

МІСЦЕ І РОЛЬ ПОКАЗНИКІВ ЗДОРОВ'Я У ДОСЛІДЖЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ

В статті розглянуто зміст категорії «якість життя» з позиції різних наук: філософії, економіки, соціології, соціальної екології, медицини, суспільної географії. Виокремлено роль здоров'я у трактуванні категорії. Автором запропоновано модель системи проєкційного формування ЯЖ у геопросторі, в якій відображено принциповий зв'язок рівнів потреб та категорій здоров'я. Проаналізовано основні методики та підходи до оцінки якості життя з використанням медико-демографічних показників. На основі аналізу частоти застосування медико-демографічних індикаторів при оцінці якості життя логічно доведено, що медико-демографічна ситуація являється синтетичним індикатором якості життя населення.

Ключові слова: *якість життя, здоров'я, медико-демографічна ситуація.*

Постановка проблеми у загальному вигляді. Найважливішими у житті людини є довгострокові цінності, а саме – здоров'я, можливості планування сімейного розвитку тощо. Потенціал здоров'я населення відіграє надзвичайно велику роль у формуванні інших «якісних характеристик» населення – рівня його освіченості, здатності в оволодінні певними професіями, можливостей робити кар'єру, вільно пересуватися світом тощо. З іншого боку, якість самого середовища, умов життя також здійснюють свій вплив на здоров'я людей. Отже, якість життя і здоров'я населення є генетично зв'язаними категоріями, замкненими одна на одній. З'ясування місця і ролі показників здоров'я у дослідженні якості життя населення заслуговують на особливу увагу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми дослідження якості життя досить актуальні серед науковців різних напрямків вже більш ніж півстоліття. Тому питаннями оцінки якості життя та ролі медико-демографічних показників в ній займалися досить багато вчених. Серед українських вчених це: В.Б. Артеменко, М.О. Барановський, О.В. Барановська, І.В. Гукалова, С.В. Заєць, Н.П. Лебідь, Д.О. Ляшенко, Е.М. Лібанова, Л.В. Ноздріна, Р.Т. Теслюк, Ф.В. Узунов, В.С. Шишкін та інші. Серед зарубіжних науковців варто відмітити роботи Дж. Джонсона, Р. Бауера, С. Юханссона, А. Кемпбелла, М. Абрамса, Ф. Конверса, В. Роджерса, П. Леви, Л. Андерсона, [7, 9, 18, 23].

Мета роботи полягає по-перше, у розгляді та порівнянні різних підходів до оцінки якості життя з використанням медико-демографічних показників; по-друге, у спробі обґрунтувати твердження, що медико-демографічна ситуація являється синтетичним індикатором якості життя населення.

Виклад основного матеріалу. Перш за все, необхідно зрозуміти зміст категорії «якість життя» (ЯЖ). Хоча категорія у науковій методології існує вже більше п'ятдесяти років, але її зміст залишається ще до кінця невизначеним. Вона охоплює дуже широке коло проблем – від екологічної кризи до можливості самореалізації особистості [9, с. 20]. До нинішнього часу в наукових колах не сформовано також і єдиного загальновизнаного набору індикаторів для оцінки ЯЖ. В залежності від можливостей та рівня наукового дослідження, для характеристики ЯЖ можуть бути використані більше тисячі різних об'єктивних і суб'єктивних показників [26].

У географії зміст категорії «якість життя населення» було концептуалізовано і детально викладено І.В. Гукаловою, яка проаналізувала підходи різних наук до визначення категорії, принципову різницю у предметних акцентах досліджень різних представників. Зокрема, у філософському розумінні ЯЖ відноситься до найскладніших онтологічних та аксіологічних категорій. За змістовними масштабами її можна прирівняти майже до величності дослідження проблеми буття. Філософські визначення ЯЖ ґрунтуються на матеріальних, духовних та суспільних сторонах життя, а визначення здоров'я при цьому доцільно пов'язати із «природним станом організму, що характеризується його врівноваженістю з

навколишнім середовищем...» [27] та «станом повного фізичного, духовного і соціального благополуччя...» [25].

Категорія ЯЖ є найбільш опрацьованою в економіці та соціології. Тут вона виступає в якості характеристик життя індивіда; рівня розвитку і задоволення людських потреб; рівня загального добробуту; комфортності існування. Проаналізовані визначення дозволяють зробити висновок про те, що ЯЖ з позицій цих наук пов'язана із рівнем задоволення потреб, у тому числі і потреб підтримки належного стану здоров'я. Вагомим є твердження, що людські потреби є або фізіологічними, або психологічними факторами, завдяки яким формується стан здоров'я.

В економічному аспекті при встановленні і обґрунтуванні ролі здоров'я у характеристиці ЯЖ необхідно згадати піраміду людських потреб Абрахама Маслоу. Відповідно до неї, сукупність людських потреб можна розділити на п'ять рівнів:

1. Фізіологічні: голод, спрага, статевий потяг і т. д.
2. Екзистенційні: безпека існування, комфорт, усталеність умов життя.
3. Соціальні: соціальні зв'язки, спілкування, прихильність, турбота про інших і увагу до себе, спільна діяльність.
4. Престижні: самоповагу, повагу з боку інших, визнання, досягнення успіху і високої оцінки, службове зростання.
5. Духовні: пізнання, самоактуалізація, самовираження.

«Вищі» групи потреб актуалізуються по мірі задоволення більш «нижчих», але це не означає, що попередні повністю задоволені, це лише є ознакою про перехід до більш високого рівня життя. Але потреби не мають також і чіткої фіксованої послідовності (як це відображено в піраміді), це лише усереднене схематичне відображення, притаманне більшості людей.

Зауважимо, що відповідно до подання Всесвітньої організації охорони здоров'я, категорія «здоров'я» містить у собі категорії фізичного, психічного, духовного й соціального здоров'я. Відповідну послідовність категорій здоров'я умовно також можливо розмістити в ієрархічній послідовності у формі піраміди за слідуванням потреб в їх задоволенні. Задовольняючи певний вид потреб, індивід одночасно творить і своє фізичне, психічне, духовне чи соціальне здоров'я. Відповідно до такого висновку, співвідношення здоров'я, ЯЖ і потреб можна відобразити наступною схемою (рис. 1):



Рис.1. Модель-призма системи проекційного формування ЯЖ у геопросторі (укладено автором).

В основі запропонованої моделі знаходяться категорії «потреби» та різні рівні «здоров'я». Рівні потреб і певні «зрізи» здоров'я відповідають один одному. Наприклад, фізичне здоров'я є результатом задоволення фізіологічних потреб, але для досягнення задоволення фізіологічних потреб потрібно мати ряд необхідних фізичних ознак (фізичного здоров'я). На елементарному біологічному рівні зрозумілим є те, що індивід з певними фізичними вадами не зможе добути собі їжу і в нього знижуються шанси щодо можливості продовження роду. На «вищих» рівнях категорій існує ще більш складніша проекційна відповідність. Таким чином, можна констатувати проекційну відповідність категорій здоров'я та ЯЖ.

ЯЖ в даній моделі представлена верхнім ребром, що позначено пунктирною лінією. «Ідеальна» ЯЖ відповідає найвищому рівню задоволення потреб і стану повного здоров'я. Пунктирне означення і неточковий характер ЯЖ в моделі наголошує на принциповій невизначеності межі ЯЖ та неоднорідності її для різних соціумів, народів, вікових груп і т.д. (тобто еталонного ЯЖ не існує, вона дуже залежить від ознак самого населення і умов життя, історії освоєння території тощо).

Географічних ознак цій системі надає геопростір, який виступає середовищем для функціонування всіх процесів даної моделі. Синергетичний аспект функціонування даної моделі проявляється у «поведінці» факторів впливу та структурних елементів системи. Вплив будь-якого фактора або зміни структури системи можуть призвести до не прогнозованих наслідків (за аналогією проходження/приломлення світла в оптичній призмі).

Повертаючись до питання трактування ЯЖ населення, слід вказати на визначення, надане в свої часи М.Ф. Реймерсом: «ЯЖ – сукупність умов, що забезпечують чи не забезпечують комплекс здоров'я людини (людей)» [20]. Дане визначення, з позицій соціальної екології, підпорядковує категорію ЯЖ категорії здоров'я, що трохи звужує першу і розширює останню у змісті. Створюються умови, за яких існує смислово-методологічне перенесення акцентів і змагання за першість між цими двома категоріями в залежності від принципових завдань конкретної науки чи мети дослідження.

Досить широко категорія ЯЖ застосовується і у медицині. М.О. Агаджанян наводить наступне визначення: «ЯЖ – системне медико-соціальне явище, яке охоплює психофізіологічне і соматичне здоров'я людини, її духовні, культурні і всі життєві цінності, рівень цивілізованості і економічного розвитку суспільства»[2]. Таке визначення проставляє акцент на тому, що ЯЖ – це складна і об'ємна категорія, і здоров'я має першорядне значення в її структурі.

Вивчення ЯЖ в у суспільній географії має свої особливості, завдяки тому, що ЯЖ характеризується комплексністю та інтегральністю і описується з позицій конкретно-територіального соціуму, умов його формування і характеристик середовища проживання, структури економіки. Географія вивчає певні процеси на конкретній території, а тому ЯЖ – це і суспільно-географічний процес, і його результати (наслідки). В структурному відношенні ЯЖ включає в себе різні компоненти: рівень здоров'я, освіти, матеріального благополуччя, соціально-економічні, природно-екологічні, культурні та інші умови життєдіяльності людини, а також суб'єктивне відношення індивіда до різних сфер свого життя. Відмінною рисою географічного підходу є врахування фактору територіальності (геопросторовості), що дозволяє виявити територіальні відмінності ЯЖ населення на різних рівнях (від мікро- до макрорівня) та встановити їх причинно-наслідковий зв'язок. В сучасному суспільно географічному трактуванні, якість життя населення – це категорія, що характеризує умови життєдіяльності та стан населення у конкретному середовищі з точки зору його здатності забезпечувати відновлення і збалансований розвиток суспільства [9, с. 84].

Категорія «якість життя» носить суб'єктивно-об'єктивний характер. Це пояснюється історичною сформованістю двох класичних напрямків осмислення ЯЖ: об'єктивного (коли вона розуміється крізь результати соціально-економічного розвитку, науково-технічного

прогресу, державного та соціального регулювання) та суб'єктивного (якість життя досягається духовним відродженням та самовдосконаленням людини, а не через економічні показники). Класичні представники першого напрямку – О. Тофлер, Г. Кан, Д. Белл, З. Бжезинський; другого – Е. Фромм, М. Хайдеггер, К. Ясперс, Г. Маркузе, Т. Адорно та ін.[9]. Останнім часом досить активно розвивається інтегральний підхід до оцінки ЯЖ. В інтегральному підході ЯЖ розуміється як: «соціально-економічна категорія, що характеризує сукупність об'єктивних умов і суб'єктивних оцінок, які забезпечують ту чи іншу ступінь задоволеності людей своїм життям»[6]. Відповідно до цих підходів розуміння ЯЖ, формується і відношення до місця і ролі показників здоров'я у дослідженні даної категорії. В об'єктивістських підходах здоров'я виступає лише як результат роботи закладів медичного обслуговування та як якісні характеристики самого населення [12]. В суб'єктивістському підході досить значний акцент робиться на ментальному здоров'ї та нематеріальних чинниках, особливо такий підхід поширений серед американських дослідників ЯЖ [19]. Водночас більшість дослідників беззаперечно вважають, що здоров'я є синтетичним індикатором ЯЖ [15].

Т.В. Гаврилова у 2005 р. спробувала визначити набір найчастіше використовуваних індикаторів для об'єктивної оцінки ЯЖ, проаналізувавши ряд робіт російських вчених, що займалися даною проблематикою. Основні індикатори за частотою застосування розмістились у наступній послідовності [8]:

Таблиця 1.

Частота використання об'єктивних індикаторів оцінки ЯЖ

Індикатори якості життя	Зміст індикатора	Частота використання
Рівень життя	Середній прибуток на особу кратний прожитковому мінімуму, ВВП на душу населення, загальне споживання в розрахунку одного жителя в постійних цінах, структура витрат за видами товарів і послуг і т.д.	14
Рівень розвитку соціальної інфраструктури	Протяжність автомобільних доріг, забезпеченість легковими автомобілями на душу населення, число телефонних апаратів, протяжність залізничних доріг, кількість поштових службовців і т.д.	11
Екологічний стан навколишнього середовища	Забруднення поверхневих та підземних вод, повітря та ґрунту, рівень шуму, неприємні запахи, ступінь перетвореності ландшафтів і т.д.	11
Стан здоров'я	Середня тривалість життя, коефіцієнт дитячої смертності, кількість інвалідів, частка здорового населення, кількість звернень до лікарні на 1000 жителів і т.д.	8
Особиста безпека	Рівень злочинності, число ДТП, доля злочинів, вчинених неповнолітніми, ризик смертності від неприродних причин і т.д.	8
Рівень освіти	Середній рівень освіти економічно активного населення, число тих, хто навчається в усіх видах навчальних закладів, забезпеченість місцями в школах, доля неграмотних серед населення старше 15 років і т.д.	7
Зайнятість (безробіття)	Рівень зайнятості населення в працездатному віці, вимушена неповна зайнятість, навантаження на 1 вакансію, кількість людей, розчарованих у пошуках роботи і т.д.	5
Якість трудового життя	Тривалість робочого тижня, частка працівників з тяжкими та небезпечними умовами праці, тривалість оплачуваної відпустки, частота нещасних випадків і т.д.	5
Якість житла	Площа житла, що припадає на 1 особу, забезпеченість житла комунікаціями, вартість житла, частка приватного житла, структур житлового фонду і т.д.);	5
Якість дозвілля та відпочинку	Частота відвідування театрів, бібліотек, кінотеатрів, спортивних закладів, тираж газет і т.д.	5
Демографічна ситуація	Чисельність населення за статеві-віковими групами,	2

	коефіцієнт природного приросту, індекс старіння населення, сальдо міграції і т.д.	
Соціальна впевненість	Соціальні виплати	2
Сім'я	Число шлюбів відносно числа розлучень, середній розмір сім'ї, частка дітей, що народились поза шлюбом і т.д.	2
Соціальні зв'язки	Частота спілкування з друзями, родичами і т.д.	1
Нерівність	Частка населення з доходами нижче прожиткового мінімуму і т.д.	1
Фінансово-економічний стан території	Сума інвестицій на одну особу, витратна частина бюджету адміністративної території, депозитні вклади населення і т.д.	1
Природно-кліматичні умови	Природно-ресурсний та природно-кліматичний потенціал території.	1

З даного списку частоти застосування показників впливає, що група індикаторів здоров'я населення використовується в більшості об'єктивних методик дослідження ЯЖ. Третя рейтингова позиція показників стану здоров'я обумовлена домінуванням дослідження ЯЖ в економічних науках та новітнім напрямком екологізації суспільних категорій. Але якщо до групи показників стану здоров'я долучити ще показники демографічної ситуації (які досить сильно зв'язані функціональними та причинно-наслідковими зв'язками), то отримана частота зросте до рівня використання економічних показників.

Російські науковці поруч із категорією ЯЖ застосовують і обґрунтовують категорію «якість населення» (ЯН), яка разом з описом середовища проживання та діяльності населення утворює тріаду характеристик ЯЖ. Прикладом такого підходу є роботи К.М. Місевича, С.В. Рященко, М.В. Воробйова [21]. Блок ЯН зазвичай представлений такими характеристиками як: тип розселення, вікова структура, стан здоров'я, народжуваність, смертність, природний приріст, працездатність, міграція, рівень освіти, злочинність. З вищезазначеного зрозумілим є концептуальна близькість ролі категорій «якість населення» та «медико-демографічна ситуація» у визначенні якості життя населення.

Розвитку поняття «якість життя» історично сприяло визначення здоров'я, прийняте Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 1948 р., і оцінка статусу хворого людини за шкалою Карновського (оцінка у % функціональної активності, 1949 р.) [18]. За визначенням ВООЗ, якість життя – це характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування, заснована на його суб'єктивному сприйнятті, тобто це сприйняття людиною свого положення в суспільстві [22]. Саме за ВООЗ закріпилися лідируючі позиції щодо дослідження ЯЖ серед міжнародних організацій поряд з Організацією економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР) та Міжнародною організацією праці (МОП). Особливістю досліджень ВООЗ є особливо детальний акцент на ролі здоров'я в оцінці ЯЖ. У 1994 р. ВООЗ надала категорії ЯЖ нового звучання в якості сприйняття індивідом себе в умовах свого існування, в контексті культури та системи цінностей, в яких він живе, у зв'язку із його цілями, очікуваннями та турботами. Тобто ЯЖ набуває широкого концептуального трактування, що охоплює в комплексі фізичне здоров'я індивіда, його психологічний стан, рівень незалежності, соціальні зв'язки, особисті погляди, відносини із його оточенням [16].

Згідно з авторитетною думкою ООН, категорія ЯЖ включає 12 параметрів, з яких на першому місці стоїть здоров'я. Європейська економічна комісія систематизувала вісім груп соціальних індикаторів ЯЖ, при цьому здоров'я також поставлено на перше місце. Отже, ЯЖ у контексті здоров'я можна розглядати як інтегральну характеристику фізичного, психічного і соціального функціонування здорової і хворої людини, засновану на її суб'єктивному сприйнятті[5].

Серед загальних методик дослідження ЯЖ варто відмітити методологію ЄС European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: напрями та індикатори оцінювання якості життя. Серед 12 напрямків, що формують ЯЖ, саме здоров'я займає першу сходинку [4]. Здоров'я характеризується наступними характеристиками: очікувана

тривалість життя при народженні, очікувана тривалість життя у віці 65 років, очікувана тривалість здорового життя, дитяча смертність, поганий стан здоров'я, хронічні захворювання, паління, надмірна вага, знижена маса, відстань до лікаря загальної практики, відстань від лікарні загального профілю, медичні працівники, задоволеність національною системою охорони здоров'я, якість послуг національної системи охорони здоров'я, витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП та витрати у рамках сектору охорони здоров'я.

Іншим об'єктивним підходом до оцінювання ЯЖ є методологія запропонована науковим виданням International Living. Методика передбачає 9 напрямків оцінювання, серед яких група «Здоров'я» характеризується наступними індикаторами: кількість лікарняних ліжок на 1000 осіб, кількість осіб на одного лікаря, доступ до якісної питної води, рівень дитячої смертності, очікувана тривалість життя, витрати на охорону здоров'я у% до ВВП[11].

У Європі при суб'єктивному підході в дослідженні ЯЖ з точки зору охорони здоров'я використовуються багато підходів: Ноттінгемський профіль здоров'я (Nottingham Health Profile), Sickness Impact Profile (SIP 68), EUROQOL, PQVS, SF-36 та інші. Ці показники входять до групи загальних, за допомогою яких оцінюють ЯЖ як здорового населення так і хворих. Група спеціальних показників націлена оцінити лише фізичні або психічні показники здоров'я, або ЯЖ при перебігу захворювання. Принцип цих методик полягає у суб'єктивній оцінці здоров'я – якості життя за допомогою анкетування або інтерв'ю. Загалом ці методики відрізняються лише кількістю та структурою питань.

Так, наприклад, Ноттінгемський профіль здоров'я (NHP) – суб'єктивний метод оцінки ЯЖ, був розроблений у 1975 р. на кафедрі суспільного здоров'я Ноттінгемського університету [10]. Опитувальник містить 38 питань, які входять до 6 основних розділів, що відображають такі аспекти: больові відчуття, фізичні здібності, сон, емоційні реакції, енергійність, соціальна ізоляція; та 7 додаткових запитань, що відображають вплив стану здоров'я на трудову діяльність, ведення домашнього господарства, взаємовідносини з іншими людьми, особисте життя, статеве життя, улюблені заняття, захоплення, активний відпочинок. Відповіді проводяться у формі так/ні. Відповідям присвоюється певна кількість балів, які в кінцевому результаті виражають у відсотковому відношенні зазначені вище аспекти ЯЖ.

Опитувальник SF-36 (The Short Form-36) – це один неспецифічний опитувальник для оцінки ЯЖ, який широко використовується в Європі та США. Опитувальник складається з 36 питань, згрупованих у вісім шкал: фізичний стан, фізична активність, фізичний біль, сприйняття загального стану здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали складені таким чином, що чим вище значення показника (від 0 до 100), тим краще оцінка за обраною шкалою. З них формують два параметри: психологічний і фізичний компоненти здоров'я [1].

Зразковим прикладом суб'єктивного підходу до оцінки ЯЖ є опитувальник ВОЗ для оцінки якості життя (WHOQOL), який був створений у 1991 р. [24]. Метою було створення універсальної методики для можливості оцінки ЯЖ в різних культурах і різних країнах. Ядерний модуль (WHOQOL -100) складався з 100 питань. Короткий опитувальник WHOQOL-BREF складається з 26 запитань, які оцінюють наступні сфери життя: фізичне здоров'я, психологічне здоров'я, соціальні відносини і навколишнє середовище.

З вище зазначеного випливає, що поступово об'єктивні індикатори опису якості життя доповнюються суб'єктивними відчуттями людей. Саме у зв'язку із цим переходом окремі дослідники пов'язують формування концепції якості життя [24].

Варто наголосити на ще одній ролі показників здоров'я у дослідженні ЯЖ. Загальновідомою є аксіома, що при певному етапі досягнутого рівня ЯЖ відбувається зміна демографічної поведінки населення (динаміка рівня народжуваності та смертності, коефіцієнту життєздатності населення, міграційних процесів із села в місто і навпаки, та за кордон) та динаміки рівня захворюваності населення[17].

Серед інтегральних показників для оцінки ЯЖ варто відмітити методологію організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР: Better Life Index). За цією методикою ЯЖ оцінюється за 11-ма групами показників. Група характеристик здоров'я (Health) репрезентується показниками: очікувана тривалість життя (Life expectancy) та самооцінка здоров'я – відсоток людей, які оцінили своє здоров'я як «гарне» або «дуже гарне» (Self-reported health) [3].

Чи не найвичерпнішою та найгрунтовнішою щодо підбору індикаторів для оцінки здоров'я як складової ЯЖ є інтегральна методологія Євростату (European Statistical System Committee – ESSC). Методика включає 9 напрямів з досить об'ємним числом індикаторів. Оцінка здоров'я населення за цією методикою проводиться за декількома складовими напрямами. Головний напрям – це безпосередньо «Здоров'я (Health)», сюди входять наступні індикатори, включені в декілька груп [13]:

1. Група «Очікувана тривалість життя»

Індикатор: очікувана тривалість життя при народженні.

2. Група «Захворюваність і стан здоров'я»

Індикатори: тривалість (роки) здорового життя, самооцінка здоров'я (за статтю, віком, рівнем освіти, доходами), люди, що мають застарілу хворобу або проблеми зі здоров'ям (за статтю, віком, рівнем освіти, доходами), самооцінка обмежень в діяльності через проблеми зі здоров'ям (за статтю, віком, рівнем освіти, доходами), самооцінка психічного здоров'я, психологічний дистрес протягом останніх 4 тижнів.

3. Група «Здорова та нездорова поведінка»

Індикатори: індекс маси тіла (за статтю, віком, рівнем освіти, доходами), регулярні курці (щодня палять цигарки) (за статтю, віком, рівнем освіти, доходами), небезпечне споживання алкоголю, практика фізичної активності.

4. Група «Доступ до закладів охорони здоров'я»

Індикатор: самооцінка незадоволеності потреб у медичному обстеженні (за причинами, статтю, віком, рівнем освіти, доходами).

Специфічні характеристики здоров'я враховуються і за напрямом «Продуктивна чи основна діяльність» в групі «Здоров'я та безпека на робочому місці», з наступними індикаторами:

- нещасні випадки на робочому місці, проблеми зі здоров'ям та небезпечний вплив (суб'єктивні показники);

- нещасні випадки на виробництві (стандартизований показник рівня травматизації).

За схожою схемою укладено і Національну матрицю індикаторів якості життя населення в Україні (табл. 2.)[29]. У цій матриці характеризуються чотири середовища: природне, соціальне, економічне та суспільно-політичне; та 11 субсередовищ. Всі індикатори розділені на 2 блоки – суб'єктивні та об'єктивні. Здоров'я в даній методиці характеризується 31 індикатором, що становить приблизно 17% від загальної кількості використаних показників.

Таблиця 2.

Національна матриця індикаторів якості життя населення в Україні

ЯЖ			
Середовище (суб- середовище)	Блоки		
	Об'єктивна оцінка		Суб'єктивна оцінка
	Стан	Поточна ситуація	
Соціальне середовище			
Здоров'я	Система охорони здоров'я	Здоров'я населення	Оцінка системи охорони здоров'я та власного здоров'я

	<p><u>Індикатори:</u></p> <p>Бюджетні видатки на охорону здоров'я, % до ВВП.</p> <p>Співвідношення загальних (сумарних) видатків бюджетів усіх рівнів на охорону здоров'я із визначеними за соціальними стандартами, %.</p> <p>Частка забезпеченості медичних закладів лікарями усіх спеціальностей, %.</p> <p>Частка забезпеченості медичних закладів середнім медичним персоналом, %.</p> <p>Чисельність лікарів усіх спеціальностей, на 10 тис. населення.</p> <p>Чисельність середнього медичного персоналу, на 10 тис. населення.</p> <p>Чисельність хворих на ВІЛ, які перебувають на обліку, на 100 тис. населення.</p> <p>Чисельність хворих на СНІД, які перебувають на обліку, на 100 тис. населення.</p> <p>Чисельність хворих на туберкульоз, які перебувають на обліку, на 100 тис. населення.</p>	<p><u>Індикатори:</u></p> <p>Очікувана тривалість життя при народженні, обидві статі, років.</p> <p>Захворюваність на ВІЛ, на 100 тис. населення.</p> <p>Смертність від СНІДу, на 100 тис. населення.</p> <p>Смертність від СНІДу, на 100 тис. населення (за європейським стандартом вікової структури).</p> <p>Смертність від туберкульозу, на 100 тис. населення.</p> <p>Смертність від туберкульозу, на 100 тис. населення (за європейським стандартом вікової структури).</p> <p>Рівень смертності, якій можна запобігти (показник керованої смертності), за окремим мінімальним переліком причин, на 100 тис. населення.</p> <p>Рівень передчасної смертності (0–64 р.), на 100 тис. населення.</p> <p>Ймовірність померти у віці від 15 до 60 років.</p> <p>Частка осіб віком 18 років і старше, які займаються фізичною активністю не менше 30 хвилин 5 разів на тиждень, %</p> <p>Частка осіб віком 15 років і старше, які курять щоденно, %</p> <p>Коефіцієнт смертності дітей віком 0–4 роки.</p> <p>Частка населення, яке має збалансований раціон харчування (за поживними речовинами та мікро- і макроелементами), %.</p> <p>Кількість хворих із уперше встановленим діагнозом алкоголізму і алкогольних психозів, розладу психіки та поведінки внаслідок вживання наркотиків та інших психоактивних речовин, на 100 тис. населення.</p> <p>Частка домогосподарств, які за потреби не змогли відвідати лікаря.</p> <p>Частка витрат на лікування у загальному бюджеті домогосподарств, %.</p> <p>Кількість випадків самогубств, на 100 тис. населення</p>	<p><u>Індикатори:</u></p> <p>Частка населення, яке оцінює свій стан здоров'я як «добрий» та «відмінний», %.</p> <p>Частка населення, якому вистачає необхідної медичної допомоги, %.</p> <p>Оцінка задоволеності нинішнім станом системи охорони здоров'я.</p> <p>Частка населення, яке не відчуває труднощів або обмежень у повсякденному житті внаслідок хронічних захворювань, інвалідності, фізичної слабкості чи проблем з психікою, %.</p> <p>Середня очікувана тривалість здорового життя, років.</p>
--	---	--	--

Серед методик дослідження ЯЖН регіонів України варто відмітити обчислення Індексу людського розвитку (ІЛР), проведене фахівцями Національного інституту стратегічних

досліджень (НІСД) у 1995 р., та продовжене у 2004 р. [28]. Показники медико-демографічної ситуації у даній методиці представлені одним з трьох головних блоків – рівнем демографічного розвитку. У 2001 р. фахівцями Ради з вивчення продуктивних сил (РВПС) України НАНУ спільно з Держкомстатом України була створена трирівнева методика вимірювання людського розвитку для регіонів України [14]. Дана методика стала початком запровадження щорічних розрахунків ІЛР для регіонів України. Показники МДС в ній розділені на дві групи (аспекти). Перша група – це демографічна ситуація загалом, представлена показниками: кількість населення; міське, сільське населення; природний щорічний приріст (скорочення) населення; очікувану тривалість життя при народженні; індекс очікуваної тривалості життя; демографічне навантаження населення працездатного віку. Друга група – це стан здоров'я населення та охорона здоров'я, що представлена показниками: державні витрати на охорону здоров'я у відсотках до ВВП; кількість населення в розрахунку на одного лікаря; материнську смертність на 1000 живонароджених; споживання алкогольних та тютюнових виробів на душу населення.

І.В. Гукаловою створено модель оцінки ЯЖН на рівні регіонів України, у вигляді графічної декомпозиційної системної моделі. Схема складається з 4-х підсистем аспектів, що визначають ЯЖН і характеризують взаємозалежні процеси в чотвірці «населення – виробництво - природне середовище – соціокультурне середовище» [9]. Оцінка МДС у даній методиці здійснюється на основі порівняння і агрегування демосоціальних індикаторів, які характеризують стан населення та рівень його суспільного здоров'я (табл.3).

Таблиця 3.

Групування демосоціальних індикаторів ЯЖН

Комплексна складова оцінки ЯЖН	Показники
1. Медико-соціальна ситуація	Коефіцієнт природного приросту населення на 1000 населення
	Коефіцієнт смертності немовлят
	Очікувана тривалість життя при народженні, років
	Різниця в очікуваній тривалості життя при народженні між чоловіками та жінками, років
	Кількість абортів на 100 пологів
	Рівень інвалідизації населення (кількість інвалідів на 1000 населення)
	Поширеність ВІЛ-інфекції (перебувають на обліку в медичних установах на 100000 населення)
	Захворюваність на активний туберкульоз (хворих на 100000 населення)
	Кількість самогубств на 10000 населення
	Кількість громадян, які мають статус постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи на 1000 населення
	Частка домогосподарств, члени яких оцінили свій стан здоров'я як поганий (%)
2. Статеві-вікова асиметрія	Кількість чоловіків на 1000 жінок
	Демографічне навантаження особами пенсійного віку (на 1000 працівників припадає осіб пенсійного віку)
	Питома вага дітей (до 14 років) в загальній чисельності населення (%)
3. Міграційна атрактивність	Сальдо міграції

Шляхом агрегування трьох комплексних показників – індексу суспільного здоров'я (сприятливості медико-соціальної ситуації), індексу гармонійності соціуму за статеві-віковими характеристиками та індексу міграційної активності, вираховується індекс сприятливості демосоціальної обстановки, що характеризує життєздатність регіонального

соціуму. Даний підхід можна вважати найбільш адаптованим до сучасних українських реалій, для регіональної суспільно-географічної оцінки ЯЖН.

Висновки. Враховуючи всі аспекти проведеного аналізу розуміння ЯЖ, методик та підходів до її оцінки, можна цілком виправдано розглядати ідею, що медико-демографічна ситуація являється синтетичним індикатором якості життя населення. Таке твердження активно підтверджується як частотою використання медико-демографічних показників при оцінці ЯЖН, так і реальному високому рівню кореляції між ЯЖН та демографічними показниками в системі з показниками суспільного здоров'я.

Література:

1. A community for measuring health outcomes using SF tools. Access mode: <http://www.sf-36.org/>.
2. Agadzhanjan N.A. Kachestvo zhizni // Globalistika: Enciklopedija/I.I. Muzur, A.N. Chumakov; Centr nauchnyh i prikladnyh programm «Dialog». – М.: ОАО Izdatel'stvo «Raduga», 2003. – S.433 – 434.[Агаджанян Н.А. Качество жизни // Глобалистика: Энциклопедия/И.И. Музур, А.Н. Чумаков; Центр научных и прикладных программ «Диалог». – М.: ОАО Издательство «Радуга», 2003. – С.433 – 434].
3. Create Your Better Life Index. Access mode: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>
4. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Access mode: <http://www.eurofound.europa.eu/areas/qualityoflife/eurlife/index.php>.
5. Fairclough L. D. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. - Charman & Hall/CRC. — 2002, p. 164—177.
6. Fjodorova N.M. Kachestvo zhizni naselenija goroda v period social'no-jekonomicheskikh transformacij: Avtoref. dis. ... kand. jekon. nauk. - SPb., 2002. – 22s. [Фёдорова Н.М. Качество жизни населения города в период социально-экономических трансформаций: Автореф. дис. ... канд. экон. наук. - СПб., 2002. – 22с].
7. Gavrilova T. V.Territorial'naja differenciacija kachestva zhizni naselenija Stavropol'skogo kraja : avtoreferat dis. ... kandidata geograficheskikh nauk : 25.00.24 / Stavrop. gos. un-t. - Stavropol', 2005. - 21 s. [Гаврилова Т. В.Территориальная дифференциация качества жизни населения Ставропольского края : автореферат дис. ... кандидата географических наук : 25.00.24 / Ставроп. гос. ун-т. - Ставрополь, 2005. - 21 с].
8. Gavrilova T.V. Principy i metody issledovanija kachestva zhizni naselenija / T.V. Gavrilova // Tehnologii kachestva zhizni. – 2004. – Т. 4, № 2. – С. 1–11. [Гаврилова Т.В. Принципы и методы исследования качества жизни населения / Т.В. Гаврилова // Технологии качества жизни. – 2004. – Т. 4, № 2. – С. 1–11].
9. Gukalova, I. V.Jakist' zhyttja naseleennja Ukraïny: suspil'no-geografichna konceptualizacija [Tekst] : monografija / I. V. Gukalova ; Instytut geografii' NAN Ukraïny. - K. : 2009. - 347 s. [Гукалова І. В.Якість життя населення України: суспільно-географічна концептуалізація [Текст] : монографія / І. В. Гукалова ; Інститут географії НАН України. - К. : 2009. - 347 с].
- 10.Hunt, Sonja M.; McKenna, S.P.; McEwen, J.; Williams, Jan; Papp, Evelyn (1981). "The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations". Access mode: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1052513/>.
- 11.International Living's Quality Of Life Index 2011: Where The Numbers Come From. Access mode: <http://internationalliving.com/2010/12/quality-of-life-index-2011-where-the-numbers-come-from/>
- 12.Lagutin V.D. Ljudyna i ekonomika: Socioekonomika: Navchal'nyj posibnyk dlja vuziv. – K.: Prosvita, 1996. – 295 s. [Лагутін В.Д. Людина і економіка: Соціоекономіка: Навчальний посібник для вузів. – К.: Просвіта, 1996. – 295 с].
- 13.Libanova E.M. Vymirjuvannja jakosti zhyttja v Ukraïni, Analitychna dopovid'/ Libanova E.M., Gladun O.M., Lisogor L.S.ta in. – K.: 2013. [Лібанова Е.М. Вимірювання якості життя в Україні, Аналітична доповідь/ Лібанова Е.М., Гладун О.М., Лісогор Л.С.та ін. – К.: 2013].
- 14.Ljuds'kyj rozvytok regioniv Ukraïny: analiz ta prognoz (kolektyvna monografija) / Za red. E.M. Libanovoi'. – K.: In-t demografii' ta social'nyh doslidzhen' NAN Ukraïny, 2007. – 367 s. [Людський розвиток регіонів України: аналіз та прогноз (колективна монографія) / За ред. Е.М. Лібанової. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 367 с].
- 15.Mashkova O.V. Suspil'no-geografichne doslidzhennja geoprostorovoi' neodnorodnosti umov zhyttjedijal'nosti sil's'kogo naseleennja regionu [Tekst] : avtoref. dys... kand. geogr. nauk: 11.00.02 / O.V.Mashkova ; Odes'kyj nacional'nyj un-t im. I.I.Mechnykova. - O., 2008. - 20 s. [Машкова О.В. Суспільно-географічне дослідження геопросторової неоднорідності умов життєдіяльності сільського населення регіону [Текст] : автореф. дис... канд. геогр. наук: 11.00.02 / О.В.Машкова ; Одеський національний ун-т ім. І.І.Мечникова. - О., 2008. - 20 с].
- 16.Nikiforenko V.G. Jakist' zhyttja naseleennja regionu: analiz, prognozuvannja, social'na politika [Monografija] / V.G. Nikiforenko// MONMS Ukraïni. Odes'kij nac. ekonomichnij univ-tet. – Odesa, 2012. – 316 s. [Никифороенко В.Г. Якість життя населення регіону: аналіз, прогнозування, соціальна політика [Монографія] / В.Г. Никифороенко// МОНМС України. Одеський нац. економічний унів-тет. – Одеса, 2012. – 316 с].
- 17.Nykyforenko V.G. Jakist' zhyttja naseleennja regionu: analiz, prognozuvannja, social'na polityka. Monografija / MONMS Ukraïny. Odes'kyj nac. ekonomichnij univ-tet. – Odesa, 2012. – 316 s. [Никифороенко В.Г. Якість життя

населення регіону: аналіз, прогнозування, соціальна політика. Монографія / МОНМС України. Одеський нац. економічний унів-тет. – Одеса, 2012. – 316 с].

18. Okrepilova I.G. Upravlenie kachestvom zhizni: ucheb. posob / I.G. Okrepilova, S.K. Venediktova; pod red. I.G. Okrepilovoj.– Spb.: Izd-vo SPbGUJeF, 2010.– 104 s. [Окрепилова И.Г. Управление качеством жизни: учеб. пособ / И.Г. Окрепилова, С.К. Венедиктова; под ред. И.Г. Окрепиловой.– СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2010.– 104 с].

19. Petrushina I.Ju. Sub'ektivnye indikatory kachestva zhizni v sociologii SShA: obzor sovremennyh interpretacij//Sociologicheskie issledovaniya, 1981. - №1. – S.111-114. [Петрушина И.Ю. Субъективные индикаторы качества жизни в социологии США: обзор современных интерпретаций//Социологические исследования, 1981. - №1. – С.111-114].

20. Rejmerns N.V. Prirodopol'zovanie: Slovar'-spravochnik / N.V. Rejmerns. – M.: Misl', 1990. -637s. [Реймерс Н.В. Природопользование: Словарь-справочник / Н.В. Реймерс. – М.: Мисль, 1990. -637с].

21. Rjashhenko S.V., Bashalhanova L.B., Misevich K.N. i dr. Social'no-jekologicheskoe rajonirovanie territorii po faktoram, vlijajushhim na formirovanie kachestva zhizni naselenija (Irkutskaja oblast') // Geografija i prirod.resursy. – 2002. - №3. – S. 14-18. [Рященко С.В., Башалханова Л.Б., Мисевич К.Н. и др. Социально-экологическое районирование территории по факторам, влияющим на формирование качества жизни населения (Иркутская область) // География и природ.ресурсы. – 2002. - №3. – С. 14-18].

22. Solov'eva S.V., Najmushina A.G. Kachestvo zhizni kak mediko-biologicheskaja harakteristika sostojanija zdorov'ja zhitelej severa Tjumenskoj oblasti i goroda Tjumeni // Fundamental'nye issledovaniya. – 2011. – № 6 – S. 162-165. [Соловьева С.В., Наймушина А.Г. Качество жизни как медико-биологическая характеристика состояния здоровья жителей севера Тюменской области и города Тюмени // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 6 – С. 162-165].

23. Spiridonov S. P. Indikatory kachestva zhizni i metodologija ih formirovanija / S. P. Spiridonov // Voprosy sovremennoj nauki i praktiki. Universitet im. V. I. Vernadskogo. — 2010. — № 10–12 (31). — S. 208-223. [Спиридонов С. П. Индикаторы качества жизни и методология их формирования / С. П. Спиридонов // Вопросы современной науки и практики. Университет им. В. И. Вернадского. — 2010. — № 10–12 (31). — С. 208-223].

24. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Diener E., Fujita F. Methodological Pitfalls and Solutions in Satisfaction Research / New Dimensions in Marketing / Quality-of-Life Research. Access mode: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/.

25. Tim Brown. A Companion to Health and Medical Geography. Wiley-Blackwell, 2010. — 640 p.

26. Todorov A.S. Kachestvo zhizni. Kriticheskij analiz burzhuznyh koncepcij. Per s bolg. / Pod red. S.I. Popova. – M.: Progress, 1980. – 224 s. [Тодоров А.С. Качество жизни. Критический анализ буржуазных концепций. Пер с болг. / Под ред. С.И. Попова. – М.: Прогресс, 1980. – 224 с].

27. Venediktov D. D. Social'no-filosofskie problemy zdravohranenija / D.D. Venediktov // Voprosy filosofii. – 1980. – № 4. – S. 14 – 24.[Венедиктов Д. Д. Социально-философские проблемы здравоохранения / Д.Д. Венедиктов // Вопросы философии. – 1980. – № 4. – С. 14 – 24].

28. Vlasjuk O. S. Indeks ljudz'kogo rozvytku: dosvid Ukrai'ny / O.S. Vlasjuk, S.I.Pyrozhkov . – Kyi'v : PROON, 1995 . – 82 s. [Власюк О. С. Индекс людського розвитку: досвід України / О.С. Власюк, С.І.Пирожков . – Київ : ПРООН, 1995 . – 82 с].

29. Zvit po naukovo-doslidnij roboti «Rozroblennja systemy indyikatoriv ocinky jakosti zhyttja naselennja Ukrai'ny dlja zdijnsennja kompleksnogo monitoryngu, u tomu chysli porivnjannja z inshymy kraj'namy» Instytutu demografii' ta social'nyh doslidzhen' imeni M.V. Ptuhu NAN Ukrai'ny na zamovlennja Ministerstva ekonomichnogo rozvytku ta torgivli Ukrai'ny (№ derzhavnoi' rejestracij' 0112U008469) // K.: In-t demografii' ta soc. doslidzhen' imeni M.V. Ptuhu NAN Ukrai'ny, 2012. – 670 s. [Звіт по науково-дослідній роботі «Розроблення системи індикаторів оцінки якості життя населення України для здійснення комплексного моніторингу, у тому числі порівняння з іншими країнами» Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України на замовлення Міністерства економічного розвитку та торгівлі України (№ державної реєстрації 0112U008469) // К.: Ін-т демографії та соц. досліджень імені М.В. Птухи НАН України, 2012. – 670 с].

Резюме:

Моликевич Р.С. МЕСТО И РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ В ИССЛЕДОВАНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ.

В статье рассмотрено содержание категории «качество жизни» с позиции различных наук: философии, экономики, социологии, социальной экологии, медицины, общественной географии. Выделена роль здоровья в трактовке категории. Отмечено принципиальные особенности изучения качества жизни в общественной географии. Автором предложена модель системы проекционного формирования качества жизни в геопространстве, в которой отражены принципиальные связи уровней потребностей по А. Маслоу и категорий здоровья (физического, психического, социального и духовного). Автор делает акцент на особенностях объективного, субъективного и интегрального подходов к оценке качества жизни. Проанализированы основные методики и подходы к оценке качества жизни с

использованием медико-демографических показателей, среди которых методики ООН, Европейской экономической комиссии, ЕС, ОЭСР, научного издания International Living; европейских субъективных методик медицинского профиля Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP 68), EUROQOL, PQVS, SF-36 и других. Рассмотрено также подход российских ученых к оценке качества жизни с использованием категории «качество населения». Среди подходов, применяемых в Украине, проанализировано «Национальную матрицу индикаторов качества жизни населения в Украине», которая была сформирована Институтом демографии и социальных исследований имени М.В. Птухи НАН Украины; модель оценки качества жизни населения на уровне регионов Украины, которая была создана И.В. Гукаловой (Институт географии НАН Украины). На основе анализа частоты применения медико-демографических индикаторов при оценке качества жизни логично доказано, что медико-демографическая ситуация является синтетическим индикатором качества жизни населения.

Ключевые слова: качество жизни, здоровье, медико-демографическая ситуация.

Summary:

Molikevich R.S. PLACE AND ROLE OF HEALTH INDICATORS IN RESEARCH OF QUALITY OF LIFE.

The article considers the content of the category of "quality of life" from the perspective of different sciences: philosophy, economics, sociology, social ecology, medicine, social geography. Was highlighted the role of health in the interpretation of the category. Was noted the fundamental features of studying the quality of life in social geography. The author proposes a model of the projection formation of quality of life in geospace, which reflects the basic needs (by the levels of Maslow) and categories of health (physical, mental, social and spiritual). The author focuses on the features of the objective, subjective, and integrated approaches to the assessment of quality of life. Analyzed the main methods and approaches to the assessment of the quality of life with health and demographic indicators, including the methodology of the UN, Economic Commission for Europe, the EU, OECD, scientific journal «International Living»; European subjective methods of medical profile: Nottingham Health Profile (NHP), Sickness Impact Profile (SIP 68), EUROQOL, PQVS, SF-36 and others. We also consider the approach of Russian scientists to the evaluation of the quality of life using the category of "quality of the population." Among the approaches, which are used in Ukraine, was analyzed "The national matrix of indicators of quality of life in Ukraine", which was formed by the Institute of Demography and Social Studies named after M.V. Ptukha NAS of Ukraine; model of assessing the quality of life of the population at the level of regions of Ukraine, which was established by I.V. Gukalova (Institute of Geography, National Academy of Sciences of Ukraine). Based on analysis of the frequency of using of demographic and health indicators in the assessment of quality of life was proved that the medical and demographic situation is a synthetic indicator of the quality of life of the population.

Keywords: quality of life, health, medical-demographic situation.