

2. Шаппо В.В. Перспективы совершенствования медицинской службы Вооруженных сил Российской Федерации // Военно-мед. журнал. - 2008. - Т. 329, №8. - С. 4-7.

3. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. - М.: Наука, 2006. - 238 с.

4. Денисов М.Н. Врачи первичного звена // Медицинская академия. - №5 (2350).

5. Starfield V. Primary care; balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.

6. <http://www.infox.ru/authority/defence/2010/10/15/voyennyuyemyediki.phtml>

7. http://nvo.ng.ru/notes/2007-08-10/8_structure.html

8. <http://voennovosti.ru/2010/08/news-202-html/>

Координаты для связи с авторами: Солохина Людмила Васильевна — профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, тел.: 8(4212)-30-54-26; Акимов Игорь Вячеславович — заочный аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ.



УДК 613.68(571.64)

В.А. Вагин

РОД ЗАНЯТИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, СВЯЗАННОЕ СО ЗДОРОВЬЕМ МОРЯКОВ САХАЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Холмская больница ФГУ «Дальневосточный окружной медицинский центр
Федерального медико-биологического агентства»,
694620, ул. Шевченко, 6, тел.: (42433)-2-03-01, e-mail: portmed@mail.ru, г. Холмск*

Оценка качества жизни в современной медицине занимает все более прочное место, что отражает увеличение роли пациента в выборе методов диагностики и лечения. Качество жизни, связанное со здоровьем, показывает, как пациент переносит свое заболевание, и влияние заболевания на важнейшие аспекты жизни с его позиций. Оценка, проводимая респондентом, часто расходится с оценкой качества жизни, выполненной врачом, что позволяет составить более полную и объективную картину [3, 5, 7, 10-12].

Исследователи обнаружили заметное влияние принадлежности к социальному классу на степень здоровья (даже больше, чем от дохода). Так было выявлено, что число сердечных приступов с летальным исходом среди английских государственных служащих низшего ранга в 3,6 раза выше, чем среди служащих, занимающих высшие ступени. По мнению ученых, это объясняется различием в интенсивности курения, уровне артериального давления, сахара и холестерина в крови, отражающем различие образа жизни. Остальная дифференциация обусловлена эмоциональными последствиями разницы в социальном статусе. Для представителей низших социальных слоев присуще гораздо худшее психическое здоровье. Это связано не только с различием в доходах, но и с профессиональными различиями, обусловленными спецификой труда. Рабочим менее свойственно чувство внутреннего контроля, так как из-за характера своей работы они длительно ощущали свою неспособность что-либо контро-

лировать. Тем самым они менее способны преодолевать стресс, сталкиваясь с трудностями и болезнями [1].

В работах по изучению стрессового напряжения моряков было выявлено существенное его отличие до и после рейса. Если до рейса оно выше нормы на 23% (внутреннее напряжение в ожидании рейса), то после — больше на 40%. То есть психическое здоровье работников плавсостава, как и качество жизни, связанное со здоровьем, до выхода в море гораздо лучше [2, 8].

Иногда социальный класс оценивается по размерам дохода, но чаще иначе. Английские ученые используют иерархию профессий, выделяемых по уровню требуемой квалификации. Американские исследователи рассматривают сочетание дохода, уровня образования и рода деятельности. Марксистский подход профессии классифицируется на основе объема реализуемой власти [1].

В настоящем исследовании, как у британских ученых, в качестве характеристики класса выступал род занятий (специалисты и рабочие).

Целью исследования было выявление различий в качестве жизни, связанного со здоровьем, у прошедших профессиональный отбор работников плавсостава Сахалинской области в зависимости от рода деятельности за период 2009-2010 гг.

Материалы и методы

В рамках медико-социального исследования проведена оценка качества жизни, связанного со здоровьем, 614

моряков мужского пола Сахалинской области после прохождения ими ежегодного медицинского освидетельствования на профессиональную пригодность к работе в море в 2009-2010 гг. Накопления серьезной заболеваемости в этой группе не наблюдалось из-за отсева больных при профотборе. Таким образом, это практически здоровые лица. Женщины были исключены из исследования, так как все они занимали должности рядового состава (повара, буфетчицы, бортпроводницы и др.).

Для анкетирования использовался международный вопросник EuroQul-5D. Анкету заполнял сам пациент: отмечал уровень нарушений в состоянии своего здоровья по пяти параметрам и делал отметку на визуально-аналоговой шкале, отражающей свое качество жизни на текущий момент [3, 7, 10, 13, 14].

Вопросник состоит из двух частей. Первая часть вопросника оценивает пять параметров: мобильность, самообслуживание, бытовую активность, боль и настроение. Для каждой из составляющих предусмотрены три уровня: нарушения отсутствуют, нарушения умеренные, нарушения выраженные.

Вторая часть теста представляет собой шкалу типа «термометра», на которой наилучшее состояние здоровья, которое может представить для себя испытуемый, соответствует отметке 100, а наихудшее 0. Испытуемые отмечали на шкале состояние здоровья на момент обследования — индивидуальную количественную оценку качества жизни, связанного со здоровьем [3, 5].

Все респонденты подписали согласие на обработку своих персональных данных. Участвовали в анкетировании только желающие работники плавсостава, так, из 1804 прошедших медосмотр заполнили анкеты только 614 чел. (34,0%). Несмотря на это, нельзя исключить субъективный фактор замалчивания своих проблем со здоровьем, чтобы не потерять допуск к работе, и получения высоких, но недостоверных результатов.

Для обеспечения анонимности при заполнении анкет, опрос проводился после завершения медицинского освидетельствования, когда заключение о профессиональной пригодности было получено. При этом персональные данные (кроме пола, возраста и рода деятельности) в анкете не указывались. Медицинские работники во время медицинского осмотра результатов не видели, и анализ заполненных анкет проводился один раз в год.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием текстового редактора Excel. Для описания данных использовались параметры: интенсивные показатели, средние значения, медиана, мода, дисперсия, стандартное отклонение, минимум и максимум значений, ошибки показателей, процентиля, коэффициент вариации [9]. Для определения достоверности различий применялся t-критерий Стьюдента (различия считались значимыми при $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

Основная выборка составила 575 работников плавсостава мужского пола, от 18 до 73 лет (средний возраст $40,6 \pm 0,4$ г.). Выборка была сформирована после исключения анкет, не содержащих сведений о поле, возрасте, уровне нарушений в состоянии здоровья или отметки на визуально-аналоговой шкале из выборки 614 чел. Доля анкет с пропущенными ответами составила 39 штук (6,3%).

Резюме

При помощи вопросника EuroQul-5D исследовано качество жизни, связанное со здоровьем 575 моряков возрасте 18-73 лет (средний возраст $39,8 \pm 0,2$ лет), в том числе 299 чел. командирского состава (52%) и 276 рядового состава (48%). Данные были получены в 2009 и 2010 гг. при анкетировании после медицинского освидетельствования.

Исследование показало одинаково высокую оценку качества жизни, связанного со здоровьем, у моряков, прошедших профотбор, вне зависимости от рода деятельности. При этом не было выявлено достоверных различий ни по одной из компонент шкал вопросника EuroQul-5D (количество отклонений в качестве жизни, различие в показателе улучшения здоровья за прошедший год, средний балл качества жизни) ($p > 0,05$).

Ключевые слова: работники плавсостава, качество жизни, связанное со здоровьем, вопросник EuroQul-5D, род деятельности.

V.A. Vagin

TYPE OF WORK AND HEALTH-RELATED QUALITY OF SAILORS' LIFE

Holmsk hospital «The Far Eastern district medical center of Federal medical and biologic agency», Holmsk

Summary

With the help of questionnaire EuroQul-5D health-related quality of life of 575 sailors in the age group 18-73 years (the average age $39,8 \pm 0,2$ years), out of them 299 officers (52%) and 276 ordinary sailors (48%) has been studied. The data were received by anonymous questioning after physical examination on professional consistency in 2009, 2010.

The study has shown equally high estimation of health-related quality of life in sailors irrespective of type of the work and professional activities. At the same time no reliable differences on any component of the scales of the questionnaire EuroQul-5D (the amount of the deflections in quality of life, difference in factor of the improvement of health for the last year, average quality of life score) ($r > 0,05$) were revealed.

Key words: sailors, health-related quality of life, questionnaire EuroQul-5D, type of work.

Респонденты были распределены на две группы по роду занятий:

- командирский состав — специалисты (капитаны, штурманы, механики и др.) — 299 чел. (средний возраст $39,4 \pm 0,6$ лет),

- рядовой состав (матросы, мотористы и др.) — 276 (средний возраст $40,0 \pm 0,8$ лет).

Средний возраст в обеих группах статистически не различался ($p > 0,05$).

Для каждого параметра при оценке здоровья предусмотрены три уровня в зависимости от выраженности проблемы: нарушения отсутствуют, нарушения умеренные, нарушения выраженные. Никто из обследуемых на момент опроса не испытывал у себя нарушений в передвижении в пространстве и в самообслуживании. Все выявленные нарушения компонентов качества жизни были умеренной степени выраженности.

Таблица 1

Нарушения состояния здоровья работников плавсостава, разделенных в зависимости от рода занятий, по шкалам вопросника EuroQul-5D (абс., P±m на 100 опрошенных)

Параметры нарушения здоровья	Командирский состав, n=299		Рядовой состав, n=276		Всего, n=575	
	абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)
Повседневной активности, 11121	1	0,33±0,33	2	0,72±0,51	3	0,52±0,3
Боль / дискомфорт, 11121	7	2,34±0,87	5	1,81±0,8*	12	2,08±0,59
Тревога / депрессия, 11112	5	1,67±0,74	5	1,81±0,8*	10	1,73±0,54
Итого	13	4,34±1,18	12	4,35±1,22*	25	4,34±0,85

Примечание. * — различия между группами моряков командирского и рядового состава не достоверны (p>0,05).

Таблица 2

Изменение здоровья моряков разделенных в зависимости от рода занятий, за последний год по шкалам вопросника EuroQul-5D (абс., P±m на 100 опрошенных)

Изменение здоровья	Командирский состав, n=299		Рядовой состав, n=276		Всего, n=575	
	абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)	абс.	P±m (%)
Улучшилось	35	11,7±2,75	48	17,39±3,0*	83	14,43±1,46
Без перемен	263	87,95±1,88	228	82,6±2,28*	491	85,39±1,47
Ухудшилось	1	0,33±0,33	-	-	1	0,17±0,17

Примечание. * — различия между группами командирского и рядового состава не достоверны (p>0,05).

У работников плавсостава проанализированы характер и частота нарушений в состоянии здоровья в 2009-2010 гг. Как показано в табл. 1, проблемы со здоровьем в той или иной степени из 575 чел. отметили 25 (4,34±0,85 на 100 опрошенных). В наименьшей степени нарушена способность моряков к выполнению повседневных дел — 3 случая (0,52±0,3%). Тревога или депрессия присутствовали у 10 чел. (1,73±0,54%), а боль/дискомфорт — 12 пациентов (2,08±0,59%). Учитывая, что показатель нарушения повседневной активности из-за малой величины недостоверен, у респондентов проанализированы только нарушения в виде боли или дискомфорта и тревоги или депрессии.

Общее число нарушений здоровья в обеих группах испытуемых не отличалось: 4,34±1,18% у комсостава и 4,35±1,22% у рядового состава (p>0,05). Так же не отличались показатели боли или дискомфорта: 2,34±0,87 и 1,81±0,8% соответственно и тревоги или депрессии — 1,67±0,74 и 1,81±0,8% соответственно у специалистов и матросов (p>0,05) (табл. 1).

При анализе отклонений в качестве жизни, связанном со здоровьем, между мужчинами командного и рядового состава различий не обнаружено (p>0,05).

Из табл. 2 видно, по мнению 14,43±1,46 на 100 опрошенных моряков, состояние их здоровья за предыдущий год улучшилось, 85,39±1,47% респондентов — осталось прежним. Улучшение здоровья за прошедший год произошло у 11,7±2,75% моряков командирского состава и 17,39±3,0% рядового состава (p>0,05). За последний год 87,95±1,88% работающих в море специалистов не

Таблица 3

Результаты оценки здоровья работниками плавсостава, разделенными в зависимости от рода занятий, по шкале-термометру вопросника EuroQul-5D

Параметры	Командирский состав, n=299	Рядовой состав, n=276	Всего, n=575
Средний балл (M±m)	91,49±0,46	92,17±0,5*	91,82±0,24
Стандартное отклонение (σ)	8,01	8,33	5,77
Медиана	77,5	75	75
Мода	100	100	100
Минимальный балл	55	50	50
Q1-25%	66,25	62,5	62,5
Q3-75%	88,75	87,5	87,5
Максимальный балл	100	100	100
Коэффициент вариации (CV)	8,75	9,0	6,28

Примечание. * — различия между группами командирского и рядового состава не достоверны (p>0,05).

отметили изменений в состоянии своего здоровья, как и 82,6±2,28% рядового состава моряков (p>0,05).

В ходе исследования различий в показателе улучшения здоровья за прошедший год между обеими группами опрошенных не выявлено (p>0,05) (табл. 2).

По данным, представленным в табл. 3, средний балл оценки качества жизни по визуально-аналоговой шкале во всей выборке составил 91,82±0,24, стандартное отклонение (σ) — 5,77; медиана — 75; мода — 100, минимальный балл — 50; Q1-25% — 62,5; Q3-75% — 87,5; максимальный балл — 100, коэффициент вариации (CV) — 6,28.

Качество жизни по шкале (термометру) работники командирского состава оценили в среднем на 91,49±0,46 балла, стандартное отклонение (σ) — 8,01; медиана составила — 77,5; мода — 100, минимальный балл — 55; Q1-25% — 66,25; Q3-75% — 88,75; максимальный балл — 100, коэффициент вариации (CV) — 8,75 (табл. 3).

Показатель качества жизни, связанного со здоровьем, у рядовых работников морского флота был на уровне 92,17±0,5 балла, стандартное отклонение (σ) — 8,33; медиана — 75; мода — 100, минимальный балл — 50; Q1-25% — 62,5, Q3-75% — 87,5, максимальный балл — 100, коэффициент вариации (CV) — 9,0 (табл. 3).

Анализируя оценку качества жизни по визуально-аналоговой шкале (термометру) вопросника EuroQul-5D моряками Сахалинской области, можно отметить, что средний балл качества жизни у командного и рядового состава в 2009-2010 гг. находился на одинаково высоком уровне и статистически не отличался (p>0,05). Низкий уровень коэффициента вариации (меньше 10) подтверждает достоверность выводов.

Отсутствие дифференциации в качестве жизни, связанном со здоровьем моряков с различным родом деятельности, можно объяснить однотипностью воздействия широкого спектра профессионально обусловленных факторов. В литературе их описано более 50 [4. 6]. Кроме того, у моряков присутствует высокая ответственность за живучесть судна, сохранность груза, жизнь членов экипажа и пассажиров, чего нет во многих других отраслях промышленности.

Таким образом, проведенное групповое исследование качества жизни моряков по опроснику EuroQul-5D позволило получить информацию, дополняющую обычные клинические параметры, а показатель качества жизни можно рассматривать как дополнительный показатель состояния здоровья работников плавсостава.

Выводы

1. Исследование с использованием вопросника EuroQul-5D показало одинаково высокую оценку качества жизни, связанного со здоровьем, у моряков мужского пола вне зависимости от рода деятельности.

2. Анализ качества жизни работников плавсостава с различным родом занятий не выявил достоверных различий ни по одной из компонент шкал вопросника EuroQul-5D (количество отклонений в качестве жизни, различие в показателе улучшения здоровья за прошедший год, средний балл качества жизни) ($p > 0,05$).

3. Использование вопросника EuroQul-5D позволяет получать информацию, дополняющую обычные клинические параметры, и дает более полную картину о состоянии группового здоровья обследуемых.

Л и т е р а т у р а

1. Аргайл М. Психология счастья. - СПб.: Питер, 2003. - 272 с.

2. Васильева О.С., Михайлова Г.В., Семькин С.Е. Психодинамический подход к исследованию этиологии некоторых соматических заболеваний // Северо-Кавказский психиатрический вестник. Прил.1. - 2003. - С. 41-45.

3. Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Юрьев А.С. и др. Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи). - М.: Ньюдиамед, 2004. - 404 с.

4. Демидова Т.В., Псядло Э.М., Антошина Е.В. Факторы условий труда и их влияние на заболеваемость моряков // Вестник морской медицины. - 2001. - №1. - С. 82-86.

5. Доклад о состоянии здравоохранения в мире в 2008 г. / ВОЗ. - Женева, 2008. - 125 с.

6. Игнатъев А.М. Экстремальные факторы рейсового периода // Вестник морской медицины. - 1998. - №4. - С. - 125-134.

7. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине [под ред. Ю.Л. Шевченко]. - М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. - 320 с.

8. Семькин С.Е. Особенности индивидуально-психологических характеристик моряков до и после рейса // Рос. психол. журнал. - 2007. - Т. 4.

9. Сергиенко В.И., Бондарева И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. - М.: Гэотар Медицина, 2000. - 160 с.

10. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: руководство для врачей и медицинских работников [под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой]. - М.: Антидор, 2002. - 440 с.

11. Anderson R.T., Acquardo C., Alonso J. et al. International quality of life assesment (IQOIA) project // Quality of Life Research. - 1992. - №1. - P.349-351.

12. Bone M.R. International efforts to measure health expectancy // J. Epidemiology and Community Health. - 1992. - Vol. 46. - P. 555-558.

13. Kind P. // Quality of Life and pharmaco-economics in Clinical Trials. 2th Edition. / Ed. Spiker. B. - Philadelphia: New York Lippincott - Raven Publishers, 1996. - P. 191-201.

14. Quality of life assesment in clinical trials / Ed. M.J. Staquet. - Oxford University Press, New York, Tokyo, 1998. - 360 p.

Координаты для связи с автором: Вагин Владимир Александрович — канд. мед. наук, зам. гл. врача по медицинской части Холмской больницы Дальневосточного окружного медицинского центра Федерального медико-биологического агентства, тел.: 8(42433)-2-02-60, e-mail: vagin60@mail.ru.

