

УДК 911.3

## К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ФОРМИРОВАНИИ, ПОДДЕРЖАНИИ И СОХРАНЕНИИ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РОССИИ

Суховаева А.Б.

*ФГБУН «Тихоокеанский институт географии ДВО РАН», Владивосток,  
e-mail: anna-sukhoveeva@yandex.ru*

В соответствии с Федеральным законом «О гарантиях прав коренных малочисленных народов Российской Федерации» и Национальными проектами «Демография» и «Здравоохранение» улучшение показателей здоровья женщин репродуктивного возраста (возрастной когорты 18-44 лет), охрана здоровья матери и ребенка, принадлежащих к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока (КМНС), являются приоритетными направлениями национальных интересов в демографической сфере. Заботливое отношение к женскому здоровью, оснащение современной качественной медико-санитарной и социальной помощью, обязательное сохранение культурного наследия, акцентирование и внедрение основ здорового образа жизни характеризует существенную ответственность общества перед КМНС. В статье рассматриваются аспекты формирования, сохранения здоровья женщин-нанай репродуктивного возраста, проживающих в Приамурье Дальнего Востока России (ДВР). Сложившаяся современная медико-демографическая ситуация на ДВР сказывается на росте различных психических и соматических заболеваний у населения, в том числе женщин репродуктивного возраста, относящихся к малым народам востока России. Актуальность обусловлена статистическими данными о негативных социально-экономических факторах, определяющих качество жизни женщин репродуктивного возраста (неполная семья, низкий уровень жизни и образования, безработица, низкое качество и сбалансированность питания, неблагоприятные жилищные факторы) и состоянии их здоровья. Сделан вывод о преобладании негативных тенденций здоровья женщин-нанай репродуктивного возраста (рост заболеваемости, высокая смертность, низкий уровень соматического здоровья, наличие психических расстройств и вредных привычек). Выявлена низкая доступность медико-социальной помощи для данной когорты женщин-нанай в сочетании с их низкой медицинской активностью.

**Ключевые слова:** заболеваемость, здоровье населения, женщины репродуктивного возраста, качество жизни, вредные привычки, Дальний Восток России

## TO THE QUESTION OF THE INFLUENCE OF THE QUALITY OF LIFE IN THE FORMATION, MAINTENANCE AND PRESERVATION OF THE HEALTH OF WOMEN OF THE INDIGENOUS SMALL PEOPLES OF THE FAR EAST OF RUSSIA

Sukhoveeva A.B.

*Pacific Institute of Geography FEB RAS, Vladivostok, e-mail: anna-sukhoveeva@yandex.ru*

In accordance with the Federal Law «On Guarantees of the Rights of Indigenous Small-numbered Peoples of the Russian Federation» and the National Projects «Demography» and «Healthcare», improving the health indicators of women of reproductive age (age cohort 18-44 years), protecting the health of mothers and children belonging to indigenous small-numbered peoples of the North and the Far East (KMNS) are priority areas of national interests in the demographic sphere. Caring attitude to women's health, equipping with modern high-quality health and social care, mandatory preservation of cultural heritage, emphasis and introduction of the basics of a healthy lifestyle characterize the essential responsibility of society to the CMNS. The article discusses aspects of the formation and preservation of the health of female Nanai women of reproductive age living in the Amur region of the Russian Far East (DDA). The current medical and demographic situation in the Far East affects the growth of various mental and somatic diseases in the population, including women of reproductive age belonging to the small peoples of the East of Russia. The relevance is due to statistical data on negative socio-economic factors that determine the quality of life of women of reproductive age (incomplete family, low standard of living and education, unemployment, poor quality and balanced nutrition, unfavorable housing factors) and their health status. The conclusion is made about the predominance of negative trends in the health of women of reproductive age (an increase in morbidity, high mortality, low level of somatic health, the presence of mental disorders and bad habits). The low availability of medical and social care for this cohort of female nanai women in combination with their low medical activity was revealed.

**Keywords:** public health, women of reproductive age, quality of life, bad habits, the Russian Far East

Происходящие в последние три десятилетия негативные изменения современных условий, уровня и качества жизни, а также медико-демографические проблемы коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока (КМНС) становятся все более актуальными для России

из-за проводившихся социально-экономических, политических и экологических трансформаций. В соответствии с Федеральным законом «О гарантиях прав коренных малочисленных народов Российской Федерации» и Национальными проектами «Демография» и «Здравоохранение» повы-

шение уровня здоровья женщин возрастной когорты 18-44 лет, охрана здоровья матери и ребенка, принадлежавших к КМНС, являются приоритетными направлениями национальных интересов в демографической сфере [1].

При трансформации образа жизни у населения коренных народов значительно увеличилась доля распространения различных соматических заболеваний (особенно онкологических и сердечно-сосудистых), а также психических расстройств [2; 3]. Мы согласны с мнением Семеновой Н.Б. [4, Цит. с. 18], «...что процессы колонизации и насильственной ассимиляции разрушили традиционный образ жизни КМНС», «поставили их в экономическую зависимость», вызвали «страдания многих поколений». Данные изменения в образе жизни КМНС сохраняются и в настоящее время и проявляются целым рядом психических расстройств, а именно, высоким уровнем алкоголизма, наркомании, суицидов [4]. Некоторые КМНС, такие как нанайцы, смогли адаптироваться в современном обществе, даже несмотря на то что новый образ жизни предполагает наличие новых проблем для репродуктивного здоровья женщин (рост соматических и психических заболеваний у женщин в когорте 18-44 лет) [5].

Целью исследования является влияние социально-экономических факторов, определяющих качество жизни женщин-нанайцев репродуктивного возраста и состояние их здоровья.

### Материалы и методы исследования

Базовыми материалами для исследования послужили научные литературные источники, а также результаты многочисленных медико-социологических исследований по данной проблематике в России и за рубежом.

До недавнего времени наличие реальных статистических медико-демографических данных с учетом расовых и этнических признаков малых народов России, в частности нанайцев, не находило свое отражение в доступных официальных материалах, кроме данных по переписи населения. Поэтому, на наш взгляд, научно-практические работы по анализу существующей научной статистической литературы могут помочь составить реальное видение проблемы и представление о настоящем положении дел, наличии угроз для будущего коренного малочисленного народа нанайцев, проживающих в современных условиях Дальнего Востока России.

### Результаты исследования и их обсуждения

Территория Хабаровского края – район изначального проживания и природно-хозяйственной деятельности восьми КМНС: нанайцы, ульчи, негидальцы, эвенки, эвены, нивхи, орочи, удэгейцы. В южной части Хабаровского края – Нанайском районе проживают нанайцы, которые относятся к южной ветви тунгусо-маньчжурской группы народов (рисунки).



Расселение нанайцев в РФ на 2010 г., в% от общей численности данного народа в РФ [6]

Население Нанайского района на 100% состоит из сельских жителей. Нанайские деревни территориально располагаются в среднем течении р. Амур севернее г. Хабаровска вплоть до г. Комсомольск-на-Амуре.

За период 2012–2016 гг. основной причиной снижения общей численности населения в 1,1 раза (на 885 чел.) явилась миграция населения. Тем не менее коэффициент естественного прироста населения (0,3–1,4‰) имел положительное значение при значении коэффициента смертности в 17,4 умершего на 1000 чел. Коэффициент рождаемости в 2016 г. составил 18,8 родившегося на 1000 чел. населения. В среднем в районе динамика рождаемости составляет в разные годы за период 2010–2019 гг. – 203–217 детей, каждый 5 ребенок из них относится к КМНС. В целом численность нанайцев на территории района отличается стабильностью, испытывая небольшие колебания в отдельные годы. Тем не менее следует отметить, что сложившиеся негативные изменения в структуре воспроизводства у нанайцев связаны в основном с ростом общей смертности и снижением рождаемости. Снижение числа рождений у женщин – представителей КМНС находится в прямой зависимости от уменьшения количества зарегистрированных браков, по сравнению с концом XX в. (снижение в 2 раза), и высоким уровнем разводов. Изменение численности нанайцев молодых возрастов в Нанайском районе, несмотря на льготы, которые получают малочисленные народы Севера, также происходит за счет миграции населения (переезд в более крупные города или другие регионы по причине отсутствия рабочих мест в Нанайском районе или для учебы в вузе или училище).

Изучение демографии и состояния здоровья КМНС нанайцев свидетельствует о сходстве динамики показателей с другими этносами, проживающими на территории Дальнего Востока [2; 7; 8]. Однако значительными медицинскими исследованиями беременных женщин-нанаек выявлено, что увеличилась частота случаев бесплодия (во многих семьях аборигенов нет детей), либо есть один-два ребенка, редкие семьи с числом детей 3 и больше [4; 9]. Значительное снижение количества заключаемых браков во многом связано с численным уменьшением количества мужчин. Во многих российских исследованиях о воспроизводстве населения КМНС учитывались характеристики качества поколений: насколько население подготовлено к выполнению своих репродуктивных, социальных

функций [7; 10]. В качестве индикаторов исследовались индикаторы состояния здоровья и морально-психологических показателей женщин репродуктивного возраста, их образование (квалификация).

В настоящее время во всех селах Нанайского района совместно с коренным населением проживают русские. Произошла значительная ассимиляция нанайского народа. Так, удельный вес этнически смешанных семей в 2018 г. составил – 36,7%, мононациональных семей – 19,5%. Во многих больших нанайских семьях совместно проживают два и три поколения, или братья и сестры мужа или жены, а также другие родственники. Многие нанайские семьи являются многодетными (4 ребенка и больше). Мы считаем, что для увеличения и сохранения численности коренного населения нанайской семье необходимо иметь четырех детей. Стоит отметить, что с учетом высоких значений коэффициента смертности и невысокой ожидаемой продолжительности жизни КМНС трехдетная семья сможет обеспечить лишь простое воспроизводство нанайского населения.

По данным российских исследований выявлено, что резкое ухудшение показателей качества жизни КМНС, в том числе нанайцев, является одной из причин образования у них отрицательной патологической психоэмоциональной реакции (заторможенности), в совокупности с наличием других факторов риска (безработица, низкий уровень грамотности, наличие вредных привычек, проявление суицидально-агрессивных случаев) [6]. Российская Федерация тратит значительные денежные средства на поддержание, улучшение и сохранение здоровья КМНС. Однако социальным, морально-психологическим и техническим факторам жизни населения (в том числе женщин) уделяется незначительное количество внимания, что, в свою очередь, является следствием увеличения числа случаев снижения защитно-приспособительных функций организма женщины, которые могут привести к отрицательным последствиям [5].

Несмотря на наличие ряда медицинских исследований об особенностях протекания беременности у женщин-нанаек в Приамурье, остаются малоизученными вопросы образа жизни женщин репродуктивного возраста [5; 6]. По данным российских исследований, создание специализированных статистических регистров по медицинским показаниям, учет аномалий развития плода у женщин КМНС начались в начале XXI века [5; 9]. Степень достоверности

и наполняемость регистров этноспецифическими данными в значительной степени зависит от социально-экономического уровня территории проживания женщин репродуктивного возраста, от качества и доступности медицинской помощи [6]. Так, во многих малочисленных национальных населенных пунктах Нанайского района, расположенных в значительной удаленности от районной больницы в с. Троицкое, медицинская сестра, помимо своих обязанностей, оказывает врачебную (женщинам репродуктивного возраста) и экстренную помощь (для беременных женщин), выходящую за рамки ее компетенции.

Необходимо отметить, что в настоящее время все большее число женщин подвержены одиночеству, стрессу и другим трудностям. В результате длительного стрессового состояния многие женщины начинают употреблять алкоголь. Причинами являлись значительное чувство усталости, обреченности, способ снятия стресса, абстрагирование от социально-бытовых и жизненных проблем. Проблема «девиантного» поведения у женщин КМНС, страдающих алкоголизмом, должна стать приоритетной для дальнейшего воспроизводства и сохранения населения страны [2; 6; 9].

Алкоголь вызывает значительную зависимость у большинства женщин. Главная причина женского алкоголизма – это отношение к женщине в семье. Необходимо отметить, что, рожая ребенка, женщина посвящает себя и все свое свободное время воспитанию детей, жертвуя своей карьерой. Со временем во многих семьях взаимоотношения супругов в браке начинают распадаться. Одиночество формирует у женщины постоянный психоэмоциональный стресс, переходящий в затяжную депрессию, что во многих случаях и является основной причиной употребления алкоголя.

По медицинским наблюдениям считается, что в жизни женщины есть два опасных возрастных периода попадания в алкогольную зависимость (от 25 до 30 лет; от 40 до 45 лет). В эти периоды многие женщины, как правило, значительно заняты своей карьерой, или, наоборот, это женщины-маргиналы, не работающие нигде [2]. Следует отметить, что, по мнению В.В. Подмаскина, у нанайцев частота алкогольной зависимости, наркологической заболеваемости и смертности заметно выражена по сравнению с другими КМНС России [3].

Анализ случаев «алкоголь – ассоциированное самоубийство» у значительного

количества женщин выявил, что наиболее часто самоубийства у женщин репродуктивного возраста характерны для возрастной категории 30-39 лет с фиксацией состояния алкогольного опьянения. Значительное количество российских исследований свидетельствует о наличии суицидальных мыслей у женщин КМНС (в том числе нанаяк) при значительном эмоциональном преобладании чувства печали, безысходности, общей неудовлетворенности своей жизнью [11]. Разрушение национального уклада жизни и всей системы семейных взаимоотношений, свидетельствующее о наличии неудовлетворенности жизнью, пустоте, состоянии, когда отсутствует смысл жизни, приводят к катастрофическим последствиям – суицидальному поведению как единственному верному решению, по мнению женщины, и последнему шансу в своем отчаянии.

Анализ социально-демографических характеристик показал, что основными факторами риска низкого уровня здоровья женщин-нанаяк являются безработица, отсутствие крепких внутрисемейных взаимоотношений (постоянного партнера), низкий доход населения [6]. При этом выявлено, что в некоторых национальных семьях нанайцев, имеющих средний и относительно высокий уровни доходов, регистрируется более низкая частота случаев смертности от самоубийств. В семьях женщин с низким уровнем дохода, отсутствием необходимых жилищных условий и правил самосохранительного поведения для ведения здорового образа жизни зафиксирован более высокий уровень суицидов [11].

Основная сложность в оказании медицинской помощи такой группе женщин заключается в том, что женщина очень редко по собственному желанию обращается за помощью к специалисту. Женщина пытается скрыть свою болезнь – злоупотребление алкоголем – от окружающих, поскольку общество более критично относится к женщине, чем к мужчине.

Многочисленные российские исследования с целью выявления распространенности некоторых вирусных респираторных инфекций (грипп, корь и др.) у КМНС выявили, что данные заболевания у многих народов протекают намного тяжелее. Первопричиной являются особенности общего неспецифического иммунитета КМНС. Наличие инфекционного заболевания у значительной части коренного населения протекало тяжело, со значительными последствиями для здоровья [3]. Несоблюдение элементарных

правил гигиены, здорового образа жизни, профилактики, низкий уровень иммунитета к эпидемическим заболеваниям, незнание и отсутствие элементарной профилактики, отсутствие необходимого лечения привели к значительному уменьшению численности коренных народов [5].

Традиционным занятием многих малочисленных коренных народов Севера и Дальнего Востока, проживающих в бассейне р. Амур, является рыбалка. Употребление значительного количества рыбы, содержащей селен и полиненасыщенные жирные кислоты, как правило, характеризуется низкой заболеваемостью и распространенностью болезней сердечно-сосудистой системы, злокачественных новообразований. Однако при проведении значительного количества исследований рыбная диета ряда КМНС, в том числе и нанайцев, стала восприниматься медиками и учеными в большинстве случаев как фактор риска заражения инфекционно-паразитарными болезнями, что связано с большой концентрацией в рыбе опасных веществ. Для КМНС, в том числе нанайцев, свойственна высокая доля заражения серьезными инфекционно-паразитарными заболеваниями (например, лямблиозом, описторхозом, клонорхозом), в отличие от пришлого населения, проживающего на территории ДВР. Основной причиной заражения являются особенности национальных традиционных промыслов, связанных с употреблением в пищу сырой, вяленой на солнце, замороженной рыбы, условиями ее приготовления (низкая термическая обработка рыбы или полное ее отсутствие).

Таким образом, алкогольная зависимость у женщин КМНС имеет множество как медицинских, так и социально-экономических предпосылок. Значительное количество зарубежных и российских исследователей считают, что вариабельность женского алкоголизма в первую очередь зависима от генетических и средовых детерминант (особенно внутрисемейных ситуаций). Показано, что женский алкоголизм имеет место как в полных национальных семьях, так и подверженных ассимиляции. Очевидно, что проблема алкоголизации женщин коренных народов в целом должна решаться в первую очередь по медицинским показателям (на молекулярно-генетическом уровне). При этом также значительное влияние оказывают: социальная дезадаптация, снижение уровня и качества жизни, низкий уровень культуры и образования, утрата ими социально-культурных традиций, приобре-

тение чуждых для них профессий (не связанных с традиционным природопользованием), ассимиляция коренного населения.

*Исследование проведено в рамках темы НИР ТИГ ДВО РАН.*

#### Список литературы / References

1. Официальный сайт Президента РФ. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kremlin.ru/text/appears/2005/09/93296.shtml> (дата обращения: 27.11.2021).
2. Павленко В.И., Петров А.А., Куценко С.Ю., Деттер Г.Ф. Коренные малочисленные народы Российской Арктики (проблемы и перспективы развития) // *Экология человека*. 2019. № 1. С. 26–33.
3. Павленко В.И., Петров А.А., Кутсенко С.Ю., Деттер Г.Ф. Indigenous small-numbered peoples of the Russian Arctic (problems and development prospects) // *Ekologiya cheloveka*. 2019. No. 1. P. 26–33 (in Russian).
4. Подмаскин В.В. Медико-демографические последствия этнокультурных контактов коренных малочисленных народов Дальнего Востока России // *Вестник ДВО РАН*. 2012. № 2. С. 102–110.
5. Podmaskin V.V. Medical and demographic consequences of ethnocultural contacts of the indigenous peoples of the Russian Far East // *Vestnik DVO RAN*. 2012. No. 2. P. 102–110 (in Russian).
6. Семенова Н.Б. Распространенность и факторы риска самоубийств среди коренного населения: обзор зарубежной литературы // *Суицидология*. 2017. Т. 8, № 1 (26). С. 17–28.
7. Semenova N.B. Prevalence and risk factors of suicide among the indigenous population: a review of foreign literature // *Suicidologiya*. 2017. Vol. 8. No. 1 (26). P. 17–28 (in Russian).
8. Супрун С.В., Козлов В.К., Аристова Г.А., Яхина О.А. Динамика состояния здоровья беременных женщин и детей, проживающих в условиях микроэлементного дисбаланса // *Дальневосточный медицинский журнал*. 2007. № 4. С. 5–7.
9. Suprun S.V., Kozlov V.K., Aristova G.A., Yakhina O.A. Dynamics of the health status of pregnant women and children living in conditions of microelement imbalance // *Dal'nevostochnyy meditsinskiy zhurnal*. 2007. No. 4. P. 5–7 (in Russian).
10. Grigorieva E.A., Sukhoveeva A.B. Environmental and medical and social factors in the quality of life, reproductive health of the population: Priamurye as a case study. IOP Conf. Ser.: *Earth Environ. Sci.* 2019. Vol. 381. P. 012031. DOI: 10.1088/1755-1315/381/1/012031.
11. Надточий Л.А., Смирнова С.В., Бронникова Е.П. Депопуляция коренных и малочисленных народов и проблема сохранения этносов северо-востока России // *Экология человека*. 2015. №3. С. 3–11.
12. Nadtochy L.A., Smirnova S.V., Bronnikova E.P. Depopulation of indigenous and small peoples and the problem of preserving ethnic groups in the north-east of Russia // *Ekologiya cheloveka* 2015. No. 3. P. 3–11 (in Russian).
13. Мотрич Е.Л. Медико-демографическая ситуация в Приамурье // *Ученые заметки ТОГУ*. 2014. Т. 5. № 3. С. 26–41.
14. Motrich E.L. The medical and demographic situation in the Amur Region // *Uchenyye zametki TOGU*. 2014. Vol. 5. No. 3. P. 26–41 (in Russian).
15. Супрун С.В., Кудерова Н.И., Евсеева Г.П., Лебедко О.А. Комплексная оценка фактического питания беременных женщин Приамурья // *Вопросы питания*. 2018. Т. 87. № 55. С. 43–44. DOI: 10.24411/0042-8833-2018-10127.
16. Suprun S.V., Kuderova N.I., Evseeva G.P., Lebedko O.A. Comprehensive assessment of the actual nutrition of pregnant women in the Amur region // *Voprosy pitaniya*. 2018. Vol. 87. No. 55. P. 43–44. DOI: 10.24411/0042-8833-2018-10127 (in Russian).
17. Мотрич Е.Л. Демографическая ситуация в Дальневосточном федеральном округе // *Народонаселение*. 2004. № 2. С. 82–95.
18. Motrich E.L. Demographic situation in the Far Eastern Federal District // *Narodonaseleniye*. 2004. No. 2. P. 82–95 (in Russian).
19. Qi X., Tong S., Hu W. Preliminary spatiotemporal analysis of the association between socioenvironmental factors and suicide. *Environ. Health*. 2009. Vol. 1. № 8. P. 46.