

Т.Г. СВЕТЛИЧНАЯ, И.Г. МОСЯГИН, С.В. ГУБЕРНИЦКАЯ

КОМПАРАТИВНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ РОССИЙСКИХ ВОЕННЫХ МОРЯКОВ

В статье представлен анализ результатов медико-социологического исследования качества жизни, обусловленного здоровьем, военных моряков одной из российских военно-морских баз. Качество жизни, обусловленное здоровьем, характеризуется высокими значениями, варьирующими от 71,4 балла (по шкале жизненной активности) до 93,6 балла (по шкале физического функционирования) при размахе колебаний, равном 22,2 балла. Проведен сравнительный анализ с аналогичными показателями качества жизни как гражданского населения России и некоторых зарубежных стран, так и военнослужащих ФСБ РФ и военнослужащих США и Норвегии. Выявлены гендерные и возрастные различия в физическом и психологическом здоровье военных моряков. Проведен анализ влияния на качество их жизни таких социально-профессиональных характеристик, как образование и воинский статус.

Ключевые слова: качество жизни, обусловленное здоровьем, военные моряки, военнослужащие.

Светличная Татьяна Геннадьевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск. **Адрес:** 163000, Архангельск, просп. Троицкий, д. 51. **Телефон:** (8 182) 28-57-84.

Мосягин Игорь Геннадьевич — доктор медицинских наук, профессор, директор НИИ Морской медицины Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск. **Адрес:** 163000, Архангельск, просп. Троицкий, д. 51. **Телефон:** (8 4012) 50-29-90.

Губерницкая Светлана Владимировна — аспирант кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Северного государственного медицинского университета, г. Архангельск.

Адрес: 164500, Архангельская обл., г. Северодвинск, ул. Торцева, д. 44.

Телефон, факс: (8 184) 50-25-05.

Электронная почта: saharov73@mail.ru

В последние годы в комплексной оценке многообразных сторон жизни и здоровья населения все чаще используются методики, основанные на изучении качества жизни [2; 5; 6; 7; 8; 9]. Это понятие, будучи первоначально исключительно социологической категорией, отражает общие жизненные условия, с которыми тесно связаны здоровье и благополучие людей. Содержание понятия «качество жизни» включает множество разных факторов, например: уровень доходов, обеспечивающий приобретение того или иного набора продуктов и услуг; условия труда; чувство социальной уверенности; возможности развития личности. В отличие от него термин «качество жизни, обусловленное здоровьем» объединяет более однородные параметры, характеризующие состояние здоровья, заботу о нем, доступность и качество медицинской помощи. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет качество жизни с позиций охраны нового общественного здоровья как «восприятие человеком своего социально-экономического положения в обществе в контексте системы ценностей той социокультурной и социопрофессиональной среды, в которой он функционирует, и в соответствии с целями, ожиданиями, представлениями и интересами этого индивидуума» [17]. По определению В.И. Петрова и Н.Н. Седовой, «качество жизни есть адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу» [6].

Особенно актуальна проблема изучения качества жизни у военнослужащих — одной из многочисленных социально-профессиональных групп населения в любой стране. Их служебная деятельность отличается высокой социальной значимостью и осуществляется в особых условиях, характеризующихся большим объемом и интенсивностью рабочих нагрузок, высокой физической и психоэмоциональной напряженностью, воздействием неблагоприятных факторов военного труда и быта.

Проведенный авторами статьи анализ научных публикаций по интересующей теме свидетельствует о недостаточном внимании отечественных исследователей к проблеме качества жизни военнослужащих: изучению этого вопроса посвящены лишь единичные российские работы [1; 3]; в то же время многие иностранные ученые сосредоточены на исследовании качества жизни отдельных групп военных специалистов, например, ветеранов войн в Персидском заливе и Ираке.

Для нашей страны проблема качества жизни военнослужащих приобретает особую значимость в связи с проводимой широкомасштабной военной реформой по оптимизации организационной структуры и штатной численности личного состава Вооруженных сил. Процесс реформирования российской армии происходит в крайне неблагоприятной социально-экономической обстановке. Политическая

и экономическая нестабильность; высокий уровень коррупции; спад промышленного производства; рост потребительных цен; низкий уровень жизни; увеличение преступности; распространение алкогольной и наркотической зависимости — все эти факторы негативно отражаются на здоровье и благополучии населения, в том числе и на военнослужащих. Перечисленные обстоятельства говорят о необходимости проводить комплексные углубленные медико-социологические исследования качества жизни российских военных с последующей разработкой и внедрением мероприятий по сохранению и укреплению их здоровья, что является основным условием поддержания высокой боевой готовности армии и флота.

Материалы и методы

С целью изучения качества жизни военнослужащих нами в 2008 году проведено специальное медико-социологическое исследование, объектом которого стали военные моряки одной из российских военно-морских баз. Сбор статистического материала осуществлялся выборочным методом путем анонимного анкетирования с использованием русскоязычной версии опросника «Medical Outcomes Study-Short Forms» (SF-36) [20]. Всего нами опрошено 676 военнослужащих в возрасте от 18 до 55 лет, что на 44,5% превысило расчетный объем выборки (375 человек). В составе обследованного контингента преобладали мужчины — 78,6% ($n = 531$), из них с высшим образованием — 48,0% ($n = 325$) и офицерским (мичманским) воинским статусом — 60,8% ($n = 411$) (см. табл. 1).

Оценка качества жизни, обусловленного здоровьем, проводится согласно методике Д. Уэра, путем преобразования первичных значений 35 пунктов опросника в баллы (от 0 до 100) с последующим их пересчетом по каждой из восьми выделенных шкал [20].

- Первая шкала — «физическое функционирование» (ФФ). Отражает степень ограничения физического состояния человека при выполнении физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.). Низкие баллы свидетельствуют о значительном снижении физической активности из-за ухудшения состояния здоровья.
- Вторая шкала — «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (РФФ). Позволяет оценить влияние физического состояния на повседневную деятельность (работа, выполнение повседневных обязанностей). Низкие баллы отражают значительное ограничение ролевой деятельности вследствие неудовлетворительного физического состояния.
- Третья шкала — «интенсивность боли» (ИБ). Измеряет выраженность болевого синдрома путем установления его влияния на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне его. Низкие баллы указывают на значительное снижение активности человека из-за боли.

Таблица 1

**Распределение военнослужащих
по социально-демографическим признакам**

Социально-демографические переменные	Значение признаков переменных	
	Абсолютное значение, чел.	Доля от общего числа респондентов, %
Пол		
мужчины	531	78,6
женщины	145	21,4
Возраст, лет		
18–19	50	7,4
20–24	144	21,3
25–29	133	19,7
30–34	149	22,0
35–39	107	15,8
40–44	55	8,2
45–49	30	4,4
0–54	8	1,2
Воинский статус		
военнослужащие по контракту		
Всего	581	85,9
в том числе:		
офицеры (мичманы)	411	60,8
матросы (старшины)	170	25,1
военнослужащие по призыву	95	14,1
Образование		
среднее общее	16,3	110
среднее специальное	35,7	241
высшее	48,0	325
<i>Итого</i>	100,0	676

- Четвертая шкала — «общее состояние здоровья» (ОСЗ). Направлена на оценку человеком своего здоровья в настоящем и будущем. Низкие баллы свидетельствуют об осознаваемом плохом статусе здоровья.
- Пятая шкала — «жизненная активность» (ЖА). Характеризует ощущения человека: полон ли он сил и энергии или, напротив, обессилен. Низкие баллы подтверждают осознаваемое снижение жизненной активности и утомление.
- Шестая шкала — «социальное функционирование» (СФ). Определяет степень, при которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность и общение. Низкие

баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения, обусловленного ухудшением физического и эмоционального состояния.

- Седьмая шкала — «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (РЭФ). Оценивает степень, при которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т. п.). Низкие баллы указывают на наличие ограничений в выполнении повседневной работы из-за ухудшения эмоционального состояния.
- Восьмая шкала — «психическое здоровье» (ПЗ), характеризует настроение, наличие или отсутствие депрессии и/или тревоги. Низкие баллы свидетельствуют о психическом неблагополучии.

Оценочные параметры качества жизни, дефрагментированные по восьми шкалам опросника, нами дополнены расчетом обобщенных оценочных показателей, характеризующих физический и психологический компоненты здоровья.

- Первый показатель — «физический компонент здоровья». Объединяет первые четыре шкалы: «физическое функционирование»; «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием»; «интенсивность боли»; «общее состояние здоровья».
- Второй показатель — «психологический компонент здоровья». Объединяет вторые четыре шкалы опросника: «жизненная активность»; «социальное функционирование»; «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием»; «психическое здоровье».

При статистической обработке данных мы использовали традиционные методы классификации учетных признаков. В качестве зависимой переменной нами принято качество жизни; к независимым переменным отнесены социально-демографические (пол, возраст, образование) и профессиональные (воинский статус) характеристики.

Обработка полученных данных проводилась с использованием статистической программы SPSS, версия 13,0. Сравнение количественных параметров осуществлялось с помощью непараметрического U-критерия Манна–Уитни. Для установления связи между изучаемыми признаками нами применялся корреляционный анализ, который рассчитывался по коэффициенту Спирмена. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

По нашим данным, качество жизни военных моряков является довольно высоким: дефрагментированные оценочные значения варьируют от минимального (71,4 балла по шкале «жизненная активность») до максимального (93,6 балла по шкале «физическое функционирование») при размахе колебаний, равном 22,2 балла (см. рис. 1). По шести шкалам качество жизни военных моряков превышает качество жизни военнослужащих пограничных войск ФСБ РФ. Как показано на рисунке 1, размах колебаний показателей военнослужащих пограничных войск является значительно большим — 29,8 балла (против 22,2 балла), меньший уровень начинается с 61,0 балла (против 71,4 балла), а больший, равный 90,8 балла, не достигает полученного нами эмпирического максимума (93,6 балла) [3].

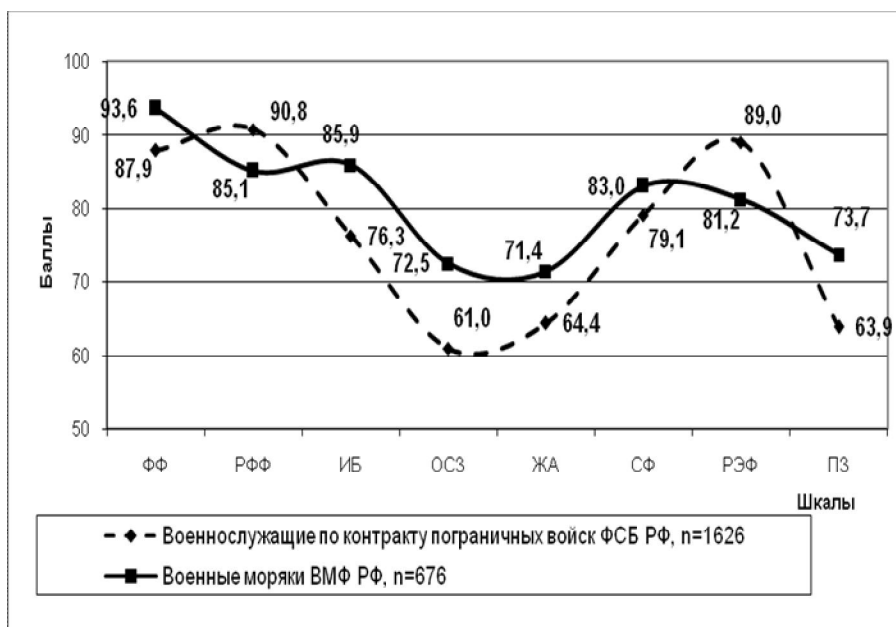


Рис. 1. Показатели качества жизни военных моряков ВМФ РФ и военнослужащих пограничных войск ФСБ РФ

Вполне предсказуемо, что по всем восьми шкалам качество жизни военных моряков оказалось гораздо выше аналогичных показателей гражданского населения России [2; 5; 7; 8; 9]. Как показано на рисунке 2, последние характеризуются вдвое большим размахом колебаний — 39,3 балла (против 22,2 балла), меньший уровень начинается с 46,3–59,3 баллов (против 71,4 балла), а больший, равный 85,6 балла, не достигает возможного эмпирического максимума (93,6 балла), то есть показатели гражданского населения изменяются в более широких пределах — от 46,3 балла до 85,6 балла.

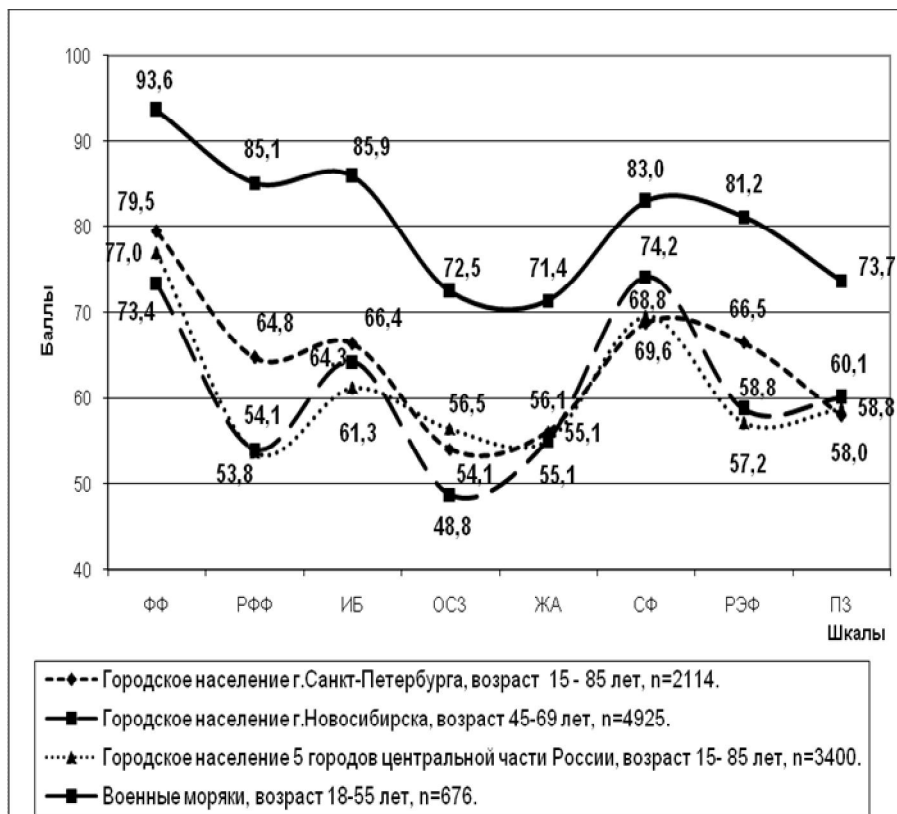


Рис. 2. Показатели качества жизни военных моряков ВМФ РФ и гражданского населения России

Сравнение дефрагментированных оценок качества жизни российских военных моряков с гражданским населением таких стран как Болгария [18], Канада [10] и Франция [15]. На рисунке 3 показано превышение показателей качества жизни военных моряков по большинству шкал (по четырем, шести и семи шкалам соответственно). Исключение составляет лишь гражданское население Китая [19], оценочные значения качества жизни которого по шести шкалам выше аналогичных показателей российских военных моряков.

Нами установлено, что у российских военных моряков физический компонент здоровья (53,4 балла), превышая психологическую составляющую (49,3 балла) на 4,1 балла, полностью совпадает с аналогичным показателем у военнослужащих армии США (53,4 балла). Вместе с тем значение психологического компонента здоровья россиян в сравнении с американцами на 3,5 балла ниже — 49,3 балла (против 52,8 балла) [16].

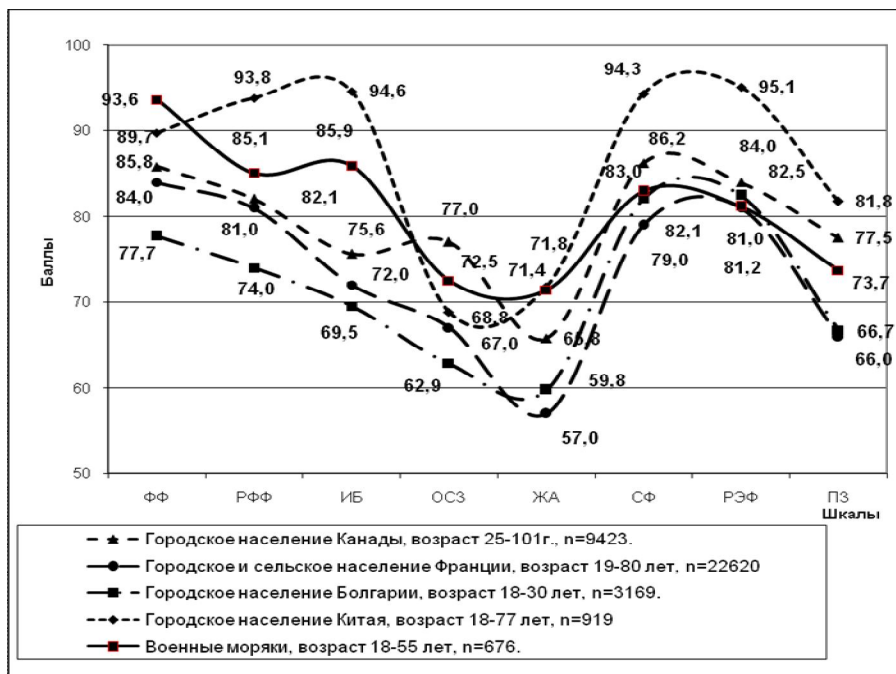


Рис. 3. Показатели качества жизни военных моряков ВМФ РФ и населения некоторых стран мира

При изучении качества жизни военнослужащих обоного пола нами выявлены выраженные гендерные различия: по всем восьми опросным шкалам у мужчин наблюдаются более высокие показатели качества жизни чем у женщин (см. рис. 4). Различия являются статистически значимыми (см. табл. 2).

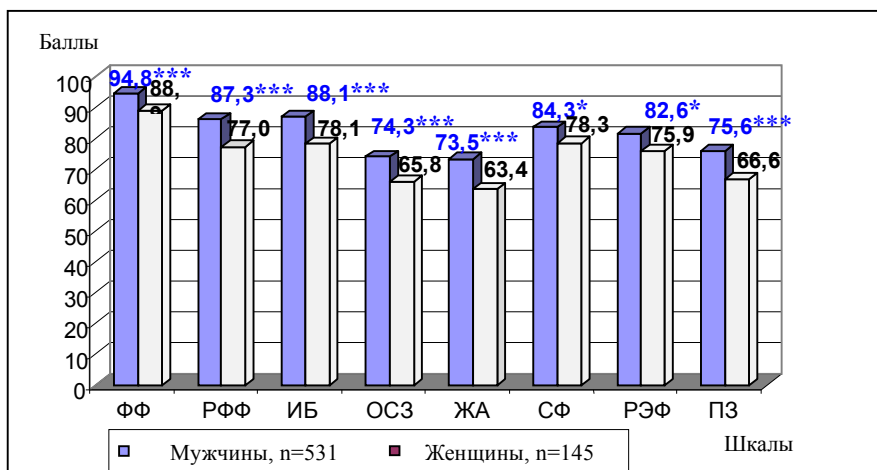


Рис. 4. Показатели качества жизни военных моряков ВМФ РФ разного пола

Достоверность различий между мужчинами и женщинами, где * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$.

Полученные нами данные согласуются с результатами популяционных исследований, проведенных в России [2; 5; 7; 8; 9] и зарубежных странах [10; 15; 19], убедительно доказавших более высокое качество жизни мужчин по сравнению с качеством жизни женщин.

Таблица 2

Показатели U-критерия Манна–Уитни, значения Z и уровня p при сравнении качества жизни у военнослужащих разного пола

Показатели	ФФ	РФФ	ИБ	ОСЗ	ЖА	СФ	РЭФ	ПЗ
U	23429,0	31006,5	28887,0	28585,5	25035,5	32249,0	34314,0	24418,5
Z	-7,686	-4,450	-5,090	-4,770	-6,507	-3,110	-2,404	-6,789
p	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	0,02	0,01	< 0,001

Хорошо известно, что с увеличением возраста снижается качество жизни. И наше исследование подтверждает этот факт. У военных моряков показатели физического здоровья с возрастом ухудшаются незначительно (с 76,2–98,7 баллов до 62,8–86,8 баллов), оставаясь к 50–54 годам их жизни весьма высокими (62,8 балла и выше) (см. рис. 5). Данное обстоятельство свидетельствует, что при окончании военной службы у моряков наблюдается хорошая сохранность основных параметров физического здоровья. Показатели психологического здоровья с увеличением возраста также снижаются. Однако в отличие от физического компонента они имеют более выраженный размах колебаний — 29,8 балла (против 26,9 балла). При этом тенденция к ухудшению психологического здоровья начинается в 20–24 года (77,3–88,3 балла), заканчивается в 45–49 лет (61,3–77,9 баллов), а в следующем возрастном периоде изменяет свою направленность (см. рис. 6). Здоровье военных моряков в психологическом отношении является особенно неудовлетворительным в возрасте 18–19 и 44–45 лет — это обстоятельство объясняется их нестабильным психологическим состоянием. В первом возрастном периоде оно возникает у военнослужащих по призыву в процессе их адаптации к новой армейской среде. Во втором периоде — у военнослужащих по контракту при их увольнении с военной службы и выходе на пенсию, поскольку они испытывают страх остаться без работы и чувство незащищенности, что является важным фактором, ведущим к ухудшению здоровья.

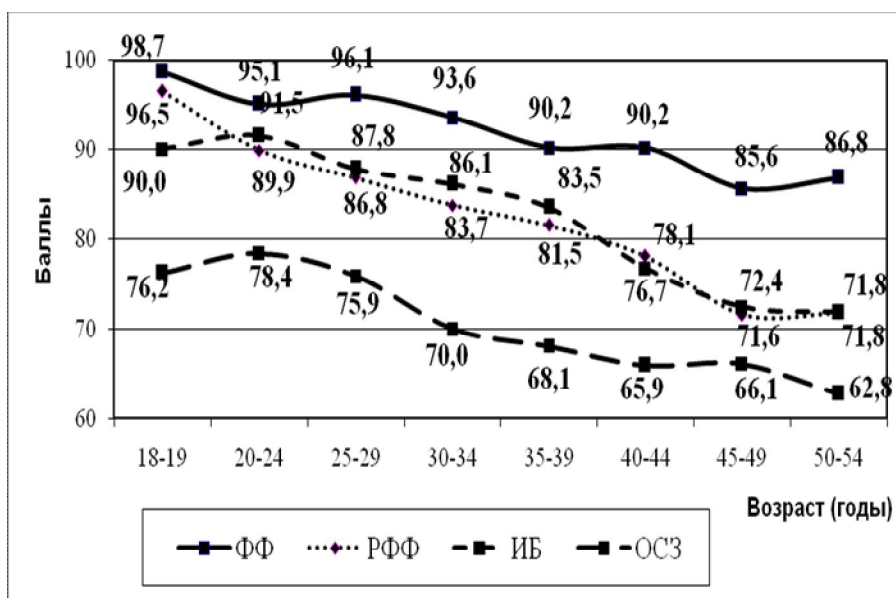


Рис. 5 Показатели физического компонента здоровья военных моряков ВМФ РФ разного возраста (n = 676)

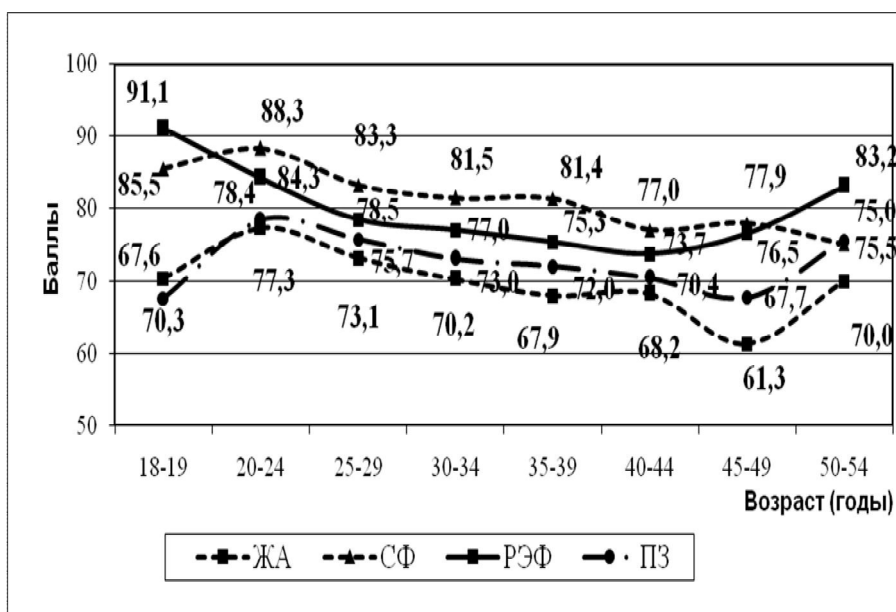


Рис. 6 Показатели психологического компонента здоровья военных моряков ВМФ РФ разного возраста (n = 676)

Тенденция к ухудшению качества жизни военных моряков с увеличением возраста подтверждается, как показано на рисунке 7, наличием между анализируемыми признаками отрицательной средней (по одной шкале) и слабой (по семи шкалам) силы корреляционной связи.

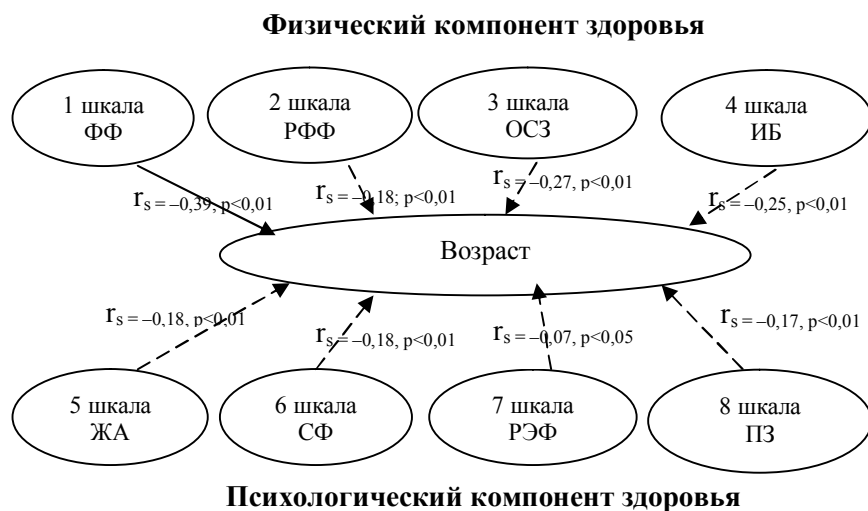


Рис. 7. Корреляционная связь между возрастом и качеством жизни военных моряков ВМФ РФ

Полученные нами данные совпадают с результатами популяционных исследований, давно установивших наличие отрицательной связи между качеством жизни и возрастом [2; 5; 7; 9; 10; 15; 18; 19]. Отечественные ученые В.Н. Амирджанова [2], Г.И. Симонова [7], А. Новик с коллегами [5] и Л.А. Терентьев [9] установили факт постепенного ухудшения как физического, так и психологического здоровья у российского населения с увеличением возраста. В отличие от российской тенденции у населения западных стран с возрастом снижаются лишь показатели физического здоровья, а психологическое — не только остается неизменным, но даже улучшается [11; 14].

Мы отдельно рассмотрели влияние образования на качество жизни военных моряков. Наш интерес был обусловлен наличием давно установленной иностранными исследователями прямой связи между образованием и качеством жизни: чем выше уровень образования, тем лучше показатели физического и психологического компонентов здоровья, что свидетельствует о выраженном протективном действии образования на качество жизни [10; 14; 15; 19]. Однако обнаруженные нами различия в качестве жизни военнослужащих, имеющих разное образование, оказались статистически не значимыми,

за исключением лишь одной шкалы — «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($U = 32596,0$; $Z = -4,077$; $p < 0,001$) (см. рис. 8).

Выявленные расхождения, по-видимому, обусловлены не столько разным гендерным и возрастным составом лиц со средним специальным и высшим образованием, сколько различиями в содержании их служебной деятельности, которая у военных моряков с высшим образованием, как правило, носит высокоответственный командно-административный характер и сопровождается большими психоэмоциональными нагрузками. Это негативно отражается на их эмоциональном состоянии, ухудшая качество выполнения должностных обязанностей. Полученные нами данные частично совпадают со сведениями, приводимыми другими российскими авторами. Например, А.В. Концевая с коллегами установила прямое влияние высшего образования на физическое здоровье жителей города Иваново и обратное — на их психическое состояние и социальную активность [4].

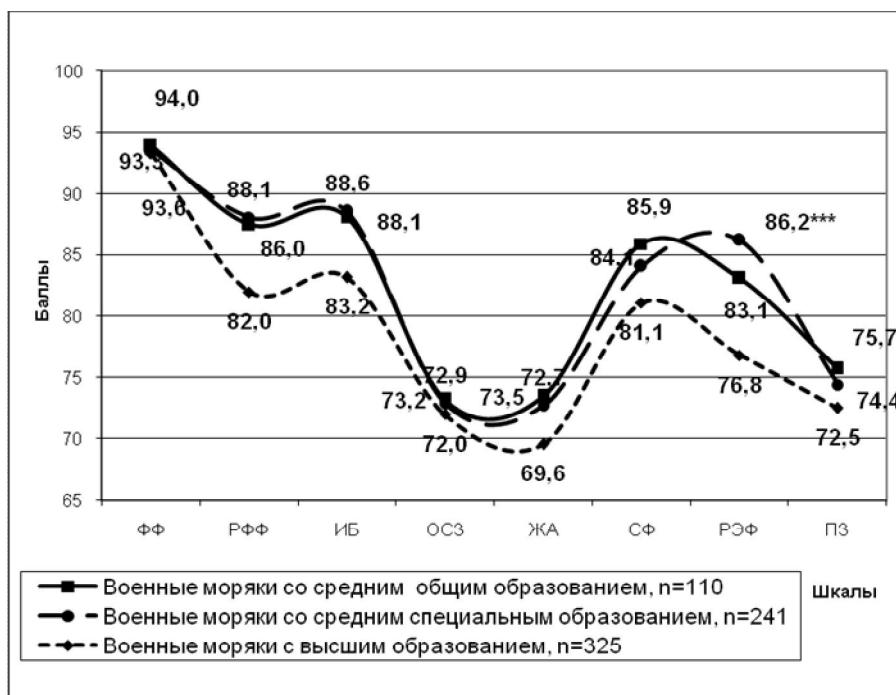


Рис. 8. Показатели качества жизни военных моряков ВМФ РФ с разным уровнем образования

Достоверность различий между военными моряками со средним специальным и высшим образованием, где *** — $p < 0,001$.

Нами выявлено неоднозначное влияние воинского статуса на качество жизни военнослужащих. Как ни странно, у военнослужащих по призыву оно оказалось значительно выше, чем у офицеров (мичманов) и матросов (старшин) по контракту, за исключением психического здоровья (см. табл. 3, 4 и рис. 9). Выявленные различия обусловлены, по-видимому, однородным гендерным составом и возрастным фактором: более молодым возрастом призывников ($20,5 \pm 0,1$ лет) по сравнению с офицерами (мичманами) ($32,6 \pm 0,3$ лет) и матросами (старшинами) по контракту ($30,4 \pm 0,5$ лет). Статистически значимых различий в качестве жизни офицеров (мичманов) и матросов (старшин) по контракту нами не установлено (см. рис. 9). Данное обстоятельство противоречит давно установленному иностранными учеными факту положительного влияния социального статуса на состояние здоровья [14].

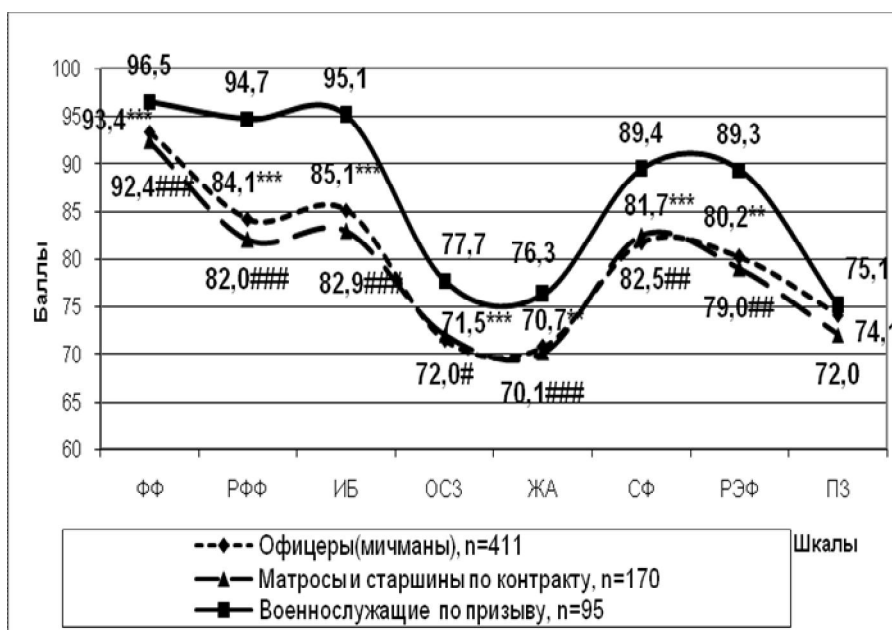


Рис. 9. Показатели качества жизни военных моряков ВМФ РФ с разным воинским статусом

Достоверность различий:

1) между военнослужащими по призыву и офицерами (мичманами),

где ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$;

2) между военнослужащими по призыву и матросами (старшинами) по контракту,

где # — $p < 0,05$; ## — $p < 0,01$; ### — $p < 0,001$.

Таблица 3

Показатели U-критерия Манна–Уитни, значения Z и уровня p при сравнении показателей качества жизни у военнослужащих по призыву и офицеров (мичманов)

Показатели	ФФ	РФФ	ИБ	ОСЗ	ЖА	СФ	РЭФ	ПЗ
U	1279,0	16112,5	12980,0	15182,5	16007,5	15162,5	16695,0	19407,5
Z	-5,611	-3,335	-5,659	3,390	-2,759	-3,523	-2,664	-0,090
p	< 0,001	0,001	< 0,001	0,001	0,006	< 0,001	0,008	0,928

Таблица 4

Показатели U-критерия Манна–Уитни, значения Z и уровня p при сравнении показателей качества жизни у военнослужащих по призыву и контракту

Показатели	ФФ	РФФ	ИБ	ОСЗ	ЖА	СФ	РЭФ	ПЗ
U	5375,0	6457,5	5457,0	6817,5	6527,5	6602,5	6750,0	7510,0
Z	-4,894	-3,457	-5,103	-2,108	-2,605	-2,575	-2,714	-0,948
p	< 0,001	0,001	< 0,001	0,03	0,009	0,01	0,007	0,343

Чтобы изучить влияние общих условий труда и быта на качество жизни, мы провели межстрановое сравнение показателей российских военных моряков мужского пола с норвежскими моряками [14], проходящими службу в одинаковой климатогеографической зоне. Как и следовало ожидать, качество жизни у россиян ниже по шести шкалам, чем у норвежцев. Диапазон различий между показателями варьирует от минимального — 8,1% (по шкале «психическое здоровье») до максимального — 10,7% (по шкале «ролевое эмоциональное функционирование»). По двум шкалам («физическое функционирование» и «интенсивность боли») разрыв между показателями является незначительным — 1,8% и 2,3% соответственно. И только по одной шкале («жизненная активность») россияне превзошли норвежцев на 6,9% (см. рис. 10).

При изучении возрастной динамики показателей нами установлено, что физическое здоровье норвежцев с возрастом, как и россиян, ухудшается лишь незначительно (с 83,8–97,4 баллов до 80,1–91,6 баллов). Однако в 50–54 года у норвежцев оно существенно выше — 80,1 балла (против 62,8 балла). При этом психологический

компонент здоровья норвежцев на всем протяжении службы остается стабильно высоким (94,7–81,9 баллов) с тенденцией к улучшению. В то время как психологическое здоровье российских моряков ухудшается равномерно с возрастом (с 88,3–77,3 баллов до 70,0–68,2 баллов), за исключением особенно нестабильных в психологическом состоянии возрастных периодов (18–19 и 44–45 лет). При сравнении психологического здоровья норвежских и российских военных моряков разного воинского статуса нами выявлены разнонаправленные тенденции: у норвежских моряков между воинским статусом и психологическим здоровьем имеется прямая связь, а у российских — обратная.

Как показывают приведенные статистические данные, между странами существуют значительные различия. И хотя основополагающие факторы риска для здоровья (генетическая предрасположенность, поведение, образ жизни, социально-экономический статус, состояние окружающей среды) [13] являются весьма схожими, по своему значению они совершенно несопоставимы. Полученные данные подтверждают имеющиеся сведения [12; 21], что различия в благосостоянии стран являются важным фактором, обуславливающим разрыв в качестве жизни военнослужащих разных стран.

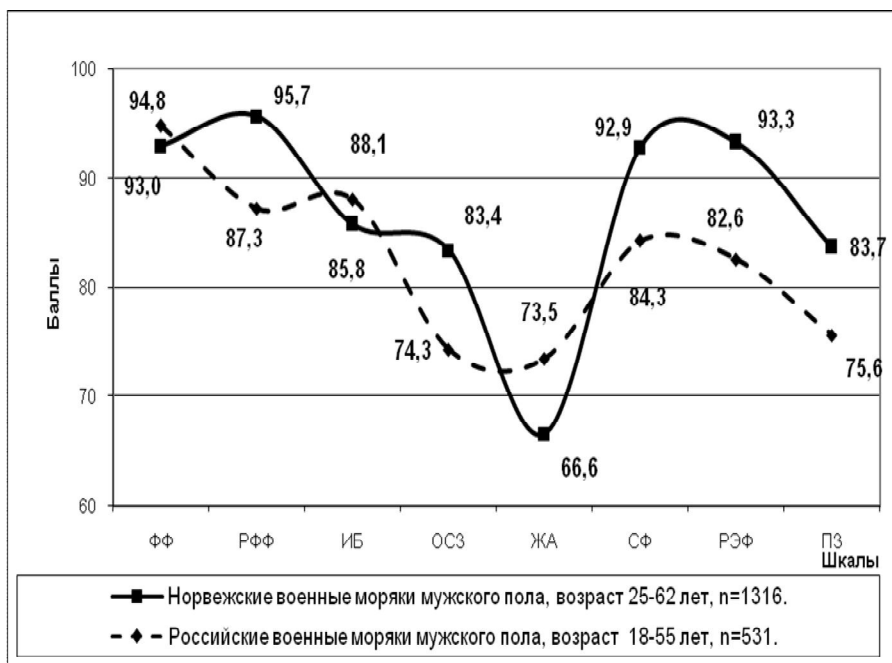


Рис. 10. Показатели качества жизни российских и норвежских военных моряков мужского пола

Заключение

Подводя итоги проведенного исследования, прежде всего следует обратить внимание на тот факт, что качество жизни российских военных моряков является весьма высоким. Оно выше аналогичных показателей военнослужащих ФСБ, а также гражданского населения России, Франции, Канады и Болгарии. Более того, по физическому компоненту качество жизни российских военных моряков сопоставимо с военнослужащими США, однако ниже, чем у военных моряков Норвегии. Высокие показатели качества жизни российских военных моряков обусловлены их молодым возрастом (средний возраст составляет $30,3 \pm 0,3$ лет) и хорошим состоянием здоровья. Последнее достигается наличием жестких медицинских требований, предъявляемых к здоровью лиц, проходящих службу на флоте. Доля военных моряков, страдающих хроническими заболеваниями, весьма невелика, а имеющаяся у них соматическая патология не оказывает скольнибудь значимого влияния на состояние здоровья и качество жизни. Существенный вклад в сохранение и укрепление здоровья военнослужащих вносит медицинская служба войсковых частей, организация деятельности которых основана на диспансерном методе работы. Его суть заключается в систематическом медицинском контроле за состоянием здоровья личного состава, активном выявлении заболеваний на ранних стадиях развития патологического процесса, тщательном изучении условий службы и быта, своевременном выявлении и устранении отрицательно влияющих на здоровье факторов, динамическом наблюдении и проведении необходимых профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий.

Не менее важным фактором, положительно влияющим на качество жизни военных моряков, является их относительно хорошее материальное обеспечение и высокая социальная защищенность. В последние годы доходы военных моряков существенно возросли за счет увеличения размера денежного довольствия и введения стимулирующих выплат. Государством гарантировано и предоставлено социальных льгот, включающих служебное жилье, бесплатное медицинское обслуживание и пенсионное обеспечение. При несении службы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним денежное довольствие военнослужащих существенно увеличивается (соответственно в 2,2 и 1,7 раз), дополнительно к нему выдается продовольственный паек.

Динамика показателей качества жизни военнослужащих хорошо отражает выявленные по данным популяционных исследований гендерные и возрастные различия. При этом уровень физического здоровья у российских военных моряков снижается более медленными темпами, чем у гражданского населения России, оставаясь весьма

высоким в 50–54 года (62,8 балла и выше). Относительно психологического здоровья наблюдается аналогичная тенденция, за исключением нестабильных для этого состояния возрастных периодов (18–19 и 44–45 лет).

Выявленные в ходе нашего исследования различия в качестве жизни военнослужащих с разным воинским статусом обусловлены доминирующим влиянием гендерных и возрастных характеристик. Нами не установлена статистически значимая связь между образованием и качеством жизни. Имеющиеся различия в ролевом эмоциональном функционировании у военнослужащих с высшим и средним специальным образованием мы склонны объяснять разным характером выполняемых служебных обязанностей. Вместе с тем не вызывает сомнения и то обстоятельство, что на качество жизни военнослужащих, как и других социальных групп населения, влияет множество других переменных (экономических, социальных, психологических, семейно-бытовых и т. д.). В этой связи необходимо более глубокое и детальное изучение факторов, влияющих на качество жизни всех категорий военнослужащих с последующей разработкой комплекса мер, направленных на его существенное улучшение, что, в свою очередь, послужит необходимой предпосылкой для поддержания высокой боевой готовности российской армии и флота, значимость которой трудно переоценить в условиях постоянно растущей в мире национальной и политической напряженности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агеев С.В.* Терапевтические и социально-психологические особенности гипертонической болезни у военнослужащих кадра и запаса на санаторном этапе: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Архангельск, 2010.
2. *Амирджанова В.Н.* Ревматоидный артрит и качество жизни больных. Методология исследований, валидация инструментов, оценка эффективности терапии: Дисс. д-ра. мед наук. М., 2008.
3. *Зусмановский Е.Ю.* Состояние здоровья, качество жизни и пути оптимизации медицинского обеспечения военнослужащих пограничной службы, проходящих военную службу на контрактной основе: Дис. ... канд. мед. наук. Нижний Новгород, 2005.
4. *Концевая А.В., Калинина А.М., Омеляненко М.Г.* и др. Характеристика качества жизни и самооценка здоровья как маркеров готовности пациентов к участию в профилактических мероприятиях // Профилактическая медицина (Профилактика заболеваний и укрепление здоровья). 2006. № 6. С. 21–26.
5. *Новик А.А., Ионова Т.И.* Руководство по исследованию качества жизни в

- медицине / Под ред. акад. РАМН Ю.А. Шевченко. М.: Олма-пресс. 2007.
6. *Петров В.И., Седова Н.Н.* Проблема качества жизни в биоэтике. Волгоград: «Издатель», 2001.
 7. *Симонова Г.И., Богатырев С.Н., Горбунов О.Г.* и др. Качество жизни населения Сибири (популяционное исследование) // Бюллетень СО РАМН. 2006. № 4 (122). С. 52–55.
 8. *Сухонос Ю.А.* Особенности популяционного исследования качества жизни: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003.
 9. *Терентьев Л.А.* Качество жизни населения региона (на примере Краснодарского края) // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 11. 2009. Вып. 1. С. 176–183.
 10. *Hopman W.M., Towheed T., Anastassiades T.* et al. Canadian normative data for the SF-36 health survey // Canadian Medical Association Journal. 2000. Vol. 163. P. 265–271.
 11. *Jiang Y., Hesser J.E.* Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island's 2002 Behavioral Risk Factor Survey // Health Qual Life Outcom. 2006. Vol. 4. P. 14–18.
 12. *Kaplan G.A., Pamuk E.R., Lynch J.W.* Inequality in income and mortality in the United States. Analysis of mortality and potential pathways // British Medical Journal. 1996. Vol. 312. P. 999–1003.
 13. *Lalonde M.A.* New perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.
 14. *Mageroy N., Riise T., Johnsen B.H.* et al. Health-related quality of life in the Royal Norwegian Navy: does officer rank matter? // Military Medicine. 2007. Vol. 172, No 8. P. 835–842.
 15. *Peyre H., Coste J., Leplège A.* Identifying type and determinants of missing items in quality of life questionnaires: Application to the SF-36 French version of the 2003 Decennial Health Survey // Health and Quality of Life Outcomes. 2010. Vol. 8, No 1. P. 16–21.
 16. *Smith T.C., Zamorski M., Smith B.* et al. Millennium Cohort Study Team. The physical and mental health of a large military cohort: baseline functional health status of the Millennium Cohort // BMC Public Health. 2007. Vol. 26, No 7. P. 340–353.
 17. The WHOOL group. Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment // Psychological Medicine. 1998. Vol. 3. P. 551–558.
 18. *Vasiljevic N., Ralevic S., Marinkovic J.*, et al. The assessment of health-related quality of life in relation to the body mass index value in the urban population of Belgrade // Health and Quality of Life Outcomes. 2008. Vol. 29, No 6. P. 106–128.

19. *Wang R., Wu C., Zhao Y.* et al. Health related quality of life measured by SF-36: a population-based study in Shanghai, China // *BMC Public Health*. 2008. Vol. 19, No 8. P. 292–296.
20. *Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B.* SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated, 2000.
21. *Wilkinson R.G.* Income distribution and life expectancy // *British Medical Journal*. 1992. Vol. 304. P. 165–168.