



ГЛАВА 6

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА И СОСТОЯНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н. А. Беляков, А. С. Колбин, Е. В. Боева, А. А. Книжникова, М. Д. Дидур

Народосбережение подразумевает несколько подходов, основанных и направленных на увеличение продолжительности жизни, повышение социально-экономической безопасности, сохранение здоровья людей, в конечном итоге, на укрепление российской государственности. Народосбережение можно обозначить как сохранение и сбережение населения, преодоление причин сокращения коренного населения, поддержание здоровья, ликвидация бедности, развитие национальной системы образования и здравоохранения [47]. В основу ставится саморазвитие человека через расширение возможностей выбора им собственного пути существования, а также политика и экономика, направленные на выживание населения, повышение качества жизни каждого человека и всего сообщества [6, 11].

В последние годы подчеркивается историческая миссия России — сбережение каждого из ее народов и каждой этнокультурной группы в рамках формирования российского этноса [26].

Каким образом можно измерять народосбережение? Это качественная или количественная категория, которую можно оценить и сопоставить во времени,

по странам и территориям? Как следует из публикаций последних лет — это категория качественная, статистическая по отдельным критериям и интегральная количественная. Обратимся к обзору из статьи А. А. Куклина [26]. В качестве показателей народосбережения были предложены: рост продолжительности жизни, показатель средней продолжительности жизни и активный период жизни. Рассмотрены социальные и физиологические причины и показатели смертности. Все это увязывалось с качеством жизни [16, 17].

Обоснована необходимость через просвещение реализовывать профилактику хронической патологии человека как образа его жизнедеятельности. Народосбережение рассматривается как основа социальной политики государства, которая будет способствовать развитию российского социума. Большое значение приобретает благосостояние регионов и граждан [8, 14, 31, 47].

Выделяют социальные, предотвратимые демографические потери, которые можно избежать, прогнозируя ситуацию с помощью мониторинга качества жизни населения. Внимание должно быть сосредоточено на угрозах, вызовах, рисках национальной безопасности с акцентом на продовольственные и экологические проблемы [41].

Народосбережение тесно связано с политикой государства в области здравоохранения, предложено делать крупные вложения в здравоохранение, науку и образование в сравнении с материальным производством, что впоследствии должно положительно сказаться на народосбережении [1, 45, 52].

В силу разнородности показателей, характеризующих состояние народосбережения, идет разработка методического инструментария комплексной диагностики людей и регионов их проживания, которая учитывала бы и увязывала различные модули и индикаторы с позиции изменения в регионе количества населения, качества человеческого потенциала, качества жизни и здоровья населения и долголетия.

Предметом исследований является уровень народосбережения региона при различных, в том числе и кризисных, трендах регионального развития. В качестве гипотезы одного из исследований выдвинуто предположение, что сохранение и наращивание уровня народосбережения успешней осуществляется в регионах, не допускающих провалов по отдельным модулям и индикаторам народосбережения, где сложился исторический симбиоз науки, производства и социального развития.

Для оценки состояния в регионе используется *индекс народосбережения* как обобщающий индикатор, дающий комплексную оценку по направлениям изменения основных модулей (количество населения, качество населения, качество жизни, здоровье населения и долголетие) [26].

Математическая модель позволяет учесть влияние различных индикаторов и их скоростные изменения на динамику поведения не только отдельных модулей, но и в целом общего индекса народосбережения. Скоростные изменения выявляют переходы индексов в кризисные годы, а также замедление динамики отдельных индикаторов [26].

Подтверждено выдвинутое предположение, что сохранение и наращивание уровня народосбережения успешней осуществляется в регионах, не допускающих провалов по отдельным модулям и индикаторам процесса, где сложился исторический симбиоз науки, производства и социального развития. Подтверждается предположение, что наиболее значимый вклад в формирование индекса народосбережения вносят модули качества человеческого потенциала и количества населения. Не допустимо хроническое отставание социально-экономического развития отдельных территорий и уменьшение количества проживающего населения.

Предложенный авторами методический подход может быть использован для комплексной оценки фактического уровня народосбережения в различных регионах. Это позволит, быть может, расширить оценку спектра развития социально-экономического положения регионов, особенно в предкризисные и кризисные периоды.

Факторы определяющие народосбережение

Попытаемся систематизировать упомянутые факторы по группам, определяющим народосбережение.

Материнство и детство:

- создание условия для формирования традиционных семей;
- материальная поддержка жилищных условий молодежи;
- развитие школ и сообществ молодых семей материнства и детства;
- адекватные возможности и варианты проведения беременности и декретного отпуска;
- материальная государственная поддержка деторождения и многодетных семей;
- доступные дошкольные учреждения и школы, спортивные и творческие кружки;
- поступление в средние и высшие учебные учреждения по способностям и возможностям детей [11].

Физическое здоровье и спорт:

- общая политика государства на развитие физической культуры для всех возрастов;
- формирование дорожек для физического перемещения людей в пространстве городов и загородов;
- стадионы и площадки для физкультуры и спорта;
- бассейны в доступной близости от мест проживания и школ;
- популяризация и поддержание традиционных видов спорта;
- создание инфраструктуры для детских спортивных клубов и спорта высших достижений;
- подготовка тренеров и учителей для развития физкультуры и спорта;
- политические, социальные и общественные;
- поддержание социальных и народосохраняющих принципов управления государством;

- развитие общественных институтов;
- последовательная народоориентированная политика промышленности, муниципальных и государственных структур;
- сохранение и развитие этнических групп и народов;
- формирование общей культуры как совокупности конфессий и этносов большой России.

Экономические и материальные:

- заработная плата выше минимальной на одного члена семьи, возможность для увеличения бюджета семьи;
- взвешенные бюджеты регионов с учетом потребностей жизнеобеспечения;
- единые принципы оплаты труда с учетом особенностей территорий и производств;
- адекватные бюджеты, связанные со здравоохранением и социальной поддержкой;
- равенство территорий по жизнеобеспечению населения с учетом географических и климатических особенностей;
- поддержание всех приемлемых форм собственности и управления производственными процессами [25].

Климатические, территориальные и эпидемические:

- комфортные, переходные и некомфортные территории для проживания. Согласно итогам переписи населения 2010 г. более половины населения России проживает в регионах, занимающих 6% ее территории, целиком расположенных в Европейской части страны. Еще 25% живут в регионах, занимающих 8% территории. В их число кроме регионов Европейской части входят территории, расположенные на юге Урала и Западной Сибири, то есть в зоне вполне комфортной с точки зрения климата [5];

- сохранение экологии и поддержание биосферы Земли;
- контроль над микробиотой, потенциальными патогенами и ксенобиотиками;
- адекватное материальное обеспечение здравоохранения;
- контроль над микробиотой и потенциальными патогенами;
- создание климатических зон проживания на Севере, в Сибири, на Дальнем Востоке;
- привлекательные льготы для проживания в неблагоприятных зонах;
- вахтовое проживание для неблагоприятных территорий;
- доступная коммуникация людей между территориями;
- необходимость вакцинации с учетом биоценозов.

Медико-биологические (детализация в конце главы):

- высокая продолжительность жизни населения;
- достаточное финансирование здравоохранения;
- профилактика заболеваний как основной элемент сохранения здоровья;
- доступная медицинская помощь для населения;

- диспансеризация человека через всю жизнь;
- развитие высоких медицинских технологий;
- наличие современных технологий и материального обеспечения в медицинских учреждениях;
- подготовка квалифицированного медицинского персонала;
- развитие медико-технических вузов и НИИ;
- снижение бытового, транспортного и бытового травматизма;
- совершенствование военной медицины и МЧС [10].

Социальные и благотворительные:

- благотворительность как форма жизни на всех социальных и финансовых уровнях;
- социальная защита граждан страны;
- оптимальная эмигрантская политика на въезд и выезд из страны;
- доступное образование;
- поддержание национальной, мировой и современной культуры и традиций;
- развитие отечественной литературы и преподавания на всех уровнях образования;
- наличие рабочих мест с учетом территориальных потребностей;
- доступное жилье для всех слоев населения;
- формирование городской и сельской среды обитания, удобной для населения;
- обеспечение достойной старости.

Адекватное и здоровое питание народа:

- исключение возможности питания впроголодь и голодоморов;
- создание и поддержание достаточного и независимого сельского хозяйства;
- развитие сельского хозяйства с учетом экологии поколений;
- государственный контроль государственных служб за качеством продуктов питания и их производства;
- научно-обоснованное питание людей с учетом возраста, пола, особенностей труда и проживания и других факторов;
- лечебное питание людей в амбулаторных и госпитальных условиях.
- содержание здорового детского питания [49].

Даже в укороченном перечне создания народосбережения страны, таких критериев более 55 наименований. На самом деле их число умножится кратко, поскольку число требований возрастет с учетом этнических и географических особенностей. В реальной жизни вряд ли можно выполнить упомянутые требования для создания условий жизни на планете, она сложна и многолика по географическим, климатическим, этническим, материальным и другим признакам. Тем не менее, человечество в облике *Homo sapiens* живет несколько сотен тысяч лет, преодолевая возникающие проблемы, развиваясь и меняясь в решении возникающих сложностей жизни. В итоге только в границах Российской Федерации проживает 193 народа, которые используют 295 языков и диалектов. Такая

статистика приводится в Стратегии государственной национальной политики РФ по материалам РАН. Эти люди составляют единую сущность — Россияне.

Технологические подходы и дискуссионность методов

Можно ли выделить наиболее значимые или универсальные критерии для оценки народосбережения так, чтобы они отражали суть и могли смотреть на процесс в перспективе? Таким расчеты делаются в разных блоках оценки, включая «здоровье населения страны». Примером может быть работа А. А. Куклина [26], где за основу, как составляющие части, в группе «Здоровье населения и долголетие» были выделены:

- ожидаемая продолжительность жизни при рождении; кол-во лет — 0,5;
- распространение среди населения наркомании; на 1 тыс. населения — 0,125;
- распространение среди населения алкоголизма; на 1 тыс. населения — 0,125;
- распространение среди населения онкологии; на 1 тыс. населения — 0,125;
- распространение болезни кровообращения; на 1 тыс. населения — 0,125.

Каждый показатель оценивается как часть от 1 по условной оценке автора, при этом «Ожидаемая продолжительность жизни при рождении» занимает главное место, что для России было неубедительным при сопоставлении материального достатка, ожидаемой и реальной продолжительности жизни в ряде кавказских, сибирских и столичных регионах [14]. Этот же показатель рассматривается и другими авторами, которые склонны рассматривать его как основной для всех стран [36].

Средняя продолжительность жизни (ПЖ) определяется взаимодействием социальных и экологических факторов окружающей среды. В России она всегда была ниже, чем в развитых странах Западной Европы и Дальнего Востока. Русский философ Н. Ф. Федоров предложил концепцию «общего дела», т.е. генеральной цели развития общества. К числу основных составляющих он отнес продление ПЖ человека в перспективе до бесконечности [16].

ПЖ — наиболее адекватный критерий, отражающий состояние биологического вида. Он также отражает и качество жизни, в котором приоритетным следует считать социальную составляющую. Благодаря социально-экономическим преобразованиям, исторически ПЖ увеличивается. Также по результатам сравнения качества общественного здоровья горожан в начале XX века и в начале XXI века, достигнуты большие успехи, благодаря достижениям медицины, в первую очередь, кардиологии, что отразилось в повышении продолжительности жизни. Основная ценность нашего общества в XXI веке и национальная идея основаны на принципе народосбережения и максимального увеличения средней продолжительности активного периода жизни человека [16].

Ожидаемая продолжительность жизни в регионах Российской Федерации публиковалась несколько раз, как до, так и после завершения обработки резуль-

татов переписи населения. Авторы оценки, с целью избежать путаницы, рассчитали ожидаемую продолжительность жизни в регионах, опираясь на Российскую базу данных по рождаемости и смертности (РосБРС, 2017). Используются также возрастные коэффициенты смертности по причинам смерти во всей России и отдельных регионах из той же базы данных. В расчете участвовали субъекты федерации, не входившие в состав другого субъекта федерации [4].

Параллельно многими исследователями рассматриваются другие демографические критерии, например зарегистрированная смертность, ее взаимоотношение с рождаемостью, причинами смерти по возрастам и полам и интегральный показатель народонаселения и др. [6, 23].

Для оценки уровня жизни человека чаще всего пользуются интегральной характеристикой смертности населения — ожидаемой продолжительностью жизни при рождении E_0 . Этот показатель отражает число лет, которое в среднем предстоит прожить новорожденному при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения возрастные уровни смертности останутся такими же, как в году, для которого рассчитан данный показатель. Он зависит только от распределения возрастных коэффициентов смертности и не может интерпретироваться как средний возраст смерти населения в данном году, который, в свою очередь, зависит еще от возрастной структуры населения и других факторов.

Достаточно широко стали использоваться математические модели изучения различных факторов влияния на *ожидаемую смертность*, отражающую народосбережение страны (территорий, климата, заболеваемости, материального обеспечения, ВВП и др.) [5, 26].

При этом авторы определяют возможные текущие ошибки или неточности в суждениях. Исходя из характеристики оперативной информации как совокупности данных о числе событий, зарегистрированных в органах записи актов гражданского состояния на протяжении календарного месяца, считается, что анализ оперативной информации невозможен без понимания природы и свойств оперативных данных и их комбинирования с окончательными данными о динамике демографических процессов в ретроспективе.

Отмечается, что даже при соблюдении всех этих условий оперативная информация может быть использована только для формулирования предварительных гипотез или выводов. Излагается позиция, объясняющая, почему надежная диагностика проблем воспроизводства населения и общественного здоровья не может основываться на оперативных данных. В частности, сравнение числа зарегистрированных рождений или смертей за два отстоящих друг от друга на один календарный год периода не может рассматриваться как надежный инструмент мониторинга демографической динамики, пишут авторы статьи [5].

Территориальные различия народосбережения продемонстрированы в работе А. А. Куклина [26]. Рассмотренные регионы УрФО были разделены на три группы:

1. Свердловская и Челябинская области — индустриальные территории с наличием развитых образовательных и научных центров, что позволяет отметить

достаточно высокое качество человеческого потенциала, отсутствие резких и продолжительных всплесков миграционного изменения, планомерное улучшение здоровья населения. *Это территории с достаточно устойчивым индексом народосбережения.*

2. Ханты-Мансийский и Ямало-Ненецкий автономные округа — топливно-энергетические центры, доминирующие в добыче нефти и газа. Тюменская область (рассматриваем без автономных округов) — территория, расположенная рядом и имеющая определенную зависимость от нефтегазовых добывающих территорий, обладающая образовательным и научным потенциалом. Это группа территорий, зависящая от внешних экономических и финансовых факторов, с высоким уровнем ВРП и ожидаемой продолжительностью жизни при рождении, низким уровнем безработицы и доли населения с доходами ниже величины прожиточного минимума. *Постоянно приходится ощущать колебания миграционных потоков.*

3. Курганская область — территория с большим удельным весом агропромышленного комплекса, хронически отстающая по социально-экономическим показателям от других областей УрФО. Как следствие, области присуще постоянное уменьшение населения, отрицательный миграционный прирост, высокая доля населения с доходами ниже величины прожиточного минимума, низкий уровень участия в составе рабочей силы населения. *Это территория с неустойчивым индексом народосбережения.*

Однако, как следует из работы, используемая оценочная технология нестабильна и дает выраженные колебания в отдельные годы у конкретных территорий.

Одним из демографических критериев характеристикой состояния населения являлся показатель «ожидаемая продолжительность жизни при рождении» (ОПЖ). Однако, этот показатель имеет серьезные недостатки, а подобный выбор создает ряд неоправданных трудностей. Главный недостаток — метод расчета ОПЖ до сих пор не унифицирован и, скорее всего, унифицирован быть не может. В силу этого ОПЖ для разных стран и периодов могут быть несравнимыми.

Определение ОПЖ требует расчета таблиц смертности для условного поколения календарного периода. Когда уровень смертности быстро снижается, как это происходит в большинстве стран с середины XX века, таблицы смертности условного поколения мало что говорят о возрастных закономерностях смертности когорт, но, скорее, формируют ложные впечатления. Подсчет числа человек в условном поколении, которые доживают или не доживают до некоторого возраста, не имеет отношения к реальной совокупности. Переход от возрастных показателей смертности к ОПЖ описывается не формулой, а вычислительной процедурой. Это создает серьезные трудности при попытках оценить влияние на ОПЖ смертности отдельных возрастов, от отдельных причин смерти, в отдельных регионах и группах населения, пишут в своих работах Е. М. Андреев и соавт. [3].

Этими недостатками не обладает стандартизованный коэффициент смертности (СКС), расчет которого становится безальтернативным, как только задано стандартное население. Данные Human Mortality Database (Demographic Research 2021) позволили показать, что оценка уровня смертности с помощью СКС почти совпадает с оценкой на основе ОПЖ.

СКС — линейная функция возрастных коэффициентов смертности, поэтому расчет влияния смертности отдельных возрастов, причин смерти, смертности регионов или групп населения на СКС осуществить несложно. В практических исследованиях и в профессиональных публикациях ориентация на СКС облегчит работу и защитит от необоснованных эмоций [3].

Вместе с тем, ОПЖ и СКС применяются в публикациях параллельно и имеют, по-видимому, право на использование на текущем этапе жизнедеятельности.

Медико-биологические факторы, определяющие народосбережение

К перечню факторов позитивного влияния на народосбережение, сформулированных в первой части главы, добавим комплекс медико-биологических и прокомментируем каждое положение [18]:

1. Высокая продолжительность жизни населения — длительность жизни *de facto* и ожидаемая, избыточная смертность адекватны для оценки народосбережения с учетом показателей рождаемости.

2. Качество жизни — наиболее обсуждаемый и неоднозначный критерий, где переплетаются показатели здоровья человека, социальные условия жизни и работы, этнические традиции, климатические зоны и др. Сложные условия горной местности, жарких или напротив холодных северных территорий могут быть приемлемыми местным жителям во многих поколениях и некомфортной, даже агрессивной, для пришельцев. ВОЗ ведет рейтинг по уровню счастья, который нередко расходится по показателям ВВП на душу населения.

3. Мировой индекс счастья рассчитывается с использованием комбинации шести ключевых факторов:

— доход на душу населения: он измеряется с использованием данных Всемирного банка о ВВП на душу населения;

— ожидаемая продолжительность здоровой жизни: она измеряется с использованием данных об ожидаемой продолжительности жизни Всемирной организации здравоохранения;

— социальная поддержка: она измеряется с использованием данных всемирного опроса Gallup, в ходе которого людям задается вопрос, насколько они могут рассчитывать на поддержку своей семьи и друзей;

— свобода делать жизненный выбор: она измеряется с использованием данных Всемирного исследования ценностей, в ходе которого людям задается вопрос, насколько свободны они имеют возможность делать собственный выбор в своей жизни;

— доверие: оно измеряется с использованием данных Всемирного исследования ценностей, в ходе которого людей спрашивают, насколько они доверяют своему правительству, бизнесу и другим людям в целом;

— щедрость: она измеряется с использованием данных Всемирного индекса благотворительности, в котором людей спрашивают, как часто они жертвовали на благотворительность, жертвовали свое время волонтерами или помогали незнакомцам в прошлом году.

Мировой индекс счастья — ценный инструмент для понимания факторов, которые способствуют счастью и благополучию. Его могут использовать правительства, предприятия и частные лица для принятия решений, которые могут улучшить счастье людей во всем мире.

Самой счастливой страной мира в 2015 г. являлась Швейцария, а в 2016 г. являлась Дания. К такому выводу пришли аналитики международного проекта «Сеть решений устойчивого развития» при Организации Объединенных Наций, которые представили рейтинг стран мира по уровню счастья населения в 2016 г. (World Happiness Report 2016).

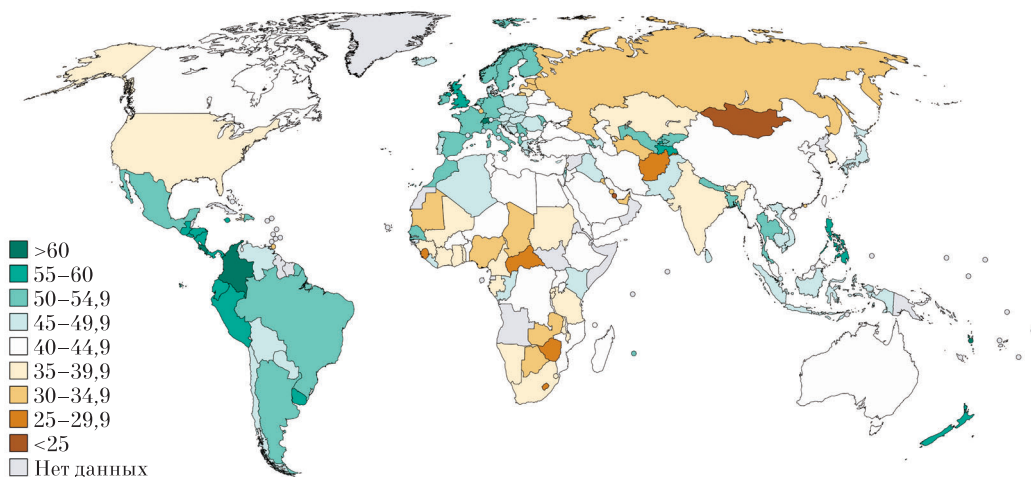


Рис. 6.1. Карта мира, отражающая показатель международного индекса счастья. Данные 2019 г.¹

Первый взгляд на эту карту мира (рис. 6.1) свидетельствует о том, что наиболее счастливые люди в своей массе проживают в Центральной и Южной Америке, что вызывает недоумение по многолетним качественным оценкам реальных отрицательных факторов (низкий материальный уровень, наркотрафик и наркопотребление, бандитизм, низкий уровень образованности, постоянное стремление к эмиграции в США и др.). Следовательно, для этого громадного региона применяемый подсчет неприемлем. В равной мере это суждение подходит

¹ https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/2/2f/Happy_Planet.PNG/900px-Happy_Planet.PNG.

к Африке выше Сахары и центральной части материка. Россия близка по показателю счастья к США и некоторым другим странам. В табл. 6.1 показан рейтинг наиболее успешных стран, достигших высоких показателей по индексу счастья.

Как следует из рейтинга счастья, на этот показатель мало влияет холодный (Норвегия и Финляндия) или жаркий (Израиль, Кувейт, Австралия) климат, наличие постоянной тектонической опасности (Исландия) и др. Ранее в этот список входили нейтральные государства, сейчас эта зависимость разрушилась. В целом, за редким исключением (Литва) в первую двадцатку входили обеспеченные страны, ниже по списку эта зависимость нивелируется. К примеру, США занимает 23-е место, Саудовская Аравия — 28, Сербия — 37, Вьетнам — 54, Китай — 60, Россия — 72, Украина — 105 место.

Таблица 6.1

Рейтинг стран мира по индексу счастья [42]

Рейтинг	Страна	Коэффициент
1	Финляндия	7,741
2	Дания	7,583
3	Исландия	7,525
4	Швеция	7,344
5	Израиль	7,341
6	Нидерланды	7,319
7	Норвегия	7,302
8	Люксембург	7,122
9	Швейцария	7,060
10	Австралия	7,057
11	Новая Зеландия	7,029
12	Коста-Рика	6,955
13	Кувейт	6,951
14	Австрия	6,905
15	Канада	6,900
16	Бельгия	6,894
17	Ирландия	6,838
18	Чехия	6,822
19	Литва	6,818
20	Великобритания	6,7

Количественный подход не дает убедительного ответа о границе, за которой начинается иное состояние объекта, требующее и качественно новых подходов

к его развитию. Количественные изменения непрерывны, качественные изменения дискретны, что соответствует непрерывности и дискретности смены поколений в процессе развития общества в целом [29].

Всё это, естественно, не отрицает значимости практической пользы количественного измерения социальных процессов в т.ч. и для методического обеспечения государственной социальной политики по повышению количества населения и качества его жизни. Но абсолютизация цифры, доминирование количественного подхода в конечном итоге ведет к отрицанию качественного многообразия процессов и явлений, что не снимает высокой значимости количественного измерения социальных процессов. Необходимо лишь принимать во внимание относительность выводов, полученных в результате таких расчетов.

Анализ количества населения и качества его жизни особенно значим для современной России, где независимое от государства гражданское общество все еще не сложилось, несмотря на то что государство конституционно признало себя социальным. И поэтому управление социальным развитием общества требует единства, совмещения подходов от человека к условиям его жизни, также как и от условий жизни к человеку, включения в систему научных знаний собственно демографической науки, в центре которой находится исследование населения как системы, его количества и качества, позволяющей получить результаты долговременного влияния демографических процессов на экономику и политику, необходимых для повышения количества населения на основе роста качества его жизни [29].

Эти примеры свидетельствуют о том, что понятие качество жизни и счастья весьма специфичны и зависимы от многих этнических, национальных и индивидуальных факторов восприятия мира, в том числе на просторах России.

Финансирование здравоохранения

В России величина составляет около 4–7% при средних показателях по Европе более 10%, в США около 17%. Следует обратить внимание на то, что успехи и доступность медицины не всегда определяется % от ВВП, здесь значимую роль играет форма и практика системы. Значительное недовольство населения в США и некоторых других развитых экономически стран связаны с недостаточным охватом страхованием и высокими ставками на медицинскую помощь, а в последние годы с дефицитом медицинских работников. Этот вопрос в целом носит политический и организационный характер.

Другой ряд стран с высоким процентом, но низким абсолютным показателем ВВП (Армения, Афганистан, Куба, Науру, Тувалу) ограничивает оказание адекватной медицинской помощи.

Ожидаемая продолжительность жизни в России существенно ниже уровня, который по модели Престона соответствует российскому душевому ВВП. В 2010 г. разница между модельной и реальной продолжительностью жизни составляла 8,7 года и была самой высокой среди 57 стран, участвующих в расчете (рис. 6.2).

Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение

Рейтинг	Страна	Расходы, %
1	Тувалу	17,1
2	Соединенные Штаты Америки	17,1
3	Маршалловы Острова	16,4
4	Сьерра-Леоне	13,4
5	Микронезия	12,4
6	Швейцария	12,3
7	Палау	12,0
8	Афганистан	11,8
9	Куба	11,7
10	Франция	11,3
11	Германия	11,2
12	Науру	11,0
13	Швеция	11,0
14	Япония	10,9
15	Кирибати	10,8
16	Канада	10,6
17	Армения	10,4
18	Австрия	10,4
19	Норвегия	10,4
20	Андорра	10,3
21	Бельгия	10,3
22	Дания	10,1
23	Нидерланды	10,1

Зависимость ожидаемой продолжительности жизни в регионе от экономического положения региона практически отсутствует. Иллюзия, что связь существует, есть следствие того, что Москва выделяется среди других регионов высоким ВВП и высокой продолжительностью жизни. Но и в Москве продолжительность жизни в 2010 г. была существенно ниже уровня, предсказанного моделью Престона. С точки зрения авторов, отсутствие связи объясняется тем, что в регионах с высоким ВВП также высок уровень экономического неравенства. Высокие доходы малой части населения могут поднять средний уровень экономических показателей, но более низкий уровень смертности в меньшей группе мало влияет на продолжительность жизни в регионе. Кроме того, высокий ВВП не означает автоматически более высокого уровня расходов на медицинскую помощь и обеспечение безопасности жизни.

Расходы, как и ожидалось, увеличиваются с ростом регионального душевого ВВП (табл. 6.3). Однако весьма неожиданно выглядит вторая половина таб-

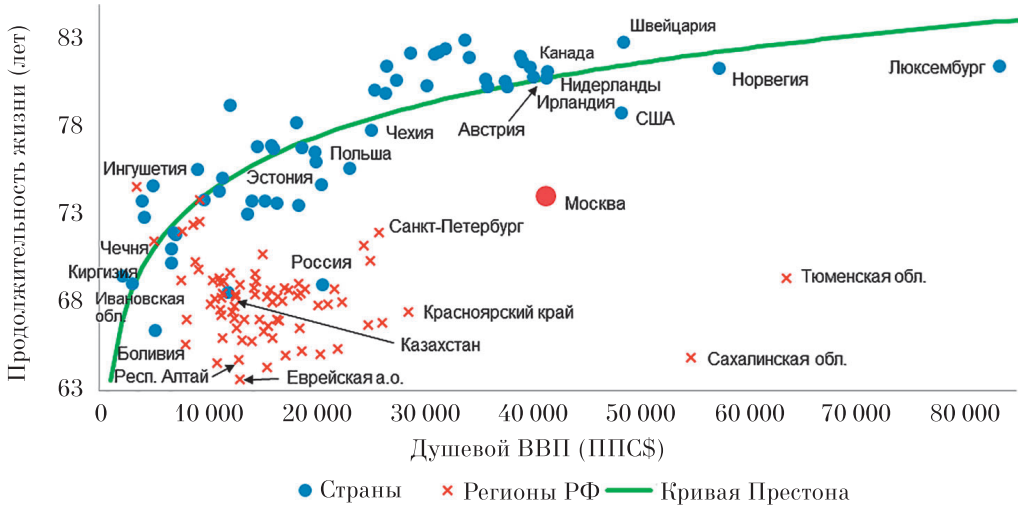


Рис. 6.2. Распределение 57 стран и 80 регионов России по душевому ВВП и ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2010 г. [5]

лицы, указывающая на отрицательную корреляцию между продолжительностью жизни и расходами на здравоохранение. Причем отрицательная связь наблюдается и в Европейской части страны, где тяжелые природно-климатические не играют той роли, как к востоку от Урала. Получается, что в регионах, где объемы финансирования выше, продолжительность жизни ниже, чем в регионах с более низким объемом финансирования.

Поиски других стран с близкой ситуацией не дали результатов. Были сопоставлены данные о среднем доходе на душу населения в штатах США с данными об ожидаемой продолжительности жизни населения штатов. Расчеты за 2010 г. дали коэффициенты ранговой корреляции Кендалла и Спирмена между ожидаемой продолжительностью жизни и средним доходом на душу населения, соответственно, равные 0,34 и 0,47, значимые на уровне 0,01. Подробный анализ с обсуждением можно найти в работе [5].

Вопросы численности видов на планете

Весь период развития цивилизации рассматривается вопрос о том, куда идет человечество и что его ждет в перспективе ближайших веков. Опыт развития жизни на Земле свидетельствует о периодах расцвета и депрессии отдельных видов на этапах флюктуаций климата или земных катастроф (рис. 6.3). В то же время анализ развития биологических видов в природе свидетельствует о сложившейся гармонии взаимодействия между ними и существование механизмов саморегуляции численности особей, которая подчинена глобальным колебаниям климата в природе [7].

Таблица 6.3

Коэффициенты корреляции между финансированием региональной программы государственных гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи на душу населения и душевым ВВП и ожидаемой продолжительностью жизни при рождении в 2010 г. [5]

	Россия в целом		Европейская часть*	
	Кендалла	Спирмена	Кендалла	Спирмена
	Душевой ВВП			
Объемом финансирования региональной ПГГ на душу населения	0,40	0,75	0,47	0,70
Объемом финансирования с учетом покупательной способности	0,34	0,46	0,37	0,50
	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении			
Объемом финансирования региональной ПГГ на душу населения	-0,36	-0,52	-0,23*	-0,33*
Объемом финансирования с учетом покупательной способности	-0,35	-0,48	-0,22*	-0,30*

* Включая регионы Центрального, Северо-Западного, Южного, Приволжского федеральных округов и Ставропольский край.

Примечание: корреляция значима на уровне 0,05, другие коэффициенты значимы на уровне 0,01.

Биотический потенциал любого вида способен обеспечить рост численности популяции в среде. В обычных условиях устойчивых экосистем высокая плодовитость нужна не для того, чтобы популяция выросла, а для того, чтобы она не вымерла, и это важно не только для той или иной популяции, но и для экосистемы в целом. «Преждевременная» (до вступления в стадию размножения) смертность избыточного потомства — главный механизм, приводящий динамику численности популяций в соответствие с интересами экосистемы. «Задача» же любого биологического вида — не преумножение численности, а выживание вместе с экосистемой, в которую он включен. Эта задача решается разными видами с разной степенью эффективности, пишет А. Г. Вишневский [15].

В данном случае тревогу вызывает общая численность человечества, учитываемая его стремительный рост в последние столетия. По мере продвижения по эволюционной лестнице, у видов, находящихся на верхних уровнях пищевых сетей, появляется возможность менее расточительного размножения, у теплокровных появляются рефлекторные реакции, которые позволяют смягчать колебания

численности. Некоторые виды способны предвосхищать нарушение экологического равновесия за счет роста популяции и несколько сдерживать этот рост, сокращая производство потомства. Жизнедеятельность становится все более сложной и разносторонней [15]. У человечества это получается плохо, что отслеживалось на росте населения Китая и Индии, вспышках рождаемости в африканских странах и др.

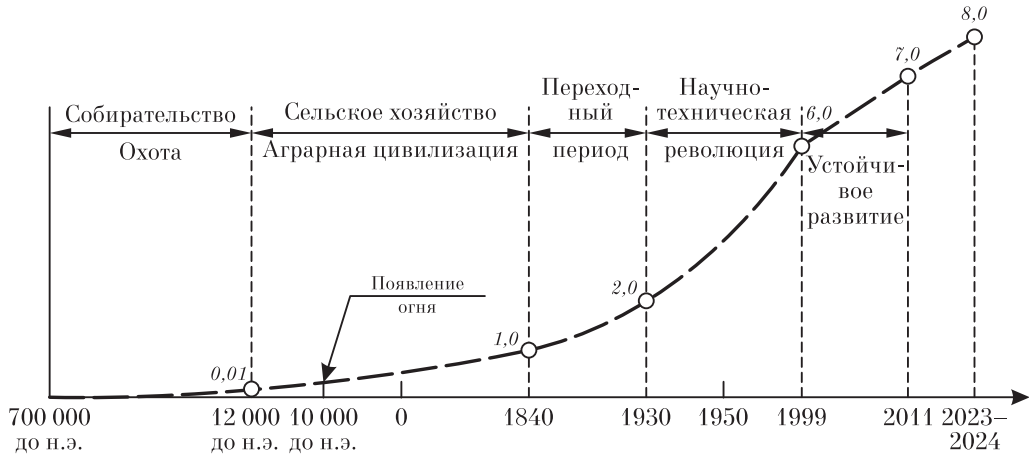


Рис. 6.3. События и рост населения на планете¹

Человечество возвело границу с природой, но она не перестала быть открытой системой, поэтому существование человечества возможно только при его взаимодействии с внешней средой. Такое взаимодействие не может не накладывать на жизнь человечества, в том числе и на его численность, определенных ограничений, ведь люди живут в ресурсами лимитированной среде. Интеллект и возникновение социальной жизни создает не только новые степени свободы, но порождает и свои ограничения.

Эти вопросы подробно были рассмотрены в книге [9], где показаны ограничительные барьеры между макро- и микромиром, которые взаимно воздействуют в рамках биосферы планеты, влияя на численность человечества в истории развития вида. Микробиота, превращаясь в патогенные штаммы, была способна существенно уменьшать — регулировать — население людьми, другими млекопитающими и иными видами планеты.

Интеллектуальная сила человечества позволила, начиная с XIX века, существенно снизить опасность для народонаселения инфекционных эпидемий путем вакцинации, других мер профилактики, использования принципов асептики и антисептики, антибиотиков и др. Кроме перенаселения беспокоит и другой процесс — это исчезновение вида в условиях саморазрушения и внешних воздействий. Здесь уместно вспомнить теорию мальтузианства и ее основателя.

¹ https://studfile.net/html/2706/146/html_A5dobNsnHF.Z5r2/img-sXd4H1.jpg.

Томас Роберт Мальтус — священник англиканской церкви, ученый-демограф и экономист. Основатель макроэкономики, член Лондонского королевского общества, иностранный член французской Академии моральных и политических наук, иностранный почетный член Императорской Санкт-Петербургской академии наук.



Рис. 6.4. Томас Роберт Мальтус

В 1798 г. опубликовал свою книгу *Essay on the Principle of Population* («Очерк о законе народонаселения»). Содержания и суждения, изложенные в книге, обсуждаются до настоящего времени как с положительным принятием основных положений, так и с критикой.

Три основных тезиса «Очерка о законе народонаселения»:

1) из-за биологической потребности человека к продолжению рода, численность населения постоянно растет, пока есть источники средств существования;

2) народонаселение строго ограничено средствами существования;

3) рост народонаселения может быть остановлен лишь встречными причинами, которые сводятся к нравственному воздержанию или несчастьям (войны, эпидемии, голод).

Также Мальтус приходит к выводу, что народонаселение растет в геометрической прогрессии (удваивается каждые четверть века в отсутствие войн и болезней), а ресурсы Земли ограничены (в частности, производство продуктов питания растет в арифметической прогрессии), потому, если не сдерживать рост населения, то рано или поздно их перестанет хватать на всех. Надо отметить то, что если эти положения были спорными на рубеже XVIII и XIX веков, то ныне они являются основополагающими в динамике народонаселения.

В первой четверти XX века «принцип перенаселения» Мальтуса подвергался сомнению в идеях «недонаселенности» Дж. М. Кейнса. После Второй Мировой войны теория Мальтуса вновь стала популярной в развивающихся странах. Идеи Мальтуса получили развитие в неомальтузианстве. Они были частично использованы Карлом Хаусхофером в его работах по геополитике и теории «жизненного пространства» [29].

Качество жизни

Понятие качества жизни (КЖ) существовало во все времена. В народе оно определялось как три категории бытия: а) хорошо живем; б) плохо живем; в) так себе живем, могло быть и лучше. На эти суждения накладывал отпечаток общий психологический фон в обществе, фактор сравнения с прошлым или

соседними территориями, возраст и оптимизм той или иной группы населения, что созвучно описанному выше суждению о счастье.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) качество жизни охватывает физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье человека, основанное на его восприятии своего места в обществе [36]. Качество жизни используется Организацией Объединенных Наций для оценки и сравнения социального и экономического положения населения стран.

Понятие КЖ больного впервые появилось в журнале «Index medicus» в 1977 г. В настоящее время направление исследования КЖ в медицине и клинической психологии активно развивается. Число исследований, связанных с качеством жизни, в различных областях здравоохранения прогрессивно возрастает [13].

Содержание понятия «качество жизни» является принципиальным, так как в значительной степени определяет предмет и методы исследования, а также возможности клинической интерпретации полученных результатов. Дискуссии о содержании этого понятия ведутся до настоящего времени. В международных научных периодических изданиях встречается более 20 различных формулировок, описывающих качество жизни человека [35].

А. А. Новик и соавт. дают следующее определение: «*Качество жизни* — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии» [34].

КЖ человека всегда связано со здоровьем, так как, по существу, является оценкой здоровья, основанной на субъективном мнении индивидуума. При этом следует заметить, что в понятие «качество жизни» включен такой аспект, как социальное функционирование, который нельзя отнести к категориям, описывающим здоровье. КЖ включает информацию об основных сферах жизнедеятельности человека — физической, психологической, духовной, социальной, экономической. Оно оценивает компоненты, не связанные и связанные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного. КЖ изменяется во времени в зависимости от состояния больного, обусловленного рядом эндогенных и экзогенных факторов и разного рода причин.

Из многочисленных сфер применения метода оценки КЖ в здравоохранении и народосбережении выделим несколько разделов:

- экспертиза методов лечения с использованием современных критериев;
- обеспечение полноценного индивидуального мониторинга состояния больного с оценкой результатов лечения;
- разработка прогностических моделей течения и исхода заболевания;
- проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска;
- разработка принципов паллиативной и сохраняющей медицины;
- обеспечение динамического наблюдения за группами риска и оценки эффективности профилактических программ.

Исходя из основной направленности книги добавим несколько категорий, которые способствуют или ограничивают рождаемость детей:

- здоровье матери;
- комфортность жизни матери;
- обеспеченность и благополучие семейной жизни;
- уверенность в возможности воспитания и образования детей;
- другие социальные и экономические проблемы.

Полный и развернутый перечень всех категорий изложен в последнем издании Руководства по исследованию качества жизни в медицине А. А. Новика и соавт. [35].

Показатели КЖ у больного обладают независимой прогностической значимостью и являются более точными факторами его выживаемости и состояния во время лечения, чем общесоматический статус. Прогностические возможности данных КЖ показаны в разных разделах медицины. Полученные до лечения, они могут дать врачу ценную информацию о возможном исходе заболевания и помочь в выборе правильной терапевтической стратегии. При хронических заболеваниях в фазе ремиссии КЖ является основным критерием оценки состояния больного [32].

Исследование КЖ открывает возможности измерения ключевых составляющих здоровья человека — физического, психологического и социального функционирования. Информация о субъективных переживаниях больного, выраженная врачом, недостаточна для принятия ряда важных клинических решений. Субъективные переживания должен выражать сам больной. Исследование КЖ по мнению многих специалистов — это новый метод, позволяющий изучать многоплановую картину субъективных переживаний [19, 35].

Следовательно, качество жизни — это одновременно объективный и субъективный показатель. Он может варьировать в течение жизни до и после заболевания, зависеть от многих причин, которые могут сочетаться и аккумулироваться, зависеть от психологии и настроений пациента, его терпеливости и волевых качеств [37].

Рассмотрим эти вопросы на примере повторяемости и сочетания в реальной человеческой жизни биологических и социальных факторов. Представим, что эти две группы факторов находятся и меняются в самостоятельных плоскостях в течение жизни, а наши измерения являются дискретными. В этой связи возникает вопрос о том, как качество жизни можно верифицировать и использовать как инструмент определения состояния популяции, которая, как правило, весьма пестра и противоречива, зависит от средств массой информации, политических и конфессиональных влияний, климата и погоды.

В определенной степени при такой оценке мы имеем дело с анализом состояния и восприятия мира отдельными персонами, где требуется методология формирования отдельных многочисленных и непостоянных групп населения. В социальных исследованиях присутствует такого рода аналитические подходы, где в популяции выделяются гендерные и возрастные группы, территориальное и административное разделение, сельские и городские жители и др. При этом

компоненты социальной жизни оценивают отдельно от материального достатка, жилищного обеспечения, бытовых условий и др. В этой связи на межгосударственных сравнениях идет спор о правомерности того или иного сравнения условий жизни с учетом налоговых нагрузок на жителей, коммунальных услуг, инфляции и др. Тем не менее при соблюдении всех методических условий оценки КЖ эти показатели несут большую информацию в сравнении с другими, описанными выше, например индексом счастья и др. [33].

Человеческое существование устроено так, что соматические, психологические и социальные проблемы сплетены в один клубок, который достаточно трудно разделить на категории ощущений пациента в аспекте КЖ. На рис. 6.5 выделены некоторые клинические и социальные критерии для иллюстрации того, что в течение



Рис. 6.5. Два аспекта качества жизни

достаточно короткого времени у конкретного человека может меняться как соматический статус, так и условия быта и иной деятельности. При этом данные плоскости могут вращаться как по часовой, так и против часовой стрелки, то есть, как в сторону улучшения показателя, так и в сторону ухудшения. Вот такая переменная составляющая осложняет использование критерия КЖ в силу его неустойчивости.

Нормативные показатели качества жизни по мнению А. А. Новика, Т. И. Ионовой (2021) могут быть использованы для решения широкого круга медико-социальных задач:

- при комплексной оценке эффективности медицинских и социальных программ в регионе;

- при мониторинге КЖ различных слоев населения, в том числе групп риска;
- при сравнении показателей КЖ у больных с популяционной нормой;
- при разработке и оценке эффективности реабилитационных программ, мер по социальной адаптации населения.

Из большого количества исследований группы авторов приведем примеры по оценке КЖ в Санкт-Петербурге. Снижение показателей КЖ с возрастом, выявленное для населения Санкт-Петербурга, совпадает с данными о КЖ населения других стран. Однако для последних показатели, связанные с психическим здоровьем, снижаются с возрастом в меньшей степени.

Для населения Санкт-Петербурга также характерно значительное снижение с возрастом показателей КЖ, связанных с психологическим функционированием: значение этой шкалы в молодом возрасте (15–34 года) достаточно высокое и снижается на 30% после 65 лет. По данным аналогичного исследования, выполненного в Швеции, психическое здоровье практически не меняется с возрастом. Социальное функционирование также существенно (на 30%) снижается в выборке Санкт-Петербурга. У населения Швеции социальное функционирование с возрастом снижается только на 10% [33].

В клинических исследованиях группы пациентов формируются с учетом диагнозов, тяжести заболевания, методов лечения и др. показателей. При анализе и интерпретации результатов исследования КЖ необходимо учитывать:

- многокомпонентность категории «качество жизни»;
- необходимость интеграции показателей исследования КЖ и клинических данных;
- неполное соответствие статистической и клинической значимости результатов исследования;
- зависимость полученных результатов от постановки задачи, инструмента исследования и методов статистического анализа [35].

Исследование КЖ, связанное со здоровьем, является новой современной методологией здоровьесбережения населения, позволяющей оценить результаты формирования КЖ человека в соматогенной, психологической и социальной сфере. В данном разделе предпринимается попытка выделения основных факторов, оказывающих влияние на КЖ человека, с акцентом на указанных сферах жизнедеятельности человека [28].

Психологические факторы, влияющие на качество жизни [12, 21, 43, 48]:

- качество досуга и отдыха;
- близкие межличностные отношения;
- уверенность в будущем;
- самореализация;
- уровень автономии;
- количество свободного времени;
- соответствие уровня притязаний и имеющихся возможностей;
- удовлетворенность образом тела;

- стрессонаполненность жизни;
 - экзистенциальные аспекты: цель и смысл жизни.
- Социальные факторы, влияющие на качество жизни [12, 21]:*

- доступность и уровень образования;
- экономические факторы;
- занятость;
- условия жизни.
- доступность медицинской помощи.
- социальная безопасность.
- уровень урбанизации;
- доступность транспорта;
- права и свободы;
- социальное обеспечение уязвимых категорий населения.

Соматогенные факторы, влияющие на качество жизни [12, 21, 33]:

- объем и качество питания;
- режим сон-бодрствование;
- болевой синдром;
- хронические заболевания;
- индивидуальные реакции при постоянном приеме лекарственных средств;
- уровень физической активности;
- генетический фактор;
- злоупотребление алкоголем и наркотиками;
- степень зависимости от медицинского вмешательства;
- возрастные изменения организма.

Важно отметить, что пандемия COVID-19 оказала значимое влияние на уровень и КЖ населения России. Д. М. Попова и Н. А. Кутепкина отмечают, что в 2020 г. значение интегрального индекса КЖ в России уменьшилось на 0,89, а 2021 г. он снизился еще на 2,28 [40]. Это связано с тем, что многие показатели, из которых складывается значение данного индекса, ухудшились: индекс покупательской способности, климатический индекс, индекс стоимости жизни, индекс времени коммутации трафика, индекс загрязнения.

Анализируя имеющиеся данные в накопленной литературе по данной теме, можно выделить следующие группы факторов, которые оказывают значимое влияние на КЖ после перенесенного COVID-19 [22, 39, 40].

Психические и психологические факторы:

- тревожные и депрессивные расстройства;
- нарушения когнитивных функций;
- социальная изоляция и снижение социальной активности;
- страх перед повторным заражением;
- нарушения межличностных отношений (рост числа разводов, подозрительность к окружающим и т.п.);

Социально-экономические факторы:

- потеря работы или снижение заработка;

- сложности с возвращением к прежнему образу жизни;
- финансовые трудности из-за расходов на лечение, профилактику/лечебные заболевания и т.п.

Соматогенные факторы:

- хроническая усталость;
- дыхательная недостаточность;
- кардиологические проблемы (тахикардия, аритмия);
- неврологические нарушения (головные боли, головокружение, потеря памяти, «туман в голове»);
- мышечная слабость и боли;
- нарушения сна;
- потеря обоняния и вкуса;
- повреждение органов (почки, печень).

Анализ факторов дестабилизации качества жизни после перенесенного COVID-19 демонстрирует необходимость комплексного подхода к реабилитации и постковидной поддержке пациентов. Многочисленные физические, психические и социально-экономические последствия заболевания требуют разработки индивидуальных программ, ориентированных на восстановление физического здоровья, психологической стабильности и социальной адаптации.

Медицинские и социальные критерии играют фундаментальную роль в определении качества жизни общества и эффективности системы здравоохранения. Эти критерии неразрывно связаны и взаимно влияют друг на друга, формируя комплексную картину благополучия населения.

Недостаток людских ресурсов, как и избыток населения, на территории или планете в равной степени опасны и должны находить разумное или биологическое равновесие. Однако как это может регулироваться в современных противоречивых условиях, неизвестно [41].

Что касается России, то сегодня не вызывает сомнений недостаток населения в существующих границах, идет потеря населения и нехватка рабочих рук для гармоничного развития страны. Основной задачей является реализация всех приемлемых путей увеличения рождаемости и снижение смертности населения, что входит в понятие народосбережение.

Список литературы

1. Аганбегян А.Г. Демографическая драма на пути перспективного развития России // *Народонаселение*. 2017. № 3 (77). С. 4–23. <https://doi.org/10.26653/1561-7785-2017-3-1>. EDN ZWTFHV.
2. Акбердина В.В., Суворова А.В. и др. Уральский федеральный округ: кризис и устойчивость в 2020 году / Серия: Аналитический бюллетень Уральского федерального округа / под ред. Ю. Г. Лавриковой, Институт экономики УрО РАН. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2021. 115 с.

3. Андреев Е.М., Чурилова Е.В. Результаты Всероссийской переписи населения 2021 года в свете статистики текущего учета населения и переписей предыдущих лет / Демографическое обозрение. 2023. Т. 10, № 3. С. 4–20. doi: 10.17323/demreview.v10i3.17967. EDN XYZSZBL.
4. Андреев Е.М., Школьников В.М. Оперативная статистическая информация о населении: возможности и ограничения // *Вопросы статистики*. 2016. № 3. С. 72–82. <https://doi.org/10.34023/2313-6383-2016-0-3-72-82>.
5. Андреев Е.М., Школьников В.М. Связь между уровнями смертности и экономического развития в России и ее регионах // *Демографическое обозрение*. 2018. Т. 5, № 1. С. 6–16.
6. Беляков Н.А., Багненко С.Ф., Тотолян А.А., Трофимова Т.Н., Айламазян Э.К. и др. Эпидемии и народонаселение России. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2023. 556 с.
7. Беляков Н.А., Багненко С.Ф., Трофимова Т.Н. и др. Последствия пандемии COVID-19. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2023. 456 с.
8. Берчун В.В. Народосбережение: здравоохранение через образование // *Актуальные проблемы глобальных исследований: Россия в глобализирующем мире*. 2019. С. 56–61. EDN ICKVCI.
9. Биоценоз человека и госпитальная среда / под ред. Н. А. Белякова, С. Ф. Багненко. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2023. 450 с.
10. Бобков В.Н., Бобкова Т.Е. и др. Уровень и качество жизни населения России: от реальности к проектированию будущего: монография / под ред. В. Н. Бобкова, Н. В. Локтюхиной, Е. Ф. Шамаевой; ФНИСЦ РАН. М.: ФНИСЦ РАН, 2022. 274 с. ISBN 978-5-89697-388-1, DOI 10.19181/monogr.978-5-89697-388-1.2022, EDN WOQAY.
11. Валентей Д.И., Зверева Н.В. Изучение народонаселения: вопросы методологии. М.: Изд-во МГУ, 1987. 156 с.
12. Вассерман Л.И., Громов С.А., Михайлов В.А., Лынный С.Д., Флерова И.Л. Концепции реабилитации и качества жизни: преемственность и различия в современных подходах // *Психосоциальная реабилитация и качество жизни*. СПб., 2001. С. 103–115.
13. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. 271 с.
14. ВИЧ/СПИД как угроза демографической безопасности региона / А. А. Куклин, А. И. Цветков., Д. С. Епанешникова, И. В. Коробков // *Уровень жизни населения регионов России*. 2019. Т. 15, № 4. С. 106–116. <https://doi.org/10.24411/1999-9836-2019-10086>; EDN YARBH.
15. Вишневский А.Г. Демографический переход и гипотеза гиперболического роста населения // *Демографическое обозрение*. 2018. Т. 5, № 1. С. 64–105. EDN UPPAFE
16. Воронов Н.В., Сапунов В.Б., Глазырина Т.М. Интегральная оценка здоровья нации через динамику продолжительности жизни // *Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения*. 2015. Т. 10, № 1. С. 67–72.
17. Глазырина Т.М., Сапунов В.Б. Народосбережение как национальная идея // *Известия Международной академии аграрного образования*. 2015. № 22. С. 24–26. EDN TYKONP.
18. Гостев Р.Г., Гостева С.Р. Национальная безопасность Российской Федерации: угрозы, вызовы, риски, опасности // *Социальная политика и социология*. 2012. № 2. С. 6–16. EDN PIDEVN.
19. Дегиль, О. В. Методика определения качества жизни населения региона на основе комплексного индикатора качества жизни // *Глобальный научный потенциал*. 2012. № 11 (20). С. 132–138. EDN RDOQFJ.

20. Демографическая модернизация России, 1900–2000 / под ред. А. Вишневого. М.: Новое издательство, 2006. 601 с. ISBN 5-98379-042-0.
21. Евсина О.В. Качество жизни в медицине — важный показатель состояния здоровья пациента // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электронный журнал*. 2013. С. 119–133.
22. Камдина Л.В. Оценка влияния пандемии COVID-19 на качество жизни населения // *Вестник ЧелГУ*. 2020. № 11 (445).
23. Корхмазов В.Т. и др. Половозрастная структура смертности от COVID-19 // *Инновационная медицина Кубани*. 2022. № 4. С. 39–46. <https://cyberleninka.ru/article/n/polovozrastnaya-struktura-smertnosti-ot-covid-19/viewer>.
24. Кремлев Н.Д. Народосбережение как основа концепции устойчивого развития региона // *Концепция развития производительных сил Курганской области. Материалы научно-практической конференции*. Курган: Курганский государственный университет. 2017. С. 323–335. EDN YKZWIG.
25. Кривенко Н.В., Цветков А.И. Эффективность финансирования здравоохранения для обеспечения экономической безопасности региона // *Экономика региона*. 2018. Т. 14, № 3. С. 970–986. <https://doi.org/10.17059/2018-3-20>; EDN UZBOVX.
26. Куклин А.А., Охотников С.А. Оценка индекса народосбережения при различных трендах регионального развития // *Уровень жизни населения регионов России*. 2023. Т. 19, № 2. С. 243–253.
27. Курганова Т.Ю., Огурцова С.В., Боева Е.В. и др. Хронология и проблемы эволюции ВИЧ-инфекции в Вологодской области в структуре Северо-Западного региона Российской Федерации // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии*. 2023. Т. 15, № 3. С. 84–94. DOI 10.22328/2077-9828-2023-15-3-84-94. EDN QRNGEA.
28. Лобанов Ю.Ф., Скударнов Е.В., Строзенко Л.А., Прокудина М.П., Каракасекова М.К., Печкина К.Г. Качество жизни как проблема в здравоохранении: современные тенденции // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2018. № 5–1. С. 235–239.
29. Маликов Н.С., Маликов И.Ф. Жизнь как жизнедеятельность: взаимосвязь качества населения и качества его жизни (Часть I) // *Уровень жизни населения регионов России*. 2023. Т. 19, № 2. С. 294–302. DOI 10.52180/1999-9836_2023_19_2_12_294_302. EDN UBOTIF.
30. Мальтус Т.Р. Опыт о законе народонаселения. liv.piramidin.com. Дата обращения: 27 января 2020. Архивировано 27 января 2020 года.
31. Народосбережение как фактор устойчивого социально-экономического развития регионов России (на примере Центрального федерального округа) / Т. А. Гуляева, Е. В. Такмакова, М. А. Козьявин, В. И. Савкин // *Статистика и экономика*. 2022. Т. 19, № 4. С. 46–56. <https://doi.org/10.21686/2500-3925-2022-4-46-56>; EDN FBDU
32. Никитина Т. П., Жернякова А.А., Ионова Т.И. Актуальные направления исследования качества жизни в современном здравоохранении // *Качество и жизнь*. 2019. № 1 (21). С. 3–8.
33. Новик А.А., Ионова Т.И., Гандек Б. и др. Показатели качества жизни у населения Санкт-Петербурга. Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2001; 4: 22–31.
34. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби; 1999.
35. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине (4-е изд., перераб. и доп.) / под ред. акад. РАН Ю. Л. Шевченко. М.: РАЕН, 2021. 664 с.
36. Окрепилова И.Г., Венедиктова С.К. Управление качеством жизни. СПб.: СПбГУЭФ, 2010. 104 с.

37. Ольхова Л.А., Козырева О.Н. Влияние качества трудовой жизни на оценку качества жизни населения // *Управление качеством жизни населения / НИЦ «Открытое знание»*. Нижний Новгород: НИЦ «Открытое знание», 2019. С. 109–128. EDN QTURSH.
38. Орлова И. Смертность в современной России: характер и особенности [электронный ресурс]: журнал / институт социально-политических исследований, Российская академия наук (ИСПИ РАН), 2002. Режим доступа www.ispr.ru/JURNAL/jurnal109.html.
39. Пандемия COVID-19 // [Электронный ресурс]. Режим доступа. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Пандемия_COVID-19.
40. Попова Д.М., Кутепкина Н.А. Проблемы и изменение уровня жизни населения с наступлением пандемии COVID-19 // *Материалы XIV Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум»*. URL: <https://scienceforum.ru/2022/article/2018028967> (дата обращения: 05.12.2024).
41. Потапова О.Н. Социально-демографическая структура предотвратимых потерь населения в России // *Вестник Саратовского государственного технического университета*. 2011. Т. 2. № 1(55). С. 245–249. EDN OFWGTD.
42. Потапова О.Н. Социально-демографические проблемы и основы народосбережения России // *Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета*. 2015. № 109 (05). С. 171–182.
43. Присяжный М.Ю. Подходы к определению понятия «Качество жизни» // *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. 2011. № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-opredeleniyu-ponyatiya-kachestvo-zhizni> (дата обращения: 04.12.2024).
44. Рейтинг стран мира по уровню счастья / Гуманитарный портал: Исследования [Электронный ресурс]. Центр гуманитарных технологий, 2006–2024 (последняя редакция: 20.03.2024). URL: <https://gtmarket.ru/ratings/world-happiness-report>.
45. Садовничий В.А., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. М.: Экономика, 2012. 286 с. EDN QMBXYD
46. Семенова И.Ю. Государственная молодежная политика как важнейшее направление политики народосбережения в современной России // *Новая наука: Стратегии и векторы развития*. 2016. № 9. С. 214–217. EDN WKQSVR.
47. Семенова И.Ю. Народосбережение как фактор социальной политики в условиях укрепления Российской государственности // *Oeconomia et Jus*. 2018. № 2. С. 49–54.
48. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина. М.: МЕД-пресс-информ, 2006. 564 с.
49. Сложенкина М.И. Пути решения экологических проблем при производстве продуктов питания // *Экономика в условиях социально-техногенного развития мира*. 2017. С. 36–42.
50. Стародубов В.И., Куракова Н.Г. Механизмы, приоритеты и объемы финансового обеспечения научных исследований для здравоохранения в России и США // *Менеджер здравоохранения*. 2015. № 8. С. 37–46.
51. Шейман И.М. Управление рисками при реструктуризации здравоохранения // *Здравоохранение*. 2011. № 8. С. 28–34. EDN QBFKNJ.
52. Экономический ущерб от плохого здоровья: Экономические аспекты смертности и инвалидности: потери здоровья и нагрузка на здравоохранение / под ред. Ю. В. Михайловой, А. Е. Ивановой. М., 2006.