

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ, ПОВ'ЯЗАНА ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ, ТА КОНЦЕПТУАЛЬНІ ПІДХОДИ ДО ЇЇ ОЦІНКИ

Світлана Індика¹, Наталія Белікова¹

¹Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, Україна; indyka.svitlana@vnu.edu.ua

<https://doi.org/10.29038/2220-7481-2022-04-11-22>

Анотації

Актуальність. Фінансова криза та війна в Україні призвели до різкого зниження рівня життя населення. Тому оцінка якості життя населення країни, особливо осіб працездатного віку, які є важливою складовою частиною процесу стратегічного планування розвитку країни та її відбудови в післявоєнний період, заслуговують на особливу увагу. **Мета дослідження** – аналіз і систематизація наявних теоретико-методичних підходів до оцінювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, які використовуються в міжнародних та вітчизняних дослідженнях. **Методи досліджень** – теоретичний аналіз й узагальнення інформації електронних баз даних із використанням дескрипторів «якість життя (Quality of Life – QOL)», «якість життя, пов'язана зі здоров'ям (Health-Related Quality of Life – HRQOL)». **Результати дослідження та висновки.** Під час аналізу поглядів учених на категорію «якість життя» з'ясовано, що це поняття змінювалося залежно від місця, часу інформації та рівня розвитку суспільства. HRQoL вимірює ті аспекти якості життя, які безпосередньо впливають на здоров'я людини, і є одним із ключових показників у галузі здоров'язбереження. HRQoL ми розглядаємо як інтегративну характеристику особистості, яка ґрунтується на суб'єктивному сприйнятті загального задоволення та включає фізичне, психологічне й соціальне благополуччя, що дає їй змогу зреалізувати свої потенційні можливості в повсякденному житті. **Висновки.** Спільність наукових поглядів щодо категорії «якість життя» полягає в тому, що це складна багатовимірна категорія й здоров'я має першочергове значення в її структурі. Порівнюючи та узагальнюючи різні наукові позиції розуміння якості життя, методик і підходів до її оцінки, можемо стверджувати, що HRQOL доповнює традиційні методики на індивідуальному й груповому рівнях. Поширеним загальним опитувальником для визначення якості життя є SF-36, що дає змогу оцінити всі компоненти якості життя, у тому числі пов'язані зі здоров'ям, і не є специфічним для вікових груп.

Ключові слова: якість життя, здоров'я, опитувальник, SF-36.

Svitlana Indyka, Nataliia Bielikova. Health-Related Quality of Life and Conceptual Approaches to its Assessment. Topicality. The financial crisis and the war in Ukraine led to a sharp fall in living standards. Therefore, the quality of life assessment of the population, especially working-age people, who are an important part of the state's strategic planning and its reconstruction in the post-war period, deserve special attention. **The Purpose of the Research.** Analysis and systematization of existing theoretical and methodological approaches to the assessment of the quality of life that is used in international and domestic studies. **Research Methods:** theoretical analysis and generalization of electronic databases using the multi-dimensional concepts as Quality of Life (QOL) and Health-Related Quality of Life (HRQOL). **Research Results.** Analyzing the scholars' views within the 'quality of life' concept, it was found that it changed depending on the place, time of information and the level of society development. HRQoL measures the quality of life aspects that directly affect human health, and is one of the key health care indices. HRQoL has been considered as an integrative human characteristic, which is based on the subjective perception of general satisfaction and includes physical, psychological and social well-being as well as allows people to realize their capacity in everyday life. **Findings.** The unity of research views according the "quality of life is a complex multidimensional category, and health is a significant component of its structure. By comparing and summarizing various research views on the quality of life, methods and approaches to its assessment, it can be argued that HRQOL complements traditional methods at the individual and group levels. A common general questionnaire for determining the quality of life is the SF-36, which allows for the assessment of all quality of life components, including health-related ones, and is not specific to age groups.

Key words: quality of life, health, questionnaires, SF-36.

Вступ. У умовах економічних трансформацій, політичних змін і за наявного військового стану в Україні одним із найважливіших завдань державної політики є підвищення якості життя громадян країни.

Фінансова криза та війна в Україні призвели до різкого зниження рівня життя населення. Погіршення психологічного й емоційного стану людей надзвичайно знижує якість життя громадян нашої

країни. Тому оцінка якості життя населення країни, особливо осіб працездатного віку, які є важливою складовою частиною процесу стратегічного планування розвитку держави та її відбудови в післявоєнний період заслуговують на особливу увагу.

Проблема оцінки якості життя широко досліджується у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі. Теоретичні основи концепції якості життя вивчаються в працях таких зарубіжних науковців, як А. Campbell, N. Dalkey, M. Farquhar, J. Forrester, S. Galloway, J. Galbraith, D. Rourke, A. Toffler, N. C. M. Theunissen, D. Patrick & P. Erickson, S. Shumaker & M. Naughton, W. Zapf та ін. Серед вітчизняних учених відзначимо дослідження Д. Бікулової, П. Герасимчук, І. Гукалової, В. Дятлової, Н. Ковтун, Е. Лібанової, Л. Лісогора, М. Мукашевич, В. Никифоренка, Ю. Павлової, Н. Сітнікової й ін.

Однією з найважливіших довгострокових цінностей у житті людини є здоров'я. Потенціал здоров'я людини відіграє важливу роль у формуванні інших «якісних характеристик» населення – рівня його освіченості, здатності до оволодіння певними професіями, можливостей кар'єрного росту тощо. З іншого боку, якість самого середовища, умов життя також чинять свій вплив на здоров'я людей. Отже, якість життя й здоров'я населення є тісно пов'язаними категоріями.

Мета дослідження – аналіз та систематизація наявних теоретико-методичних підходів до оцінювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, які використовуються в міжнародних і вітчизняних дослідженнях.

Методи досліджень. У дослідженні використано метод теоретичного аналізу й узагальнення інформації електронних баз даних із використанням дескрипторів «якість життя (Quality of Life – QOL)», «якість життя, пов'язана зі здоров'ям (Health-Related Quality of Life – HRQOL)».

Результати дослідження. Поняття «якість життя» (Quality of Life) є міждисциплінарним, оскільки входить до категорійно-понятійного апарату різних соціальних, економічних і медичних наук. У зв'язку з цим немає його однозначного універсального тлумачення, яке б включало всю його багатозначність, як і немає універсальної загально визнаної методики вимірювання якості життя. З іншого боку, дослідження того, які сфери повинні бути включені в загальне визначення цієї конструкції, а також уніфікація та стандартизація методів дослідження дали б змогу порівнювати отримані дані в міждисциплінарному ракурсі.

Ураховуючи міждисциплінарний характер поняття якості життя, виокремимо декілька етапів розвитку цієї категорії. Так, І. В. Бестужев-Лада [1] виділяє три основні стадії розвитку поняття «якість життя»: ембріональна (кінець 50-х – середина 60-х років), квантифікаційна (60–70-ті роки) і концептуальна (із 70-х років). Перша стадія пов'язана з виникненням поняття «якість життя»; друга характеризується побудовою системи кількісних оцінок, квантифікуванням «якості життя» як наукового поняття; третя – пов'язана з розробкою концепцій оцінювання якості життя.

Починаючи з 90-х рр. ХХ ст., у різних країнах світу почали функціонувати спеціалізовані дослідні центри та діяти відповідні наукові програми [27]. Здебільшого вчені погоджуються з тим, що поняття якості життя багатовимірне, а його складниками є навколишнє середовище, здоров'я людини, блага цивілізації, психологічний добробут, професійне й особистісне зростання, задоволеність життям [6].

Філософія якості життя на початку ХХІ ст. виходить на перший план у стратегічному плануванні в найбільш розвинених країнах світу, таких як Канада, Велика Британія, Швеція, Японія, Нова Зеландія тощо, оскільки через якість життя можливо здійснювати інтегральну оцінку ефективності управління в умовах переходу до постіндустріального суспільства. Якість життя трактується як комплексна інтегральна характеристика напрямів взаємодії особистості з її соціальним оточенням, що відображає рівень реалізації прав людини та її соціальної свободи, можливості всебічного розвитку людини, сукупність матеріальних, культурних і духовних цінностей [17].

Отже, світова історія досліджень якості життя налічує не одне століття, має сформовану методологічну та термінологічну базу. Протягом етапів таких досліджень, які умовно поділено на три, кардинально змінюється мета – від збільшення загального добробуту країни до створення умов для максимального розвитку людини, що актуалізувало розробку принципово нових підходів до визначення суті та вимірювання категорії «якість життя населення».

В українських наукових колах більш популярними є дослідження рівня життя населення, у яких відображаються загальнодержавні аспекти проблеми. Досліджуються явища бідності, аналізуються доходи та витрати, майнове розшарування, розглядається проблематика визначення критеріїв

середнього класу. Серед сучасних українських дослідників панує погляд на рівень життя у вузькому та широкому розумінні [4].

Виходячи з того, що здоров'я є важливим елементом якості життя в широкому розумінні, за останні десятиліття дослідження якості життя стало новим феноменом у галузі охорони здоров'я.

Характеристика якості життя, із погляду медицини, має два напрями розвитку: а) використання специфічних засобів дослідження, сконцентрованих на вивченні патологій або окремих особливостей здоров'я суспільства; б) неспецифічні – які використовуються для вивчення патологій у всій їх різноманітності та змінюються залежно від стану здоров'я, психологічного стану й соціального оточення об'єкта дослідження. Відповідно, можна отримати або загальне уявлення про якість життя, або аналітичні відомості про його складники [11]. Крім того, фахівці з клінічної медицини акцентують увагу на тому, що якість життя є головною метою лікування під час захворювань, що не обмежують тривалість життя, додатково – під час захворювань, що обмежують тривалість життя, і єдиною – для пацієнтів в інкурабельній стадії захворювання [34].

У 1946 р. ВООЗ визначила здоров'я як стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки як відсутність хвороби й фізичних дефектів (Конституція ВООЗ). Із цього випливає, що вимірювання здоров'я і впливів системи охорони здоров'я на нього повинно включати не лише кількісні показники захворюваності, а й оцінку фізичного, духовного та соціального благополуччя, і це може бути вимірюванням поліпшення якості життя, пов'язаної зі здоров'язбереженням.

ВООЗ визначає *якість життя* як сприйняття людьми свого положення в житті залежно від культурних особливостей і системи цінностей та у зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами, турботами. За ВООЗ, загальна якість життя оцінюється за такими параметрами:

- фізична сфера: енергійність, втома, біль, фізичний дискомфорт, сон і відпочинок;
- психологічна сфера: самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення, здатність до навчання, пам'ять та концентрація;
- рівень незалежності: повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування;
- соціальна сфера: особистісні відносини, соціальна підтримка, сексуальна активність, фінансові ресурси, свобода, фізична безпека, охорона здоров'я: наявність та якість, домашнє середовище, можливості для отримання нової інформації та набуття нових навичок, рекреаційні можливості й відпочинок;
- навколишнє середовище: житло та побут, екологія (клімат, забрудненість, густонаселеність);
- духовність, релігійність й особисті переконання [33; 35; 39].

Тобто якість життя набуває широкого концептуального трактування, що охоплює в комплексі фізичне здоров'я індивіда, його психологічний стан, рівень незалежності, соціальні зв'язки, особисті погляди, відносини з його оточенням [11].

Міжнародне співтовариство з дослідження якості життя (International Society for Quality of Life Research – ISOQOL), метою якого є сприяння розвитку наукових досліджень якості життя, пов'язаної зі здоров'ям, та інших досліджень, орієнтованих на пацієнта для визначення ефективних заходів щодо підвищення якості медичної допомоги й зміцнення здоров'я населення, визначає якість життя, пов'язану зі здоров'ям, як функціональний вплив медичного стану або лікувальної терапії на пацієнта. Отже, HRQOL є суб'єктивним і багатовимірним поняттям та охоплює фізичне й професійне функціонування, психологічний стан, соціальну взаємодію та соматичні відчуття.

Термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (HRQoL), як вимірювання стану здоров'я людей уперше використано в другій половині XX ст.

HRQoL є рівнем задоволеності чи щастя індивіда з тих сфер життя, які тією чи іншою мірою або впливають на здоров'я, або від нього залежать. HRQoL можна відрізнити від якості життя в широкому значенні, оскільки вона стосується переважно тих факторів, які підпадають під сферу дії медичних працівників та системи охорони здоров'я [40].

Із погляду соціології медицини, ключовими в оцінці якості життя є чотири компоненти, пов'язані зі здоров'ям: умови життя, спосіб життя, задоволеність ними, поведінка щодо ставлення до здоров'я. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям, на індивідуальному рівні ґрунтується на особливостях соціального статусу й соціальних відносинах індивіда; як комплексний показник здоров'я населення (груп, суспільства) формується на основі соціальних процесів, що впливають на ціннісні орієнтації, установки, мотивації поведінки у сфері здоров'я. Соціальна поведінка у сфері здоров'я (самозбереження, збереження здоров'я) через вплив на рівень здоров'я регулює якість життя [34].

За результатами досліджень N. C. M. Theunissen, HRQoL – це сприйняття індивідом проблем у стані здоров'я в поєднанні з емоційними реакціями на ці проблеми [36].

Лише в середині ХХ ст. починають згадувати тему здоров'я, пов'язану з якістю життя, коли ВООЗ на своїй асамблеї 1946 р. приймає визначення «здоров'я» [30]. Цей факт породжує іншу категорію, яка згадується, як «HRQoL, відмінна від загального показника якості життя та безпосередньо пов'язана зі станом здоров'я особи».

Декілька визначень HRQoL передують визначенню HRQoL, яке запропоноване ВООЗ (1997): «Сприйняття особистістю свого життєвого становища в контексті культури та систем цінностей, у яких вони живуть, і у зв'язку з їхніми цілями, очікуваннями, стандартами та проблемами» [39].

Так, D. Patrick і P. Egickson визначають HRQoL як «міру, у якій приписане значення модифікується до тривалості життя залежно від сприйняття фізичних, психологічних і соціальних обмежень і зменшення можливостей через хворобу, його продовження, лікування та/або політику охорони здоров'я» [31].

S. A. Shumaker і M. J. Naughton трактують HRQoL як «суб'єктивне сприйняття, яке залежить від поточного стану здоров'я, щодо здатності виконувати ті дії, що є важливими для індивіда» [29].

Згідно з авторитетною думкою ООН, категорія «якість життя» включає 12 параметрів, із яких на першому місці – здоров'я. Європейська економічна комісія систематизувала вісім груп соціальних індикаторів ЯЖ, при цьому здоров'я також поставлено на перше місце. Отже, якість життя в контексті здоров'я можна розглядати як інтегральну характеристику фізичного, психічного й соціального функціонування здорової та хворої людини, засновану на її суб'єктивному сприйнятті.

Особливу складність викликає оцінювання задоволеності людини різними сторонами її життєзабезпечення. З огляду на складну військово-політичну ситуацію в Україні, маємо оновлювати наявні методики оцінки якості життя населення. Навіть якщо матеріальний рівень життя людей, що безпосередньо були в зоні активних бойових дій, вищий за рівень бідності, їхній емоційний та психологічний стан не дає змоги класифікувати рівень якості життя як задовільний.

Для правильного визначення напрямів державної політики, які позитивно впливатимуть на якість життя населення, потрібно обґрунтувати потребу розвитку методичних основ вимірювання якості життя в умовах відсутності еталонної системи показників та універсальної методики, яка враховує динамічно мінливі й ті, що диференціюються територіально, індикатори досліджуваного показника, у тому числі пов'язані з глобальними трендами та локальними тенденціями. Для України це, серед іншого, прояви військово-політичного конфлікту, які істотно знижують рівень об'єктивних показників якості життя, а також змінюють суб'єктивні уявлення людей про прийнятні та задовільні параметри задоволеності життям. Для цього потрібним є аналіз сучасних запропонованих світовою наукою методик та розробка на їх основі варіанта вимірювання, прийняттого для України.

У більшості досліджень із досліджуваної тематики окремо виділяються об'єктивний (матеріальне благополуччя) та суб'єктивний (задоволення й радість від життя) аспекти, які вивчаються вже окремо.

Складність виміру та оцінки якості життя населення зумовлена тим, що якість життя – це системне поняття, яке визначається єдністю його компонентів: власне самої людини як біологічної та духовної істоти, її життєдіяльності й умов, у яких воно відбувається. У результаті система показників якості життя населення повинна включати як об'єктивні характеристики самої людини (або соціуму), її життєдіяльності та умов життя, так і суб'єктивні оцінні характеристики, що відображають ставлення суб'єкта до конкретних явищ, об'єктів та процесів, що становлять якість його життя. Здебільшого вчені погоджуються з тим, що поняття якості життя багатовимірне, а його складниками є навколишнє середовище, здоров'я людини, блага цивілізації, психологічний добробут, професійне й особистісне зростання, задоволеність життям.

Наявні концептуальні підходи до оцінювання якості життя можна розділити на два основних напрями:

- об'єктивні підходи дають змогу визначати якість соціального та фізичного (штучного й природного) навколишнього середовища, у якому люди намагаються реалізувати свої потреби;
- суб'єктивні підходи зосередилися на розгляді ціннісних установок. Елементами структури якості життя є самопочуття, задоволеність життям, щастя (чи комбінація цих елементів).

Об'єктивний підхід є найбільш поширеним, визначає якість життя через параметри об'єктивних умов і процесів життєдіяльності. Його мета – вимір рівня життя суспільства або групи людей на

основі різноманітної статистичної інформації. Об'єктивні параметри оцінки якості життя вимірюються згідно з відповідними методами, що не залежать від ставлення оцінювача до властивостей об'єкта вимірювання та націлені на отримання значень у стандартизованих одиницях виміру. Об'єктивна оцінка економічних чинників якості життя охоплює показники матеріального добробуту, середнього доходу на душу населення; середньомісячної заробітної плати, розміру прожиткового мінімуму, чисельності населення з доходами, нижчими за прожитковий мінімум, структури грошових доходів і витрат населення (індекс Джині); забезпеченості житлом тощо.

Суб'єктивний підхід передбачає визначення якості життя на основі соціологічних опитувань. Суб'єктивні оцінки відображають індивідуальне сприйняття індивідом якості життя й ґрунтуються на суб'єктивних відчуттях, особистих оцінках. Більшість дослідників виділяє у суб'єктивних оцінках раціональну та емоційну компоненти. Перша складається із загальної задоволеності життям й оцінок ступеня задоволеності різними сторонами життя. Друга компонента є балансом позитивних і негативних емоцій. Суб'єктивні параметри оцінюються алгоритмами, що залежать від знань та накопиченого особистого життєвого досвіду, індивідуальних критеріїв оцінювання об'єктів, суб'єктів і явищ, життєвих цінностей та світогляду. Саме тому важливим є вибір критеріїв, за якими індивід повинен оцінювати якість свого життя, методологічний інструментарій узагальнення отриманих висловлювань й оцінок, визначення факторів, здатних впливати на усвідомлення відповідних станів індивіда, тощо [8].

Нині існує кілька різновидів моделей якості життя, які ґрунтуються на суб'єктивних або об'єктивних показниках, проаналізовані Ю. Павловою (2016) [12].

1. Моделі, які ґрунтуються на об'єктивних показниках. У цих моделях під час оцінювання якості життя враховують стан здоров'я, тривалість життя, наявність і функціонування служби охорони здоров'я, рівень освіти, прожитковий мінімум, соціально-економічну ситуацію в державі, наявність політичних, економічних й особистих свобод [28].

2. Моделі, які ґрунтуються на суб'єктивних показниках. Згідно із зазначених моделей, досліджують рівень задоволення життям, психологічний стан, особисті здобутки, духовність і власні переконання, суспільну мораль [19].

3. Моделі, що ґрунтуються на суб'єктивних й об'єктивних показниках:

- моделі, згідно з якими якість життя безпосередньо корелює зі станом здоров'я. У таких моделях зазвичай враховують стан фізичного та психологічного здоров'я, рівень щоденної фізичної активності, потребу в послугах соціальної служби чи служби охорони здоров'я; почуття власної гідності; розуміння свободи; здатність адаптуватися до умов навколишнього середовища, контролювати негативні емоції, зберігати звичний позитивний настрій, задоволення житловими умовами, рівень безпеки в суспільстві, можливості для духовного розвитку й самореалізації, повага навколишніх до респондента, його статус у суспільстві [22];

- моделі соціального благополуччя. У них враховують співвідношення між заробітною платою та вартістю життя, індекс кримінальності суспільства, характеристику сусідів, ступінь забруднення навколишнього середовища, доступність освітніх послуг, спортивних і розважальних споруд тощо [20];

- моделі впливу навколишнього середовища на якість життя. Ґрунтуються на принципі навчання впродовж усього життя й можливості зміни навколишнього середовища, відповідно до потреби брати участь у соціальному житті або забезпечення самовираження [32].

За результатами аналізу зазначених моделей виявлено, що в них під час вимірювання якості життя безпосередньо або опосередковано вивчають різні складники здоров'я. Також враховують, як стан здоров'я впливає на функціонування людини в соціумі, працездатність, на можливість користуватися суспільними благами [13].

На сьогодні для оцінки якості життя запропоновано близько 1200 різних інструментів. Наприклад, база даних Pro Qolid містить їх понад 700. Загалом 15 можливих критеріїв оцінки якості життя теоретично дає змогу створити понад 200 000 принципово різних вимірювальних систем [2].

Фахівці Інституту демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України виділяють шість найбільш уживаних у світі міжнародних систем оцінювання якості життя: загальнометодологічна концепція стандартів і якості життя; індекс якості життя EIU; методологія ЄС European Statistical System Committee; індекс якості життя International Living; Європейський моніторинг якості життя та Better Life Initiative [8].

У 2012 р. в Україні розроблено й упроваджено в практику роботи органів державної статистики методика Моніторингу регіонального людського розвитку України (розробники – Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України та Державна служба статистики України) [15], яка бере за основу ідеї й принципи, що сформульовані ПРООН [10] та постійно оновлюється. Методика ґрунтується на побудові національної матриці індикаторів, максимально адаптованої до державної статистики. Під час формування національної матриці індикаторів якості життя виокремлюються три блоки (стан, поточна ситуація, суб'єктивна оцінка) та чотири середовища (природне, соціальне, економічне, суспільно-політичне). При цьому останні три середовища мають свої субсередовища:

- 1) природне середовище (екологія);
- 2) соціальне середовище (здоров'я; освіта; безпека, культура, мистецтво, відпочинок; житло; транспорт);
- 3) економічне середовище (економіка; зайнятість);
- 4) суспільно-політичне середовище (громадянська активність; суспільне середовище).

Отже, матриця має тридцять три структурних елементи. При цьому кожен структурний елемент складається з низки показників, усього використовується близько 170 показників. У підсумку розраховується інтегральний індекс i , залежно від мети – різні субіндекси [8].

Визначення значення якості життя населення здійснюється за допомогою класу DSGE (dynamic stochastic general equilibrium) моделей. Попри переважну поширеність використання DSGE-моделей для аналізу у фінансовій сфері, їх можна застосовувати також для аналізу якості життя населення.

У результаті застосування DSGE-моделі для аналізу якості життя населення країн Європи та України за допомогою програмного забезпечення Dynare 4.6.1 отримано такі результати в точці рівноваги для кожної країни. Отже, найнижчу якість життя з досліджених країн має Україна, у якій вона становить 29,86 %. Найгірші результати серед держав Європи – у Болгарії (43,36 %), за нею – Греція (49,04 %) та Румунія (56,5 %).

Найкращі результати показали Австрія (94,25 %), Данія (93,55 %), Ісландія (95,69 %), Ірландія (93,37 %), Нідерланди (93,63 %), Норвегія (96,02 %), Швеція (93,75 %) і Швейцарія (96,9 %). Також високі результати отримали Німеччина, Велика Британія, Франція й Люксембург.

Отримані значення підтверджують територіальну закономірність у розподілі якості життя: найвищі значення – у країн Північної та Західної Європи; результати країн Південної Європи помірні; якість життя в державах перехідної економіки істотно диференціює між країнами. Так, якість життя в Польщі становить 81,79 %, у Словаччині – 74,29 %, тоді як в Угорщині – 68,50 %, у Румунії – 56,50 %. Водночас, попри невисокі результати Болгарії та Румунії, різниця в результатах між ними й Україною залишається суттєвою та потребує комплексу стратегічних дій для її зменшення [18].

Дослідницький центр The Economist Intelligence Unit опублікував результати дослідження «Рейтинг міст світу за рівнем якості життя у 2016 році» (Global Liveability 2016). У цьому році вперше в десятку найгірших потрапила столиця України – місто Київ (131 місце зі 140 міст), – рейтинг якого останні три роки постійно знижувався [21].

Відповідно до щорічного звіту US News and World Report у партнерстві з BAV Group і Wharton School Університету Пенсільванії, у 2021 році шість країн, жителі яких мають найкращу якість життя в усьому світі, – це Канада, Данія, Швеція, Норвегія, Швейцарія й Австралія. Причини такої картини – економічна стабільність, надійна державна освітня система, рівність доходів, політика та закони, що сприяють функціонуванню сім'ї, політична стабільність і доступна й розгорнута система охорони здоров'я. Сполучені Штати мають набагато нижчий рейтинг, ніж ці шість країн, і посідають 20 місце за якістю життя [37].

Найбільш раціональним методом оцінки якості життя на сучасному етапі вважається застосування в дослідженні стандартизованих опитувальників, що є необхідним для отримання результатів, які можуть бути порівняні між собою, незалежно від країни дослідження. У США та Європі створені спеціальні центри, асоціації, спільноти, які займаються розробленням таких опитувальників, проводиться їх адаптація для широкого використання. [4].

Окрім того, відповіді на запитання опитувальника може давати не лише респондент. В окремих випадках застосовується опитування лікарів, родичів, опікунів, інших референтних осіб. Очевидно, що сам респондент, його лікар або рідні можуть по-різному оцінювати рівень якості життя. Такий підхід дає змогу оцінити проблему комплексно, поглянувши на неї з різних боків, і таким чином

зменшити суб'єктивізм оцінювання. Іноді вказаний спосіб отримання інформації є припустимим у ситуації, коли хворий не в змозі з певних причин дати відповіді самостійно [9].

За рекомендацією ВООЗ, в оцінку HRQOL уключено такі критерії, які покладені в основу формування різних анкет та опитувальників:

1. Фізичні – життєва активність, енергія, утомлюваність, біль, дискомфорт, сон, відпочинок.
2. Психологічні – позитивні й негативні емоції, пізнавальні функції, самооцінка, рухливість, зовнішній вигляд.
3. Клінічні характеристики захворювання – скарги, об'єктивні, суб'єктивні ознаки захворювання, наявність ускладнень.
4. Рівень незалежності – працездатність, щоденна активність, залежність від ліків і лікування.
5. Суспільне життя – особисті відносини, суспільна адаптація, сексуальна активність.
6. Навколишнє середовище – побут, безпека, загальне благополуччя, доступність і якість медичної та соціальної допомоги, екологія, доступність інформації, можливість навчання.
7. Духовність – релігія, особисті погляди, поведінкові реакції [23].

Так, у соматичній медицині широко використовуються такі методики, як шкала Карновського, індекс благополуччя Кемпбелла, сходинок Кентрила, Ноттингемський профіль здоров'я, профіль впливу хвороби, індекс загального психічного благополуччя.

Найбільшої популярності набули підходи, запропоновані для оцінювання якості життя ВООЗ – опитувальник ЯЖ-100 і шкала SF-36 (36-item Medical Outcome Study), Short-Form Health Survey (MOS-SF-36).

Методика оцінки якості життя SF-36 (Item Short Health Status Survey), яка була розроблена в 1992 р. [26], належить до неспецифічних опитувальників, і дає змогу оцінити всі компоненти якості життя, у тому числі пов'язані зі здоров'ям, і не є специфічним для вікових груп.

Шкала SF-36 рекомендована для використання міжнародними стандартами й зараз широко використовується в США, країнах Європи та в Україні під час проведення досліджень якості життя. Існує україномовна адаптована версія, створена за допомогою методології міжнародного проекту оцінювання якості життя IQOLA [38].

Будучи досить короткою, вона володіє високою інформативністю, чутливістю та вважається найбільш апробованою й валідною. На відміну від інших опитальників і шкал, які переважно орієнтовані на осіб із певними захворюваннями, її можна використовувати для вивчення HRQOL здорових людей, зокрема молоді віком від 14 років і працездатного населення. Шкала SF-36 залишається актуальною, простою, доступним і валідним інструментом для оцінки основних складових частин фізичного й психічного здоров'я [2].

Шкала SF-36 складається з 36 запитань, об'єднаних у вісім шкал, що віддзеркалюють фізичну активність (Physical Functioning) – оцінювання щоденного фізичного навантаження (чим вищий показник, тим більше фізичне навантаження може виконати респондент); роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (Role Physical Functioning) – взаємозв'язок між щоденною діяльністю й фізичним станом (чим вищий показник, тим менше фізичне здоров'я впливає на щоденну діяльність); рівень болю (Bodily Pain) – чим вищий показник, тим менше больові відчуття заважають щоденній діяльності респондента; життєздатність (Vitality) – оцінювання рівня життєвого тону (чим вищий показник, тим більше часу респондент відчував себе бадьорим та енергійним); соціальну активність (Social Functioning) – оцінювання відносин із навколишніми (низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів у зв'язку з погіршенням емоційного й фізичного стану); роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (Role Emotional) – чим вищий показник, тим менше негативні емоції впливають на виконання повсякденної роботи; психічне здоров'я (Mental Health) – чим вищий цей показник, тим кращий настрій був у респондента; загальний стан здоров'я (General Health) – суб'єктивна оцінка власного стану здоров'я. Також є додаткова 9 шкала – стан здоров'я в порівнянні з минулорічним. Шкали групуються за двома показниками «фізичний компонент здоров'я» (Physical Component Summary) – фізична активність; роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; біль; загальне здоров'я та «психологічний компонент здоров'я» (Mental Component Summary) – життєздатність; соціальна активність; роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; психічне здоров'я. Показники кожної шкали можуть приймати значення від 1 до 100, де 100 – це повне здоров'я. Результати формуються у вигляді оцінок у балах за вісьмома шкалами, які складені таким чином, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень якості життя [26].

Опитувальник придатний для самостійного заповнення, комп'ютерного тестування, або заповнення по телефону.

Потрібно зазначити, що на сьогодні існують перші спроби створення прототипу мобільного застосування для оцінювання якості життя в онкологічних пацієнтів із використанням опитувальника Quality of Life Questionnaire-Core 30 (QLQ-C30; German version 3) Європейської організації з досліджень та лікування раку (European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) [25], і на базі опитувальників EORTC QLQ C-30 і QLQ BR23 для оцінювання якості життя в пацієнтів на рак молочної залози в складі мобільного додатка [6].

Нині в Україні фахівці в галузі комп'ютерних технологій працюють над розробкою програмних засобів автоматизації експертного оцінювання якості життя на основі стандартизованого опитувальника MOSSF-36 для мобільного планшетного комп'ютера з використанням результатів у якості інформаційної підтримки прийняття об'єктивних лікарських рішень [16].

Дискусія. Під час аналізу поглядів учених на категорію «якість життя» з'ясовано, що це поняття змінювалося залежно від місця, часу інформації та рівня розвитку суспільства. Тому, коли йдеться про якість життя населення країни загалом або жителів окремої територіальної громади зокрема, важливе узгодження цілей досягнення стабільного економічного зростання й збереження навколишнього середовища, покращення якості освіти, поліпшення здоров'я населення, розвитку соціальної інфраструктури, забезпечення зайнятості та запобігання бідності, підвищення соціальної згуртованості й гарантування демократичних свобод у суспільстві.

Незважаючи на різні підходи до визначення HRQoL, доводять, що HRQoL виходить за рамки прямих показників здоров'я населення, таких як захворюваність, смертність, тривалість життя, та акцентують свою увагу на взаємодії між здоров'ям і сферами життя людини. Оскільки HRQoL вимірює ті аспекти якості життя, які безпосередньо впливають на здоров'я людини, а саме: фізичні, психологічні, соціальні, духовні, емоційні, а також загальне самопочуття, то вона є одним із ключових вимірювань для розроблення та реалізації політики в галузі здоров'язбереження.

Якість життя в контексті здоров'я людини ми розглядаємо як інтегративну характеристику особистості, яка ґрунтується на суб'єктивному сприйнятті загального задоволення та включає фізичне, психологічне й соціальне благополуччя, що дає їй змогу зреалізувати свої потенційні можливості в повсякденному житті.

У ході проведеного дослідження з'ясовано, що за досягнутим у суспільстві рівнем та якістю життя можемо судити за допомогою відповідної системи критеріїв та показників. При цьому вибір та обґрунтування критеріїв оцінки є важливим етапом оцінки рівня і якості життя. Створення адекватної системи критеріїв та виділення якогось одного інтегрального індексу якості життя проблематичні через складність самої структури якості життя.

У сучасних дослідженнях якості життя використовують об'єктивний, суб'єктивний та комбінований методологічні підходи до його вимірювання. Відповідно до цих підходів розуміння якості життя, формується й ставлення до місця та ролі показників здоров'я в дослідженні цієї категорії. В об'єктивних підходах здоров'я розглядають лише як результат роботи закладів медичного обслуговування та як якісні характеристики самого населення [7]. У суб'єктивному підході акцентовано на ментальне здоров'я та нематеріальні чинники, особливо такий підхід поширений серед американських дослідників якості життя [14].

Найбільш раціональним методом оцінки якості життя на сучасному етапі вважається застосування в дослідженні стандартизованих опитувальників, що необхідно для отримання результатів, які можуть бути порівняні між собою, незалежно від країни дослідження.

Найбільш поширеним загальним опитувальником із ЯЖ є SF-36 (Item Short Health Status Survey), який належить до неспецифічних опитувальників і дає змогу оцінити всі компоненти якості життя, у тому числі пов'язані зі здоров'ям, і не є специфічним для вікових груп. Опитувальник рекомендований для використання міжнародними домовленостями та стандартами й зараз широко застосовується в США, країнах Європи і в Україні під час проведення досліджень якості життя. Будучи досить коротким, він володіє високою інформативністю, чутливістю та вважається найбільш апробованим і валідним інструментом для оцінки основних складових частин фізичного й психічного здоров'я. Популярність цього опитувальника полягає в тому, що він дає змогу проводити дослідження в осіб від 14 років і старше, у тому числі й працездатного населення, має достатню чутливість для оцінки досліджуваних показників. Опитувальник придатний для самостійного заповнення, комп'ютерного опитування або заповнення по телефону.

Висновки. Аналіз різних інтерпретацій визначення категорії «якість життя» засвідчує, що якість життя є складним комплексним феноменом, який охоплює в комплексі фізичне здоров'я індивіда, його психологічний стан, рівень незалежності, соціальні зв'язки, особисті погляди, відносини з його оточенням. Спільність наукових поглядів на це поняття – у тому, що загалом учені погоджуються, що це складна багатомірна категорія й здоров'я має першочергове значення в її структурі.

Порівнюючи та узагальнюючи різні наукові позиції розуміння якості життя, методик і підходів до її оцінки, можемо цілком виправдано зробити висновок, що поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» HRQOL доповнює традиційні методики як на індивідуальному, так і на груповому рівнях.

Найбільш зручні інструменти для оцінки якості життя – опитувальники (загальні та спеціальні), які є універсальними інструментами дослідження, однак потребують свого подальшого створення й удосконалення. Поширеним загальним опитувальником для визначення якості життя є SF-36 (Item Short Health Status Survey), котрий належить до неспецифічних опитувальників, і дає змогу оцінити всі компоненти якості життя, у тому числі пов'язані зі здоров'ям, і не є специфічним для вікових груп.

Джерела та література

1. Бестужев-Лада И. В., Батыгин Г. С. О качестве жизни. *США – экономика, политика, идеология*. 1978. № 1. С. 23–35.
2. Герасимчук П. О., Фіра Д. Б., Павлишин А. В. Оцінка якості життя, пов'язаної із здоров'ям у медицині. *Вісник медичних і біологічних досліджень*. 1(7). 2021 С. 112–122.
3. Дятлова В. В., Гутарева А. В. Якість життя населення і соціальні стандарти: розвиток понятійно-категоріального апарату. *Менеджер*. 2015. № 1(69). С. 50–58.
4. Ковтун Н. В. Методологічні засади оцінювання якості життя населення України в контексті міжнародних підходів. *Статистика України*. 2013. № 1. С. 54–60.
5. Кромаренко О. А. Критерии и методологии оценки уровня и качества жизни населения. *Вісник економіки транспорту і промисловості*. № 62. 2018. С. 368–377.
6. Куліков В. М., Дворщенко О. С., П'ятчаніна Т. В., Кравчук В. В. mHealth-додаток для управління медичними даними хворих на рак молочної залози. *Український радіологічний журнал*. 2016. Спец. вип. № 1. С. 201.
7. Лагунін В. Д. Людина і економіка: Соціоекономіка: навч. посіб. для вузів. Київ: Просвіта, 1996. 295 с.
8. Лібанова Е. М., Гладун О. М., Лісогор Л. С. [та ін.]. Вимірювання якості життя в Україні: аналітична доп. Київ: Ін-т демографії та соц. дослідж. ім. М. В. Птухи НАН України, 2013. 50 с.
9. Мукашевич М., Корпач К. Концептуальні підходи вивчення феномену якості життя та його оцінки. *Український науковий журнал Освіта регіону*. 2011. № 3. С. 128.
10. Независимый институт социальной политики, интегральные индексы. URL: http://atlas.socpol.ru/indexes/index_life.shtml
11. Никифоренко В. Г. Якість життя населення регіону: аналіз, прогнозування, соціальна політика: монографія / МОНМС України; Одеський нац. екон. ун-т. Одеса: [б. в.], 2012. 316 с.
12. Павлова Ю. О. Теоретико-методичні засади забезпечення якості життя різних груп населення з використанням оздоровчо-рекреаційних технологій: дис. ... д-ра наук з фіз. виховання та спорту: 24.00.02. Львів, 2016. 522 с.
13. Павлова Ю. О. Якість життя та фізична активність як показники здоров'язбережної компетенції педагогів. *Педагогіка, психологія та медико-біологічної проблеми фізичного виховання і спорту*. 2012. № 3. С. 85–90.
14. Петрушина И. Ю. Субъективные индикаторы качества жизни в социологии США: обзор современных интерпретаций. *Социологические исследования*. 1981. № 1. С.111–114.
15. Регіональний людський розвиток: стат. бюл. / відп. за вип. І. В. Калачова. Київ: Держстат України, 2012. 45 с.
16. Романов, В. О., П'ятчаніна, Т. В., & Ковирьова, О. В. MEDICAL COMMUNICATORS FOR FAMILY MEDICINE. *Medical Informatics and Engineering*. 2020. (1). С. 78–83. <https://doi.org/10.11603/mie.1996-1960.2020.1.11132>.
17. Сітнікова Н. П. Підходи до визначення якості життя для використання у процесі стратегічного планування соціально-економічного розвитку. *Агросвіт*. № 17. 2012. С. 49–53.
18. Ставицький А. Моделювання якості життя населення в Україні та країнах Європи. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка*. 2020. № 6(213). С. 20–31. <https://doi.org/10.17721/1728-2667.2020/213-6/3>
19. Clarke P. J., Marshall V. W., Ryff C. D., Rosenthal C. J. Well-being in Canadian seniors: findings from the Canadian study of health and aging. *Canadian Journal on Aging*. 2000. V. 19. P. 139–159.
20. Cooper K., Arber S., Fee L., Ginn J. The influence of social support and social capital on health: a review and analysis of British data. London: Health Education Authority, 1999. P. 1–179.

21. Global Liveability Ranking 2016. URL: http://www.eiu.com/public/topical_report.aspx?campaignid=liveability2016
22. Grundy E., Bowling A. Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. *Ageing and Mental Health*. 1999. V. 3. P. 199–212.
23. Ilic I., Milic I., Arandelovic M. Assessment quality of life: current approaches. *Acta Medica Medianae*. 2010. № 49(4). P. 52–60.
24. Karimi M., Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *Pharmacoeconomics*. 2016. Vol. 34 (7). P. 645–649. <http://dx.doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>
25. Kessel K. A, Vogel M. M E, Alles A., Dobiasch S., Fischer H., Combs S. E. Mobile App Delivery of the EORTC QLQ-C30 Questionnaire to Assess Health-Related Quality of Life in Oncological Patients: Usability Study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2018. T. 6, № 2 (e45). P. 1–8.
26. Lins L., Carvalho F. M. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Medicine*. 2016. № 4. P. 1–12. URL: <http://dx.doi.org/10.1177/2050312116671725>
27. Makai P., Brouwer W. F., Koopmanschap M. A., Stolk E. A., Nieboer A. P. Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review. *Soc. Sci Med*. 2014.102: 83–93. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.050>
28. Muntaner C., Lynch J. Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of bowling alone's implications for social epidemiology. *International Journal of Epidemiology*. 2002. V. 31. P. 261–267.
29. Naughton M. J., Shumaker S. A., Anderson R. T., Czajkowski S. M. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. In *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Edited by: Spilker B. New York: Lippincott-Raven; 1996. P. 117–131.
30. OMS: Official records of the world health organization. Geneva: World Health Organization; 1948. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1948. URL: <http://www.who.int/library/collections/historical/es/index3.html>
31. Patrick D., Erickson P: Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York: Oxford University Press, 1993. 478 p.
32. Rogerson R. J. Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Social Science and Medicine*. 1995. V. 41. P. 1373–1382.
33. Ruževićius J. Quality of Life and of Working Life: Conceptions and Research – 17th Toulon-Verona International Conference. 2014. URL: https://www.researchgate.net/publication/281372752_Quality_of_Life_and_of_Working_Life_Conceptions_and_Research
34. Surmach M. Ju. «Quality of life, health-related, as the subject matter of medical sociology». *Sociologija*. 2011. Vol. 2. P. 103–104.
35. The WHOQOL Group. TheWorld Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med*. 1995. № 41. P. 1403–1409.
36. Theunissen, N. C. M. «Health related quality of life in children». Ph.D. Thesis Leiden University Medical Center. Ridderkerk, The Netherlands: Ridderprint. 1999. ISBN: 90-9013294-5. URL: <http://www.ntheunissen.nl>
37. U.S. News and World Report. «Best Countries to Live in the World». URL: <https://www.usnews.com/news/best-countries/rankings/quality-of-life>
38. Ware J. E., Sherbourne C. D. The MOS 36-item short-form survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med. Care*. 1992. Vol. 30. P. 473–483.
39. WHOQOL Mesuaring Quality of Life. World Health Organization, 1997. 15 p.
40. Wilson I. B., Cleary P. D. «Linking clinical variables with health-related quality of life». 1995. *JAMA*. P. 59–65.

References

1. Bestyzyhev-Lada, I. B., Batyhin H. S. (1978). O kachestve zhizni [About the quality of life]. *CShA – Ekonomika, Politika, Ideologiya – USA – Economy, Politics, Ideology*, (1), 23–35 (in Russian).
2. Herasymchuk, P. O., Fira, D. B., Pavlyshyn, A. V. (2021). Otsinka yakosti zhyttia, poviazanoi iz zdoroviam u medytsyni [Assessment of health-related quality of life in medicine]. *Visnyk Medychnykh i Biolohichnykh Doslidzhen – Bulletin of Medical and Biological Research*, 1(7), 112–122 (in Ukrainian).
3. Diatlova, V. V., Hutareva, A. V. (2015). Yakist zhyttia naseleння i sotsialni standarty: rozvytok poniatinokatehorialnoho aparatu [Quality of life of the population and social standards: development of the conceptual and categorical apparatus]. *Menedzher – Manager*, 1(69), 50–58 (in Ukrainian).
4. Kovtun, N. V. (2013). Metodolohichni zasady otsiniuvannya yakosti zhyttia naseleння Ukrainy v konteksti mizhnarodnykh pidkhodiv [Methodological principles of quality of life assessment of Ukrainian population in the context of international approaches]. *Statystyka Ukrainy – Statistics of Ukraine*, (1), 54–60 (in Ukrainian).

5. Kromarenko, O. A. (2018). Krytery y metodolohyy otsenky urovnia y kachestva zhyzny naseleniya [Criteria and methodologies for assessing the quality of life of the population]. *Visnyk Ekonomiky Transportu i Promyslovosti – Bulletin of the Economics of Transport and Industry*, (62), 368–377 (in Russian).
6. Kulikov, V. M., Dvorshchenko, O. S., Piatchanina, T. V., Kravchuk, V. V. (2016). mHealth-dodatok dlia upravlinnia medychnymi danymi khvorykh na rak molochnoi zalozy [mHealth application for managing medical data of breast cancer patients]. *Ukr. radiol. Zhurn – Ukraine Radiological Journal*, spets. vyp. 1, 201 (in Ukrainian).
7. Lahutin, V. D. (1996). Liudyna i ekonomika: Sotsioekonomika [Person & Economics: Socioeconomics:]. Navchalnyi posibnyk dlia vuziv. Kyiv: Prosvita, 295 (in Ukrainian).
8. Libanova, E. M., Hladun, O. M., Lisohor, L. S. etc. (2013). Vymiriuvannya yakosti zhyttia v Ukraini: analychna dopovid [The quality of life assesement in Ukraine: an analytical report]. Kyiv: In-t demohrafiia ta sots. doslidzhen imeni M.V. Ptukhy NAN Ukrainy, 50 (in Ukrainian).
9. Mukashevych, M., Korpach, K. (2011). Kontseptualni pidkhody vyvchennia fenomenu yakosti zhyttia ta yoho otsinky [Conceptual approaches to the quality of life phenomenon and its assessment]. *Ukrainian Scientific Journal “Education of the Region”*, (3), 128 (in Ukrainian).
10. Nezavisimyyi institut sotsialnoy politiki, integralnyie indeksy [Independent Institute for Social Policy, integral indices]. URL: http://atlas.socpol.ru/indexes/index_life.shtml (in Russian).
11. Nykyforenko, V. H. (2012). Yakist zhyttia naseleennia rehionu: analiz, prohnozuvannya, sotsialna polityka: Monohrafiia [Quality of life of the population of the region: analysis, forecasting, social policy]. MONMS Ukrainy. Odeskyi nats. ekonomichnyi univ-tet. Odesa, 316 (in Ukrainian).
12. Pavlova, Yu. O. (2016). Teoretyko-metodychni zasady zabezpechennia yakosti zhyttia riznykh hrup naseleennia z vykorystanniam ozdorovcho-rekreatsiinykh tekhnolohii [Theoretical and methodological principles of ensuring the quality of life of various population groups using health and recreational technologies]. Doctor’s thesis. Lviv, 522 (in Ukrainian).
13. Pavlova, Yu. O. (2012). Yakist zhyttia ta fizychna aktyvnist yak pokaznyky zdoroviazberezhnoi kompetensii pedahohiv [Quality of life and physical activity as indicators of teachers` health-care competence]. *Pedahohika, psykholohiia ta medyko-biol. problemy fiz. vykhovannia i sportu – Pedagogy, Psychology and Medical Biology. Physical Problems Education and Sports*, (3), 85–90 (in Ukrainian).
14. Petrushina, I. Yu. (1981). Subyektivnyie indykatory kachestva zhizni v sotsiologii SShA: obzor sovremennyih interpretatsiy [Subjective indicators of the quality of life in US sociology: a review of modern interpretations]. *Sotsiologicheskie issledovaniya – Sociological studies*, (1), 111–114 (in Russian).
15. Rehionalnyi liudskyi rozvytok [Regional human development] (2012). *Stat. Biul. Vidp. za vypusk I. V. Kalachova*. Kyiv: Derzhstat Ukrainy, 45 (in Ukrainian).
16. Romanov, V. O., Piatchanina, T. V., Kovyriova, O. V. (2020). Medical Communicators for family medicine. *Medical Informatics and Engineering*, (1). 78–83. Retrieved from <https://doi.org/10.11603/mie.1996-1960.2020.1.11132> (in English).
17. Sitnikova, N. P. (2012). Pidkhody do vyznachennia yakosti zhyttia dlia vykorystannia u protsesi stratehichnoho planuvannya sotsialno-ekonomichnoho rozvytku [Approaches to determining the quality of life for use in the strategic planning of socio-economic development]. *Ahrosvit – Agroworld*, (17), 49–53 (in Ukrainian).
18. Stavyskyi, A. (2020). Modeliuvannya yakosti zhyttia naseleennia v Ukraini ta krainakh Yevropy [Quality of life simulation of the population in Ukraine and European countries]. *Visnyk Kyivskoho natsionalnoho universytetu imeni Tarasa Shevchenka. Ekonomika – Bulletin of Taras Shevchenko Kyiv National University. Economy*, 6(213), 20–31. <https://doi.org/10.17721/1728-2667.2020/213-6/3> (in Ukrainian).
19. Clarke, P. J., Marshall, V. W., Ryff, C. D., Rosenthal, C. J. (2000). Well-being in Canadian seniors: findings from the Canadian study of health and aging. *Canadian Journal on Aging*, vol. 19, 139–159 (in English).
20. Cooper, K., Arber, S., Feem L., Ginnm J. (1999). The influence of social support and social capital on health: a review and analysis of British data. *London: Health Education Authority*, 1–179 (in English).
21. Global Liveability Ranking 2016. URL: http://www.eiu.com/public/topical_report.aspx?campaignid=liveability2016 (in English).
22. Grundy, E., Bowling, A. (1999). Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. *Ageing and Mental Health*, vol. 3, 199–212 (in English).
23. Ilic, I., Milic, I., Arandelovic, M. (2010). Assessment quality of life: current approaches. *Acta Medica Medianae*, 49(4), 52–60 (in English).
24. Karimi, M., Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: What is the difference? *Pharmacoeconomics*, vol. 34 (7), 645–649. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9> (in English).
25. Kessel, K. A, Vogel, M. M E, Alles, A., Dobiasch, S., Fischer, H., Combs, S. E. (2018). Mobile App Delivery of the EORTC QLQ-C30 Questionnaire to Assess Health-Related Quality of Life in Oncological Patients: Usability Study. *JMIR Mhealth Uhealth*, t. 6, 2 (e45), 1–8 (in English).

26. Lins, L., Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Medicine*, (4), 1–12. Retrieved from [http:// dx.doi.org/ 10.1177/2050312116671725](http://dx.doi.org/10.1177/2050312116671725) (in English).
27. Makai, P., Brouwer, W. F., Koopmanschap, M. A., Stolk, E. A., Nieboer, A. P. (2014). Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: A systematic review. *Soc. Sci Med*, 102, 83–93. [http://dx.doi.org/ 10.1016/j.socscimed.2013.11.050](http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.11.050) (in English).
28. Muntaner, C., Lynch, J. (2002). Social capital, class gender and race conflict, and population health: an essay review of bowling alone's implications for social epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, 261–267 (in English).
29. Naughton, M. J., Shumaker, S. A., Anderson, R. T., Czaikowsky, S. M. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. In *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Edited by: Spilker B. New York: Lippincott-Raven, 117–131 (in English).
30. OMS: Official records of the world health organization. Geneva: World Health Organization 1948. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1948. URL: <http://www.who.int/library/collections/historical/es/index3.html> (in English).
31. Patrick, D., Erickson, P. (1993). Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. New York: Oxford University Press, 478 (in English).
32. Rogerson, R. J. (1995). Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities. *Social Science and Medicine*, 41, 1373–1382 (in English).
33. Ruževičius, J. (2014). Quality of Life and of Working Life: Conceptions and Research – 17th Toulon-Verona International Conference. URL: https://www.researchgate.net/publication/281372752_Quality_of_Life_and_of_Working_Life_Conceptions_and_Research (in English).
34. Surmach, M. Ju. (2011). Quality of life, health-related, as the subject matter of medical sociology. *Sociologija*, vol. 2, 103–104 (in English).
35. The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med*, (41), 1403–1409 (in English).
36. Theunissen, N. C. M. (1999). Health related quality of life in children». Ph.D. Thesis Leiden University Medical Center. Ridderkerk, The Netherlands: Ridderprint. URL: <http://www.ntheunissen.nl> (in English).
37. U.S. News and World Report. Best Countries to Live in the World. URL: <https://www.usnews.com/news/best-countries/rankings/quality-of-life> (in English).
38. Ware, J. E., Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med. Care*, vol. 30, 473–483 (in English).
39. World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. WHOQOL: (1997 World Health Organization life. measuring quality of. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
40. Wilson, I. B., Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life. *JAMA*, 59–65 (in English).

Стаття надійшла до редакції 07.11.2022 р.