

УДК 351.773

І. М. Мажак,
к. соц. н., докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
Національна академія державного управління при Президенті України, м. Київ

МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНА "ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ"

I. Mazhak,
PhD in Sociology, post-doctoral student of Public Health Administration Department,
The National Academy of Public Administration, Kyiv

METHODOLOGICAL APPROACHES TO THE STUDY OF THE PHENOMENON OF "HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE"

У статті зроблено огляд методологічних підходів до дослідження феномена "якості життя, пов'язаної зі здоров'ям". Виявлено, що найбільш поширеними є об'єктивний підхід, який визначає якість життя через реальні індикатори умов життя людей та суб'єктивний підхід, який передбачає, що реальна оцінка якості життя відображається у суб'єктивних оцінках самих людей.

The article reviews the methodological approaches to the study of the phenomenon of "health related quality of life". We found that the most common are objective approach that determines the quality of life through real indicators of living conditions and subjective approach, which assumes that a reasonable estimate of quality of life is reflected in subjective assessments of the people themselves.

Ключові слова: якість життя, якість життя, пов'язана зі здоров'ям, об'єктивний підхід, суб'єктивний підхід.

Key words: quality of life, health-related quality of life, objective approach, subjective approach.

ВСТУП

У всіх країнах і у всі часи, не зважаючи на рівень розвитку економіки і громадянського суспільства, існували й існують значні соціальні нерівності. Соціально-економічний статус є одним з найважливіших показників нерівності у здоров'ї, оскільки визначає стан здоров'я і тривалість життя особи. Стан здоров'я населення відображає не лише рівень і якість його життя, а також можливості та перспективи соціально-економічного розвитку самої держави.

На сьогодні маємо низький рівень самооцінки стану здоров'я населення (більше половини населення оцінює своє здоров'я як задовільне, а кожний п'ятий українець вважає його поганим і дуже поганим, 40 % населення мають одне чи декілька хронічних захворювань; за даними соціологічного моніторингу ІС НАНУ, 2010) та суперечність між статусом економічно активного населення та якістю життя, пов'язаною зі здоров'ям. Крім того, до зниження якості життя, пов'язаної зі здоров'ям призводить т.з. "медична пастка бідності" (оплата за медичні послуги приводить до зубожіння та зниження якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, економічно активного населення).

Очевидно, що держава має реальні можливості впливу на якість життя населення, тому підвищення якості життя та рівня здоров'я людей повинно стати стратегічним завданням для державної політики.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Поняття "якість життя" (Quality of Life — QL) немає однозначного тлумачення, оскільки є міждисциплінарним та

використовується різними науками. У зв'язку з цим різними науками були вироблені різноманітні підходи та концепції якості життя, в тому числі, пов'язаної зі здоров'ям. Адже здоров'я є одним з головних визначників якості життя. З позиції медицини "якість життя" — це вплив хвороби і лікування на стан хворого, для соціології "якість життя" — це ступінь задоволення важливих для людини потреб, з перспективи психології — це психічний добробут.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою дослідження є огляд методологічних підходів та концепцій до дослідження феномена "якості життя, пов'язаної зі здоров'ям".

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

ВООЗ у 1948 році визначила "якість життя" як сприйняття людьми свого положення в житті залежно від культурних особливостей і системи цінностей та в зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами, турботами. За ВООЗ загальна якість життя оцінюється за параметрами фізичної та психологічної сфер, рівня незалежності, соціальної сфери, навколишнього середовища та духовної сфери [1, с. 4]. Саме це визначення можна вважати біопсихосоціальною моделлю якості життя, пов'язаної зі здоров'ям.

Найчастіше в літературі зустрічаються два методологічні підходи до розуміння "якості життя": об'єктивний та суб'єктивний. Спочатку своєї еволюції "якість життя" асоціювалася з матеріальними речами, тобто з поняттям "рівень життя" та "добробут" це відобразилось у розвитку об'єкти-

вістського напрямку. Об'єктивний підхід передбачає об'єктивну оцінку матеріальних умов проживання, товарів (продукти харчування, житло) і послуг (освіта, охорона здоров'я), які споживає суб'єкт, рівня його доходів, заощаджень, а також екологію та стан навколишнього середовища. Далі ці об'єктивні індикатори доповнили суб'єктивними, адже люди по різному сприймають одні і ті ж умови життя. Суб'єктивний підхід — це відображення якості життя у відчуттях суб'єкта, сюди відносять емоції, переживання, ціннісні установки. Цей підхід характеризується таким термінами як: задоволеність життям, відчуття щастя, самооцінка здоров'я, особисті та інтелектуальні потреби, оптимізм.

Польський дослідник Т. Borys (2000) виділяє два виміри якості життя: дискрептивний і компаративний. Компаративний підхід оцінює якість життя за вартістю (вища, нижча якість життя; низький, високий рівень якості життя). Дискрептивний підхід описує якість життя (інша якість життя, різні якості життя). За дискрептивним підходом розглядають об'єктивну і суб'єктивну якість життя. За компаративістським підходом розглядають глобальну та часткову (окремо визначені сфери) якість життя [2, с. 81].

Польські дослідниці В. Kryk та К. Włodarczyk-Spiewak на основі теорії Т. Borys пропонують таксономію "якості життя" за дискрептивним підходом [3]:

1) дві субглобальні сфери "якості життя" — типу "мати" і "бути";

2) три галузеві сфери "якості життя" — соціальна, економічна і середовища (чи екологічна), з можливістю виділення четвертої сфери — інституційної (інституційна якість життя);

3) шість галузевих сфер "якості життя" — сімейна, соціальна, психічна, середовища, житлова і професійна (Kolman, 1977);

4) сім сфер якості життя (відповідно до потреб) — харчування, житло, здоров'я, освіта, відпочинок, соціальне і матеріальне забезпечення (Drewnowski, Scott, 1966, 1970);

5) дев'ять сфер якості життя — доходи і видатки людства, загроза бідності і бідність, житлові умови, безробіття, здоров'я і його загрози, освіта, безпека, природне середовище і стиль життя (Польща 2025, 2000);

6) тринадцять сфер якості життя за Campbell — шлюб і сімейне життя, здоров'я, сусіди, друзі і знайомі, життя в США, місце проживання, житло, професійна діяльність, хатня робота, вільний час, освіта і її придатність, а також фінансове забезпечення (Campbell, 1976);

7) шістнадцять сфер якості життя за Головним управлінням статистики Польщі — діти (задоволення від власних дітей), особисте життя, здоров'я, психічне самопочуття, сусіди, наявність друзів, професійна діяльність, ведення домашнього господарства, місце проживання, житлові умови, спосіб проведення вільного часу, кількість вільного часу, матеріальний стан і реалізація демократичних засад у країні (Maciaszek, 1997).

Поширеним у науковій літературі є розгляд якості життя згідно з теорією потреб, коли якість життя розглядається як ступінь задоволення потреб індивіда (наприклад, за А. Маслоу). Відповідно до цього підходу необхідно визначити загальні й універсальні потреби людей, а також індивідуальні й специфічні потреби окремої людини.

Недоліком розгляду якості життя через призму теорії потреб є опущення саме суб'єктивного виміру людського життя і досвіду. Процедури, які занадто узагальнюють потреби людей, акцентуючи на певних спільних потребах усіх індивідів, які на елементарному рівні є очевидними, оминають те, що більш якісні, нематеріальні й такі, що відносяться до психічної і духовної сфери людського існування потреби є індивідуальною справою кожного [4].

Крім того, виділяють і т.з. процесуальний підхід, де якість життя це сприйняття самим індивідом своєї якості

життя. "Сам досліджуваний являє собою найбільш компетентне джерело інформації, а в дослідженнях акцентується увага на індивідуальному вимірі (ідіографічний підхід). Підставою оцінки є ступінь розбіжності між станом актуальним і очікуваним, тобто мовою психології — це диспропорція між Я-реальним і Я-ідеальним. Перевагою цього підходу є отримання якнайбільш адекватної інформації про життя індивіда, проте дослідження пов'язане із зростанням складності дослідницьких знарядь, що застосовуються" [4, с. 12].

Автори української монографії "Якість життя населення регіону: аналіз, прогнозування, соціальна політика" [5, с. 16] вважають, що в цілому, всі підходи до вивчення якості життя можуть бути умовно згруповані у кілька наступних теорій:

1. Теорії ідеалів. Відповідно до них, якість життя включає реалізацію певних ідеалів. Скажімо, ідеалом може бути самореалізація особистості в душі А. Маслоу.

2. Персонально-утилітарні теорії концентруються на відчуттях щастя, задоволеннях і здійсненні бажань. Багато економістів цей підхід називають "велферизмом", соціальні філософи — "утилітаризмом" або навіть гедонізмом. Цей підхід часто критикується дослідниками з "третього світу", які не без підстави посилаються на власний досвід, коли люди часто примудряються пристосовуватися до нелюдських умов життя.

3. Теорії достатку концентруються на вироблених товарах, реальних доходах й ін. Так, багато економістів прагнуть оцінити якість життя в термінах рівня життя. Багато зусиль докладено для розробки методів оцінки одержуваного доходу. Але подібний підхід справедливо зазнає критики, оскільки є чимало людей, які не бажають обзаводитися власністю. Вони можуть бути набагато щасливішими від людей, обтяжених трудовою етикою й більшими нагромадженнями багатствами.

4. Теорії базових потреб. Згідно Ерику Алларду, якість життя досягається за рахунок задоволення трьох систем базових потреб: "мати", "любити" і "бути". "Споживчі" потреби визначаються як такі, що відносяться до матеріальних умов, необхідних для виживання та уникнення злиденності. Сюди відносяться економічні ресурси (мінімальний дохід на душу населення), умови проживання, зайнятість, умови праці, здоров'я, освіта. "Любов'я" відноситься до потреб спілкуватися з іншими людьми та утворювати соціальні ідентичності, а отже включає контакти в локальному співтоваристві, дружні відносини, соціалізація в групах, організаціях та відносини з колегами. Потреби у бутті — інтеграція в суспільстві та життя у гармонії з природою, політична активність, дозвілля тощо.

Шотландські дослідники Taillefer M.C. (2003) та інші [6; с. 299] виділяють три моделі якості життя:

Концептуальну модель	Модель, що визначає виміри та властивості якості життя (найменш складний тип моделі)
Концептуальні рамки	Модель, що описує, пояснює або прогнозує характер спрямованості взаємодії між елементами або вимірами якості життя
Теоретичні рамки	Модель, що включає в себе структуру елементів і їх взаємодію в теорії, яка пояснює ці відносини (найбільш складний тип моделі)

Огляд таксономій "якості життя" показує, що найбільш поширеним є об'єктивний підхід, який визначає якість життя через об'єктивні індикатори умов життя людей на основі різно-

манітної статистичної інформації. Крім того, популярним є суб'єктивний підхід, який передбачає, що реальна оцінка якості життя відображається у суб'єктивних оцінках самих людей і для цього використовують соціологічні опитування.

Поняття "якості життя, пов'язаної зі здоров'ям" було запроваджено у 1982 році, для того щоб розмежувати загальну концепцію якості життя від концепції якості життя, пов'язаної зі здоров'ям під якою розуміють оцінку людьми суб'єктивних факторів, що визначають їх здоров'я, самооцінку здоров'я, а також піклування про здоров'я, його зміцнення та підтримання такого рівня здоров'я, який дозволяє людям досягати своїх життєвих цілей і добробуту.

У медицині на частіше якість життя пацієнтів вивчають з метою оцінки ефективності впливу певних методів лікування чи фармацевтичних засобів. У процесі еволюції медицина відмовилась від трактування пацієнта лише як об'єкта медичних дій. Все більше уваги медики приділяють вивченню думки пацієнтів щодо ефективності лікування та оцінці хворими впливу терапії на якість їх життя.

Польська дослідниця D. Kochman зазначає, що дослідження якості життя у медицині розвиваються дуже динамічно і найчастіше проводяться з метою [7]:

- 1) оцінки впливу на якість життя двох ліків або двох методів лікування з подібною терапевтичною дією (вибирають такий, який у меншій мірі знижує якість життя);
- 2) оцінки дієвості методів психологічних впливів (що вимірюються поліпшенням якості життя);
- 3) оцінки якості медичної допомоги (одним з елементів якої є моніторинг якості життя хворих в певних відрізках часу).

Ряд авторів (H. Schipper, J. Clinch, V. Powell, J. Czapsinski, J. Daszykowska) до концепцій якості життя, пов'язаної зі здоров'ям відносять [8]: психологічний підхід (G.E. Engel), що акцентує увагу на тому як відчуває пацієнт вплив хвороби і терапії; модель корисності, що ґрунтується на теорії рішень, розглядаючи стратегії поведінки в умовах дилем виникаючих з обмежених засобів медичної допомоги і суперечливості між кількісними і якісними критеріями життя; концепцію випромінюючих ефектів (впливів) (J.E. Ware), що вирізняє декілька кіл впливів хвороби і терапії, починаючи від біологічних функцій, проходячи через загальний психічний добробут до соціального функціонування, адже впливи відбиваються на ситуації в сім'ї і ширшому оточенні пацієнта; модель реінтеграції до нормального життя, виділяє такі виміри, як мобільність, здатність до самообслуговування, щоденна діяльність, рекреаційна активність, сімейні ролі, дружні зв'язки, спосіб презентації себе і загальна здатність давати собі раду; а також модель пристосовування прагнень до можливостей стану здоров'я (K.C. Calman).

Розглядаючи якість життя, пов'язану зі здоров'ям з точки зору об'єктивного підходу оцінюємо матеріальні та житлові умови проживання індивіда, можливості повноцінного харчування, а також соціально-економічний статус, який зумовлює, зокрема, доступ до якісних медичних послуг та медикаментів. Сюди належать й екологічні умови навколишнього середовища. Також до об'єктивних визначників якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, індивіда відносять і стан його здоров'я (визначений медичними показниками). У суб'єктивному вимірі важливе значення має позиція "здоров'я" у ієрархії цінностей особистості, розуміння здоров'я як цінності декларованої й реалізованої, самооцінка здоров'я (суб'єктивне відчуття здоров'я), а також розгляд здоров'я як інструментальної цінності, що дозволяє досягти бажаних життєвих цілей.

ВИСНОВКИ

Найчастіше дослідники виділяють два методологічні підходи до розуміння "якості життя": об'єктивний та суб'єктивний, проте для дослідження феномену "якості життя, пов'язаної зі здоров'ям" необхідним є поєднання цих двох

підходів, адже при наявності однакових матеріальних умов життя індивіди по-різному оцінюють свою якість життя, пов'язану зі здоров'ям.

Складність дослідження "якості життя, пов'язаної з здоров'ям" полягає не лише у існуванні різноманітних методологічних підходів та концепцій, а також у тісному зв'язку цього феномену з особистісними характеристиками людей, їх демографічними, етнічними, соціально-економічними характеристиками та системами цінностей.

Література:

1. WHOQOL Mesuaring Quality of Life. (1997), World Health Organization, 15 p.
2. Borys T., (2000), Ilosc a jakosc — kilka refleksji po latach, w: Miedzy licza a trescia, red. A. Iwasiewicz, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Krakow.
3. Kryk B., Wlodarczyk-Spiewak K. Wybrane Aspekty Jakosci Zycia Na Przykladzie Wojewodztwa Zachodniopomorskiego // <http://mikroekonomia.net/system/publication>
4. Marcin Wnuk ta in., Przegląd koncepcji jakosci zycia w naukach społecznych. Hygeia Public Health 2013, 48(1): 10—16
5. Якість життя населення регіону: аналіз, прогнозування, соціальна політика/ Під ред. В.Г.Никифоренка. Монографія / МОИМС України. Одеський нац. економічний університет. — Одеса, 2012. — 316 с.
6. Taillefer M.C., Dupuis G., Roberge M.A. and Lemay S. (2003) 'Health-Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature', Social Indicators Research, Vol. 64, 293—323.
7. Kochman D. Jakosc zycia. Analiza teoretyczna Zdr Publ 2007;117(2): 242—248.
8. Daszykowska J. Jakosc zycia w koncepcjach zwiazanych ze zdrowiem. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszow 2006, 2, 122—128.

References:

1. WHOQOL Mesuaring Quality of Life. (1997), World Health Organization, 15 p.
2. Borys, T., (2000), Ilosc a jakosc — kilka refleksji po latach, w: Miedzy licza a trescia [Quantity and quality — some reflections on the years in between the count and the content], red. A. Iwasiewicz, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Krakow.
3. Kryk, B., Wlodarczyk-Spiewak, K. Wybrane Aspekty Jakosci Zycia Na Przykladzie Wojewodztwa Zachodniopomorskiego [Selected Aspects of Quality of Life For Example the Zachodniopomorsk] [Electronic resource] <http://mikroekonomia.net/system/publication>.
4. Marcin Wnuk ta in., Przegląd koncepcji jakosci zycia w naukach społecznych [Overview of the concept of quality of life in the social sciences]. Hygeia Public Health 2013, 48(1): 10—16.
5. Yakist' zhyttia naseleennia rehionu: analiz, prohnozuvannya, sotsial'na polityka [Quality of life in the region: Analysis, Forecasting and Social Policy]. Pid red.: V.H. Nykyforenka. Monohrafiia / MONMS Ukrainy. Odes'kyj nats. ekonomichnyj univ-tet. — Odesa, 2012. — 316 s.
6. Taillefer, M.C., Dupuis, G., Roberge, M.A. and Lemay, S. (2003) "Health-Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature", Social Indicators Research, Vol. 64, No. 293—323.
7. Kochman, D. Jakosc zycia. Analiza teoretyczna. [Quality of life. Theoretical analysis] Zdr Publ 2007;117(2):242—248.
8. Daszykowska, J. 2006, Jakosc zycia w koncepcjach zwiazanych ze zdrowiem. [Quality of life in the concepts related to health]. Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszow, 2, 122—128.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2013 р.