1 и 3; $\chi^2 = 13,44$; $p=0,0002$ для подгрупп 2 и 3; $\chi^2 = 13,75$; $p=0,0002$ для суммарной подгруппы 1+2 и подгруппы 3).

** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от получения пенсии статистически не значимы ($\chi^2 = 0,24$; $p=0,626$).

*** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от получения пенсии статистически не значимы при сравнении подгрупп 1 и 2 ($\chi^2 = 0,78$; $p=0,3764$), но значимы при сравнении подгрупп 1 и 3 ($\chi^2 = 4,88$; $p=0,0272$), 2 и 3 ($\chi^2 = 10,74$; $p=0,001$), а также при сравнении суммарной подгруппы 1+2 и подгруппы 3 ($\chi^2 = 10,33$ $p=0,0013$).

Таблица 8

Распределение ответов на вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» в зависимости от источников дохода респондентов (только заработная плата, только пенсия, заработная плата и пенсия)

Источник дохода	Как Вы оцениваете качество Вашей жизни? (чел. /95% ДИ)					Всего, чел. /%
	Очень плохо	Плохо*	Ни плохо, ни хорошо**	Хорошо***	Очень хорошо	
Заработная плата и пенсия (подгруппа 1)	0/ 0(0; 2.04)%	14/ 4.39(2.25; 8.39)%	111 / 34.8(28.3; 41.91)%	175 / 54.86(47.66; 61.86)%	19/ 5.96(3.36; 10.35)%	319/ (100%)
Только заработная плата (подгруппа 2)	0/ 0(0; 6.05)%	6/ 5.83(2.15; 14.85)%	40 / 38.83(27.5; 51.52)%	50 / 48.54(36.34; 60.93)%	7/ 6.8(2.69; 16.13)%	103/ (100%)
Только пенсия (подгруппа 3)	12/ 1.48(0.72; 3.03)%	105 / 12.95(10.21; 16.29)%	350 / 43.16(38.75; 47.67)%	323 / 39.83(35.5; 44.32)%	21/ 2.59(1.49; 4.46)%	811 (100%)

* Различия в самооценке качества жизни в зависимости от источника дохода статистически значимы ($\chi^2 = 17,17$; $p=0,00001$) для суммарной подгруппы 1+2 и подгруппы 3, при этом, подгруппы 1 и 2 статистически не различаются между собой.

** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от источника дохода статистически не значимы ($\chi^2 = 0,26$; $p=0,6118$) при сравнении подгрупп 1 и 2, не значимы ($\chi^2 = 2,86$; $p=0,09$) при сравнении подгрупп 1 и 3, не значимы при сравнении подгрупп 2 и 3 ($\chi^2 = 0,29$; $p=0,59$).

*** Различия в самооценке качества жизни в зависимости от источника дохода статистически не значимы при сравнении подгрупп 1 и 2 ($\chi^2 = 0,39$; $p=0,53$), 2 и 3 ($\chi^2 = 1,15$; $p=0,283$), но значимы при сравнении подгрупп 1 и 3 ($\chi^2 = 7,81$; $p=0,0052$), а также при сравнении суммарной подгруппы 1+2 и подгруппы 3 ($\chi^2 = 7,66$; $p=0,0057$).

ны, и отмечающих «ни хорошее, ни плохое», «плохое» или «очень плохое» качество жизни (вторая группа), с другой, все респонденты были разделены на две соответствующие группы.

Количественно выявлено некоторое преобладание второй группы (666 чел., 52,44%) над первой (604 чел., 47,56%), однако, 95% ДИ групп пересекаются (49.69; 55.18% и 44.82; 50.31% соответственно), следовательно, преобладание не является статистически значимым (табл. 9).

Из приведенной в табл. 9 информации следует, что в группе респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, преобладают женщины ($\chi^2 = 20,54$; $p < 0,00001$), проживающие в городе ($\chi^2 = 21,21$; $p < 0,00001$), имеющие детей ($\chi^2 = 7,57$; $p = 0,0061$) и резко доминируют респонденты, состоящие в браке ($\chi^2 = 371,47$; $p < 0,00001$). Проживание отдельно от детей чаще регистрируется у респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, но данное различие не является статистически значимым ($\chi^2 = 3,31$; $p = 0,0687$) при сравнении с группой респондентов, отмечающих «ни хорошее, ни плохое», «плохое» или «очень плохое» качество жизни. Наличие либо отсутствие пенсии по возрасту не является значимым фактором, в то время как получение пенсии по инвалидности значительно чаще характерно для респондентов с более низкой самооценкой качества жизни ($\chi^2 = 19,22$; $p < 0,00001$).

Заключение. Анализ самооценки качества жизни лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в Гродненской области, продемонстрировал, что ответы на поставленный вопрос «Как Вы оцениваете качество Вашей жизни?» распределились следующим образом: «хорошо» 554/43,62(40,08;47,23)%; «ни плохо, ни хорошо» 520/40,94(37,45;44,54)%; «плохо» 132/10,39(8,39;12,81)%; «очень хорошо» 50/3,94(2,75;5,6)%; «очень плохо» 14/1,1(0,56;2,15)%.

При этом, большинство мужчин (47.39 (41.47;53.38)%) выбрали ответ «ни плохо, ни хорошо», в отличие от женщин, которые в большинстве (49,01 (44.51;53.53)%) выбрали ответ «хорошо». В целом, мужчины, в сравнении с женщинами, оценивают свое качество жизни ниже.

Городские жители чаще выбирали вариант ответа «хорошо» (49.05 (44.65;53.47)%), жители села чаще выбирали ответ «ни плохо, ни хорошо» (47.88 (41.71;54.11)%) в целом, городские жители оценивают свое качество жизни выше, чем жители села.

Среди работающих респондентов преобладают оценивающие свое качество жизни как «хорошее» (53.32 (47.06;59.47)%). Не работающие респонденты чаще выбирали ответы «ни плохо, ни хорошо» (35.78(30.03;41.97)%) и «хорошо» (38.8(34.59;43.18)%), при этом, статистически значимо доли выбравших данные два варианта ответа не различались (таким образом, оба эти ответа лидировали), в то же время лица, которые не работают, значимо чаще в сравнении с работающими оценивали свое качество жизни как «плохое» (13.21 (10.5;16.49)%) и значимо реже – как «хорошее» (38.8 (34.59;43.18)%). Вариант оценки «ни плохо, ни хорошо» (нейтральный) не имеет различий по долям выбравших его респондентов в зависимости от того, работает ли респондент.

У состоящих в браке респондентов чаще отмечаются варианты ответа «хорошо» (48.26 (44.04;52.5)%), у не состоящих в браке – «ни плохо, ни хорошо» (47.71 (40.94;54.57)%) в целом, респонденты, состоящие в браке, оценивают свое качество жизни выше.

Установлено положительное влияние фактора наличия у респондента детей на самооценку качества жизни: доля респондентов, оценивающих качество жизни как «хорошее», среди лиц имеющих детей, в сравнении с не имеющими, значимо выше – 45.19 (41.42;49.02)% и 30.66 (21.6;41.5)% соответственно, в то время как доля лиц, оценивающих КЖ как «плохое», значимо выше у не имеющих детей – 16.79 (10.14;26.5)% и 9.62 (7.59;12.12)% соответственно.

Наиболее выраженное влияние фактора проживания совместно или раздельно со своими детьми на самооценку показателя качества жизни установлено для варианта оценки «хорошо»: доля респондентов оценивающих КЖ как «хорошее» у проживающих с детьми раздельно (45.49 (41.56;49.48)%) значимо выше в сравнении с проживающими с детьми совместно (35.09 (27.47;43.55)%).

Среди респондентов, оценивающих свое качество жизни как «плохое», значимо преобладают те, кто в виде источника дохода получает только пенсию (12.95 (10.21;16.29)% получающих только пенсию в качестве источника дохода), и в целом лидируют респонденты, получающие пенсию по инвалидности (22.64 (13.97;34.54)% получающих пенсию по инвалидности). Доля оценивающих качество жизни как «хорошее» также минимальна среди тех, кто получает только пенсию (39.83 (35.5;44.32)% получающих только пенсию в качестве источника дохода), а среди

Социально-демографический портрет респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни (группа 1) и отмечающих «ни хорошее, ни плохое», «плохое» или «очень плохое» качество жизни (группа 2)

Социально-демографические характеристики		Качество жизни (чел. /95% ДИ)		Наличие различий (p<0,05) между группами 1 и 2
		Группа 1	Группа 2	
Пол	М	180/ 29,8(26,29;33,57)%	280/ 42,04(38,35;45,83)%	В группе 1 доля мужчин ниже, доля женщин выше. По полу группы статистически значимо различаются ($\chi^2 = 20,54$; p<0,00001)
	Ж	424/ 70,2(66,43;73,71)%	386/ 57,96(54,17;61,65)%	
Место проживания	Город	441/ 73,01(69,34;76,4)%	405/ 60,81(57,05;64,45)%	В группе 1 преобладают жители города. По проживанию группы статистически значимо различаются ($\chi^2 = 21,21$; p<0,00001)
	Село	163/ 26,99(23,6;30,66)%	261/ 39,19(35,55;42,95)%	
Наличие работы	Работает	251/ 41,56(37,69;45,53)%	171/ 25,68(22,5;29,13)%	В группе 1 значительно преобладают работающие ($\chi^2 = 36,00$; p<0,00001)
	Не работает	353/ 58,44(54,47;62,31)%	495/ 74,32(70,87;77,5)%	
Состояние в браке	Состоят	482/ 79,8(76,42;82,81)%	171/ 25,68(22,5;29,13)%	В группе 1 резко доминируют респонденты, состоящие в браке ($\chi^2 = 371,47$; p<0,00001).
	Не состоят	122/ 20,2(17,19;23,58)%	495/ 74,32(70,87;77,5)%	
Наличие детей	Есть дети	554/ 91,72(89,25;93,66)%	579/ 86,94(84,16;89,29)%	В обеих группах преобладают респонденты, имеющие детей. Однако различия между группами также присутствуют: преобладание респондентов с детьми более выражено в группе 1 ($\chi^2 = 7,57$; p=0,0061)
	Нет детей	50/ 8,28(6,34;10,75)%	87/ 13,06(10,71;15,84)%	
Проживание с детьми	Проживают с детьми	96/ 15,89(13,2;19,02)%	132/ 19,82(16,97;23,02)%	В обеих группах преобладают респонденты, проживающие отдельно от детей. Преобладание респондентов, проживающих отдельно, более выражено в группе 1, но не является статистически значимым ($\chi^2 = 3,31$; p=0,0687)
	Не проживают с детьми	508/ 84,11(80,98;86,8)%	534/ 80,18(76,98;83,03)%	

Социально-демографические характеристики		Наличие различий ($p < 0,05$) между группами 1 и 2		Качество жизни (чел. /95% ДИ)
		Группа 1	Группа 2	
Получение пенсии	Не получают пенсию	66/ 10,93(8,25;14,34)%	74/ 11,11(8,52;14,36)%	-
	Получают пенсию по возрасту	511/ 84,6(80,76;87,79)%	513/ 77,03(72,9;80,69)%	Тенденция преобладания в группе 1 лиц, получающих пенсию по возрасту, статистически не значима ($\chi^2 = 1,25$; $p = 0,2643$)
	Получают пенсию по инвалидности	27/ 4,47(2,85;6,95)%	79/ 11,86(9,18;15,19)%	В группе 1 доля респондентов, получающих пенсию по инвалидности, ниже ($\chi^2 = 19,22$; $p < 0,00001$)
Всего		604/ 100(44,82;50,31)%	666/ 100(49,69;55,18)%	

получающих пенсию по инвалидности – доля оценивающих качество жизни как «хорошее» статистически значимо самая низкая (21.7 (13.22;33.51)% получающих пенсию по инвалидности).

Установлено, что наличие или отсутствие пенсии по возрасту не оказывает значимого влияния на самооценку качества жизни. При наличии у респондента работы фактор наличия к ней плюс еще и пенсии также не является значимым во влиянии на результаты самооценки. При этом, получение пенсии по инвалидности значительно чаще характерно для респондентов с более низкой самооценкой качества жизни ($\chi^2 = 19,22$; $p < 0,00001$).

Социально-демографический портрет респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, следующий: преобладают женщины ($\chi^2 = 20,54$; $p < 0,00001$), проживающие в городе ($\chi^2 = 21,21$; $p < 0,00001$), имеющие детей ($\chi^2 = 7,57$; $p = 0,0061$), работающие ($\chi^2 = 36,00$; $p < 0,00001$), при этом, значительно доминируют респонденты, состоящие в браке ($\chi^2 = 371,47$; $p < 0,00001$). Проживание отдельно от детей чаще встречается у респондентов, отмечающих «хорошее» и «очень хорошее» качество жизни, но данное различие не является статистически значимым.

Литература

1. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А.Новик, Т.И.Ионова. – СПб.: «Элби», 1999. – 140 с.
2. Нугаев, Р.М. Качество жизни в трудах социологов США / Р.М.Нугаев, М.А.Нугаев // СоцИс. – 2003. – №6. – С.100–105.
3. Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_NEP_98.1_rus.pdf. – Дата доступа: 05.01.2024.
4. Об утверждении Концепции национальной безопасности Республики Беларусь [Электронный ресурс]: Указ Президента Респ. Беларусь, 9 нояб. 2010 г., №575 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
5. О Национальной стратегии Республики Беларусь «Активное долголетие – 2030» [Электронный ресурс]: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 3 дек. 2020 г., №693 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2024.
6. Kaplan, R.M. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis / R.M.Kaplan, J.W.Bush // Health Psychology. – 1982. – Vol.1, No.1. – P.61–80.

7. Naughton, M.J. Assessment of health-related quality of life / M.J.Naughton, S.A.Shumaker // J. Clin Oncol. – 2010. – Vol.27, No.15 Suppl. – P.9503.
8. Медик, В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению / В.А.Медик, В.К.Юрьев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2003. – Ч.1. – 368 с.
9. Мороз, И.Н. Физический и психологический компоненты здоровья как характеристики качества жизни лиц пожилого и старческого возраста при разных условиях оказания медико-социальной помощи / И.Н.Мороз, Т.Г.Светлович, Т.В.Калинина // Клин. геронтология. – 2014. – Т.20, №3/4. – С.21–25.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF GRODNO REGION POPULATION AGED 60 AND OVER. PART 2: RESULTS OF SELF-ESTEEM

M.Yu.Surmach, P.L.Korneiko

Grodno State Medical University, 80, M.Gorky Str., 230009, Grodno, Republic of Belarus

Self-esteem analysis of health-related quality of life (QoL) and medical literacy of people aged 60 years and over, QoL characteristics depending on gender, residence, and socio-demographic factors such as having a job, an old-age pension, a disability pension, marriage, presence of children, living with children separately or together was carried out in special study for the first time, using the example of Grodno Region. It was established following social and demographic portrait of respondents noted “good” and “very good” QoL: women living in the city ($\chi^2 = 21.21$; $p < 0.00001$), having children

($\chi^2 = 7.57$; $p = 0.0061$), working ($\chi^2 = 36.00$; $p < 0.00001$), married ($\chi^2 = 371.47$; $p < 0.00001$). Living separately from children is more common among respondents reporting “good” and “very good” QoL, but this difference isn’t statistically significant. Predominance or absence of an old-age pension isn’t a significant factor for QoL self-esteem, while a disability pension receiving is much more common among respondents with lower QoL self-esteem.

Keywords: Grodno Region; population aged 60 and over; health-related quality of life; survey; results of self-esteem.

Сведения об авторах:

Сурмач Марина Юрьевна, д-р мед. наук, профессор; УО «Гродненский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+375152) 600809, (+37529) 2826383; e-mail: marina_surmach@mail.ru.

Корнейко Павел Леонтьевич; УО «Гродненский государственный медицинский университет», военная кафедра, преподаватель; тел.: (+375152) 446822, (+37529) 5859700; e-mail: pavelkorneiko@gmail.com.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 12.01.2024 г.