

## ЭВОЛЮЦИЯ НАУЧНЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О КАЧЕСТВЕ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

*Рассматривается качество жизни как системное понятие, вбирающее в себя все компоненты жизнедеятельности, жизнеобеспечения и жизнеспособности общества, социума, популяции людей. Одним из критериев качества жизни является состояние индивидуального и общественного здоровья, которое формируется под воздействием факторов окружающей среды, условий проживания и труда. Выявление действия этих факторов – комплексная задача, в решении которой участвуют разные специалисты, включая медико-географов и врачей.*

### **Ключевые слова:**

*качество жизни, здоровье населения, общественная география, медицинская география.*

Категория «качество жизни» разрабатывается учеными, представляющими географию, медицину, психологию, социологию, экономику, этнологию. В каждой из наук данная категория рассматривается под определенным углом зрения. Однако есть и общие задачи: характеристика и комплексная оценка жизни людей. Решение этих задач направлено на определение ресурсов жизнедеятельности и жизнеспособности общества как целостного социального организма

Проблема оценки качества жизни людей была осознана в середине XIX в. Но до сих пор имеют место разночтения в трактовке данной категории. Главный дискуссионный вопрос состоит в определении сущности понятий об уровне, качестве и образе жизни. На него пока нет однозначного ответа.

Ученые бывшего СССР концентрировали внимание на разработке категории «образ жизни населения», вбирающей в себя элементы двух других категорий: «уровень жизни» (в ней отражалась количественная сторона образа жизни) и «качество жизни» (эта категория описывалась качественными характеристиками). Главное внимание отводилось выявлению специфических черт социалистического образа жизни. Упор в зарубежной научной литературе делался на обеспеченность населения общественными фондами потребления. Такой подход трактовался как «субъективный».

В России, как и на всем постсоветском пространстве, исследования в области образа жизни практически не ведутся. Сам термин изредка появляется на страницах печати, однако строгой трактовки его мы не обнаружили. Часть содержания категории «образ жизни» в современных исследованиях перенесена в содержание категории «социальное самочувствие». Ее характеризуют

не только количественными показателями обеспеченности людей в тех или иных видах продукции и услуг, а и восприятием населением жизненных изменений.

Западные ученые качество жизни населения измеряют показателями материального благополучия. Такой подход, по их мнению, следует назвать «объективным». Однако и среди них имеются не одинаковые точки зрения по вопросу о жизненных ценностях. При ознакомлении с научными литературными источниками и периодикой можно убедиться в том, что представления ученых и политических деятелей все еще эволюционирует в сторону гуманизма, общечеловеческих интересов. Подтвердим это рядом примеров.

Американский экономист А. Пигу в работе «Экономическая теория благосостояния» рассматривал качество жизни как социально-экономическое явление, отражающее не что иное, как уровень жизни населения или определенных его слоев в масштабе отдельно взятого государства или сообщества государств. Он писал о том, что только показатели экономического роста и уровня потребления материальных благ не могут служить мерилем прогресса, что качество жизни отдельного человека, социальной группы и общества в целом прямо зависит от их благосостояния и степени социальной защищенности [11].

С переходом в 60-х годах прошлого века высокоразвитых стран к постиндустриальной стадии развития возрос интерес общества к гуманитарному содержанию экономического прогресса, активизировавший изучение качества жизни. Этому способствовало и осознание противоречий в существующем типе общественного развития. Оно заключается в том, что наряду с ростом производительных сил и улучшением материального положения населения

248 происходит усиление таких негативных явлений, как прогрессирующее загрязнение окружающей среды, наступление социальных кризисов.

В 1963 г. президент США Дж. Кеннеди выдвинул тезис о том, что качество жизни американцев должно идти в ногу с количеством американских товаров [2]. Следующий президент США – Л. Джонсон – заявил о том, что цели американского общества не могут быть измерены банковскими депозитами, а должны измеряться качеством жизни людей [13]. Американские ученые того времени не замедлили приступить к разработке социальных индикаторов, итогом стало создание «движения социально-регионального свойства» [17]. В этом движении акцент делался не только на изучении удовлетворения американских граждан в материальных благах, но и на состоянии окружающей среды, здравоохранения и образования.

Дж. Форрестер предложил для измерения качества жизни обобщенный показатель, вбирающий в себя количественные характеристики плотности (скупенности) населения, уровня промышленного и сельскохозяйственного производства, обеспеченности минеральными ресурсами и загрязненности природной среды. Принимая во внимание нарастающие масштабы стрессовых ситуаций на работе и в быту, игнорирование проблем, связанных с охраной здоровья, этот ученый пришел к неожиданному, на первый взгляд, выводу: чем выше уровень жизни, тем ниже ее качество, и наоборот [14].

Д. Медоуз сделал вывод о том, что при существующих тенденциях роста численности населения мира, индустриализации, загрязнения окружающей среды, производства продуктов питания, при одновременном нарастающем истощении ресурсов, пределы роста будут достигнуты в течение ближайших 100 лет. Опираясь на этот вывод, ученый писал о необходимости сокращения темпов роста населения и промышленного производства, сведения их к уровню простого воспроизводства людей и машин по принципу: новое – только взамен выбывающего старого (концепция «нулевого роста») [17]. Качество жизни в данном контексте находится в обратной зависимости по отношению к уровню жизни: чем выше уровень жизни, связанный с темпами роста промышленного производства, тем быстрее истощаются минеральные ресурсы, быстрее загрязняется природная среда, выше скупенность населения, хуже состояние здоровья людей, больше стрессовых ситуаций, ниже качество жизни.

Согласно «ресурсной концепции», качество жизни должно основываться на объективных показателях обеспеченности индивида в таких ресурсах, как деньги, здоровье, образование, семейные связи, гражданские права и др. Другая концепция, свойственная главным образом англо-американской научной школе, исходит из субъективных оценок степени удовлетворения потребностей самим индивидуумом. Главными компонентами обеих концепций выступают качество населения (совокупность сведений о состоянии здоровья и образования), возможность самообеспечения (показатели доходов и занятости населения), базовые характеристики условий жизни (показатели экологического состояния природной и социальной среды).

В российских исследованиях качества жизни, оценки проводятся как с объективных, так и субъективных позиций, обозначенных выше. Возросший интерес к ним обусловлен политическими и социально-экономическими реформами, начавшимися в конце 80-х – начале 90-х годов прошлого века.

Впервые задачу изучения различий в уровне жизни населения в региональном измерении сформулировал С.А. Ковалев. В общей оценке природной среды (как одного из условий жизни населения) на первое место он поставил медико-географическое направление и только за ним – изучение региональных различий в обеспечении населения разными видами бытовых и культурных услуг, в потреблении материальных благ населением [4].

В.В. Покшишевский констатировал, что в ходе потребления осуществляется воспроизводство и самого населения, что население надо рассматривать не только как фактор размещения производства, но и как потребителя материальных благ, различных видов услуг [12]. С.Я. Ныммик писала о том, что именно в рамках социально-экономической географии происходит изучение территориальных различий в уровне жизни населения [9]. На необходимость изучения роли географической среды в жизни населения, его потреблении, обслуживании, в его болезнях, лечении и отдыхе обращали внимание В.А. Котельников и Ю.Г. Саушкин [5].

Б.С. Хорев, анализируя триаду «условия жизни – уровень жизни – образ жизни населения» призывал усилить внимание к изучению географии образа жизни. Будучи известным ученым в области территориальной организации общества, он не замыкался в исследовании сферы производства, а привлекал к анализу и социальные факторы развития городов и сельских

поселений [15]. Решающую роль социальных явлений и процессов в исследовании территориальной организованности среды жизнедеятельности как совокупности факторов и условий, определяющих качество жизни общества, отмечал Ю.П. Михайлов [6]. Большинство и других отечественных географов-обществоведов исходит из того, что человеческие потребности, составляющие первопричину всех интересов личности, являются главным побудительным мотивом ее активности.

Интерес к общественно-географическим исследованиям качества жизни возрос в связи переходом к гуманитарной трактовке содержания экономического прогресса. К этому ученых подвигли быстро нарастающие темпы загрязнения окружающей среды, социальные кризисы и другие неблагоприятные явления в жизни общества. В связи с этим возникла потребность в осознании качественной целостности жизни общества, в оценке того, насколько ее состояние отвечает качественным критериям. И, как следствие этого социального заказа, категория «качество жизни» трансформировалась в междисциплинарное научное направление. Над прежним экономическим ее содержанием стала преобладать природно-социально-психологическая составляющая.

Медико-географические исследования качества жизни населения. В медико-географической литературе категория «качество жизни» до сих пор не рассматривалась. Между тем, будучи нацеленной, как мы полагаем, на описание интегральных характеристик человеческого существования, она имеет прямое отношение к медицинской географии. Дополнение качества жизни категорией «здоровье» свидетельствует о том, что жизнь перестает быть абстрактной дефиницией и все в большей мере увязывается с самочувствием, индивидуальным переживанием и самооценкой человека. На все эти стороны человеческого бытия воздействуют условия, в которых проживают отдельные индивидуумы и популяции людей.

Медико-географическое осмысление качества жизни призвано способствовать решению экологических, медицинских, социальных и духовных проблем. Оно выступает в роли критерия при выборе методов социальной защиты, охраны окружающей среды, обеспечения экологической безопасности населения. На долю медико-географов выпадают вопросы исследования пространственно-временной формы организации жизни населения, в которой взаимосвязано и взаимообусловлено сочетаются все сферы жизнедеятельности людей, включенные в

процессы общественного развития и воспроизводства.

По сути, медико-географическое осмысление качества жизни вписывается в систему других составляющих общественно-географического учения о территориальных социально-экономических системах и более высокой иерархической формы территориальной организации общества – территориальной общественной системы [16]. Ведущей подсистемой последней выступает территориальная общность людей – локализованная в социально-экономическом пространстве группа людей, тесно связанная множеством территориально опосредованных социальных, экономических, политических и духовных отношений. Ключевой целевой функцией этих отношений выступает качество жизни.

Под качеством населения мы понимаем интегральную совокупность свойств множества людей, объединенных в сообщество, определяющую уровень социальной эффективности их жизнедеятельности. Качество населения содержит, как минимум, три компонента: здоровье, образовательный уровень и социально-культурные характеристики. Другими словами, качество населения – это физическое, психическое, духовно-нравственное и культурное состояние, в котором находятся индивиды, являющиеся членами данного общества (социума, популяции). Здоровье населения – это важнейший ресурс стабильного развития общества, оно занимает одно из первых мест в системе жизненных ценностей любого государства. Сохранение общественного здоровья, снижение заболеваемости – важнейшие социально-экономические задачи, стоящие перед государством и здравоохранением на всех уровнях управления. В решении этих задач используется опыт многих наук, включая медицинскую географию.

С позиций медицинской географии здоровье следует рассматривать как комплексное и, вместе с тем, целостное, многомерное динамическое состояние, развивающееся в процессе реализации генетического потенциала в условиях конкретной социальной и экологической среды, позволяющее человеку в различной степени осуществлять его биологические и социальные функции. Здоровье человека как общественной единицы – главный ресурс для продуктивной жизнедеятельности, оптимального функционирования на благо социума. С обеспечением здоровья увязываются цель и задачи социально-экономической политики государства.

С использованием различных характеристик здоровья населения осуществляются

медико-географические оценки и типологии территорий. Они отражают разнообразные аспекты воздействия окружающей среды на здоровье человека, позволяют установить вклад конкретных загрязнителей в общую медико-географическую ситуацию. При составлении таких характеристик, наряду с официальными статистическими данными, используются результаты полевых исследований, социологических опросов.

Современные представления врачей о качестве жизни базируются на определении здоровья, которое было дано в 1948 г. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье – это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней и физических недостатков». Все последующие трактовки качества жизни, так или иначе, связаны с приведенным определением здоровья. Так, Д. Келл качество жизни определяет на основе оценки большим удовлетворенности текущим уровнем функционирования в сравнении с тем, который пациент осознает как возможный для него или идеальный [18]. В.И. Петров трактует качество жизни как адекватность психосоциального состояния индивида его социальному статусу [10]. А.А. Новик и Т.И. Ионова под качеством жизни понимают интегральную характеристику физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанную на его субъективном восприятии [8]. Улучшение качества жизни рассматривается в медицине как основная цель любого врачебного вмешательства.

Психологическое направление изучения качества жизни зародилось в середине прошлого века. Наиболее отчетливо оно проявилось к концу 70-х годов, когда авторы стали использовать обобщающий, интегральный подход к самому понятию [1]. В 1980-м году Г. Энгель предложил биопсихологическую модель медицины, учитывающую психологические аспекты при медицинских исследованиях [19]. В последние годы были обоснованы новые аспекты для определения качества жизни [20, 21]. По свидетельству А.А. Баранова и его соавторов, в настоящее время в мире существует более 50 научных групп и институтов занимающихся разработкой методов исследования качества жизни, создано Международное общество исследования качества жизни – International Society for Quality of Life Research – ISOQOL, представительство которого организовано и в России [1].

Категория «качество жизни» постоянно обогащается новыми идеями, индикаторами состояния общественного и индивиду-

ального здоровья. Так, в учении В.П. Казначеева были предложены количественные и качественные характеристики «внутренней картины здоровья» [3]. Изречение другого отечественного ученого М.Я. Мудрова о том, что надо лечить не болезнь, а больного [7], широко распространилось в мировой медицинской науке. Аналогичные примеры можно привести и из учений других лидеров отечественных медицинских школ: Н.П. Бехтерева, С.П. Боткина, Г.А. Захарьина, Н.И. Пирогова. Они трудились на поле медицины в разное время, но в своих исследованиях одинаково обращались к выявлению не только биологических и физических резервов человека, но и его психоэмоциональных и социальных возможностей, т.е. к таким аспектам которые составляют, говоря современным языком, суть качества жизни, связанного со здоровьем.

Биомедицинская модель и сегодня играет важную роль в деле охраны здоровья и лечения болезней. Она опирается на лабораторные и инструментальные методы диагностики, основанные на биохимическом, генетическом и молекулярном уровнях исследований, на все более высокотехнологичные и дорогостоящие методы лечения, на создание новейших высокоэффективных лекарственных препаратов. Медицина все в большей мере ориентируется на объективные критерии оценки состояния здоровья, а через них – и на оценки качества жизни населения. Она опирается не только на объективные клинические и инструментальные данные, а и на всестороннее видение самого больного. Ее функции состоят не только в диагностике и лечении, но и в проведении коррекции психологического состояния пациента, в выдаче рекомендаций по здоровому образу жизни. Стоящий на гуманистических позициях современный врач главную свою задачу видит в том, чтобы вернуть человека в общество, а не только к здоровому состоянию. Благодаря такому подходу биомедицинская модель помощи больному сочетается с биопсихосоциальной моделью, в результате чего происходит существенное углубление представлений о содержании категории «качество жизни».

Сущностную часть биомедицинской и биопсихосоциальной моделей качества жизни отражают соответствующие индикаторы не только относительно всей совокупности населения (страны, региона, города и т.п.), а и по возрастному-половому, этно-конфессиональным, профессионально-квалификационным категориям. Применительно к каждой из них необходимо организовывать мониторинг здоровья, оценивать эффективность программ и

реформ в здравоохранении, проводить клинические исследования при разных нозологиях.

Качество жизни – постоянно эволюционирующая системная категория, наполняющаяся разным содержанием в зависимости от социальных идеалов общества на конкретном историческом этапе его развития. Данная категория носит субъективно-объективный характер, отражает условия и процессы жизнедеятельности населения, проживающего в конкретной региональной среде. Помимо материальных жизненных ценностей, качество жизни определяется состоянием индивидуального и общественного здоровья, формируемого под воздействием разнообразных природ-

ных и социально-экономических факторов. Для выявления меры влияния здоровья на качество жизни (или, иначе говоря, качества жизни, связанного со здоровьем) необходимо выделить параметры, описывающие состояние и охрану здоровья, качество медицинской помощи.

Качество жизни выступает одновременно и как стратегическая цель, и как важнейший критерий социально-экономического развития государства. Без знания ситуации в области качества жизни населения невозможно обеспечивать грамотное и эффективное управление на всех уровнях – от федерального (государственного) до местного самоуправления (муниципального).

### Список литературы:

- [1] Баранов А.А., Альбицкий В.Ю. Изучение качества жизни в педиатрии. – М.: Союз педиатров России, 2010. – 272 с. (Серия «Социальная педиатрия», вып. 10).
- [2] Бестужев-Лада И.В. Прогнозное обоснование социальных нововведений. – М.: Наука, 1993. – 263 с.
- [3] Казначеев В.П. Здоровье нации, просвещение, образование. – Кострома: Костромской гос. педагог. университет, 1996. – 248 с.
- [4] Ковалев С.А. География потребления и география обслуживания населения // Вестник Моск. ун-та, Сер. 5, География. – 1966, № 2. – С. 3.
- [5] Котельников В.А., Саушкин Ю.Г. Население и природа // Научные проблемы географии населения. – М.: Изд-во МГУ, 1967. – С. 43–49.
- [6] Михайлов Ю.П. Становление новой научной парадигмы социально-экономической географии // География и природные ресурсы. – 1996, № 1. – С. 24–32.
- [7] Мудров М.Я. Избранные произведения. – М., 1949. – 240 с.
- [8] Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – М.: ОЛМА медиагрупп, 2007. – 315 с.
- [9] Ныммик С.Я. Социально-экономическая география в системе общественно-географических наук // Изв. АН СССР. Сер. геогр. – 1982, № 4. – С. 3–11.
- [10] Петров В.И., Седова Н.Н. Проблема качества жизни в биоэтике. – Волгоград: Гос. учреждение «Издатель», 2001. – 95 с.
- [11] Пигу А. С. Экономическая теория благосостояния. Т. 1 – М.: Прогресс, 1985. – 512 с.
- [12] Покшишевский В.В. География населения и населенных пунктов // Советская география. Итоги и задачи: сб. науч. тр. – М., 1960. – С. 3–12.
- [13] Попов С.И. Проблема «качества жизни» в современной идеологической борьбе. – М.: Политиздат, 1977. – С. 8.
- [14] Форрестер Дж. Мировая динамика. – М.: Наука, 1978. – 168 с.
- [15] Хорев Б.С. Некоторые методологические вопросы науковедения и развитие теории географической науки // География в системе наук. – Л.: Наука, Лен. отд., 1987. – С. 53–61.
- [16] Чистобаев А.И., Шарыгин М.Д. Экономическая и социальная география: Новый этап. – Л.: Наука, 1990. – 320 с.
- [17] Bauer R. Social indicators. – London, 1969. – 357 p.
- [18] Cella D.F., Tulsky D.S. Quality of life in cancer. Definition, purpose and method of measurement // Cancer Investigation. – 1993, V. 11. – P. 327–336.
- [19] Engel G. E. The clinical application of the biopsychosocial model // Am. J. Psychiatry. – 1980, V. 137. – P. 535–543.
- [20] McSweeney A.J., Grant I., Heaton R.K. et al. Life quality of patients with chronic obstructive pulmonary disease // Arch. Intern. Med. – 1982, V. 143. – P. 473–478.
- [21] Wenger N.K., Mattson M.E., Furberg C.D. et al. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies // Amer. J. Cardiol. – 1984, V. 54. – P. 908–913.