



на исторической арене. Модели социальной структуры и социальной мобильности, созданные социологами, наполняются полнокровным жизненным содержанием. Это уже не сухие схемы, а живые исторические картины с избытком подробностей, деталей, нюансов. Но к чему это дотошное выискивание, казалось бы, незначительных подробностей? На этот вопрос можно ответить словами историка и философа А. В. Гулыги: «Люди должны знать свое прошлое во всей полноте, во всех деталях. Это своего рода категорический императив, заставляющий ученого копаться в архивах, художника вживаться в эпоху, подыскивая для ее воспроизведения выразительную форму, любителя древностей собирать их <...> Радость историка – знание правды, “подправленная” история не может служить целям воспитания и культуры, скорее это путь к духовному растлению личности, к цинизму и лицемерию»¹⁶. В деятельности Веселовского мы видим образец ученого, всегда честного перед собой и перед наукой. Он шел по избранному пути без оглядки на идеологические авторитеты, с чувством высокой ответственности перед будущими поколениями.

Огромной заслугой ученого явилось сохранение и продолжение традиции генеалогических исследований, начало которой было положено Н. М. Карамзиным, П. М. Строевым, А. П. и Н. П. Барсуковыми, Н. П. Лихачевым, Ю. В. Арсеньевым, Н. В. Мятлевым, Л. М. Савёловым, В. Л. Модзалевским и другими корифеями отечественной науки. Если бы не усилия таких энтузиастов, как академик Веселовский, эта традиция могла бы заглохнуть в те трудные для исторической науки годы. Труд С. Б. Веселовского не пропал даром, его наследие не осталось достоянием лишь узких специалистов. Проведенные ученым

масштабные исследования в области источниковедения, разработанные им методические подходы подготовили почву для возрождения и развития новых направлений генеалогии в нашей стране. Эти исследования создают и новые возможности для социальных исследований, способствующих более глубокому пониманию прошлого и осмыслению проблем современного общества.

Примечания

- ¹ Черепнин Л. В. Степан Борисович Веселовский (Творческий путь) // История и генеалогия: С. Б. Веселовский и проблемы историко-генеалогических исследований. М., 1977. С. 39.
- ² См.: Дубинская Л. Г. Ученый и его наука в письмах // Переписка С. Б. Веселовского с отечественными историками. М., 2001. С. 11.
- ³ Веселовский С. Б. Исследования по истории класса служилых землевладельцев. М., 1969. С. 509.
- ⁴ Там же. С. 7–8.
- ⁵ Ключевский В. О. Сочинения : в 8 т. М., 1956. Т. 1. С. 15.
- ⁶ Веселовский С. Б. Исследования по истории... С. 335.
- ⁷ Там же. С. 474.
- ⁸ См.: Сорокин П. А. Человек. Цивилизация. Общество. М., 1992. С. 374.
- ⁹ Веселовский С. Б. Там же. С. 475.
- ¹⁰ Там же. С. 103.
- ¹¹ Там же. С. 194.
- ¹² Веселовский С. Б. Труды по источниковедению и истории России периода феодализма. М., 1978. С. 210.
- ¹³ Веселовский С. Б. Исследования по истории... С. 195.
- ¹⁴ Там же.
- ¹⁵ Сорокин П. А. Указ. соч. С. 374.
- ¹⁶ Гулыга А. В. Искусство истории. М., 1980. С. 32–33.

УДК 316.334:616.89

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЪЯСНЕНИЕ ФЕНОМЕНА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Т. Н. Ильина¹, И. Л. Кром², И. Ю. Новичкова³

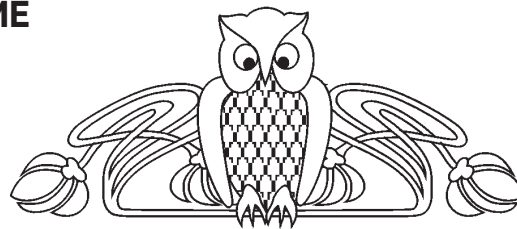
¹Саратовский государственный медицинский университет

²Центр медико-социологических исследований, г. Саратов

³Институт социального образования (филиал) Российского государственного социального университета в г. Саратове
E-mail: KromIL@km.ru

В статье качество жизни, релевантное здоровью, рассматривается как оценочная категория состояния субъекта в ситуации болезни, характеризующая параметры всех составляющих его жизни, представлены подходы к оценке качества жизни. Приводятся результаты авторского исследования качества жизни пациентов, страдающих болезнями системы кровообращения.

Ключевые слова: качество жизни, болезни системы кровообращения, опросник ВОЗ КЖ-100.



Medico-Social Explanation of Life Quality Phenomenon

T. N. Ilyina, I. L. Krom, I. U. Novichkova

The article life quality, relevant to health considers an estimated category of subject's state in illness situation, characterizing parameters of all components of his life. Approaches to an estimation of life quality are also described. The results of author's



research of life quality of the patients with cardiovascular diseases are given.

Key words: life quality, cardiovascular diseases, a questionnaire WHO «Life Quality-100».

В 2004 г. Президент России впервые определил качество жизни как целевой критерий социально-экономического развития России¹. В последующие годы в выступлениях первых лиц государства неоднократно подчёркивалась важность ориентации социально-экономической политики на повышение качества жизни населения².

Качество жизни определяется прежде всего возможностями человека (или социума) осуществлять жизненные процессы – жизненным потенциалом. Вторым фактором являются процессуально-результативные характеристики жизнедеятельности по отношению к имеющимся у людей потребностям, интересам, ценностям и целям. Третьим фактором качества жизни выступают внешние возможности, то есть свойства окружающей среды, объектов и субъектов. Они должны быть такими, чтобы жизненные функции первой направленности могли осуществляться безусловно, а функции второй имели бы значимую вероятность достижения целей для людей, которые хотят это сделать и готовы приложить для этого необходимые усилия.

Таким образом, «качество жизни» – это оценочная категория жизни человека, обобщённо характеризующая параметры всех составляющих его жизни – жизненного потенциала, жизнедеятельности и условий жизнедеятельности (инструментов, ресурсов и среды) – по отношению к некоторому объективному или субъективному эталону³.

Термин «качество жизни» получил широкое распространение в странах с рыночной экономикой в середине XX в. и в конце этого же столетия стал доминантой перестроечных процессов в России. Возросший интерес к данному термину за рубежом был обусловлен углублением социальных и экономических проблем, неравномерностью условий жизнедеятельности различных социальных групп. В России причины концентрации внимания на термине «качество жизни» были связаны не только со сложной ситуацией в социальной сфере, но также с объективной необходимостью отказа от сложившихся в прошлом традиций и стереотипов в решении социальных проблем. По мере перехода к рыночным отношениям постепенно пришло осознание того, что дальнейшее поступательное социально-экономическое развитие страны будет определяться качеством жизни различных слоев общества⁴. Организация Объединённых Наций (ООН) с целью интегративной оценки качества жизни населения страны – члена ООН предложила Human Development Index (HDI) – Индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП) – в странах и регионах мира, который определяется на основе следующих показателей: ожидаемой

продолжительности жизни, уровня образования, реального душевого валового внутреннего продукта. ИРЧП отражает средний уровень обеспечения страной базового человеческого потенциала и свидетельствует о том, сколько еще предстоит сделать для достижения некоторых определенных целей: средней продолжительности жизни в 85 лет, доступа к образованию для 100% населения, обеспечения населению достойного уровня доходов. В 1990 г. ООН опубликовала свой первый доклад с оценкой экономического и социального прогресса стран мира, в котором было сформулировано понятие человеческого развития: «Развитие человека является процессом расширения спектра выбора. Наиболее важные элементы выбора – жить долгой и здоровой жизнью, получить образование и иметь достойный уровень жизни. Дополнительные элементы выбора включают в себя политическую свободу, гарантированные права человека и самоуважение»⁵. Данная система взглядов ориентирована на повышение качества жизни человека.

Впервые дефиниция «качество жизни» была использована Пигон в 1920 г. в работе, посвященной вопросам экономики и благосостояния населения.

С середины XX в. предпринимаются попытки создания индикаторов качества жизни. Первые модели социальных индикаторов качества жизни были созданы в США в 60-е гг. XX в. специальной комиссией по проблемам национальных целей при президенте США. (Одна из существующих формулировок понятия «социальные индикаторы» принадлежит М. Бунге. Социальный индикатор характеризуется им как «наблюдаемая переменная, необходимая для определения (или оценки) какой-либо другой (обычно наблюдаемой) переменной. Взаимосвязь индикатора и того, что он характеризует, может быть выражена в функциональной форме либо в статистической корреляции. Индикатор представляет собой корректируемую гипотезу, а не произвольную формулировку, и в силу этого его лучше всего определять в рамках той или иной теории или математической модели. Социальный индикатор является показателем, относящимся к определенному социологическому контексту. Он позволяет определить степень благосостояния»⁶. Попытки измерения качества жизни по объективным индикаторам содержатся в работах Д. Джонстона, Дж. Форрестера, Д. Медоуза, А. А. Пионтковского, О. Г. Дмитриевой, В. А. Егорова, Ю. И. Калистратова и др. Однако наиболее важным представляется интегрированный, основанный на объективных и субъективных критериях подход к оценке качества жизни.

Созданием социальных индикаторов для сравнительного анализа качества жизни в различных странах и разработкой глобальных моделей качества жизни занимались Организация экономического сотрудничества и развития, Статистическое бюро ООН, предложившие про-



ект составления систематических обзоров статистической информации по важнейшим аспектам общественной жизни для определения «всемирного качества жизни». В 90-е гг. XX в. ООН разрабатывает показатель индекса качества жизни по 173 странам мира. Индекс качества жизни учитывает следующие показатели: состояние здравоохранения и образования, продолжительность жизни, занятость населения, его покупательную способность и доступ к политической жизни⁷.

С 70-х гг. XX в. увеличивается число и расширяется тематика исследований, посвященных качеству жизни населения. Складывается впечатление, что проблематика качества жизни стала играть такую же роль в осмыслении жизни общества, как стремление построить обобщающий показатель развития экономики (как известно, таким показателем был признан валовый внутренний продукт)⁸.

Определяя качество жизни, П. С. Мстиславский отмечал, что это «прежде всего социологическая категория, охватывающая все сферы общества, поскольку все они заключают в себе жизнь людей и ее качество. Соответственно – это предмет внимания всех, кто соприкасается с жизнью людей»⁹.

Современные исследователи определяют качество жизни как интегральную характеристику жизнедеятельности субъекта и социума. По данным Всесоюзного центра уровня жизни, структура качества жизни содержит:

- трудовую жизнь;
- жизнеобеспечение людей, здоровье и здравоохранение;
- развитие способностей людей;
- семейную жизнь;
- социальную защиту и социальное страхование;
- досуг;
- окружающую среду;
- экстремальные ситуации;
- заботу о будущем;
- качество жизни в целом¹⁰.

Л. А. Фиглин выделяет две существующие концепции категории качества жизни: «индивидуалистическую» и «трансцендентальную»¹¹. В первом случае качество жизни определяется степенью, в какой субъект преуспевает в исполнении своих желаний, несмотря на существующие ограничения (религиозные, этнические, социальные и т. д.). При «трансцендентальном» подходе качество жизни подразумевает степень реализации функций субъекта в широком социальном контексте. Обе концепции, по мнению автора, не могут «ни адекватно определить качество жизни в непротиворечивых терминах, ни указать на такое общественное устройство, которое наилучшим образом обеспечило бы высочайшее качество жизни для общества в целом и для индивидуумов»¹². Упоминание о качестве жизни, связанном со здоровьем, впервые встречается лишь в 1966 г.

в «Annals of internal medicine», где Д. Р. Элкинсон опубликовал статью «Medicine and the quality of life» по проблемам трансплантологии¹³.

Показатели качества жизни, определяемого состоянием здоровья, обычно отражают уровень функционирования субъекта и субъективно воспринимаемое им состояние своего здоровья и/или благополучия¹⁴.

Всемирная организация здравоохранения характеризует качество жизни, связанное со здоровьем, как «индивидуальное восприятие своей позиции в жизни в контексте с культурной средой и системой ценностей, в которой проживает индивид, и в соотношении с его целями, ожиданиями, стандартами и воззрениями»¹⁵. Качество жизни, связанное со здоровьем, определяется как способность индивидуума функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от этого¹⁶.

По мнению М. Эдиунда и соавт.¹⁷, интерес к проблеме качества жизни в медицине объясняется следующими причинами.

1. Прогресс медицинской науки, совершенствование медицинских технологий в последние десятилетия XX в. привели к тому, что нередко в клинической практике встречаются ситуации, когда пациент является биологически живым и одновременно «мертвым» в социальном отношении.

2. Все в большей степени основополагающим принципом медицины становится уважение личности и прав пациента. Гарантии права пациента на сознательный выбор между лечением и нелечением, на утешение и т. д. связаны с «оптимальным качеством жизни больного».

3. Структура заболеваемости кардинально меняется. Все больше становится хронических больных, которые не могут быть излечены, несмотря на прогресс медицины. В отношении таких больных терапия направлена на улучшение их качества жизни.

Д. Ф. Селла отличает два фундаментальных свойства качества жизни – многокомпонентность и субъективизм в оценке. Он подчеркивает, что качество жизни, во-первых, многогранное понятие, которое включает физические, психические, социальные аспекты жизни человека; во-вторых, это результирующий показатель, который зависит от степени тяжести заболевания, от воздействия лечебных мероприятий. В-третьих, показатель качества жизни является количественным и оценивает ухудшение или улучшение состояния больных при помощи определенных процедур; в-четвертых, особую важность представляет тот момент, что качество жизни отражает субъективную оценку больным своего состояния в результате воздействия болезни или лечения¹⁸.

Как оказалось, качество жизни, связанное со здоровьем, более конкретно можно выразить в количественных показателях. С этой целью оценивают физическое, психическое и социальное функционирование пациента, для чего созданы



многочисленные опросники. С их помощью исследуют общее состояние здоровья, «профиль влияния болезни»; измеряют тяжесть течения, симптоматику, функциональную недостаточность при том или другом заболевании.

Анализ существующих методик оценки качества жизни показывает, что большинство из них охватывает пять основных аспектов этого понятия:

1) физическое состояние (физические ограничения, физические способности, физическое благополучие);

2) психическое состояние (уровень тревоги и депрессии, психологическое благополучие, контроль эмоций и поведения, познавательные функции);

3) социальное функционирование (межличностные контакты, социальные связи);

4) ролевое функционирование (на работе, дома);

5) общее субъективное восприятие состояния своего здоровья (оценка настоящего состояния и его перспективы)¹⁹.

Для объективизации показателя качества жизни наиболее удачным оказался тестологический подход, который был заимствован из психологии и получил дальнейшее развитие и широкое распространение. Имея некий количественный показатель качества жизни (общий или его составляющих), полученный при тестировании (заполнении опросника), можно судить о качестве жизни больного в целом или о его динамике²⁰.

Наиболее важна оценка медицинских аспектов качества жизни у пациентов с хроническими заболеваниями. Во-первых, само заболевание не может не отразиться на всех сторонах жизнедеятельности больного, во-вторых, длительное, порой постоянное медикаментозное лечение так или иначе оказывает влияние на качество жизни пациента. Так, Н. Венгер и соавт. отмечают, что цель терапии для большинства пациентов с хроническими заболеваниями состоит не в лечении как таковом, а в улучшении их функционирования в результате уменьшения выраженности симптомов или ограничения прогрессирования болезни. Становится все более очевидным, что оценка эффективности лечебно-профилактических мероприятий у пациентов с хроническими заболеваниями должна включать следующие характеристики: активность в повседневной жизни, работоспособность, способность выполнять социальные роли, интеллектуальную способность, эмоциональную удовлетворенность, удовлетворенность жизнью, то есть качество жизни пациента²¹.

Значение определения качества жизни, релевантного здоровью, связано с двумя обстоятельствами. Во-первых, прямая связь качества жизни с выраженностью болезни существует далеко не всегда, так как оно во многом определяется субъективным представлением больного о тяжести своего заболевания, а также о возможных ее

последствиях. При этом имеют значение необходимость снижения трудовой активности, угроза инвалидности, изменение жизненных привычек. Во-вторых, нередко оценка эффективности лечения врачом и его пациентом может не совпадать²².

Очевидно изменение содержания клинической медицины в связи с введением в нее понятия «качество жизни». И прежде всего это связано с возрастанием значения субъективного фактора, отношения самого пациента к болезни. С ориентацией медицины на качество жизни пациента происходит гуманизация клинической практики. В контекст истории болезни включается в большей мере индивидуальность пациента, жалобы больного перестают играть вспомогательную роль, но учитываются как важнейший самостоятельный элемент. Неслучайно возрастающее число исследований по качеству жизни совпадает с трансформацией медицинской этики, в которой на первый план выдвигаются принцип уважения личности пациента, предоставление ему необходимой информации, возможность осуществления контроля за ходом исследования и (или) лечения, «терапевтическое сотрудничество» – участие больного в процессе оказания ему медицинской помощи.

По мнению А. А. Новика и соавт., следует выделить три основных признака, характерных для концепции качества жизни²³.

Многомерность. Качество жизни содержит информацию об основных сферах жизнедеятельности человека – физической, психологической, социальной, духовной и финансовой – и позволяет определить влияние болезни и лечения на состояние больного.

Изменяемость во времени. Качество жизни не является постоянным и меняется в зависимости от состояния больного. Данные о качестве жизни позволяют осуществлять мониторинг состояния пациента.

Участие больного в оценке его состояния. Эта характеристика качества жизни является особенно важной. Оценка качества жизни, сделанная самим пациентом, является достоверным показателем его состояния. Данные о качестве жизни, наряду с традиционным медицинским заключением, позволяют составить полную и объективную картину болезни.

Болезни системы кровообращения (БСК) были одной из первых групп заболеваний, которые подверглись исследованиям качества жизни. В современных исследованиях используют стандартные опросники, характеризующиеся высокой степенью валидности, надежности и воспроизводимости результатов.

На уровень качества жизни влияют многие факторы. Его нарушение может быть следствием самой болезни, ее диагноза, лечения и профилактики, наблюдения и контроля проводимого лечения. Влияние болезни очевидно при клинически выраженных проявлениях, вызывающих субъек-



тивное и объективное нарушение состояния здоровья, снижение функциональных возможностей и физиологических функций. Лечение больных с БСК, как и многими другими хроническими заболеваниями, проходит длительно, нередко в течение всей жизни субъекта. Поэтому эффективность его предполагается оценивать не только по динамике клинических, лабораторных и инструментальных показателей, но и по влиянию на качество жизни больного²⁴. При лечении больных с БСК ставятся задачи увеличения продолжительности жизни и ее качества²⁵.

Исследование качества жизни, релевантного здоровью, больных (БСК) проводится в Центре медико-социологических исследований с 2008 г.

В исследование было включено 240 респондентов мужского и женского пола трудоспособного возраста, страдающих БСК, в том числе 100 человек с установленной вследствие БСК группой инвалидности. Контрольную группу составили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность – 340 респондентов. Исследование качества жизни проводилось нами с использованием международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Опросник ВОЗ КЖ-100 является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. Он имеет модульную структуру, где ядерный модуль измеряет те аспекты качества жизни, которые являются общими для всех людей, а специфические модули применяются для оценки качества жизни тех, кто имеет определенные болезни или живет в особых обстоятельствах.

Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также отношения к значимым характеристикам окружающей его среды.

С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физических функций, психологических функций, уровня независимости, социальных отношений, окружающей среды и духовной сферы, а также измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом (таблица). Внутри каждой из сфер выделяется несколько составляющих ее субсфер. В рамках физического функционирования жизнь индивида может ухудшаться из-за проблем, вызываемых физической болью либо физическим дискомфортом, усталостью и недостатком энергии и сил, а также невозможностью в достаточной мере отдохнуть. Трудности в психологической сфере, отрицательно влияющие на жизненное благополучие, могут возникать из-за недостатка положительных или избытка отрицательных эмоций, проблем с мышлением, памятью или вниманием, из-за снижения самооценки или беспокойства об ухудшении внешности, вызванном болезнями или

их лечением. Уровень независимости (обеспечивать и обслуживать себя) определяется в первую очередь сохранением у индивида способности двигаться, самостоятельно справляться со своими повседневными делами и работой. Социальное функционирование включает в себя близкие личные взаимоотношения индивида, возможность оказывать поддержку другим людям и получать поддержку от них, а также возможность удовлетворения сексуальных потребностей²⁶.

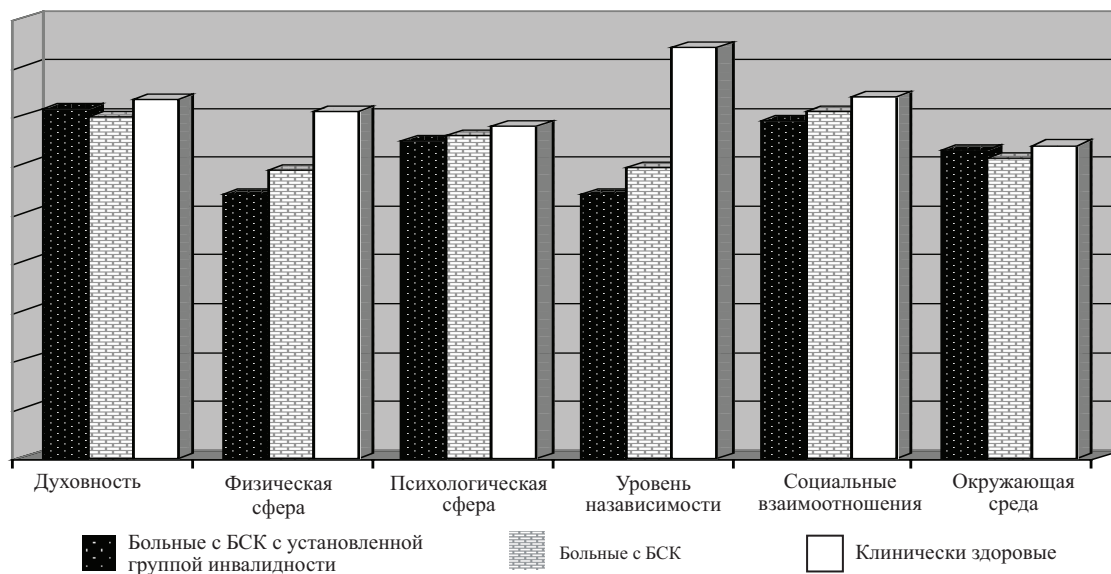
Критерии и составляющие оценки качества жизни²⁷

Критерии	Составляющие
Физические	Сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых
Психологические	Положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация внимания, самооценка, внешний вид, негативные переживания
Уровень независимости	Повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Общественная жизнь	Личные взаимоотношения, общественная ценность, сексуальная активность
Окружающая среда	Благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология (шум, климат и др.)
Духовность	Личные убеждения, религия

При исследовании качества жизни больных, страдающих БСК, проблемы респондентов выявлены нами в физической, психологической и социальной сферах. В «психологической» сфере, в сферах «социальных взаимоотношений», «окружающей среды» и «духовной» различия в показателях качества жизни больных с БСК и клинически здоровых лиц минимальны. В группе больных с БСК выявлено значительное снижение качества жизни в «физической» сфере и сфере «уровень независимости», в большей степени – у больных с установленной группой инвалидности (рисунок).

Результаты нашего исследования находят подтверждение в работе А. Г. Гладкова и соавт.²⁸, которые сравнивали данные о качестве жизни двух сопоставимых по возрасту групп больных с восстановленной трудоспособностью. Суммарный показатель качества жизни у инвалидов был ниже, чем у больных, не имевших инвалидности.

При исследовании качества жизни в «психологической» сфере нами выявлено снижение показателя качества жизни в субсфере «мышление, обучаемость, память и концентрация» у респондентов, страдающих БСК, в большей степени – у больных с установленной группой инвалидности.



Качество жизни больных с БСК по основным шкалам опросника ВОЗ КЖ-100

Одной из причин нарушения социализации и инвалидизации больных с БСК является связанное с основным заболеванием нарушение когнитивных функций. Усвоение субъектом социальных установок, включающих социально сложившееся отражение «реального мира», связано с состоянием когнитивных функций, в частности с мышлением в качестве процесса, связывающего субъекта и общество в ходе взаимодействия (П. Бурдьё). В ходе проведённого исследования²⁹ установлено, что инвалиды, вследствие ишемической болезни сердца, одновременно страдают цереброваскулярной патологией (в 94% случаев – дисциркуляторной энцефалопатией), которая не только утяжеляет клинический прогноз, но может явиться причиной развития социальных ограничений. Имеющиеся у инвалидов, страдающих цереброваскулярной патологией, когнитивные расстройства (нарушение памяти, внимания, восприятия, мышления разной степени выраженности) обуславливают ограничение способности к обучению, общению, трудовой деятельности, определяют социальное поведение индивида.

В заключение следует отметить, что показатель качества жизни, определённый на основании опросника ВОЗ КЖ-100, объективизирует внутреннюю картину болезни и является многофакторным критерием оценки состояния больных при БСК. Метод оценки качества жизни, связанного со здоровьем, можно рассматривать как показатель эффективности реабилитационных программ. Возможность выздоровления больного и эффективная социализация в значительной степени определяются качеством жизни пациента на этапах реабилитации. Медико-социальная реабилитация больных, страдающих БСК, предполагает коррекцию нарушения показателей качества жизни, на величину которых оказывают влияние соматические ограничения и нарушение социализации индивида.

Установленная в ходе математического исследования зависимость показателей качества жизни от влияния болезни и эффективности социализации субъекта позволяет объективизировать разработку подходов к медико-социальной реабилитации больных, страдающих БСК.

Примечания

- 1 См.: Выступление Президента РФ на встрече с членами Правительства, руководством Федерального собрания и членами президиума Госсовета 05.09.05. [Официальный сайт Президента РФ]. URL: <http://www.kremlin.ru/text/appears/2005/09/93296.shtml> (дата обращения: 24.04.2011).
- 2 См.: Российская газета. Федер. вып. № 5038 (214). 2009. 13 нояб.
- 3 См.: Задесенец Е. Е., Зариковский Г. М., Пенова И. В. Методология измерения и оценки качества жизни населения России // Мир измерений. URL: 2010 <http://ria-stk.ru/mi/adetail.phpID=37667> (дата обращения: 10.06.2011).
- 4 См.: Родина Д. Ю., Алдаркина Ю. А. Проект «Государственное регулирование качества жизни населения. [Сайт Полномочного представителя Президента РФ в ПФО]. URL: <http://www.pfo.ru/?id=20153> (дата обращения: 12.07.2011).
- 5 См.: Новости гуманитарных технологий. Гуманитарное развитие в России и за рубежом. Экспертно-аналитический портал. [Электронный ресурс]. URL: <http://gtmarket.ru/ratings/human-development-index/human-development-index-info> (дата обращения: 10.06.2011).
- 6 См.: Bunge M. What is a quality of life indicator? // Social indicators research. Dordrecht, 1975. Vol. 2. № 1. P. 65.
- 7 См.: Политика расходов и качество жизни населения / под ред. Н. А. Горелова. СПб., 2003. С. 101.
- 8 См.: Косов В. В. Динамика качества жизни в субъектах Российской Федерации и направленность социальной политики // Мир России. 2001. № 2. С. 50.



- ⁹ Мстиславский П. С. Вопросы теории и методологии анализа качества жизни // Уровень жизни населения регионов России. 2002. № 2. С. 5–17.
- ¹⁰ Там же. С. 9–12.
- ¹¹ См.: Фиглин Л. А. Социальное управление и развитие на основе качества: дис. ... д-ра социол. Саратов, 2003. С. 266.
- ¹² Там же. С. 267.
- ¹³ См.: Elkinton J. Medicine and the quality of life // *Annals Int. Med.* 1996. № 64. P. 711–714.
- ¹⁴ См.: Изучение качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью: современное состояние проблемы / С. Р. Гиляревский, В. А. Орлов, Н. Г. Бенделиани и др. // Российский кардиологический журнал. 2001. № 3. С. 58–72.
- ¹⁵ Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life Assessment instrument // *Quality of Life Research.* 1993. № 2. P. 153–158.
- ¹⁶ См.: Кон Я. И., Лубис П. А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // *Кардиология.* 1993. № 5. С. 66–72.
- ¹⁷ См.: Edlund M. Quality of life: an ideological critique / M. Edlund, L. Tancredi // *Perspectives in Biology and Medicine.* 1985. № 85. P. 591–607.
- ¹⁸ См.: Cella D. F. Quality of life: concepts and definition // *J. Pain and Symptom Manag.* 1994. № 9 (3). P. 186–192.
- ¹⁹ См.: Хетагурова А. К. Вопросы качества жизни в современной паллиативной медицине // *Вопросы управления здравоохранением.* 2003. № 6 (13). С. 50.
- ²⁰ См.: Андреева Г. Ф. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью // *Терапевт. архив.* 2002. № 1. С. 8–16.
- ²¹ См.: Кон Я. И. Указ. соч.
- ²² См.: Померанцев В. П. Диагноз, лечение и качество жизни // *Клиническая медицина.* 1989. № 9. С. 3–8.
- ²³ См.: Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд И. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб., 1999. С. 8–12.
- ²⁴ См.: Померанцев В. П. Указ. соч.
- ²⁵ См.: Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд И. Указ. соч.
- ²⁶ См.: Диагностика здоровья: психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. СПб., 2007. С. 454–484.
- ²⁷ См.: Сравнительные исследования качества жизни больных саркоидозом с использованием опросника ВОЗ «КЖ-100» и интернет-технологий // *Казанский медицинский журнал.* 2004. № 1. С. 11–19.
- ²⁸ См.: Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / А. Г. Гладков, В. П. Зайцев, Д. М. Аронов и др. // *Кардиология.* 1982. № 2. С. 100–103.
- ²⁹ См.: Кром И. Л. Медико-социологическая концептуализация феномена инвалидности при болезнях системы кровообращения: дис. ... д-ра мед. наук. Саратов, 2007.

УДК 316.334.52 + 316.334.2 (470.44)

МОНОГОРОДА САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ПОСТКРИЗИСНЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

В. В. Гусев

Поволжский институт им. П. А. Столыпина – филиал РАНХиГС при Президенте Российской Федерации (г. Саратов)
E-mail: vladgus2006@yandex.ru

В статье рассматриваются основные проблемы функционирования поселений особого типа – моногородов, оказавшихся в результате мирового финансового кризиса 2008–2009 гг. в весьма сложном экономическом положении. На примере конкретных моногородов Саратовской области исследуются перспективы диверсификации их деятельности и возможные точки роста в ближайшей перспективе.

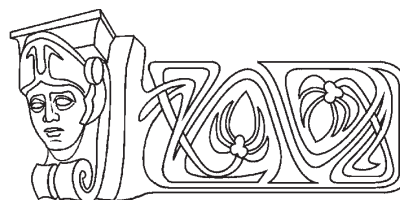
Ключевые слова: моногород, цемент, экология, электроэнергетика, социальная нестабильность.

Company Towns in Saratov Region: Post-Crisis Development Prospects

V. V. Gusev

The article examines the main problems in the functioning of a special type of settlements – one-company towns, found themselves in the global financial crisis of 2008–2009 in a difficult economic situation. Examples of specific single-industry towns of Saratov region studied the prospects of diversification of their activities and possible points of growth in the short term.

Key words: one-company town, cement, ecology, energy, social instability.



В стране, созданной по модели мобилизационной экономики, имелись определенные особенности ее развития и функционирования. Огромные территориальные просторы, суровый климат, низкая плотность населения – все эти факторы заставляли сначала царскую, а затем и советскую власть искать какие-то альтернативы эволюционному развитию территорий. Одним из таких способов было умышленное строительство в отдаленных и труднодоступных местах так называемых моногородов – населенных пунктов, в которых жители сильно зависели от какого-либо одного или нескольких предприятий, которые, в свою очередь, были привязаны к ресурсам, инфраструктурным объектам самой территории. В настоящее время в моногородах проживают 24,5 млн человек, или 17,2% населения страны, в них функционирует более 900 промышленных предприятий, которые производят около 30% всего объема промышленной продукции в Российской Федерации¹. Моногорода, созданные в условиях плановой экономики, оказались серьез-