

*Т.И. Каленчиц, Ж.В. Антонович*

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ БГМУ

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

*Проведена комплексная оценка основных аспектов качества жизни студентов БГМУ, и установлено преимущественно незначительное и умеренное снижение качества жизни. Выявленная взаимосвязь ухудшения качества жизни студентов с недостаточными физическими нагрузками и наличием у них депрессивных расстройств обуславливает целесообразность анкетирования студентов и выделения групп для индивидуальной работы, а также привлечения студентов к активным занятиям физической культурой с акцентом на аэробные физические нагрузки для улучшения их качества жизни и профилактики заболеваний.*

**Ключевые слова:** *качество жизни, студенты БГМУ, физические нагрузки, депрессивное расстройство.*

**T.I. Kalenchits, Zh.V. Antanovich**

### **THE QUALITY OF LIFE IN STUDENTS OF BSMU**

*The complex estimation of the basic aspects of the quality of life in students of BSMU is spent and it was determined that they had mainly an insignificant and a moderate decline in the quality of life. The revealed interrelation of the deterioration of the quality of life in students with their insufficient physical activities and depressive disorders presence causes the expediency of questioning of students and allocation of groups for the individual work, and also attraction of students to the active employment by physical training with accent on the aerobic physical activities for the improvement of their quality of life and preventive maintenance of diseases.*

**Key words:** *quality of life, students of BSMU, physical activities, depressive disorder.*

Одной из основных целей реабилитации является улучшение качества жизни каждого конкретного человека. Согласно определению ВОЗ, качество жизни (КЖ) – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности представляются [9]. Из этого определения следует, что КЖ – это удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным статусом, способность функционировать в обществе соответственно своему положению и запросам и получать удовлетворение от жизни во всех аспектах. Таким образом, на современном этапе КЖ рассматривается как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [4].

Депрессия представляет собой одну из наиболее серьезных проблем современного здравоохранения, негативно влияя на все аспекты КЖ. По данным ВОЗ к 2020 году депрессия войдет в список основных причин нетрудоспособности и займет второе место, уступив лишь сердечнососудистым заболеваниям [6]. Встречаемость депрессии на протяжении жизни составляет от 5 до 12% у мужчин и от 12 до 20% у женщин [5]. Средний возраст депрессии постоянно молодеет. Основной при-

чиной развития этой «болезни цивилизации» является постоянное учащение ритма жизни современного человека. При несоответствии ожиданий человека и его реальных способностей или ожидаемых результатов он может впасть в отчаяние, очень тяжело переживать неудачи, что, как следствие, и приводит к развитию депрессивного расстройства (ДР). Депрессия (ВОЗ) – это распространенное психическое расстройство, для которого характерны уныние, потеря интереса или радости, чувство вины и низкая самооценка, нарушения сна или аппетита, вялость и плохая концентрация внимания [6]. Несмотря на значимость проблемы, в большинстве случаев диагностике и лечению депрессии уделяется недостаточно внимания. В первую очередь низкая выявляемость депрессии объясняется тем, что сам человек может не осознавать того, что он страдает психическим расстройством [8]. Необходимо подчеркнуть, что, несмотря на относительно неглубокий уровень поражения психической деятельности, депрессия влечет за собой ряд неблагоприятных последствий как медицинских, так и социальных (высокий суицидальный риск, негативное влияние на социальное функционирование, качество жизни и адаптационные возможности человека).

С точки зрения приоритетной в настоящее время первичной профилактики неинфекционных заболева-

ний актуальной представляется оценка КЖ практически здоровых и молодых людей.

**Целью** нашего исследования было оценить КЖ студентов БГМУ, а также выявить взаимосвязь КЖ с функциональным состоянием студентов, физическими нагрузками и наличием у студентов расстройств депрессивного характера.

В исследование включено 60 студентов (5 групп) 5 курса лечебного факультета УО «Белорусский государственный медицинский университет». Средний возраст студентов составил 22 года (от 21 года до 23 лет). По половому признаку студенты распределились следующим образом: 12% (7) мужчин и 88% (53) женщин.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза (перенесенные заболевания, регулярные занятия физической культурой и/или спортом в прошлом и в течение предшествующего полугодия, курение и другие вредные привычки), антропометрию и объективный осмотр студентов.

Функциональное исследование жизненной емкости легких (ЖЕЛ) проводилось на компьютерном спирографе «МАС-1» (Беларусь).

Уровень физического здоровья определяли по схеме Г.Л. Апанасенко в баллах на основании следующих показателей: жизненный индекс, силовой индекс, весо-ростовой индекс, индекс Робинсона, время восстановления пульса после 20 приседаний за 30 секунд. При сумме баллов от 17 до 21 уровень физического здоровья оценивался как высокий – 5-й функциональный класс (ФК), от 14 до 16 баллов – выше среднего (4 ФК), от 10 до 13 баллов – средний (3 ФК), от 5 до 9 баллов – ниже среднего (2 ФК), 4 балла и ниже – низкий (1 ФК) [2].

Для оценки состояния саморегуляции физиологических функций у студентов проводился стандартный тест с физической нагрузкой – 2-х минутный бег на месте. При этом оценивался тип реакции сердечнососудистой системы на нагрузку (нормотонический, гипертонический, астенический, дистонический, реакция со ступенчатым сдвигом), а также качество нормотонической реакции [3]. Показатель качества реакции (ПКР) на 2-х минутный бег, отражающий степень адаптации человека к аэробным нагрузкам, определяли по формуле:  $ПКР = (АД \text{ пульсовое после нагрузки} - АД \text{ пульсовое покоя}) / (ЧСС \text{ после нагрузки} - ЧСС \text{ покоя}) * 6$  [3]. При отличном качестве реакции, характеризующем оптимальную адаптацию к воздействию, значение ПКР составляет от 0,5 до 1,0. При ПКР от 0 до 0,49 – качество реакции хорошее и удовлетворительное (адаптация к воздействию хуже). При  $ПКР < 0$  и увеличенном времени восстановления показателей регистрируется гипотонический (астенический) тип реакции. При повышении, как систолического (>50% по сравнению с исходным), так и диастолического АД (>90 мм. рт. ст.), и замедлении восстановления показателей в ответ на нагрузку регистрируется гипертонический тип реакции сердечно-сосудистой системы. Последние два типа свидетельствуют о неудовлетворительном

состоянии саморегуляции физиологических функций человека, то есть о плохой адаптации сердечно-сосудистой системы к воздействиям [3]. Отсутствие экономизации функции делает систему более уязвимой в плане полного срыва адаптации и в дальнейшем развития заболеваний.

Для выявления и оценки выраженности депрессии проводилось психологическое тестирование с использованием опросника «CES-D» [1, 7]. В норме результаты теста составляют от 0 до 18 баллов, при наличии расстройств депрессивного характера – 19 баллов и более; при наличии клинически выраженной депрессии – 26 баллов и более [1, 7].

Для оценки КЖ студентов использовали опросник NAIF [4]. У человека с сохраненным КЖ интегральный показатель приближается к 100%, при незначительном снижении КЖ – снижается до 75%, при умеренном снижении КЖ – составляет 74–50%, при значительном снижении КЖ – 49–25%, при резко выраженном снижении КЖ – менее 25% [4].

Статистическую обработку данных выполняли с использованием пакета прикладных программ Statistica 8,0 (StatSoft, Inc., США). Применялись критерии Шапиро-Уилка, Левена, Стьюдента, Манна-Уитни, Краскала-Уоллиса, Спирмена,  $\chi^2$  Пирсона, двусторонний точный критерий Фишера, также использовался параметрический однофакторный дисперсионный анализ. Значения показателей приводятся в виде среднее значение  $\pm$  стандартное отклонение ( $M \pm s$ ) для значений признаков, подчиняющихся нормальному распределению, и медиана ( $Me$ ) и интерквартильный размах (25-й и 75-й процентиля) для не подчиняющихся нормальному распределению значений. За критический уровень статистической значимости принимали вероятность безошибочного прогноза равную 95% ( $p < 0,05$ ).

У всех студентов БГМУ выявлено снижение КЖ: у 50% (30) – незначительное, у 45% (27) – умеренное и у 5% (3) – значительное. Резко выраженного снижения КЖ у студентов не наблюдалось.

Основные составляющие КЖ студентов БГМУ представлены в таблице 1.

Таким образом, у студентов БГМУ выявлено умеренное снижение как интегрального показателя КЖ, так и таких его составляющих, как физическая мобильность, эмоциональное состояние и социальная функция, тогда как познавательная функция была снижена незначительно, а показатели сексуальной функции и экономического положения студентов оставались сохраненными (таблица 1).

Сравнительная характеристика КЖ студентов БГМУ в зависимости от пола представлена в таблице 2.

У студентов БГМУ мужчин выявлено незначительное снижение как интегрального показателя КЖ, так и таких его составляющих, как физическая мобильность, эмоциональное состояние, социальная и познавательная функции, а показатели сексуальной функции и экономического положения оставались сохраненными (таблица 2). Тогда как, у женщин снижение интеграль-

Таблица 1. Основные составляющие качества жизни студентов БГМУ

Параметр, %, M±s или Me (25-75%)	Студенты БГМУ, n=60	Оценка
Физическая мобильность	68±13	Умеренное снижение
Эмоциональное состояние	67 (48-79)	Умеренное снижение
Сексуальная функция	100 (89-100)	норма
Социальная функция	69 (62-79)	Умеренное снижение
Познавательная функция	80 (68-86)	Незначительное снижение
Экономическое положение	100 (86-100)	норма
Интегральный показатель качества жизни	72±12	Умеренное снижение

Таблица 2. Сравнительная характеристика качества жизни студентов БГМУ в зависимости от пола

Параметр, %, M±s или Me (25-75%)	Мужчины, n=7	Женщины, n=53	Достоверность различий
Физическая мобильность	79 (74-86)	69 (55-76)	p=0,004
Эмоциональное состояние	81±11	62±20	p=0,017
Сексуальная функция	100 (93-100)	100 (86-100)	p=0,391
Социальная функция	76 (67-95)	69 (62-78)	p=0,086
Познавательная функция	88,5 (86-94)	80 (63-86)	p=0,027
Экономическое положение	100 (100-100)	86 (86-100)	p=0,071
Интегральный показатель качества жизни	83±7	70±12	p=0,007

ного показателя КЖ, физической мобильности, эмоционального состояния и социальной функции было умеренным, познавательная функция и экономическое положение были незначительно снижены, а сексуальная функция оставалась сохраненной (таблица 2).

Таким образом, у студентов БГМУ мужчин по сравнению с женщинами статистически значимо выше как интегральный показатель КЖ, так и такие его составляющие как физическая мобильность, эмоциональное состояние и познавательная функция (таблица 2).

Доля курящих студентов составила 10% (6 человек). Среди мужчин курили 29% студентов (2 человека), среди женщин – 8% (4 человека) (p=0,140).

Физической культурой занимались 53% студентов (32 человека), не занимались – 47% студентов (28 человек). Аэробные физические нагрузки имели место у 40% студентов (24 человек), утренняя гигиеническая гимнастика – у 7% студентов (4 человек), другие физические нагрузки – у 6% студентов (4 человек). Среди мужчин физической культурой занимались 86% студентов (6 человек), среди женщин – 49% студенток (26 человек) (p=0,109). Мужчины занимались тяжелой атлетикой (1 студент), самбо (1 студент), аэробными физическими нагрузками – 50% студентов (3 человек), выполняли утреннюю гигиеническую гимнастику (1 студент). Среди студенток наиболее популярными были аэробные физические нагрузки – 81% студенток (21 человек), утренняя гигиеническая гимнастика – 11% студенток (3 человек), йога – 4% студенток (1 человек),

конный спорт – 4% студенток (1 человек), 1 студентка занималась борьбой и аэробными физическими нагрузками.

Высокий уровень физического здоровья имели лишь 2% (1) студентов, уровень физического здоровья выше среднего – 7% (4) студентов, средний – 53% (32) студентов, ниже среднего – 36% (22) студентов, низкий – 2% (1) студентов. Показатель уровня физического здоровья у женщин составил 10 баллов (от 8 до 12 баллов), у мужчин – 12 баллов (от 10 до 12 баллов) (p=0,388). Средний показатель уровня физического здоровья студентов был 10,5 баллов (от 8 до 12 баллов), что соответствует среднему уровню физического здоровья.

Таким образом, среди студентов преобладали лица со средним уровнем физического здоровья.

Выявлены средней силы обратные корреляционные связи между уровнем физического здоровья и курением табака (r=-0,30; p=0,019). Уровень физического здоровья в группе курящих студентов был ниже среднего и составил 6,5 баллов (от 5 до 10 баллов), тогда как в группе некурящих студентов был в 1,7 раза выше, составил 11 баллов (от 8 до 12 баллов) и соответствовал среднему уровню физического здоровья (p=0,021).

У студентов БГМУ мужчин установлены сильные прямые корреляционные связи между уровнем физического здоровья и занятием физической культурой (r=0,76; p=0,046), тогда как у женщин таких корреля-

Таблица 3. Характеристика студентов БГМУ в зависимости от уровня снижения качества жизни, M±s или Me (25-75%)

Параметр	Студенты с умеренным и значительным снижением качества жизни (n=30)	Студенты с незначительным снижением качества жизни (n=30)
Возраст, годы	23±1	23±1
Пол, (% абс.)		
Мужчины	3 (1)	20 (6)
Женщины	97 (29)	80 (24)
Доля курящих студентов, (% абс.)	10 (3)	10 (3)
Состоят в браке, (% абс.)	17 (5)	20 (6)
Имеют хронические заболевания, (% абс.)	23 (7)	17 (5)
Хронический гастрит	17 (5)	13 (4)
ПМК I степени	6 (2)	4 (1)
Занятия физкультурой, (% абс.)		
Занимаются	33 (10) *	73 (22)
Не занимаются	67 (20) *	27 (8)
Вид физической нагрузки, (% абс.)		
Аэробные физические нагрузки	20 (6) *	60 (18)
Утренняя гимнастика	10 (3)	3 (1)
Другие физические нагрузки	3 (1)	10 (3)
Уровень физического здоровья, баллы	10,5 (8-12)	10,5 (8-12)
Показатель качества реакции	0,27 (0,2-0,5)	0,37 (0,25-0,55)
Доля студентов с депрессивными расстройствами, (% абс.)	40 (12) *	7 (2)
Результат тестирования по опроснику «CES-D», баллы	17 (16-21) **	13 (11-16)
Интегральный показатель качества жизни, %	63,5 (58-70) **	80 (77-85)
Физическая мобильность, %	58±11**	78±7
Эмоциональное состояние, %	59 (39-64) **	79 (68-86)
Сексуальная функция, %	93 (79-100)	100 (93-100)
Социальная функция, %	64 (45-69) **	79 (69-81)
Познавательная функция, %	70 (57-83) **	86 (77-91)
Экономическое положение, %	86 (86-100) ***	100 (86-100)

Примечание: \* -  $p < 0,01$ ; \*\* -  $p < 0,001$ ; \*\*\* -  $p < 0,05$ .

ций выявлено не было. Этот факт, вероятнее всего, свидетельствует о недостаточности занятий физической культурой у женщин или о неадекватных методиках занятий физической культурой, требующих коррекции.

Повышение уровня физического здоровья студентов было сопряжено с улучшением таких составляющих КЖ, как познавательная функция ( $r=0,29$ ;  $p=0,023$ ) и экономическое положение ( $r=0,28$ ;  $p=0,032$ ).

У большинства студентов наблюдалась нормотоническая реакция сердечно-сосудистой системы на нагрузку – 90% (54 человека), из них отличное качество реакции было у 33% (18 человек), хорошее и удовлетворительное – у 67% (36 человек). Гипотоническая реакция выявлялась у 8% студентов (5 человек), гипертоническая – у 2% студентов (1 человек). ПКР у женщин составил 0,3 (от 0,2 до 0,53), что соответствует хорошему и удовлетворительному качеству реакции. У мужчин ПКР был 0,5 (от 0,3 до 0,56), что соответствует отличному качеству реакции. Средний ПКР студентов

составил 0,3 (от 0,2 до 0,55) и соответствовал хорошему и удовлетворительному качеству реакции. Среди студентов преобладали лица с хорошей и удовлетворительной адаптацией к воздействию (60% студентов). У студентов БГМУ мужчин установлены сильные прямые корреляционные связи между уровнем физического здоровья и ПКР ( $r=0,80$ ;  $p=0,029$ ), тогда как у женщин таких корреляций выявлено не было.

У студентов БГМУ мужчин курение табака сопровождалось снижением ПКР и ухудшением адаптации сердечно-сосудистой системы к воздействию ( $r=-0,79$ ;  $p=0,034$ ), тогда как у женщин таких корреляций не наблюдалось.

В группе студентов, занимающихся физической культурой, по сравнению с группой студентов, не занимающихся физической культурой, выше, как интегральный показатель КЖ ( $76 \pm 10\%$  и  $67 \pm 13\%$ , соответственно;  $p=0,003$ ), так и такие его составляющие, как физическая мобильность ( $72 \pm 12\%$  и  $63 \pm 13\%$ , соответственно;  $p=0,004$ ) и сексуальная функция (100%

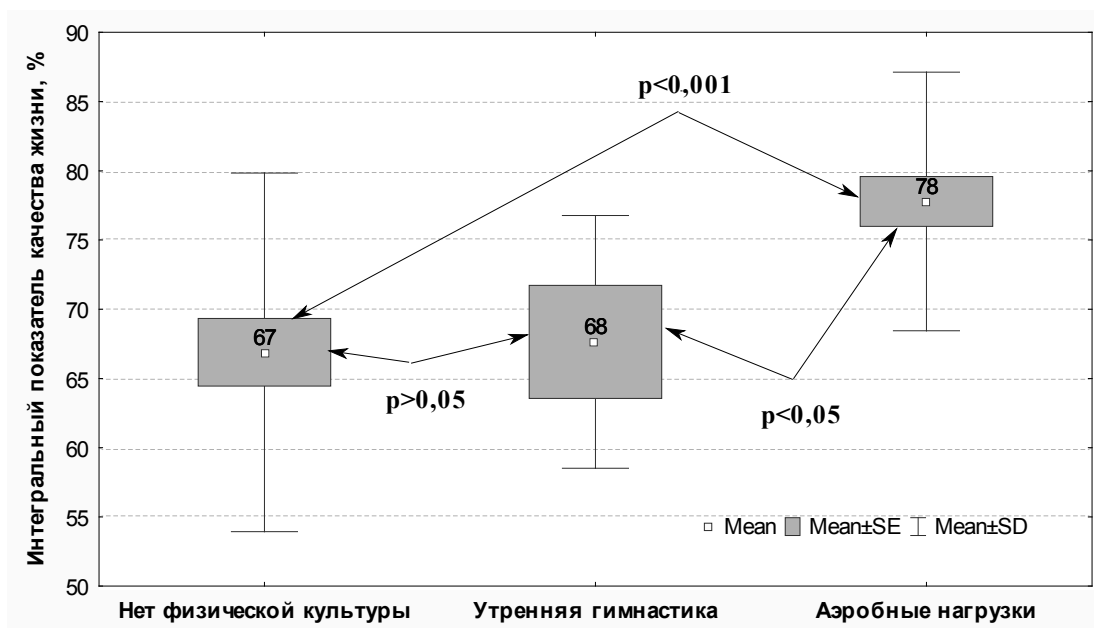


Рис. 1. Качество жизни студентов БГМУ в зависимости от вида физических нагрузок, %

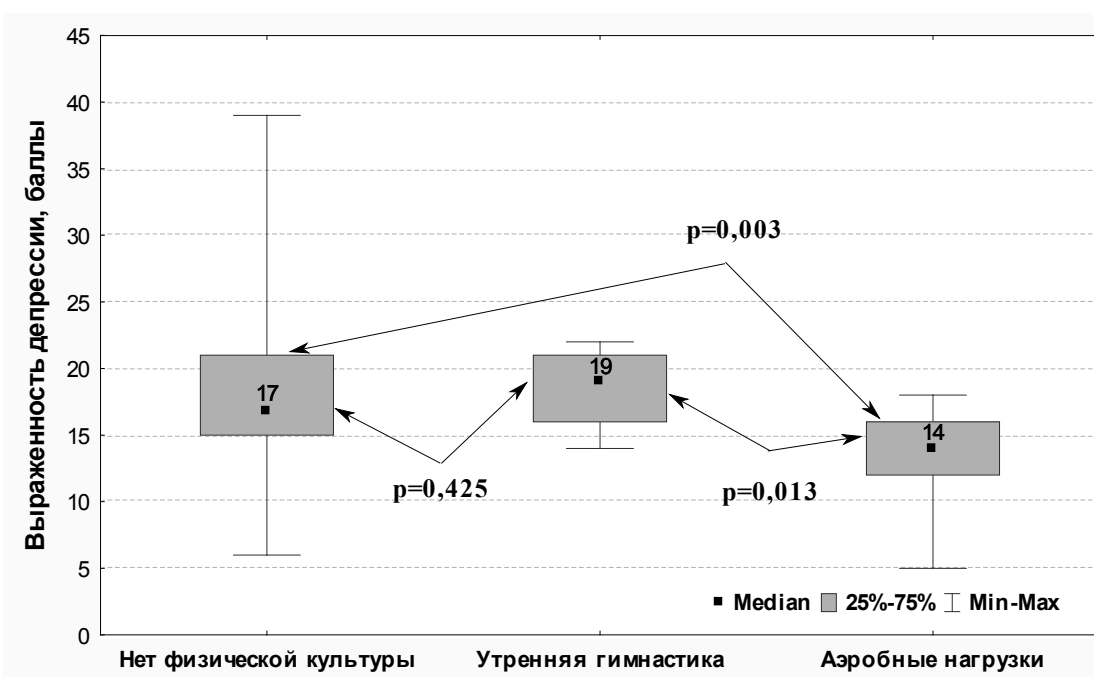


Рис. 2. Выраженность депрессии у студентов БГМУ в зависимости от вида физических нагрузок, баллы

(от 93 до 100%) и 93% (от 82 до 100%), соответственно;  $p=0,037$ ).

Установлено, что КЖ в группе студентов, занимающихся аэробными физическими нагрузками, выше, чем в группах студентов, не занимающихся физической культурой и выполняющих только утреннюю гигиеническую гимнастику (рисунок 1). Тогда как не выявлено статистически значимых различий по показателям КЖ между группами студентов, выполняющих только утреннюю гигиеническую гимнастику и не занимающихся физической культурой (рисунок 1).

Также в группе студентов, занимающихся аэробными физическими нагрузками по сравнению с группой студентов, не занимающихся физической культурой лучше показатели физической мобильности ( $74\pm 11\%$  и  $63\pm 13\%$ , соответственно;  $p<0,001$ ), эмоционального состояния ( $71\pm 18\%$  и  $59\pm 20\%$ , соответственно;  $p=0,028$ ) и сексуальной функции (100% (от 93 до 100%) и 93% (от 82 до 100%), соответственно;  $p=0,044$ ).

Повышение физической мобильности студентов сопровождалось улучшением их эмоционального состояния ( $r=0,52$ ;  $p<0,001$ ), повышением социальной

( $r=0,65$ ;  $p<0,001$ ), познавательной ( $r=0,49$ ;  $p<0,001$ ) и сексуальной ( $r=0,34$ ;  $p=0,008$ ) функций, а также улучшением экономического положения студентов ( $r=0,41$ ;  $p=0,001$ ) и повышением интегрального показателя их КЖ ( $r=0,85$ ;  $p<0,001$ ).

У 23% (14) студентов выявлено наличие ДР, из них у 21% (3 человек) депрессия была клинически выраженной. Доля лиц с клинически выраженной депрессией среди всех студентов составила 5% (3 человека), среди женщин – 6% (3 человека). Среди женщин ДР наблюдались у 26% (14 человек), из них клинически выраженную депрессию имели 21% (3 человека). У мужчин ДР выявлено не было.

Результат психологического тестирования по опроснику «CES-D» у женщин был статистически значимо выше, чем у мужчин и составил 16 баллов (от 13 до 19 баллов), тогда как в группе мужчин – 12 баллов (от 11 до 14 баллов) ( $U=81,00$   $p=0,016$ ).

В группе студентов, не занимающихся физической культурой, ДР выявлены у 39% студентов (11 человек), а в группе студентов, занимающихся физической культурой – только у 9% студентов (3 человек). То есть, в группе студентов, не занимающихся физической культурой, ДР выявлялись в 4,3 раза чаще, чем в группе студентов, занимающихся физической культурой ( $p=0,013$ ). Результат психологического тестирования в группе студентов, не занимающихся физической культурой, составил 17 баллов (от 15 баллов до 21 балла), а в группе студентов, занимающихся физической культурой – 14 баллов (от 12 баллов до 17 баллов) ( $U=278,00$   $p=0,012$ ).

В группе лиц, занимающихся аэробными физическими нагрузками, ДР не были выявлены ни у одного студента, тогда как в группе студентов, выполняющих только утреннюю гигиеническую гимнастику, ДР наблюдались у 75% студентов (3 человек), а в группе студентов, не занимающихся физической культурой – у 39% студентов (11 человек). Таким образом, в группе студентов, занимающихся аэробными физическими нагрузками, ДР выявлялись статистически значимо реже, чем в группе студентов, выполняющих только утреннюю гигиеническую гимнастику ( $p<0,001$ ), и в группе студентов, не занимающихся физической культурой ( $p<0,001$ ). Не выявлено статистически значимых различий по доле лиц с ДР между группой студентов, выполняющих только утреннюю гигиеническую гимнастику и группой студентов, не занимающихся физической культурой ( $p=0,295$ ).

Результат психологического тестирования в группе студентов, занимающихся аэробными физическими нагрузками, составил 14 баллов (от 12 баллов до 16 баллов), в группе студентов, выполняющих только утреннюю гигиеническую гимнастику – 19 баллов (от 16 баллов до 21 балла), а в группе студентов, не занимающихся физической культурой – 17 баллов (от 15 баллов до 21 балла). Нами установлено, что склонность к депрессии была статистически значимо ниже в группе студентов, занимающихся аэробными физическими нагрузками, чем в группах студентов, выпол-

няющих только утреннюю гигиеническую гимнастику и не занимающихся физической культурой (рисунок 2). Не выявлено статистически значимых различий по результатам опросника «CES-D» между группой студентов, выполняющих только утреннюю гигиеническую гимнастику и группой студентов, не занимающихся физической культурой (рисунок 2).

У студентов БГМУ установлены средней силы обратные корреляционные связи между результатом опросника «CES-D» и ПКР ( $r=-0,35$ ;  $p=0,007$ ), то есть повышение выраженности депрессии сопровождалось снижением ПКР и ухудшением адаптации сердечно-сосудистой системы к воздействиям. Так, в группе студентов без ДР нормотоническую реакцию имели 96% (44) студентов, гипотоническую (астеническую) реакцию – 2% (1) студентов, гипертоническую реакцию – 2% (1) студентов, тогда как, в группе студентов с наличием ДР нормотоническая реакция выявлялась у 71% (10) студентов, а гипотоническая реакция – у 29% (4) студентов. То есть, в группе студентов с наличием ДР по сравнению с группой студентов без ДР гипотоническая реакция выявлялась в 14,5 раз чаще ( $p=0,009$ ), а нормотоническая реакция – в 1,4 раза реже ( $p=0,023$ ). Такая недостаточность саморегуляции физиологических функций человека может в дальнейшем привести к полному срыву адаптации и развитию заболеваний.

Повышение выраженности депрессии сопровождалось снижением как интегрального показателя КЖ студентов ( $r=-0,56$ ;  $p<0,001$ ), так и таких его составляющих как физическая мобильность ( $r=-0,51$ ;  $p<0,001$ ), эмоциональное состояние ( $r=-0,61$ ;  $p<0,001$ ) и социальная функция ( $r=-0,40$ ;  $p=0,001$ ). Тогда как улучшение эмоционального состояния было сопряжено с повышением физической мобильности студентов ( $r=0,52$ ;  $p<0,001$ ), их социальной ( $r=0,56$ ;  $p<0,001$ ), сексуальной ( $r=0,31$ ;  $p=0,017$ ) и познавательной ( $r=0,28$ ;  $p=0,031$ ) функций, а также интегрального показателя КЖ ( $r=0,69$ ;  $p<0,001$ ).

Все студенты были разделены на две группы. Первую группу составили студенты с умеренным и значительным снижением КЖ. Во вторую группу вошли студенты с незначительным снижением КЖ (таблица 3).

Как видно из таблицы 3, в группе студентов с умеренным и значительным снижением КЖ по сравнению с группой студентов с незначительным снижением КЖ, независимо от уровня физического здоровья и показателя качества реакции, в 2,5 раза ниже доля лиц, занимающихся физической культурой, а доля лиц, занимающихся аэробными физическими нагрузками, ниже в 3 раза. Также в группе студентов с умеренным и значительным снижением КЖ выше результат психологического тестирования по опроснику «CES-D», а доля лиц, страдающих от ДР, превышает таковую в группе студентов с незначительным снижением КЖ в 5,7 раза (таблица 3).

Современная структура заболеваемости такова, что в ней преобладают болезни, имеющие значительные последствия. Тяжелые формы заболеваний сопровождаются большой частотой утраты трудоспо-

способности, требуют длительного приема лекарств и часто приводят к инвалидности. Каждое государство в зависимости от возможностей, уровня культуры и цивилизации общества определяет социальную и экономическую политику в отношении инвалидов. Однако возможности в борьбе с инвалидностью часто лимитируются экономическими ресурсами страны. С этих позиций очень важна первичная профилактика неинфекционных заболеваний, которая начинается с оценки резервных и функциональных возможностей практически здоровых и молодых людей.

В нашем исследовании проведена комплексная оценка основных аспектов КЖ студентов БГМУ, продемонстрирована взаимосвязь КЖ с функциональным состоянием студентов, физическими нагрузками (особенно аэробными), а также с наличием и выраженностью у студентов расстройств депрессивного характера.

### Выводы

1. Для студентов БГМУ, как мужчин, так и женщин, характерен средний (но не высокий) уровень физического здоровья (53% студентов) и нормотонический тип реакции на стандартную физическую нагрузку (90% студентов). Повышение уровня физического здоровья студентов было сопряжено с улучшением таких составляющих КЖ, как познавательная функция и экономическое положение ( $p < 0,05$ ).

2. У студентов БГМУ мужчин установлено отличное качество реакции, отражающее экономный ответ системы на воздействие, у студентов БГМУ женщин – хорошее и удовлетворительное качество реакции. Среди студентов преобладают лица с хорошей и удовлетворительной адаптацией к физической нагрузке (60% студентов).

3. У студентов БГМУ выявлено преимущественно незначительное (у 50% студентов) и умеренное (у 45% студентов) снижение КЖ. Установлено умеренное снижение как интегрального показателя КЖ, так и таких его составляющих, как физическая мобильность, эмоциональное состояние и социальная функция, тогда как познавательная функция студентов снижена незначительно, а показатели сексуальной функции и экономического положения остаются сохраненными.

4. У студентов БГМУ мужчин по сравнению с женщинами выше как интегральный показатель КЖ, так и такие его составляющие, как физическая мобильность, эмоциональное состояние и познавательная функция ( $p < 0,05$ ).

5. КЖ в группе студентов, занимающихся аэробными физическими нагрузками, выше, чем в группах студентов, не занимающихся физической культурой и выполняющих только утреннюю гигиеническую гимнастику, тогда как не выявлено статистически значимых различий по показателям КЖ между группами студентов, выполняющих только утреннюю гигиеническую гимнастику и не занимающихся физической культурой.

6. В группе студентов, занимающихся аэробными физическими нагрузками, по сравнению с группой

студентов, не занимающихся физической культурой, выше, как интегральный показатель КЖ, так и такие его составляющие, как физическая мобильность, эмоциональное состояние и сексуальная функция ( $p < 0,05$ ).

7. Группа студентов с умеренным и значительным снижением КЖ по сравнению с группой студентов с незначительным снижением КЖ характеризуется в 3 раза меньшей долей лиц, занимающихся аэробными физическими нагрузками, и в 5,7 раза большей долей лиц, страдающих от ДР.

8. Повышение выраженности депрессии сопровождается снижением как интегрального показателя КЖ студентов, так и таких его составляющих как физическая мобильность, эмоциональное состояние и социальная функция ( $p < 0,001$ ). Повышение выраженности депрессии также сопряжено со снижением ПКР и ухудшением адаптации сердечнососудистой системы к воздействиям ( $p < 0,01$ ).

9. Выявленное у студентов БГМУ преимущественно незначительное и умеренное снижение КЖ, а также взаимосвязь ухудшения КЖ студентов с недостаточными физическими нагрузками и наличием у них ДР обуславливают целесообразность анкетирования студентов и выделения групп для индивидуальной работы, а также привлечения студентов к активным занятиям физической культурой с акцентом на аэробные физические нагрузки для улучшения их КЖ и профилактики заболеваний.

### Литература

1. Адрющенко, А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS в диагностике депрессий общемедицинской практики / А.В. Адрющенко, М.Д. Дробижев, А.В. Добровольский // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 2003. – № 5. – С. 11–18.
2. Апанасенко, Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека / Г.Л. Апанасенко. – Санкт-Петербург: МГП «Петрополис», 1992. – 123 с.
3. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина / В.А. Епифанов. – М: Медицина, 2007. – 304 с.
4. Пушкарев, А.Л. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: метод. рекомендации / А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина. – Мн., 2000.
5. McEwen, B.S. Mood disorders and allostatic load / B.S. McEwen // Biol. Psychiatry. – 2003. – Vol.54. – P. 200–207.
6. Michaud, C.M. Burden of disease-implications for future research / C.M. Michaud, C.J. Murray, B.R. Bloom // JAMA. – 2001. – Vol.285. – P. 535–539.
7. Radloff, L.S. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population / L.S. Radloff // Applied psychological measurement. – 1977. – Vol.1. – 385–401.
8. *Suffering in silence: reasons for not disclosing depression in primary care* / Robert A. Bell [et al.] // Ann. Fam. Med. – 2011. – Vol.9. – P. 439–446.
9. WHOQOL Group. The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL). Quality of life assessment: international perspectives / J. Orley [et al.]. – Berlin, 1994. – P. 41–57.

Поступила 26.08.2013