

**Дмитро Георгійович ШУШПАНОВ**

кандидат економічних наук, доцент,  
докторант,

кафедра управління персоналом і регіональної економіки,  
Тернопільський національний економічний університет

E-mail: shdg@rambler.ru

**ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ КРИЗЬ ПРИЗМУ  
ТЕОРІЇ ЖИТТЄВОГО КУРСУ**

Шушпанов, Д. Г. Детермінанти здоров'я населення кризь призму теорії життєвого курсу [Текст] / Дмитро Георгійович Шушпанов // Український журнал прикладної економіки. – 2016. – Том 1. – № 4. – С. 166-176. – ISSN 2415-8453.

**Анотація**

**Вступ.** Особливості теорії життєвого курсу та її роль у вивченні соціально-економічних детермінант здоров'я є перспективним напрямком сучасних наукових досліджень. Оцінка взаємозв'язку життєвого курсу, здоров'я та детермінант, які його визначають, дозволяє формувати більш дієву систему охорони здоров'я, яка б мала попереджувальний, а не наслідковий характер.

**Мета.** Виявити взаємозв'язки між життєвим курсом, соціально-економічними детермінантами та здоров'ям населення для формування ефективної соціальної політики та політики у галузі охорони здоров'я зокрема в Україні.

**Результати.** Принципи життєвого курсу модифіковано кризь призму здоров'я населення. Виокремлено чотири основних принципи: поздовжнього життя, багатогранного життя, життя людей, пов'язані між собою, і життя, що розгортається у соціальних контекстах. Розкрито суть та особливості цих принципів. Коротко висвітлені результати авторського соціологічного опитування населення України щодо оцінки впливу раннього періоду життя людини на її здоров'я у дорослому віці. Ці результати підтверджують, що відсутність хронічних захворювань у дорослому житті суттєво залежить від соціально-економічних детермінант та індивідуальної поведінки у ранньому періоді. Зокрема, шанси не мати жодного хронічного захворювання суттєво вищі серед тих, хто до 18 років отримав якісне харчування, був фізично активним. Вагомим є те, яким був добробут сім'ї, у якій виховувалась людина. Достатньо високі шанси також у тих, хто отримав більше інформації про ризики щодо власного здоров'я, регулярно відвідував заклади оздоровлення.

**Ключові слова:** здоров'я населення; захворюваність; Україна; життєвий курс; ранній період життя; соціально-економічні детермінанти здоров'я населення.

---

## Dmytro Heorhiyovych SHUSHPANOV

PhD in Economics,  
Associate Professor,  
Doctoral Student,  
Department of Human Resources and Regional Economics,  
Ternopil National Economic University  
E-mail: shdg@rambler.ru

### DETERMINANTS OF HEALTH THROUGH THEORY OF LIFE COURSE

#### **Abstract**

**Introduction.** Features of the life course theory and its role in the study of social and economic determinants of health have become the promising area of modern scientific research. Assessment of the relationships between life course, health and determinants that define its shape allows forming more efficient health care system that would bear precautionary but not effect nature.

**Purpose.** The aim of the article is to identify links between life course, social and economic determinants of population health and to create effective social policy and policy in the health sector of Ukraine in particular.

**Results.** The principles of the life course have been modified through public health. Four basic principles have been singled out: principle of longitudinal life, principle of multifaceted lives, and principle of people life. They are interconnected. Life is going on in social contexts. The essence and peculiarities of these principles have been analysed.

The results of the author's poll of Ukraine's population as for the assessing the impact of the early period of life of a person on the health in adulthood are briefly described in the article. These results confirm that the absence of chronic diseases in adult life greatly depends on the social and economic determinants of individual behaviour in the early period. The chances to live without any chronic diseases are significantly higher among those who ate food of high quality and were physically active before they are 18 years old. The welfare of the family, where the person grew up, is also very significant. The chances of those people, who received more information about the risks to their health, regularly visited healthcare institutions, are also high.

**Keywords:** health; morbidity; Ukraine; the life course; early life; social and economic determinants of health.

**JEL classification:** I110

---

#### **Вступ**

Люди, які народилися в різні періоди, тобто в різних когортах, набувають різного досвіду в перші роки життя, під час виховання і навчання, виходу на ринок праці, утворення шлюбних союзів, через народження різної кількості дітей і т. ін. Вони по-різному ростуть і старіють, хворіють та вмирають. Їхні траєкторії модулюються соціально-економічними детермінантами (СЕД) та ступенем впливу останніх на різних етапах життя. Саме такий ланцюг взаємозв'язків протягом життя людини досліджує теорія життєвого курсу (ТЖК). Слабке врахування особливостей траєкторій життя, СЕД, які супроводжують це життя, під час розробки концепцій та стратегій охорони здоров'я в Україні визначає актуальність та практичне значення зазначеної проблеми.

---

## Мета статті

Мета статті – виявити взаємозв'язки між життєвим курсом, соціально-економічними детермінантами та здоров'ям населення для формування ефективної соціальної політики та політики у галузі охорони здоров'я зокрема в Україні.

### Виклад основного матеріалу дослідження

Аналіз стану здоров'я населення в контексті ТЖК відкриває нові можливості щодо покращення політики у сфері охорони здоров'я, оскільки дає змогу встановити основні детермінанти здоров'я, причини захворюваності. На відміну від традиційних підходів до здоров'я, заснованих на положенні, що люди мають дотримуватись здорового способу життя як засобу профілактики розвитку хронічних захворювань, таких, як хвороби кровоносної системи, діабет та інші [1], ТЖК наголошує на значущості накопичених впливів на здоров'я і виникненні хвороб унаслідок впливу зовнішнього середовища протягом тривалості життя [2; 3].

Керуючись ТЖК, можна стверджувати, що стан здоров'я населення є результатом впливу не тільки фізичного, духовного та емоційного станів, у яких перебуває людина в певний момент життя, залежить не тільки від тих детермінант, які визначають цей стан на конкретний момент часу, а й від того, що відчувала людина та які детермінанти діяли на неї протягом попереднього життя. Це припущення було підтверджено такими дослідженнями: Національним поздовжнім обстеженням у США [3], Спільним дослідженням Західної Шотландії, Норвегії та Фінляндії [4], обстеженням хворих на цукровий діабет у Великій Британії, яке засвідчило, що несприятливі економічні та соціальні умови протягом життя людини призводять до такого розладу [5].

ЖК людини пов'язаний з оцінкою її здоров'я у часі, коли повторюється взаємодія між різними типами ресурсів зовнішнього та внутрішнього походження, які можна використовувати на благо: економічні, освітні, культурні, а також фізичне і психічне здоров'я, соціальні відносини тощо. Дослідження ЖК дає змогу краще зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки в межах індивідуального життєвого циклу, між поколіннями, а також у тенденціях виникнення захворювань на рівні населення. Вивчення ЖК акцентує увагу на тому, як СЕД визначають здоров'я на різних етапах розвитку людини – у ранньому періоді її життя (раннє дитинство, дитинство, юність) та дорослому житті, які з цих детермінант впливають на стан здоров'я на певному етапі життя людини, а які забезпечують основу для її здоров'я або є передумовою нездоров'я у майбутньому. Отже, СЕД здоров'я, за яких люди проживають своє життя, мають кумулятивний ефект на ймовірність розвитку будь-якої кількості захворювань.

Деякі з детермінант, наприклад, соціальний капітал, можна вважати найважливішими, адже між ЖК осіб, які мають тісні родинні зв'язки, існує високий рівень взаємозалежності [6]. Одним із завдань оцінки моніторингу ЖК є саме визначення тих детермінант, які вважаються базовими не тільки для здоров'я у ранньому житті, а й матимуть наслідки для здоров'я населення у майбутньому. Необхідність вирішення цього завдання зумовлена такими обставинами: мінливістю впливу детермінант, неоднозначним характером впливу на різні когорти населення, територіальними особливостями тощо.

Довічна траєкторія здоров'я починається з вагітності і СЕД, які впливають на вагітних жінок [7; 8], та продовжується протягом дитячого та підліткового віку. СЕД не тільки диференціюють вплив на здоров'я населення протягом життя. Проблеми зі здоров'ям людини надалі можуть змінювати детермінанти, які згодом впливатимуть на її стан здоров'я. Наприклад, бідність пов'язана з підвищеним вживанням

---

психоактивних речовин, що може призвести до напруження у сімейному середовищі та обмеження соціальної підтримки, що, серед іншого, викликає депресію, наслідки якої є загрозливими для всього організму [9; 10].

Й. Бен-Шломо і Д. Кух [2] запропонували дві моделі ЖК для здоров'я:

1. Модель критичних періодів характеризується різними етапами життя і розвитку людини, які називаються критичними або чутливими періодами. Оцінювання відмінностей між цими періодами є важливим, але часто його складно здійснити. Критичний період визначається як «обмежене тимчасове вікно», в якому певний вплив може мати несприятливу або захисну дію на розвиток людини з наслідками хвороб у подальшому житті. Отже, це проміжок часу, коли певні детермінанти мають найбільший вплив, тобто є більший ризик розвитку захворювання, ніж це було б в інший період.

Прикладом може бути захворювання на поліомієліт, зараження яким може відбутись у певний період у дитячому віці, але призвести до серйозних незворотних змін у дорослому житті. Внутрішньоутробне походження дорослих хвороб також можна вважати одним із прикладів моделі критичного періоду.

2. Модель «накопичення ризику» передбачає, що детермінанти, які впливають на здоров'я, можуть накопичуватися поступово, протягом усього життя. При цьому одні детермінанти є домінуючими в один період життя, а інші – в інший. Отже, вплив детермінант має змінний характер.

Зокрема, наслідки для здоров'я у дорослому житті часто пов'язані з конкретними умовами фізичного (забруднення повітря) чи психологічного (сімейний конфлікт) середовища або інших механізмів, таких, як харчування, фізична активність, інфекції або стрес у дитячому та підлітковому віці. З огляду на це детермінанти раннього періоду життя розглядаються як початковий етап курсу до здоров'я (нездоров'я) дорослих, але з непрямым ефектом через соціальні траєкторії, такі, як обмеження можливостей для отримання медичної допомоги чи освіти. Таким чином, ранній період життя (РПЖ) значною мірою визначає СЕД у подальшому житті, відповідно впливаючи на стан здоров'я людини в майбутньому.

Детермінанти впливу на здоров'я населення у РПЖ можуть корелювати або не корелювати із детермінантами здоров'я у майбутньому. Некорельовані детермінанти не впливають на ризик виникнення захворювання незалежно від ступеня подальшого впливу. Наприклад, високе споживання алкоголю незначно пов'язано з соціальним класом людини у дорослому житті.

Корельовані детермінанти за суттю мають кластерний характер. «Кластеризація ризику» передбачає накопичення детермінант, які пов'язані з іншими впливами. Вони часто також пов'язані з СЕД і можуть мати негативний або позитивний ефект. Послідовності пов'язаних негативних впливів підвищують ризик виникнення захворювання, оскільки один негативний вплив призводить до іншого, а потім ще до іншого. Такий вплив відомий як «адитивний ефект», коли негативний досвід збільшує ризик виникнення захворювання в кумулятивній формі, а також як «триггерний ефект», коли це тільки остання ланка в ланцюзі, яка значно впливає на ризик виникнення певного захворювання. Наприклад, поєднання професійного впливу азбесту і куріння призводить до більш високого ризику розвитку раку легенів, ніж можна було б очікувати окремо від кожного з цих ефектів [11].

Збір детальних даних для періодів, що охоплюють весь ЖК, дає змогу виявити внесок детермінант, які діють у певні проміжки часу. Наприклад, рак легенів у дорослому житті може бути наслідком таких дій ЖК: низька вага при народженні,

тютюнопаління у підлітковому віці, робота у цьому ж віці у шкідливих умовах праці, пов'язаних із запиленням чи підвищеним вмістом шкідливих речовин у повітрі.

Дослідження здоров'я у межах ТЖК може контекстуалізувати будь-який вплив у межах ієрархічної структури, а також географічні та соціальні відмінності, які можуть бути визначальними для стану здоров'я певної когорти осіб. Саме через необхідність глибшого розуміння змін у здоров'ї і хвороб населення з часом у різних країнах і між різними соціальними групами ТЖК останнім часом звертають більшу увагу. Зокрема, Д. Сміт і його однодумці [12-15] припускають, що соціальна нерівність у конкретних причинах смертності серед дорослого населення пов'язана з різним соціально-економічним впливом на різних етапах життєвого курсу.

На думку канадських дослідників [16], ТЖК пов'язана із накопиченням та використанням різних форм капіталу: економічного, людського, культурного, соціального та капіталу здоров'я (рис. 1). Ці ресурси взаємопов'язані між собою. Якщо, з одного боку, розглядати здоров'я як ключову частину схеми (див. рис 1), то інші форми капіталу та їхні складові виступатимуть його детермінантами. З іншого боку, щільні зв'язки між різними формами капіталу свідчать про те, що їхнє існування не можливе поодинці. Збереження здоров'я можливе лише за умови ефективного функціонування всіх форм капіталу.



**Рис. 1. Уявлення про перспективи життєвого шляху [16]**

ТЖК базується на взаємопов'язаних принципах: поздовжнього життя, багатогранного життя, життя людей, пов'язані між собою, і життя, що розгортається у соціальних контекстах (рис. 2).



**Рис. 2. Принципи життєвого курсу крізь призму здоров'я населення (модифіковано автором на основі [16])**

Перший принцип полягає у тому, що власний ЖК розвитку кожного індивіда вкладається в трансформовані умови і події, які відбуваються протягом історичного періоду на певній території, де він проживає. На кожному етапі свого життя людина живе, використовуючи будь-яку інформацію, ідеї і переконання, доступні для неї. Потім вона зберігає або змінює ситуацію.

У цьому контексті центральне місце в перспективі життєвого курсу посідають три типи часу: *індивідуальний, генерацій та історичний*. Перший базується на індивідуальних особливостях періоду розвитку плода, дитинства, юності, зрілості та старості щодо нерівності у можливостях на кожному з них. Час генерацій стосується вікових груп або когорт, у яких люди згруповані на основі їхнього віку. Історичний час пов'язаний з суспільними та (або) великомасштабними змінами або подіями.

Другий принцип (життя багатогранне) декларує, що у житті є безліч можливостей для збереження здоров'я. Що краще населення використовує потенціал у навчанні, зайнятості, соціальних відносинах, охороні здоров'я та інших напрямках життєдіяльності, то більшою є в нього ймовірність бути здоровим. У цьому разі перелічені СЕД здоров'я є не тільки чинниками, а і засобами збереження здоров'я.

Саме тому необхідно сприяти довічному навчанню, підвищенню грамотності в питаннях здоров'я, підтримці зайнятості, а також запобіганню шкідливому впливу бідності на здоров'я, особливо серед дітей. У цьому контексті посилення на різні взаємозалежні форми капіталу є особливо корисним: ресурси використовуються не тільки тоді, коли вони накопичуються, а протягом життя, впливаючи таким чином на життєві шанси і соціальні умови кумулятивним і інтерактивним способом.

Третій принцип (життя людей, пов'язані між собою) акцентує, що життя людей взаємозалежне і взаємопов'язане на декількох рівнях. Індивідуальні переживання пов'язані переважно із сім'єю. Стресові події, такі, як смерть члена сім'ї, впливають на

---

сімейні відносини. Ці явища можуть викликати патерни стресу й уразливості та навпаки сприяти адаптивній моделі поведінки та сімейної стійкості, що сприяє збереженню здоров'я.

Крім того, члени сім'ї можуть також синхронізувати або координувати своє життя з точки зору планування життя і питань, пов'язаних з термінами життєвих подій. Іноді це може викликати напруженість і конфлікти, особливо коли індивідуальні цілі відрізняються від потреб сім'ї.

Останній принцип (життя в соціальному контексті) засвічує провідну роль у формуванні життєвого курсу держави та громад, які можуть забезпечувати різні можливості й підтримку населенню через політику в галузі охорони здоров'я, освіти, соціальної допомоги, місцевого самоврядування, транспорту, навколишнього середовища тощо. Є дослідження, які відображають вражаючі відмінності навіть серед розвинених суспільств у рівні добробуту населення [14]. Ліберальні країни акцентують увагу на ринках і залишкових соціальних програмах; соціально-демократичні країни пропонують універсальний соціальний захист, наголошуючи при цьому на широкій участі у ринку праці; консервативні країни, як правило, більше покладаються на сім'ї та соціальне страхування. У кожній конкретній країні розвивалися різні компроміси між цими моделями протягом багатьох років, і порівняльне дослідження ЖК може сприяти нівелюванню впливу наслідків минулого на результати траєкторії окремих осіб і сімей.

Авторське соціологічне дослідження<sup>1</sup>, проведене наприкінці 2015 р., підтвердило значний вплив РПЖ на стан здоров'я українського населення у майбутньому, з одного боку, та на СЕД, які його визначають у дорослому житті, – з іншого.

Дані опитування опрацьовано за допомогою методу відношення шансів<sup>2</sup> (OR від «odds ratio»). Встановлено, що відсутність хронічних захворювань у дорослому житті суттєво залежить від СЕД та індивідуальної поведінки у РПЖ. Зокрема, шанси не мати жодного хронічного захворювання суттєво вищі серед тих, хто отримав якісне харчування до 18 років (OR = 4,051), був фізично активним (OR = 2,767), а також високим був добробут сім'ї, у якій виховувався респондент (OR = 2,659) (табл. 1). Достатньо високі шанси також у тих, хто отримав більше інформації про ризики щодо власного здоров'я, регулярно відвідував санаторії, табори відпочинку та інші заклади оздоровлення, а також тих осіб, які виховувались у родині із меншою кількістю дітей. Не підтвердилась гіпотеза щодо майбутнього впливу на здоров'я елементів соціального капіталу (стосунків у сім'ї) та шкідливих звичок батьків (тютюнопаління).

Водночас виявлені певні відмінності у розмірах шансів не мати жодних хронічних захворювань між чоловіками та жінками, населенням різних вікових груп, міським і сільським населенням тощо. Однак загалом результати підтверджують значний вплив детермінант РПЖ людини на стан її здоров'я у майбутньому.

Найбільш визначальним для СЕД здоров'я у дорослому житті (соціальний статус, дохід, освіта, індивідуальна поведінка щодо власного здоров'я) стали такі детермінанти РПЖ: дохід, освіта та відвідування закладів оздоровлення. Про це свідчать дані розрахунку кореляції між цими детермінантами (табл. 2).

---

<sup>1</sup> Опитано 1200 респондентів з усіх регіонів України (за винятком тимчасово окупованої АР Крим). Анкета містила 40 запитань щодо оцінювання стану здоров'я та СЕД, що його визначають. Вибіркова сукупність – випадкова, стратифікована за статеві-віковими групами (особи від 18 років і старші), типом населеного пункту (місто / селище міського типу / село) та областями.

<sup>2</sup> Один з основних способів опису в чисельному вираженні того, наскільки відсутність або наявність певного результату пов'язані з присутністю чи відсутністю певного фактору в конкретній статистичній групі.

**Таблиця 1. Відношення шансів між відсутністю хронічних захворювань у дорослому віці та детермінантами раннього періоду життя серед населення України (розраховано за результатами авторського соціологічного опитування)**

	OR	CI	p
Як би Ви оцінили стан власного здоров'я у період до 18 років?	2,141	1,526-3,008	0,000
Як би Ви оцінили рівень добробуту сім'ї, у якій Ви виховувались?	2,659	1,797-3,938	0,000
Як би Ви оцінили стосунки у сім'ї, у якій виховувались?			0,494
Наскільки повну інформацію щодо ризиків для здоров'я, на Вашу думку, Ви отримали до 18 років (школа, сім'я)?	2,082	1,613-2,687	0,000
Чи регулярно у віці до 18 років Ви відвідували спортивні секції, гуртки тощо?	2,767	2,061-3,715	0,000
Скільки разів до 18 років Ви перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо?	1,839	1,389-2,435	0,000
Чи курив хтось із батьків/опікунів у сім'ї, в якій Ви виховувались?			0,087
Як би Ви оцінили своє харчування у період до 18 років?	4,051	2,152-7,744	0,000

**Таблиця 2. Взаємозалежність СЕД здоров'я раннього періоду життя та СЕД здоров'я населення дорослого віку (N=1200) (розраховано за результатами авторського соціологічного опитування)**

		Соціальне становище	Дохід	Освіта	Тютюно-паління	Харчування	Житлові умови
Як би Ви оцінили рівень добробуту сім'ї, у якій Ви виховувались?	r	0,308**	0,158**	0,222**	-0,099**	-0,253**	-0,193**
	p	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
Наскільки повну інформацію щодо ризиків для здоров'я, на Вашу думку, Ви отримали до 18 років (школа, сім'я)?	r	0,134**	0,138**	0,174**	-0,074*	-0,133**	-0,047
	p	0,000	0,000	0,000	0,010	0,000	0,102
Скільки разів до 18 років Ви перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо?	r	0,154**	0,142**	0,212**	-0,069*	-0,118**	-0,089**
	p	0,000	0,000	0,000	0,017	0,000	0,002

Особливо важливу роль відіграє дохід родини, у якій виховувалась людина. Що вищий цей дохід, то більша ймовірність мати вищий соціальний статус, дохід, рівень освіти, кращі житлові умови та нижчу ймовірність тютюнопаління. Тим самим це збільшує шанси людини бути здоровою.



---

При цьому варто зауважити, що не всі детермінанти здоров'я раннього періоду життя впливають на СЕД у майбутньому. Наприклад, не підтверджено вплив харчування чи рівня фізичної активності на жодну із детермінант здоров'я у дорослому віці. Так само не всі детермінанти дорослого життя залежні від раннього періоду. Зокрема, вживання міцних алкогольних напоїв дорослими зовсім не залежить від умов раннього періоду. Приблизно однаковою мірою вживають алкогольні напої і ті, хто виховувався у сім'ях з високими рівнем добробуту, і ті, хто з низьким. Це свідчить про вибірковий і змінний характер впливу СЕД на здоров'я.

Оцінювання ЖК дає змогу розширити межі соціальної політики, надає їй інноваційного забарвлення, оскільки безробітні, інваліди, хворі, особи старшого віку та інші категорії населення розглядаються крізь призму різноманітних людських траєкторій, а не лише як дискретні категорії. Такий підхід до побудови соціальної політики відповідно базуватиметься на врахуванні наслідків різних подій у житті людей:

- пов'язаних не тільки з короткостроковою, а й з середньо- і довгостроковою перспективою (наприклад, коли перерва трудового стажу впливає на пенсійне забезпечення у майбутньому, зокрема це стосується декретних відпусток);
- які мають каскад наслідків в інших вимірах (наприклад, коли низький рівень освіти призводить до зниження грамотності у сфері збереження здоров'я, а обмежені можливості у гідній праці не дають змогу отримати достойний дохід, який би забезпечив умови для ведення здорового способу життя);
- що спричиняють наслідки для інших людей, з якими їхнє життя взаємопов'язано (обмежені можливості для розвитку дітей через бідність батьків).

Важливим завданням є побудова системи знань, яка забезпечуватиме підґрунтя особам, які ухвалюють рішення, а також громадам і громадськості загалом, з інформацією про те, як відбувалось життя окремих людей і сімей у системі причинно-наслідкових процесів, а також про підвищення їхнього потенціалу в напрямку поліпшення власного здоров'я, підвищення грамотності у сфері збереження здоров'я, соціально-економічного статусу і якості життя.

### **Висновки та перспективи подальших розвідок**

Здоров'я населення значною мірою залежить не тільки від СЕД, що діють на даний момент, але й від тих детермінант, які діяли на людей у минулому. Соціологічне дослідження, проведене нами, підтвердило, що міцне здоров'я населення частково залежить від раннього періоду життя, особливо від того, наскільки високою була якість їх харчування, фізична активність та рівень доходів у сім'ях, де вони виховувались.

Вивчення динаміки життєвого курсу в межах системи знань про детермінанти здоров'я населення є важливим для підтримки, розробки, моніторингу та оцінювання державної політики не тільки в системі охорони здоров'я, а й загалом у спектрі соціального життя. Власне, з цим аспектом проблеми пов'язані перспективи подальших розвідок.

### **Список літератури**

1. Mirolla, M. The cost of chronic disease in Canada for Chronic Disease Prevention Alliance of Canada [Електронний ресурс] / M. Mirolla, 2004. – Режим доступу: <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/chroniccanada.pdf>.
2. Kuh, D. A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology [Text] / D. Kuh, Y. Ben-Shlomo. – Oxford: Oxford University Press, 2004. – 473 p.

- 
3. Children and Young Adults [Электронный ресурс] / National Longitudinal Surveys. – Режим доступа: <http://www.bls.gov/nls/y79chyasum.htm>.
  4. Reconstructing the life course: health during early old age in a follow-up study based on the Boyd Orr cohort [Text] / D. Blane, L. Berney, G. D. Smith, D. J. Gunnell, P. Holland // *Public Health*. – 1999. – 113 (3). – P. 117-124.
  5. Raphael, D. The social determinants of the incidence and management of Type 2 diabetes mellitus: are we prepared to rethink our questions and redirect our research activities [Text] / D. Raphael, S. Anstice, K. Raine // *Leadership in Health Services*. – 2003, Vol. 16. – P.10-20.
  6. Rethinking MCH: The Life Course Model as an Organizing Framework: Version 1. 1 [Электронный ресурс] / Concept Paper U. S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Maternal and Child Health Bureau, 2010. – Режим доступа: <http://www.hrsa.gov/ourstories/mchb75th/images/rethinkingmch.pdf>.
  7. Methods for the development of NICE public health guidance (second edition) [Электронный ресурс] / National Institute for Health and Clinical Evidence. – London, NICE; 2009. – Режим доступа: [www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf](http://www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf).
  8. WHO-CHOICE Programme /World Health Organization. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.who.int/choice/en](http://www.who.int/choice/en).
  9. European Commission. Impact Assessment Guidelines. Brussels: European Commission [Электронный ресурс]. – 2005. – Режим доступа: [http://ec.europa.eu/governance/impact/docs/key\\_docs/sec\\_2005\\_0791\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/governance/impact/docs/key_docs/sec_2005_0791_en.pdf).
  10. European Commission. Study on the Use of Cost-effectiveness Analysis in EC's Evaluations. Brussels: European Commission (DG BUDGET); 2006. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://ec.europa.eu/budget/library/documents/evaluation/studies/cea\\_finalreport\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/budget/library/documents/evaluation/studies/cea_finalreport_en.pdf).
  11. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion [Электронный ресурс]. – Paper 2. – Geneva: WHO; 2010. – 75 p. – Режим доступа: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf).
  12. Smith, D. G. Health inequalities – Lifecourse approaches [Text] / D. Smith G. // *Population*. – Vol. 60 (3), 2005. – P. 387-390.
  13. Social determinants of health: Canadian perspectives [Text] / edited by Dennis Raphael. – Toronto: Canadian Scholar's Press, 2009. – 478 p.
  14. Halfon, N. Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research [Text] / N. Halfon and M. Hochstein // *Milbank Q*. – 2002, Vol. 80(3). – P. 433–479.
  15. Yu, S. The Life-Course Approach to Health [Text] / S. Yu // *Am J Public Health*. –2006, Vol. 96(5). – P 768.
  16. Bernard, P. Capturing the lifecourse: The contribution of a Panel Study of Lifecourse Dynamics (PSLD) to public policy analysis in Canada [Электронный ресурс] / P. Bernard. – Режим доступа: [http://www.ciqss.umontreal.ca/longit/session7\\_paper3.html](http://www.ciqss.umontreal.ca/longit/session7_paper3.html).

## References

1. Mirolla, M. (2004). *The cost of chronic disease in Canada for Chronic Disease Prevention Alliance of Canada*. Retrieved from: <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/chroniccanada.pdf>.

- 
2. Kuh, D. & Ben-Shlomo, Y. (2004). *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*. Oxford University Press.
  3. *Children and Young Adults. National Longitudinal Surveys*. (2014). Retrieved from: <http://www.bls.gov/nls/y79chyasum.htm>.
  4. Blane, D., Berney, L., Smith, G. D., Gunnell, D. J., Holland, P. (1999). Reconstructing the life course: health during early old age in a follow-up study based on the Boyd Orr cohort. *Public Health*, 113(3):117-124.
  5. Raphael, D., Anstice, S., Raine, K. (2003). The social determinants of the incidence and management of Type 2 diabetes mellitus: are we prepared to rethink our questions and redirect our research activities. *Leadership in Health Services*, 16:10-20.
  6. *Rethinking MCH: The Life Course Model as an Organizing Framework*. (2010). Concept Paper U. S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Maternal and Child Health Bureau. Retrieved from: <http://www.hrsa.gov/ourstories/mchb75th/images/rethinkingmch.pdf>.
  7. *Methods for the development of NICE public health guidance*. (2009). National Institute for Health and Clinical Evidence. Retrieved from: [www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf](http://www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf).
  8. *WHO-CHOICE Programme*. (2016). World Health Organization. Retrieved from: [www.who.int/choice/en](http://www.who.int/choice/en).
  9. European Commission. (2005). *Impact Assessment Guidelines*. Brussels: European Commission. Retrieved from: [http://ec.europa.eu/governance/impact/docs/key\\_docs/sec\\_2005\\_0791\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/governance/impact/docs/key_docs/sec_2005_0791_en.pdf).
  10. European Commission. (2006). *Study on the Use of Cost-effectiveness Analysis in EC's Evaluations*. Brussels: European Commission (DG BUDGET). Retrieved from: [http://ec.europa.eu/budget/library/documents/evaluation/studies/cea\\_finalreport\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/budget/library/documents/evaluation/studies/cea_finalreport_en.pdf).
  11. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion*. (2010). Retrieved from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf).
  12. Smith, D. G. (n.d.). *Health inequalities. Lifecourse approaches*. 60(3):387-390.
  13. Raphael, D. (2009). *Social determinants of health: Canadian perspectives*.
  14. Halfon, N., Hochstein, M., Milbank, Q. (2002). *Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy*, 80(3):433-479.
  15. Yu, S. & Am, J. (2006). *The Life-Course Approach to Health*. *Public Health*. 96(5), 768.
  16. Bernard, P. (2014). *Capturing the lifecourse: The contribution of a Panel Study of Lifecourse Dynamics (PSLD) to public policy analysis in Canada*. Retrieved from: [http://www.ciqss.umontreal.ca/longit/session7\\_paper3.html](http://www.ciqss.umontreal.ca/longit/session7_paper3.html).

**Стаття надійшла до редакції 16.12.2016 р.**