

Арктика и Север. 2023. № 50. С. 211–233.

Научная статья

УДК [330.59:61:316.7:39](470.1/.2)(571.1/.5)(571.6)(045)

doi: 10.37482/issn2221-2698.2023.50.211

Здоровье как индикатор качества жизни и субъективного благополучия детей и молодёжи коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ *

Трапицын Сергей Юрьевич ^{1✉}, доктор педагогических наук, профессор

Граничина Ольга Александровна ², доктор педагогических наук, доцент

Агапова Елена Николаевна ³, кандидат педагогических наук, доцент

Жарова Марина Владиславовна ⁴, кандидат физико-математических наук, доцент

^{1, 2, 3, 4} Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, наб. реки Мойки, 48, Санкт-Петербург, 191186, Россия

¹ trapitsin@gmail.com ✉, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3752-8848>

² olga_granichina@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1398-6684>

³ petrovskaya.elen@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5995-4285>

⁴ garova-m@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2932-938X>

Аннотация. Внимание исследователей Арктики всё чаще обращается к населяющим её людям. Одним из объектов таких исследований становится качество жизни и субъективное благополучие коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока, традиционно определяемое степенью удовлетворения потребностей, интересов и ожиданий, уровнем комфортности социальной и природной среды для жизни человека, степенью доверия к социальным институтам, доступностью и качеством социальных услуг, от которых зависит уровень благосостояния, социального, духовного и физического здоровья человека. При этом здоровье выступает одним из ключевых индикаторов качества жизни. Проведённый в работе анализ здоровья молодёжи КМНСС и ДВ создаёт базу для разработки комплексных программ здоровьесбережения, прогнозирования и организации действенных мер по сохранению и укреплению здоровья людей, прибывающих в районы Крайнего Севера в условиях его активного промышленного освоения. Показатели здоровья определяются подходами к его оценке, предполагают учёт разнообразной информации. В России накоплены эмпирические данные о факторах здоровья КМНСС и ДВ, однако наблюдается дефицит знаний о степени их влияния на качество жизни детей и молодёжи. Представлены репрезентативные данные об особенностях здоровья подростков и молодёжи КМНСС и ДВ РФ различных регионов, его влиянии на субъективное благополучие и качество жизни. Проанализированы поведенческие паттерны в отношении различных аспектов здоровья, опыт взаимодействия с официальной и альтернативной медициной и отношение к ней, выявлены средовые факторы, значимые в контексте здоровьесбережения.

Ключевые слова: коренные малочисленные народы, молодёжь, здоровье, благополучие, качество жизни

* © Трапицын С.Ю., Граничина О.А., Агапова Е.Н., Жарова М.В., 2023

Для цитирования: Трапицын С.Ю., Граничина О.А., Агапова Е.Н., Жарова М.В. Здоровье как индикатор качества жизни и субъективного благополучия детей и молодёжи коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ // Арктика и Север. 2023. № 50. С. 211–233. DOI: 10.37482/issn2221-2698.2023.50.211

For citation: Trapitsin S.Yu., Granichina O.A., Agapova E.N., Zharova M.V. Health as an Indicator of the Quality of Life and Subjective Well-Being of Children and Youth of Indigenous Peoples of the North, Siberia and the Far East of the Russian Federation. *Arktika i Sever* [Arctic and North], 2023, no. 50, pp. 211–233. DOI: 10.37482/issn2221-2698.2023.50.211

Благодарности и финансирование

Работа выполнена в рамках гранта Экспертного Института Социальных Исследований на поддержку исследовательских проектов в сфере общественно-политических наук (НИР «Формирование социально-ответственного поведения российской молодёжи в условиях глобальных угроз»).

Health as an Indicator of the Quality of Life and Subjective Well-Being of Children and Youth of Indigenous Peoples of the North, Siberia and the Far East of the Russian Federation

Sergey Yu. Trapitsin¹✉, Dr. Sci. (Ped.), Professor

Olga A. Granichina², Dr. Sci. (Ped.), Associate Professor

Elena N. Agapova³, Cand. Sci. (Ped.), Associate Professor

Marina V. Zharova⁴, Cand. Sci. (Phys. and Math.), Associate Professor

^{1, 2, 3, 4} Herzen State Pedagogical University of Russia, Naberezhnaya reki Moyki, 48, Saint Petersburg, 191186, Russia

¹ trapitsin@gmail.com ✉, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3752-8848>

² olga_granichina@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1398-6684>

³ petrovskaya.elen@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5995-4285>

⁴ garova-m@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2932-938X>

Abstract. The attention of Arctic researchers is increasingly turning to the people who inhabit it. One of the objects of such research is the quality of life and subjective well-being of the indigenous peoples of the North, Siberia and the Far East, traditionally determined by the degree of satisfaction of needs, interests and expectations, the level of comfort of the social and natural environment for human life, the degree of trust in social institutions, accessibility and quality of social services, which determine the level of well-being, social, spiritual and physical health of people. Health is one of the key indicators of the quality of life. The analysis of health of youth of the indigenous small-numbered peoples of the North, Siberia and the Far East (ISNPNS and FE) creates the basis for the development of comprehensive health-saving programs, forecasting and organizing effective measures to preserve and strengthen the health of people arriving in the Far North in the conditions of its active industrial development. Health indicators are determined by approaches to its assessment, which involve taking into account a variety of information. Empirical data on the health factors of the ISNPNS and FE have been accumulated in Russia, but there is a lack of knowledge about the degree of their influence on the quality of life of children and youth. Representative data on the peculiarities of the health of adolescents and youth of the ISNPNS and FE of the Russian Federation in various regions, its impact on subjective well-being and quality of life are presented. Behavioral patterns in relation to various aspects of health, experiences of interaction with and attitudes towards official and alternative medicine are analyzed; environmental factors significant in the context of health care are identified.

Keywords: *indigenous peoples, youth, health, well-being, quality of life*

Введение

Усложнение внешнеполитической и экономической ситуации, усиливающееся санкционное давление на Российскую Федерацию делают особенно актуальными исследования, направленные на поиск эффективных путей и средств устойчивого развития РФ, адекватного ответа на новые угрозы и вызовы. Развитие циркумполярной зоны РФ уже не первый год входит в число стратегических приоритетов государственной политики. В 2020 г. определены

направления её реализации до 2035 года¹, утверждена Стратегия развития арктической зоны России как основа обеспечения национальной безопасности².

Богатейшие ресурсы северных регионов России всегда имели колоссальное значение для развития страны. Природные богатства Арктики становятся сегодня не только источником инновационного развития этих регионов, но и драйвером модернизации российской экономики. Но только ли природными ресурсами богата российская Арктика?

В своём обращении к гражданам страны Президент РФ В.В. Путин отметил: «Территория России и её минеральные ресурсы являются одними из главных её богатств, однако "главный золотой запас" — это люди»³. По словам Президента, Россия сохранила эту ценность, несмотря на потери, понесённые в ходе распада Союза Советских Социалистических Республик.

В этой ситуации внимание исследователей Арктики всё чаще обращается к людям, населяющим эти территории, их самобытной культуре, традиционным ценностям, уникальной способности жить и работать в сложнейших условиях, преодолевая все трудности и сохраняя необычайную силу духа и высокие моральные качества. Одним из гуманитарных, т. е. обращённых к людям, направлений научного поиска становятся исследования качества жизни и субъективного благополучия коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока.

Качество жизни традиционно определяется степенью удовлетворения потребностей, интересов и ожиданий, уровнем комфортности социальной и природной среды для жизни человека на определённой территории, степенью доверия к социальным институтам, доступностью и качеством социальных услуг, определяющих уровень благосостояния, социального, духовного и физического здоровья человека [1, Базарова А.Г., с. 154–156]. Поэтому понимаемое в широком смысле здоровье выступает одним из ключевых индикаторов качества жизни и субъективного благополучия. Здоровье — одна из базовых человеческих ценностей. При этом оно не только бесценный ресурс и характеристика отдельного человека, но и достояние всего общества.

В этом смысле анализ характеристик здоровья КМНСС и ДВ даёт бесценный материал для изучения уникальных адаптационных возможностей человека, является в определённой мере эталонной моделью для разработки комплексных программ здоровьесбережения, в том числе и общественного, для прогнозирования и организации действенных мер по сохранению и укреплению здоровья людей, прибывающих в районы Крайнего Севера в усло-

¹ Указ Президента РФ от 5 марта 2020 г. №164 «Об Основах государственной политики Российской Федерации в Арктике на период до 2035 года». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/45255> (дата обращения: 23.08.2022).

² Указ Президента РФ от 26 октября 2020 г. №645 «О Стратегии развития Арктической зоны Российской Федерации и обеспечения национальной безопасности на период до 2035 года». URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/45972> (дата обращения: 23.08.2022).

³ Прямая линия с Владимиром Путиным. URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/65973> (дата обращения: 23.08.2022).

виях его активного промышленного освоения [2, Абрютин Л.И., с. 45; 3, Хаснулин В.И., с. 138–145].

В связи с этим исследования здоровья КМНСС и ДВ РФ и влияющих на него факторов как значимого индикатора качества жизни населения северных территорий приобретают сегодня особый смысл и значение [4, Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П., с. 100–110].

Вместе с тем количественные данные и показатели, характеризующие состояние и тенденции развития системы здравоохранения в отношении КМНСС и ДВ РФ, в научной литературе представлены явно не достаточно. Зачастую они фрагментарны и представляют ситуацию в отдельных регионах, преимущественно в республике Саха (Якутия), Красноярском крае, Ханты-Мансийском и Ямало-Ненецком АО. Крайне мало работ, исследующих вопросы взаимосвязи здоровья и качества жизни КМНСС и ДВ РФ, разработки специальных программ здоровьесбережения для этих регионов.

Материалы и методы

Общая схема проведения исследования включала в себя:

1. *Определение и оценку факторов*, оказывающих значимое влияние на здоровье детей и молодёжи КМНСС и ДВ РФ, на основе мониторинговых исследований, данных статистики здравоохранения, публикаций в СМИ, изучения мнения экспертов в соответствующей области.

Формирование группы экспертов — ключевых информантов происходило путём привлечения представителей целевых групп через личные контакты и договорённости с региональными координаторами исследования. Численность экспертов составила 70 человек (58 женщин и 12 мужчин), представляющих 8 регионов, в том числе 38 человек, проживающих в городе, и 42 — в сёлах и посёлках городского типа.

2. *Проведение социологических опросов* в ряде северных регионов РФ (Санкт-Петербург, Ленинградская, Мурманская, Иркутская, Томская область, Камчатский, Красноярский край, Республика Саха (Якутия), Ямало-Ненецкий автономный округ).

Используемые для опросов анкеты включали в себя вопросы о психологических особенностях, состоянии здоровья, характеристиках семьи и пр. детей и молодёжи, проживающей на данных территориях, и базировались на адаптированных стандартизованных шкалах: симптоматики здоровья в последние 6 месяцев HSBC/CINDI (ВОЗ); самооценки психического здоровья и субъективного благополучия HBSC (ВОЗ); аддиктивного поведения ESPAD (Европейский проект обследования школ по проблеме употребления алкоголя и наркотиков).

Выборка исследования включала более 1 300 представителей КМНСС и ДВ в возрасте от 14 до 25 лет.

Обработка данных осуществлялась на основе известных и общепринятых методов математической статистики, обобщённые выводы и интерпретации полученных данных основывались на построении регрессионных и факторных моделей.

Результаты

В научной литературе представлено достаточное разнообразие методик измерения состояния здоровья как значимого показателя качества жизни населения. Важным элементом их создания выступает разработка критериально-оценочной системы и соответствующих измеримых индикаторов, комплексно характеризующих состояние здоровья и отражающих влияние на его отдельные показатели общих и специфических факторов различной природы. Одним из ключевых направлений такой оценки выступает сопоставительный анализ данных статистики и качественных социологических исследований. Проведение компаративного анализа данных по выбранным группам показателей позволяет выявлять как общие закономерности и тенденции, так и специфические факторы (географические, климатические, экономические, этнические, возрастные и пр.), но главное — эффективность мер, принимаемых региональными и местными органами государственного управления в отношении сохранения и укрепления здоровья населения данной территории).

Одним из наиболее популярных и важных источников информации о состоянии здоровья КМНСС и ДВ РФ является ведомственная статистика. Её преимущества заключаются в том, что каждая организация здравоохранения и орган исполнительной власти обязаны представлять сведения о состоянии здоровья населения по установленной форме. Эти сведения позволяют получить данные в различных интересующих исследователей аспектах. Наиболее информативными для анализа данных в интересующем нас разрезе при этом оказываются сведения, в соответствующие формы сбора которых заложены данные об этнической принадлежности. Вместе с тем к данным ведомственной статистики следует относиться с определённой долей скептицизма, поскольку сведения нередко «приглаживаются» и / или учётно-отчётные формы заполняются формально. Кроме того, обобщённые отчёты, как правило, базируются на агрегированных данных, не допускающих возможности их последующей дифференциации по различным основаниям (пол, возраст, тип поселения и пр.).

Как правило, статистика Министерства здравоохранения РФ включает в себя данные о здоровье населения (медико-демографическая информация, дифференцируемая по выделенным классам болезней статистика заболеваемости, данные о здоровье матери и ребёнка, уровень травматизма, доля инвалидов и пр.) и характеристики системы здравоохранения (количество медицинских учреждений, число больничных коек, численность медперсонала, кадровые, показатели результативности деятельности, финансирование и т.д.). При этом существует определённая возможность группировки или дифференциации данных по различным основаниям: городское / сельское население, дети / взрослые / пенсионеры, мужчины / женщины и пр.

Однако анализ ведомственной статистики не позволяет получить однозначных корреляционных зависимостей между данными о здоровье и оценками качества жизни и субъективного благополучия КМНСС и ДВ, а также проанализировать специфику организации здра-

воохранения в отдельных регионах [5, Хаснулин В.И., Хансулин П.В., Артамонова М.В., с. 34–39].

Таким образом, существующая система государственной статистики не обеспечивает необходимого охвата, полноты и достоверности данных о здоровье, качестве жизни и субъективном благополучии детей и молодёжи КМНСС и ДВ РФ, исключительно на её основе невозможно построить полноценные аналитические обзоры и разрабатывать соответствующие долгосрочные программы. Основываясь при принятии решений только на этих данных, органы управления вынужденно используют частично недостоверную и существенно неполную информацию [6, Шляпентох В.Э., с. 27].

Отметим, что это не является характеристикой исключительно российских мониторинговых программ, аналогичная ситуация сложилась и в зарубежной исследовательской практике, которая, в частности, обращает внимание на низкий уровень здоровья населения, опираясь при этом исключительно на обобщённые данные статистики. Очевидно, что решение проблемы улучшения качества жизни коренных народов без серьёзной опоры на специально организованные исследования вряд ли возможно.

Выявлению детерминирующих здоровье КМНСС и ДВ РФ факторов посвящено множество исследований [7, Козлов А.И., Вершубская Г.Г., Козлова М.А., с. 27; 8, Хакназаров С.Х., с. 183–187; 9, Харамзин Т.Г., Хайрулина Н.Г., с. 138–182; и др.], в которых доказывается необходимость организации системной и целенаправленной работы по улучшению доступности и качества медицинских услуг. Анализируя ситуацию, авторы обращают внимание не только на сложности получения и анализа соответствующих данных по конкретным группам населения, существенный и трудно поддающийся объяснению разброс показателей, несовпадения и противоречия в данных, представленных различными ведомствами, но и на последствия пассивной позиции органов государственной власти и местного самоуправления в этих вопросах: высокий уровень заболеваемости инфекционными болезнями, туберкулёзом, болезнями органов дыхания; угроза роста алкоголизма и психических расстройств; проблема стрессов и её негативного влияния на состояние здоровья; низкое качество медицинского обслуживания и др. [10, Харамзин Т.Г., с. 92–94].

Ещё одним базовым основанием исследований взаимосвязи здоровья, качества жизни и субъективного благополучия КМНСС и ДВ РФ выступает понимание того, что проблемы, существующие в системе здравоохранения КМНСС и ДВ РФ, можно подразделять на общие и специфические, характерные только для определённой этнической группы и / или определённого региона. Выявление общих тенденций, специфики их проявления в том или ином регионе и / или этнической группе, понимание специфических характеристик здоровья позволяет более дифференцированно и тщательно подходить к анализу и интерпретации полученных данных, а значит, делать более обоснованные выводы и принимать наилучшие в данных условиях решения.

К особенностям системы здравоохранения северных территорий традиционно относят: ограниченные возможности коммуникации, удалённость от медицинских центров, неразвитость транспортной инфраструктуры, недоступность источников информации, низкий уровень знаний о здоровьесбережении, существенные различия в условиях проживания и быта, особенности психофизиологического развития, дефицит высококвалифицированных специалистов-медиков и пр.

Таким образом, существующая система государственной статистики не обеспечивает необходимого охвата, полноты и достоверности данных о здоровье КМНСС и ДВ, затруднительно строить полноценные аналитические обзоры о качестве их жизни и разрабатывать соответствующие долгосрочные программы исключительно на её основе.

Тем не менее, вряд ли разумно игнорировать значительный опыт и несомненные достижения системы государственной статистики, поэтому использование её данных для проведения анализа и оценки здоровья детей и молодёжи КМНСС и ДВ РФ на начальном этапе исследования имеет, несомненно, существенное значение.

Одним из базовых показателей качества жизни статистикой рассматривается демографическая ситуация. Её изменение традиционно определяется величиной естественного и механического прироста. Данные, представленные на рис. 1, демонстрируют отрицательную динамику естественного прироста. Эта тенденция начала формироваться в 2015 г., в котором было зафиксировано пиковое значение этого показателя [4, Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П., с. 100–110].

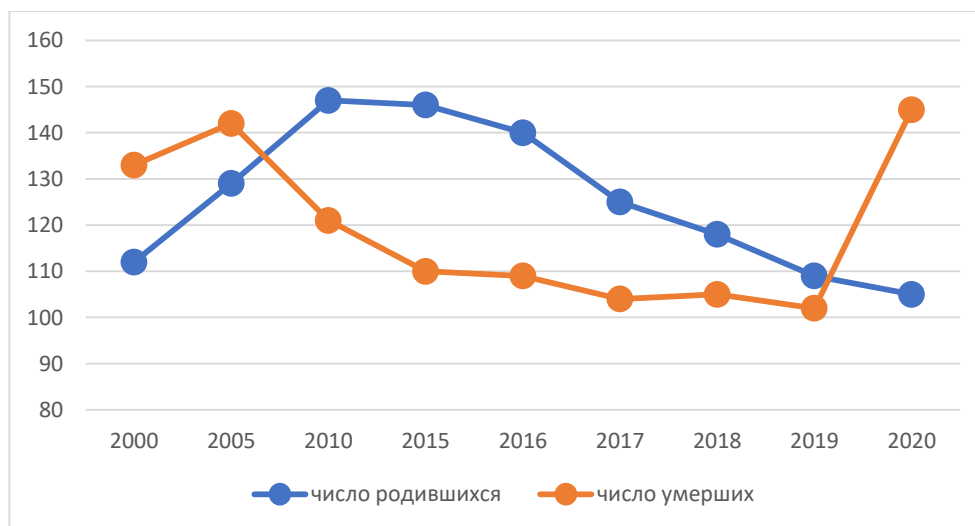


Рис. 1. Динамика показателей рождаемости и смертности, 2000–2020 гг.

Эксперты выделяют климатические и региональные особенности ареалов проживания КМНСС и ДВ, которые влияют на динамику показателей рождаемости и смертности. Так, в частности, эксперты отмечают более высокую закалённость и физическую выносливость молодёжи, которая родилась и выросла в местах, где морозы достигают экстремальных отметок. Также эксперты отмечают зависимость показателей здоровья от уровня экологических проблем в местах традиционного проживания той или иной этнической группы.

Анализ данных статистики обнаруживает высокий уровень смертности от алкоголизма, инфекционных и онкологических заболеваний КМНСС и ДВ, а также более высокий по сравнению с другими регионами РФ уровень самоубийств (рис. 2–3) [11, Козлов А.И., Вершубская Г.Г., Козлова М.А., с. 127]. При проведении сопоставительного анализа важно также учитывать характер структуры и форм потребления алкоголя: преобладание крепких спиртных напитков, обычные «нормы» и частоту потребления, качество алкогольной продукции, питание и т. д. [12, Хакназаров С.Х., с. 121–123].

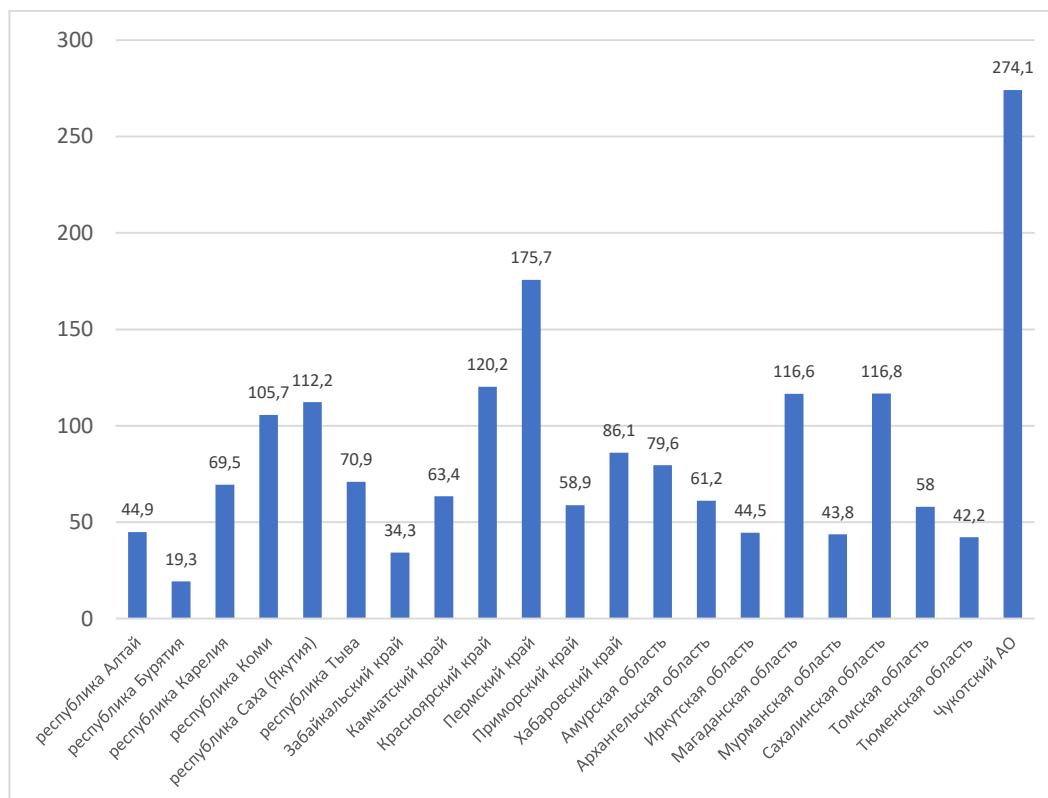


Рис. 2. Количество заболеваний алкоголизмом и алкогольными психозами по регионам, 2020 г.

Большинством специалистов отмечается, что проведение объективного, надёжного, достоверного, валидного анализа проблемы алкоголизма в районах Крайнего Севера весьма затруднительно. Нередко данные, полученные различными исследователями и в различные годы, могут существенно различаться даже по одной и той же территории [13, Кершенгольц Б.М., Ильина Л.П., с. 100–127]. Ещё большие расхождения обнаруживаются при сравнении этих данных с данными официальной статистики.

Исследование употребления алкоголя путём проведения опросов населения также часто не даёт достоверной картины [14, Ulijaszek S.J., Strickland S.S., с. 108–139]. Это обусловлено наличием тенденции к искажению самооценки показателей, связанных с употреблением алкоголя в силу специфики алкогольного поведения отдельных социальных и / или этнических групп и характерного для их культур отношения к употреблению спиртных напитков [4, Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П., с. 100–110]. Это же отмечается зарубежными авторами, например, исследователями алкогольного поведения американских индейцев, склонных завышать количество потребляемого алкоголя [15, Gomberg E.S., с. 313–333; 16,

Lemert E., с. 49–71]. Очевидно, что подобная специфика может проявляться и в этнических группах КМНСС и ДВ Российской Федерации.

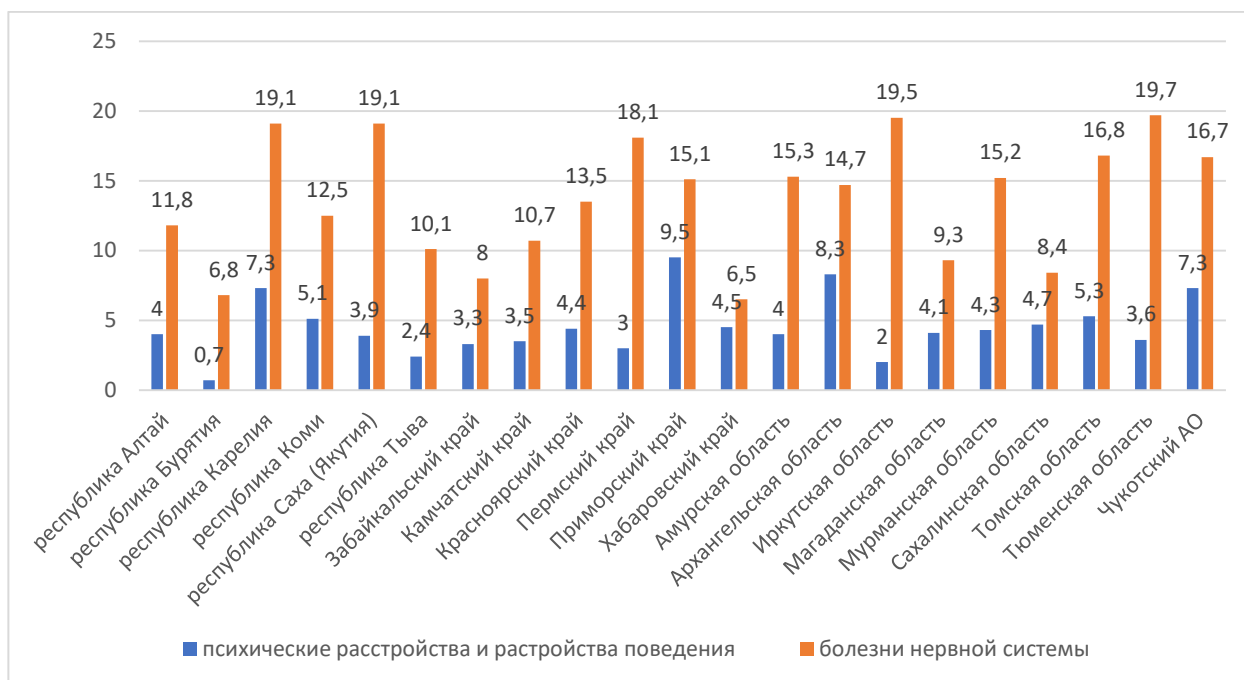


Рис. 3. Психические заболевания и болезни нервной системы по территориям, 2020 г.

Для КМНСС и ДВ характерен более высокий (иногда в несколько раз), чем у населения других регионов РФ, уровень заболеваемости инфекционными болезнями, туберкулёзом, злокачественными новообразованиями и пр., что подтверждается, в частности, исследованиями В.И. Хаснулина [3, с. 138–145].

По мнению экспертов, основным фактором, негативно влияющим на здоровье КМНСС и ДВ, является ограниченная доступность качественных медицинских услуг в местах их компактного проживания, что является характерным для всех жителей этих территорий. Это же подтверждают данные наших опросов: большинство респондентов в списке наиболее острых проблем, связанных со здоровьем, на первое место поставили низкий уровень медицинского обслуживания.

Очевидно, что для лучшего понимания ситуации, данные о заболеваемости населения следует соотносить с показателями обеспеченности медицинским персоналом на территориях его проживания (рис. 4).



Рис. 4. Численность медицинского персонала, 2015–2020 гг.

Обеспеченность медицинским персоналом населения в северных регионах РФ не ниже (а в ряде случаев даже выше, например, в сравнении с Канадой), чем в других приарктических странах. Более того, по таким показателям потенциала медицинских учреждений, как, например, количество больничных коек на 10 000 населения, система здравоохранения арктической зоны превышает общероссийские показатели.

Тем не менее, в районах компактного проживания КМНСС и ДВ ощущается нехватка медицинского персонала, количества стационаров и амбулаторий, фельдшерско-акушерских пунктов, консультаций (рис. 5). Ситуация с вводом в эксплуатацию мощностей больничных организаций также неблагоприятна — количество введённых в эксплуатацию коек стремительно сокращается.

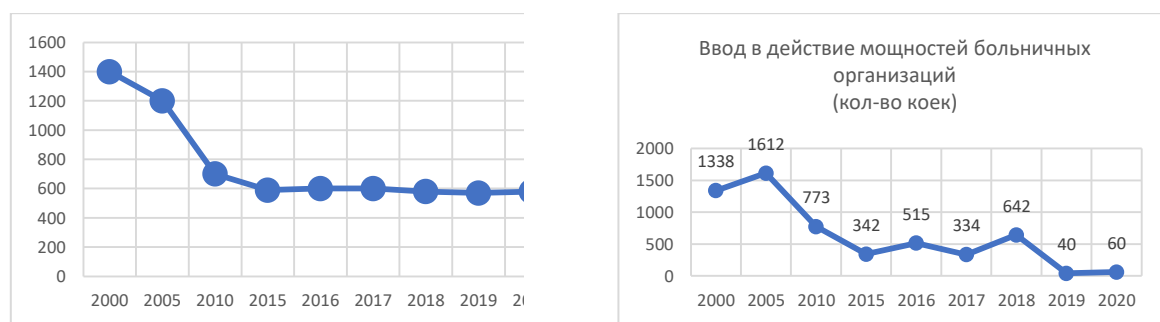


Рис. 5. Количество больничных организаций, 2000–2020 гг.

Наше исследование подтвердило гипотезу ряда других исследователей [11, Козлов А.И., Вершубская Г.Г., Козлова М.А., с. 27] о наличии значимой корреляции между уровнем заболеваемости представителей КМНСС и ДВ и численностью врачей и среднего медицинского персонала, но в то же время выявило очевидные диспропорции и неравномерность их распределения по территориям.

Неравномерная по регионам обеспеченность медицинским персоналом усугубляется весьма низкой оценкой респондентами качества медицинских услуг, что подтверждается результатами исследования Т.Г. Харамзина [10, с. 92–94]. Как правило, респонденты обращают внимание на такие недостатки медицинского обслуживания, как: низкую квалификацию медперсонала (20,1%), недоступность ряда необходимых медикаментов (38,3%), плохое оснащение медицинских учреждений (35,2%).

Кроме того, как свидетельствует мировой опыт, наращивание такого показателя, как «число врачей на 10 000 человек населения», влияет на состояние здоровья населения лишь до определённого момента. После достижения им некоторого оптимума это влияние перестаёт быть значимым, более того, часто фиксируется даже ухудшение ситуации. Поэтому мы полагаем, что сам по себе рост численности медперсонала не решает и не может решить проблему без коренного изменения отношения к своему здоровью со стороны самого населения. В первую очередь это относится к детям и молодёжи: позитивно следует отметить, что по данным, Т.М. Максимовой [4, Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П., с. 100–110], в молодёжной среде КМНСС и ДВ начинают складываться самосохранительные паттерны поведения, больше выражено стремление к поддержанию здорового образа жизни.

Отметим, однако, что исследования установки на здоровый образ жизни КМНСС и ДВ в целом и молодёжи в частности весьма немногочисленны [17, Лебедева Н.М., Чирков В.И., Татарко А.Н., с. 100–186], а их данные часто фрагментарны. Очевидно, что их явно недостаточно, чтобы оценить мотивацию детей и молодёжи КМНСС и ДВ к сохранению своего здоровья.

Поэтому следующая часть нашего исследования была связана с самооценкой респондентами уровня своего здоровья и пониманием им значимости его укрепления.

Важным преимуществом социологического измерения показателей здоровья выступает возможность зафиксировать сходимость и / или разброс соответствующих показателей по регионам, этническим группам, полу, возрасту и пр., т. е. обнаружить статистически значимые различия в качестве жизни, обусловленные факторами различной природы, в том числе — культурными нормами, коллективными представлениями и ценностными ориентациями, доминирующими в том или ином этносообществе. В связи с этим в нашем исследовании данные опросов выступали необходимым дополнением к анализу данных медицинской статистики.

Общая выборка исследования составила 1 343 молодых людей в возрасте от 14 до 25 лет, в том числе 671 представителей КМНСС и ДВ РФ, две третьих из которых составляли девушки. Рис. 6 отражает их этническую принадлежность.

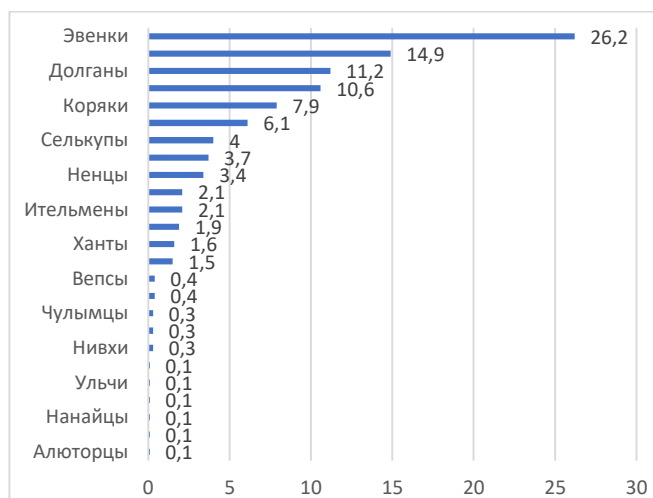


Рис. 6. Этническая принадлежность респондентов, %.

13,6% респондентов являлись учащимися средних школ, 15,5% — ссузов, 66,2% обучаются или уже закончили вузы, 4,7% — нигде не учатся.

Родились в городе 11,9% респондентов, в селе или деревне — 58,7%, 27,5% — в небольшом городе или посёлке городского типа, 1,9% — в местах кочевья. На момент проведения опроса в крупных городах и региональных центрах проживало 30,8% респондентов, в небольших городах и посёлках городского типа — 28,6%, в селе и деревне — 40,6%.

Своё физическое здоровье молодёжь КМНСС и ДВ оценивает в основном позитивно (табл. 1). Исследование обнаружило гендерную специфику: юноши склонны оценивать своё здоровье более позитивно по сравнению с девушками ($\chi^2=22.026$; $p \leq 0.001$).

Полученные нами данные существенно расходятся с результатами исследований А.Г. Базаровой [1, с. 154–156], в котором участвовали представители КМНСС и ДВ более старших возрастов и согласно которому состояние здоровья считают хорошим лишь 10% респондентов, 60% находят его удовлетворительным, около 17% плохим. При этом респонденты обосновывают низкую оценку своего здоровья неблагоприятными средовыми факторами, а в качестве причин его ухудшения называют низкое качество питания (27%), отсутствие возможности полноценно отдыхать (25%), плохие жилищные условия (17,5%), дурную наследственность (15%). Значимое место в ряду причин, обуславливающих наличие проблем со здоровьем, занимает ограниченная возможность получить квалифицированную медицинскую помощь и приобретать необходимые лекарства и медицинские препараты по доступным ценам. Мы объясняем такое различие результатов исследований более высокой мотивацией молодёжи к сохранению и укреплению своего здоровья по сравнению с представителями старших поколений, а также сформированностью у них паттернов здоровьесохраняющего поведения, обусловленной более высоким уровнем полученного ими образования.

В табл. 2, 4, 6, 8 представлены результаты регрессионного анализа (метод обратного шага — backstep model), направленного на проверку моделей, предсказывающих уровень различных характеристик здоровья молодёжи КМНСС и ДВ. Модель позволяет предсказать 28% дисперсии зависимой переменной.

Таблица 1

Самооценка физического здоровья

	Этническая принадлежность (самоидентификация)				Всего	
	КМНСС и ДВ		другая этническая принадлежность			
	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%
Считаете ли Вы, что ваше здоровье в целом						
Плохое	25	3.7	24	4.1	49	3.9
Удовлетворительное	267	39.8	212	36.1	479	38.1
Хорошее	321	47.8	274	46.7	595	47.3
Превосходное	58	8.6	77	13.1	135	10.7
Всего	671	100.0	587	100.0	1258	100.0
Критерий χ^2	7.145					
$p \leq$	н/з					
Физическое здоровье						
Среднее	9.3		9.9		9.6	
Медиана	9		10		9	
Ст. отклонение	5.77		5.79		5.79	
Минимум	0		0		0	
Максимум	24		24		24	
Критерий Манна-Уитни	186100.5					
$p \leq$	н/з					

Таблица 2

Линейная регрессионная модель негативной симптоматики в сфере физического здоровья молодёжи КМНСС и ДВ

	Негативная симптоматика в сфере физического здоровья		
	Регрессионный коэффициент В	95% доверительный интервал В	Значимость (Sig.)
Пол: Женский	1.72	0.89/2.54	0.000
Район, в котором Вы постоянно проживаете: Иркутская область	-2.02	-3.13/-0.92	0.000
Какой язык (языки) Вы преимущественно используете при общении с друзьями и знакомыми — В равной степени использую несколько языков	1.65	0.67/2.64	0.001
Бывает ли, что вас оскорбляют, обижают в связи с вашей национальной принадлежностью, или что вы подвергаетесь дискриминации, притеснениям из-за национальности — Да, бывает	1.30	0.45/2.14	0.003
Как вы считаете, В ЦЕЛОМ В РОССИИ у представителей вашей национальности возможностей устроиться на хорошую работу — Больше	1.48	0.22/2.74	0.022
Эти трудности были связаны настроением	2.79	1.91/3.68	0.000
Эти трудности были связаны с романтическими отношениями	1.03	-0.01/2.07	0.052
Эти трудности были связаны с отношениями с учителями (преподавателями)	1.80	0.63/2.97	0.003
Шкала социальной поддержки	-0.28	-0.42/-0.14	0.000
Коэффициент детерминации (R ²)	0.279		

Самооценка доступности рекреационной активности для молодёжи КМНСС и ДВ оказалась сопоставимой с молодёжью другой этнической принадлежности ($p \leq n/3$). Каждый пятый респондент ответил, что не выезжал на отдых ни разу в своей жизни (21.5%), а каждый шестой (15.1%) — лишь единожды. Большинство представителей молодёжи КМНСС и ДВ (47.5%) имели возможность выезжать на отдых от 3 до 9 раз в течение жизни, и только каждый шестой — более 10 раз.

Аналогично самооценке физического здоровья девушки более критично оценивают состояние своего психического здоровья (табл. 3).

Таблица 3

Самооценка психического здоровья

	Этническая принадлежность (самоидентификация)				Всего	
	КМНСС и ДВ		другая этническая принадлежность			
	Абс.зн.	%	Абс.зн.	%	Абс.зн.	%

Вы считаете, что Ваше психическое здоровье						
Плохое	33	4.9	32	5.5	65	5.2
Удовлетворительное	251	37.4	209	35.6	460	36.6
Хорошее	293	43.7	256	43.6	549	43.6
Превосходное	94	14.0	90	15.3	184	14.6
Всего	671	100.0	587	100.0	1258	100.0
Критерий χ^2	0.826					
$p \leq$	н/з					

Таблица 4

Порядковая регрессионная модель уровня самооценки психического здоровья молодёжи КМНСС и ДВ

		Регрессионный коэффициент В	95% доверительный интервал В	Значимость (Sig.)
Уровень психического здоровья	удовлетворительное	-2.18	-2.68/-1.67	0.000
	хорошее	-0.34	-0.82/0.13	0.160
	превосходное	1.20	0.71/1.68	0.000
Пол: Женский		-0.44	-0.63/-0.25	0.000
К какой группе коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Вы себя причисляете — Смешанной национальности / не могу однозначно отнести себя к одной национальности		-0.41	-0.69/-0.13	0.005
Какое образование было у Вашей матери (приёмной матери, мачехи) — Она не закончила школу		-0.76	-1.32/-0.2	0.008
Представьте себе лестницу, на первой ступени которой находятся люди, занимающие самое низкое положение в обществе, а на верхней (девятой) — люди с самым высоким общественным положением. На какой ступени этой лестницы находитесь Вы? Ваша семья?		0.05	0/0.11	0.058
Бывает ли, что Вас оскорбляют, обижают в связи с Вашей национальной принадлежностью, или что Вы подвергаетесь дискриминации, притеснениям из-за национальности		-0.25	-0.44/-0.06	0.012
Шкала социальной поддержки		0.05	0.02/0.08	0.002
Эти трудности были связаны с романтическими отношениями		-0.32	-0.56/-0.08	0.009
Эти трудности были связаны с отношениями с учителями (преподавателями)		-0.33	-0.6/-0.06	0.015
Эти трудности были связаны со здоровьем		-0.31	-0.54/-0.08	0.008
Эти трудности были связаны настроением		-0.50	-0.72/-0.27	0.000
Сколько раз за последние 30 дней Вы употребляли алкогольные напитки (3 и более)		-0.42	-0.67/-0.16	0.001
Коэффициент детерминации (R^2 Nagelkerke)		0.315		

Выше, чем у юношей, у девушек оказались также показатели уровня депрессии (табл. 5, Patient Health Questionnaire — PHQ-9), что требует принятия действенных мер по её профилактике, не дожидаясь достижения данным показателем критических значений.

Таблица 5

Результаты оценивания по шкале «Депрессия»

ДЕПРЕССИЯ			
Среднее	9.1	9.4	9.3
Медиана	9	9	9
Ст. отклонение	6.24	6.36	6.29
Минимум	0	0	0
Максимум	27	27	27
Критерий Манна-Уитни	193641.5		
$p \leq$	н/з		

Таблица 6

Линейная регрессионная модель уровня депрессии молодёжи КМНСС и ДВ

	ДЕПРЕССИЯ		
	Регрессионный коэффициент В	95% доверительный интервал В	Значимость (Sig.)
Пол: Женский	1.78	0.91/2.65	0.000
Район, в котором Вы постоянно проживаете: Иркутская область	-2.22	-3.42/-1.02	0.000
Санкт-Петербург	2.37	1.09/3.65	0.000
Другое (отличный от Иркутской области, Камчатского края, Санкт-Петербурга и Якутии)	-2.03	-3.1/-0.95	0.000
К какой группе коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Вы себя причисляете — Смешанной национальности / не могу однозначно отнести себя к одной национальности	1.60	0.29/2.91	0.017
Какое образование было у Вашей матери (приемной матери, мачехи) — Она не закончила школу	4.08	1.56/6.6	0.002
Эти трудности были связаны с отношениями с учителями (преподавателями)	2.29	1.11/3.48	0.000
Эти трудности были связаны с настроением	3.57	2.7/4.44	0.000
Сколько раз за последние 30 дней Вы употребляли алкогольные напитки (3 и более)	1.91	0.73/3.08	0.002
Шкала социальной поддержки	-0.43	-0.57/-0.28	0.000
Коэффициент детерминации (R^2)	0.317		

Аналогичное замечание можно высказать и исходя из анализа уровня тревожности (табл. 7).

Таблица 7

Результаты оценивания по шкале «Тревога»

ТРЕВОГА				
Среднее		6.1	6.4	6.2
Медиана		5	6	5.5
Ст. отклонение		5.39	5.48	5.43
Минимум		0	0	0
Максимум		21	21	21
Критерий Манна-Уитни		190664.5		
$p \leq$		н/з		

Таблица 8

Линейная регрессионная модель уровня тревоги молодежи КМНСС и ДВ

	ТРЕВОГА		
	Регрессионный коэффициент В	95% доверительный интервал В	Значимость (Sig)
Пол: Женский	1.54	0.79/2.28	0.000
Район, в котором Вы постоянно проживаете: Иркутская область	-1.30	-2.31/-0.29	0.012
Санкт-Петербург	2.08	0.97/3.2	0.000
Какое образование было у Вашей матери (приемной матери, мачехи) — Окончила училище или колледж	-1.09	-1.77/-0.4	0.002
Укажите место Вашего рождения — Село /деревня	-0.86	-1.56/-0.15	0.017
Какой язык (языки) Вы преимущественно используете при общении с друзьями и знакомыми — Язык другого народа России (языки не КМНСС и ДВ в том числе русский)	-1.02	-1.77/-0.26	0.008
Эти трудности были связаны с семейными отношениями	0.97	0.08/1.85	0.033
Эти трудности были связаны настроением	3.04	2.24/3.84	0.000
Эти трудности были связаны вашей национальностью	2.95	1.5/4.4	0.000
Шкала социальной поддержки	-0.33	-0.45/-0.21	0.000
Коэффициент детерминации (R^2)	0.327		

В целом по выборке зафиксированы средне выраженные психосоматические жалобы по шкале HSBC / CINDI: среднее составило 9,3 балла (где max=24). Отметим, что жалобы или проблемы психического характера (плохое настроение, тревога, раздражительность) фиксируются чаще по сравнению с жалобами на физические симптомы (боли различной локализации, головокружения).

Общеизвестно, что существенный вред здоровью наносят злоупотребление алкоголем, табакокурение, употребление наркотиков и пр. В связи с этим, в исследовании выяснялось отношение к этому молодёжи КМНСС и ДВ и их подверженность вредным привычкам.

И у юношей, и у девушек КМНСС и ДВ годовой преваленс употребления алкоголя, т. е. его употребление в течение года, предшествующего опросу, составил 50%, курения сигарет

— 48,1%, что значимо выше по сравнению с аналогичным показателем молодёжи другой этнической принадлежности, наркопотребления — 3,1%, что соответствует среднему показателю. Специфики в связи с этнической общностью и полом не обнаружено.

С проблемами своего здоровья молодёжь КМНСС и ДВ преимущественно обращается к медицинским специалистам по ОМС: такой опыт есть у 60,6% респондентов, что превышает значение аналогичного показателя у молодёжи других этнических групп.

Опыт обращения к медицинским специалистам в коммерческой клинике имеется более, чем у трети молодёжи КМНСС и ДВ, причём у 15,5% — в течение последних 12-ти месяцев.

Опыт обращения за помощью к служителям культа составляет 7,7% опрошенных, шаманам — 7,5%, травникам и целителя — 6,4%, людям с «экстрасенсорными» способностями (гадалкам, астрологам и пр.) — 3,1%, гомеопатам — 1,6%. К профессиональному психологу когда-либо в жизни обращались 12,5% респондентов, к врачу-психиатру — 5,8%, специалистам телефона доверия — 4,3%, к участникам групп в Интернете, где общаются люди со схожими проблемами, — 7,9%, что значимо реже по сравнению с молодёжью не КМНСС и ДВ. Различий по полу в опыте обращения молодёжи КМНСС и ДВ за помощью не обнаружено.

Такая картина в целом соответствует базовым представлениям молодёжи КМНСС и ДВ о ценности здоровья и здорового образа жизни.

Исследование показало, что в структуре базовых ценностей молодёжи КМНСС и ДВ здоровье занимает значимое второе место (78%), при этом ценность здоровья как наиболее важная выделяется девушками чаще, чем юношами. Статистически значимых различий между оценками значимости ценности здоровья и этнической принадлежностью не выявлено.

Это вполне согласуется с концепцией Р. Инглхарта, постулирующего приоритет «ценностей выживания» для наиболее уязвимых социальных групп [18, Инглхарт Р., Вельцель К., с. 74–96].

Обсуждение и выводы

Исследования состояния здоровья молодёжи КМНСС и ДВ РФ и влияющих на него факторов как значимого индикатора качества жизни и субъективного благополучия населения приобретают особую актуальность в условиях интенсивного промышленного освоения арктической зоны и усиления её значения для социально-экономического развития страны.

Показатели здоровья определяются подходами к его оценке, предполагающими комплексный учёт данных статистики, мониторинговой информации, результатов исследований уровня удовлетворённости доступностью и качеством медицинских услуг, особенностей поведенческих моделей, специфических характеристик факторов среды и пр., а также анализ результативности специально планируемых государством и осуществляемых в направлении улучшения ситуации мер.

Значительный массив информации о показателях здоровья молодёжи КМНСС и ДВ представляют данные официальной статистики здравоохранения, однако для проведения полноценного анализа и выработки долгосрочных политик их оказывается недостаточно. Опора исключительно на количественные подходы и методы оценки состояния здоровья не позволяет устанавливать причинно-следственные связи, выявлять факторы, имеющие субъективный характер, прогнозировать изменение паттернов поведения молодёжи как результата реализуемой государственной молодёжной политики и политики в сфере охраны здоровья, фокусировать усилия в зависимости от конкретной ситуации, конкретной территории и конкретного этноса.

Это требует, с одной стороны, внесения существенных изменений в традиционно сложившиеся модели статистического учёта, а с другой стороны — дополнения полученных на его основе данных результатами специально планируемых и целенаправленно организуемых комплексных качественных исследований непосредственно в местах компактного проживания КМНСС и ДВ.

Оценка состояния здоровья коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока, выполненная по результатам анализа данных статистики, информационных источников и сайтов администраций регионов и муниципальных районов, а также данные опроса и интервью с экспертами, позволили обозначить общие, не зависящие от региона проживания КМНСС и ДВ проблемы, основные из которых связаны с доступностью и качеством медицинских услуг. При этом масштаб и острота этих проблем различаются не только в межрегиональном аспекте, но и нередко внутри одного региона, что говорит о разной способности и возможности местных администраций эти проблемы решать.

Отсутствие целенаправленной работы по формированию у молодёжи КМНСС и ДВ паттернов здоровьесберегающего поведения, установки и мотивации к здоровому образу жизни может приводить к негативным последствиям: хроническим заболеваниям, злоупотреблению алкоголем, психоактивными веществами, асоциальному поведению, рискам суицида.

Помимо общероссийских, для системы здравоохранения районов Крайнего Севера, Сибири и Дальнего Востока характерен ряд специфических проблем, которые можно классифицировать по различным основаниям:

- источникам происхождения (кадровые, инфраструктурные, экономические, правовые, ценностно-мотивационные и пр.);
- масштабам (глобальные и локальные);
- времени возникновения (исторически сложившиеся и новые);
- последствиям (угрозы, риски, вызовы);
- объектам воздействия (территория, этническая группа);
- возможностям прогнозирования, предотвращения и разрешения (прогнозируемые / непрогнозируемые, управляемые / неуправляемые) и др.

Исследование показало, что демографическая ситуация (показатели рождаемости и смертности) напрямую коррелирует с состоянием здоровья КМНСС и ДВ. Особенно очевидно проявилась корреляция между уровнем психического здоровья и статистикой самоубийств, уровень которых значительно выше по сравнению с другими регионами РФ.

Данные исследования подтвердили распространённое мнение о высоком уровне алкоголизма среди представителей коренных народов: годовой и месячный преваленс употребления алкоголя у молодёжи КМНСС и ДВ значительно превышает аналогичные показатели молодёжи других этнических групп, однако в исследовании осталось не выясненным, соответствует ли это объективной картине или связано со стремлением молодёжи КМНСС и ДВ поддерживать сложившийся стереотип.

Подтвердив в определённой мере зависимость состояния здоровья от численности медицинского персонала и доступности медицинской помощи в местах компактного проживания КМНСС и ДВ, исследование показало, что гораздо более значимое влияние на состояние здоровья населения этих территорий оказывает не обеспеченность специалистами, учреждениями или лекарственными средствами, а качество оказания медицинских услуг, которое во многих исследуемых регионах оказалось не слишком высоким, что отмечалось многими респондентами в ходе опросов.

Самооценка физического и психического здоровья молодёжи КМНСС и ДВ устойчиво негативно связана с полом: девушки имеют более выраженный уровень негативной симптоматики (депрессия, тревога), а также более низкую самооценку своего здоровья. Этническая принадлежность к конкретной группе КМНСС и ДВ не показала какой-либо значимой связи с характеристиками физического или психического здоровья, однако принадлежность к смешанной национальности и / или трудность самоидентификации с конкретной национальностью повышает вероятность более негативных характеристик (депрессии и низкой самооценки показателей здоровья). Социализация среди преимущественно русскоязычного населения или другой языковой культуры, не относящейся к КМНСС и ДВ, связана с более низкими показателями тревоги среди молодёжи, однако не связана с иными показателями здоровья.

Опыт переживания стигматизации и дискриминации в связи с этнической принадлежностью негативно связан с самооценкой здоровья, однако не обнаруживает связи с наличием конкретной симптоматики.

Самооценочные характеристики социально-статусной позиции оказались крайне мало связаны с показателями здоровья, в то время как объективный критерий (стандартный прокси-показатель социального капитала семьи — образовательный статус матери) имеет большую предиктивную способность. Наличие у матери какого-либо профессионального образования является протективным фактором сохранения здоровья у данной группы, тогда как отсутствие полного школьного образования — напротив — фактором риска.

Воспринимаемая социальная поддержка является устойчивым протективным фактором здоровья молодёжи КМНСС и ДВ, проявившим свою значимость во всех моделях.

На показатели здоровья влияют актуальные переживаемые жизненные события: с тревожно-депрессивной симптоматикой сильнее других связаны негативные события в области семейных отношений, отношений с преподавателями, межэтнических отношений (связанных с национальной принадлежностью) и эмоциональными переживаниями. Самооценка здоровья также связана с актуальными эмоциональными переживаниями.

Для молодёжи с более негативными показателями здоровья более характерно регулярное употребление алкоголя.

Итоговый набор вошедших в модель переменных физического здоровья хорошо соотносится с известными моделями здоровья: более благоприятные характеристики здоровья молодёжи КМНСС и ДВ характерны для лиц с высоким уровнем социальной поддержки, негативные показатели здоровья связаны с воспринимаемым социальным неравенством этнических групп и переживанием стигматизации.

Это подтверждает существенную эволюцию концепции здоровья в последние годы: от его узкого рассмотрения как отсутствия болезней к расширенному пониманию здоровья как особого состояния, субъективного воспринимаемого уровня благополучия и социальной защищённости, важнейшего показателя качества жизни. Именно такое понимание здоровья должно выступать исходным основанием для его измерения и анализа.

Ещё одним важным аспектом, который практически не упоминается в специальной литературе, является экономика здравоохранения КМНСС и ДВ. Очевидно, что к анализу как затрат на здравоохранение с учётом специфики регионов и этнических групп, так и экономических последствий «усреднённого» финансирования нельзя подходить традиционными методами. Понимание специфики финансово-экономического обоснования и обеспечения соответствующих здоровьесберегающих программ, ориентированных на представителей КМНСС и ДВ, требует разработки специальной методологии и методов экономического анализа системы здравоохранения северных территорий на макро-, мезо- и микроуровнях.

Список источников

1. Базарова А.Г. Состояние здоровья как интегральный показатель уровня и качество жизни эвенкийского населения республики Бурятия // В сб.: Этносоциальные процессы в Сибири. Вып. 3. Новосибирск: СО РАН, 2000. С. 154–156.
2. Абрютин Л.И. Народы Севера России: право на здоровье // Здоровье и доступное здравоохранение коренных малочисленных народ Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации как элемент права, стратегия решения проблем физического, психического и социального возрождения. Москва: 1999. С. 45.
3. Хаснулин В.И. Медико-демографические аспекты сохранения северных народов // Материалы международной научной конференции «Сохранение традиционной культуры коренных малочисленных народов Севера и проблема устойчивого развития». Москва, 2004. С. 138–145.
4. Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П. Состояние здоровья и качество жизни населения России // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015. № 6. С. 100–110.

5. Хаснулин В.И., Хансулин П.В., Артамонова М.В. Недостатки статистического учёта показателей здоровья для организации эффективного здравоохранения в северных регионах страны // сборник докладов I Открытого российского статистического конгресса. Российская ассоциация статистиков; Федеральная служба государственной статистики, Новосибирский государственный университет экономики и управления «НИНХ». Издательство: Новосибирский государственный университет экономики и управления «НИНХ», 2016. С. 34–39.
6. Шляпентох В.Э. Проблемы качества социологической информации: достоверность, репрезентативность, прогностический потенциал. Москва: ЦСП, 2006. 664 с.
7. Kozlov A., Vershubsky G., Kozlova M. Indigenous peoples of Northern Russia: Anthropology and health // International journal of circumpolar health. 2007. Vol. 66. Pp. 1–184. DOI: 10.1080/22423982.2007.11864603
8. Хакназаров С.Х. Проблемы экологии и здоровье местного населения на территории Нефтеюганского района Югры: общественный взгляд // Материалы международной научно-практической конференции «Здоровье как ресурс: в. 2.0». Издательство: ООО «Научно-исследовательский социологический центр», Нижний Новгород, 2019. С. 183–187.
9. Харамзин Т.Г., Хайрулина Н.Г. Экологическое здоровье обских угров: монография. Ханты-Мансийск: Издательство Югорского государственного университета, 2010. 269 с.
10. Харамзин Т.Г. Здоровье обских угров в зеркале общественного мнения // Тезисы докладов международной научно-практической конференции «Медико-социальные проблемы коренных малочисленных народов Севера»; 29–30 сентября 2005, г. Ханты-Мансийск, 2005. С. 92–94.
11. Козлов А.И., Козлова М.А., Вершубская Г.Г., Шилов А.Б. Здоровье коренного населения Севера РФ: на грани веков и культур: монография. Пермь: ОТ и ДО, 2013. 205 с.
12. Хакназаров С.Х. Факторы, влияющие на здоровье КМНС: социологический аспект. Языки и культура финно-угорских народов в условиях глобализации // Материалы IV Всероссийской конференции финно-угроведов. Ханты-Мансийск, 2009. С. 121–123.
13. Кершенгольц Б.М., Ильина Л.П. Биологические аспекты алкогольных патологий и наркоманий: учебное пособие. Издательство ЯГУ, 1998. 156 с.
14. Ulijaszek S.J., Strickland S.S. Nutritional studies in biological anthropology // Research strategies in human biology: field and survey studies / Eds. G.W. Lasker, C.G.N. Mascie-Taylor. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. Pp. 108–139.
15. Gomberg E.S. Treatment for alcohol-related problems: special populations: research opportunities // Recent developments in alcoholism. 2003. No. 16. Pp. 313–333. DOI: 10.1007/0-306-47939-7_22
16. Lemert E. Alcohol in the life of Northwest Coast Indians // Alcohol and native peoples of the North / Eds. J. Hamer, J. Steinberg. Washington: Univ. Press of America, 1980. Pp. 49–71.
17. Лебедева Н.М., Чирков В.И., Татарко А.Н. Культура и отношение к здоровью: Россия, Канада, Китай. Москва: РУДН, 2007. 314 с.
18. Инглхарт Р., Вельцель К. Модернизация, культурные изменения и демократия: Последовательность человеческого развития. Москва: Новое издательство, 2011. 464 с.

References

1. Bazarova A.G. Sostoyanie zdorov'ya kak integral'nyy pokazatel' urovnya i kachestvo zhizni evenkiyskogo naseleniya respubliky Buryatii [The State of Health as an Integral Indicator of the Level and Quality of Life of the Evenki Population of the Republic of Buryatia]. In: *Etnosotsial'nye protsessy v Sibiri. Vyp. 3* [Ethnosocial Processes in Siberia. Issue 3]. Novosibirsk, SD RAS Publ., 2000, pp. 154–156. (In Russ.)
2. Abryutina L.I. Narody Severa Rossii: pravo na zdorovye [Peoples of the North of Russia: The Right to Health]. In: *Zdorovye i dostupnoe zdravookhranenie korennykh malochislennykh narod Severa, Sibiri i Dal'nego Vostoka Rossiyskoy Federatsii kak element prava, strategiya resheniya problem fizicheskogo, psikhicheskogo i sotsial'nogo vozrozhdeniya* [Health and Affordable Healthcare of the Indigenous Peoples of the North, Siberia and the Far East of the Russian Federation as an Element of Law, a Strategy for Solving the Problems of Physical, Mental and Social Revival]. Moscow, 1999, p. 45. (In Russ.)

3. Khasnulin V.I. Mediko-demograficheskie aspekty sokhraneniya severnykh narodov [Medico-Demographic Aspects of the Preservation of the Northern Peoples]. In: *Materialy mezhdunarodnoy nauchnoy konferentsii «Sokhranenie traditsionnoy kul'tury korennykh malochislennykh narodov Severa i problema ustoychivogo razvitiya»* [Proc. Intern. Sci. Conf. "Preservation of the Traditional Culture of the Indigenous Peoples of the North and the Problem of Sustainable Development"]. Moscow, 2004, pp. 138–145. (In Russ.)
4. Maximova T.M., Belov V.B., Lushkina N.P. Sostoyanie zdorov'ya i kachestvo zhizni naseleniya Rossii [Russia Population Health and Quality of Life]. *Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N.A. Semashko* [Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health], 2015, no. 6, pp. 100–110.
5. Khasnulin V.I., Khansulin P.V., Artamonova M.V. Nedostatki statisticheskogo ucheta pokazateley zdorov'ya dlya organizatsii effektivnogo zdravookhraneniya v severnykh regionakh strany [Shortcomings of Statistical Accounting of Indicators of Health for Organization of Effective Healthcare in Northern Regions of Country]. In: *Sbornik dokladov I Otkrytogo rossiyskogo statisticheskogo kongressa. Rossiyskaya assotsiatsiya statistikov; Federal'naya sluzhba gosudarstvennoy statistiki, Novosibirskiy gosudarstvennyy universitet ekonomiki i upravleniya «NINKh»* [Collection of Reports of the 1st Open Russian Statistical Congress. Russian Association of Statisticians; Federal State Statistics Service, Novosibirsk State University of Economics and Management]. Novosibirsk, Novosibirsk State University of Economics and Management Publ., 2016, pp. 34–39. (In Russ.)
6. Shlapentokh V.E. *Problemy kachestva sotsiologicheskoy informatsii: dostovernost', reprezentativnost', prognosticheskiy potentsial* [Problems of the Quality of Sociological Information: Reliability, Representativeness, Predictive Potential]. Moscow, 2006, 664 p. (In Russ.)
7. Kozlov A., Vershubsky G., Kozlova M. Indigenous Peoples of Northern Russia: Anthropology and Health. *International Journal of Circumpolar Health*, 2007, vol. 66, pp. 1–184. DOI: 10.1080/22423982.2007.11864603
8. Khaknazarov S.Kh. Problemy ekologii i zdorov'e mestnogo naseleniya na territorii Nefteyuganskogo rayona Yugry: obshchestvennyy vzglyad [Problems of Ecology and Health of the Local Population on the Territory of the Nefteyuganskiy District of Ugra: A Public View]. In: *Materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Zdorovye kak resurs: v. 2.0»* [Proc. Intern. Sci.-Pract. Conf. "Health as a Resource: v. 2.0"]. Nizhniy Novgorod, Nauchno-issledovatel'skiy sotsiologicheskiiy tsentr Publ., 2019, pp. 183–187. (In Russ.)
9. Kharamzin T.G., Khayrulina N.G. *Ekologicheskoe zdorovye obskikh ugrov: monografiya* [Ecological Health of the Ob Ugrians]. Khanty-Mansiysk, Yugra State University Publishing House, 2010, 269 p. (In Russ.)
10. Kharamzin T.G. Zdorov'ne obskikh ugrov v zerkale obshchestvennogo mneniya [The Health of the Ob Ugrians in the Mirror of Public Opinion]. In: *Tezisy dokladov mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii «Mediko-sotsial'nye problemy korennykh malochislennykh narodov Severa»* [Abstracts of the Reports of the Intern. Sci.-Pract. Conf. "Medical and Social Problems of the Indigenous Peoples of the North"]. Khanty-Mansiysk, 2005, pp. 92–94. (In Russ.)
11. Kozlov A.I., Kozlova M.A., Vershubskaya G.G., Shilov A.B. *Zdorovye korennogo naseleniya Severa RF: na grani vekov i kul'tur: monografiya* [Health of the Indigenous Population of the North of the Russian Federation: On the Verge of Centuries and Cultures]. Perm, OT i DO Publ., 2013, 205 p. (In Russ.)
12. Khaknazarov S.Kh. Faktory, vliyayushchie na zdorovye KMNS: sotsiologicheskiiy aspekt. Yazyki i kul'tura finno-ugorskikh narodov v usloviyakh globalizatsii [Factors Affecting the Health of Indigenous Peoples: A Sociological Aspect. Languages and Culture of the Finno-Ugric Peoples in the Context of Globalization]. In: *Materialy IV Vserossiyskoy konferentsii finno-ugrovedov* [Proc. 4th All-Russ. Conf. of Finno-Ugric Studies]. Khanty-Mansiysk, 2009, pp. 121–123. (In Russ.)
13. Kershengolts B.M., Ilyina L.P. *Biologicheskie aspekty alkogol'nykh patologiy i narkomaniy: uchebnoe posobie* [Biological Aspects of Alcohol Pathologies and Drug Addictions]. YaSU Publ., 1998, 156 p. (In Russ.)
14. Ulijaszek S.J., Strickland S.S. Nutritional Studies in Biological Anthropology. *Research Strategies in Human Biology: Field and Survey Studies*. Cambridge, Cambridge University Press, 1993, pp. 108–139.

15. Gomberg E.S. Treatment for Alcohol-Related Problems: Special Populations: Research Opportunities. *Recent Developments in Alcoholism*, 2003, no. 16, pp. 313–333. DOI: 10.1007/0-306-47939-7_22
16. Lemert E. Alcohol in the Life of Northwest Coast Indians. In: *Alcohol and Native Peoples of the North*. Ed. by J. Hamer, J. Steinberg. Washington, Univ. Press of America, 1980, pp. 49–71.
17. Lebedeva N.M., Chirkov V.I., Tatarko A.N. *Kul'tura i otnoshenie k zdorov'yu: Rossiya, Kanada, Kitay* [Culture and Attitude to Health: Russia, Canada, China]. Moscow, RUDN Publ., 2007, 314 p. (In Russ.)
18. Inglehart R., Welzel C. *Modernizatsiya, kul'turnye izmeneniya i demokratiya: Posledovatel'nost' che-lovecheskogo razvitiya* [Modernization, Cultural Change and Democracy: Consistency of Human Development]. Moscow, Novoe izdatel'stvo Publ., 2011, 464 p. (In Russ.)

*Статья поступила в редакцию 24.08.2022; одобрена после рецензирования 26.08.2022;
принята к публикации 29.08.2022.*

Вклад авторов:

*Трапицын С.Ю. — разработка концепции и обоснование методологии исследования,
редактирование статьи;
Граничина О.В. — получение, анализ, интерпретация данных, оформление таблиц и графиков;
Агапова Е.Н. — разработка дизайна исследования, подготовка начального варианта статьи;
Жарова М.В. — компаративный анализ результатов аналогичных исследований, подготовка ли-
тературного обзора, интерпретация данных, формулировка основных выводов.*

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.