

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Д. Г. ШУШПАНОВ

**СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ
ДЕТЕРМІНАНТИ
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ**

Монографія

**Тернопіль
ТНЕУ
2017**

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Тернопільського національного економічного університету
(Протокол № 8 від 12 квітня 2017 року)*

Рецензенти:

В. М. Нижник – доктор економічних наук, професор, академік Академії економічних наук України, проректор з науково-педагогічної роботи Хмельницького національного університету.

М. Д. Романюк – доктор економічних наук, професор, заслужений діяч науки і техніки України, професор кафедри менеджменту та маркетингу ДВНЗ «Прикарпатський національний університет ім. Василя Стефаника».

Т. А. Костишина – доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри управління персоналом і економіки праці Полтавського університету економіки і торгівлі.

Шушпанов Д. Г.

Ш 98 Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення: монографія / Д. Г. Шушпанов. – Тернопіль: Економічна думка ТНЕУ, 2017. – 878 с.
ISBN 978-966-654-509-4

Монографія присвячена одній із найбільш актуальних для сучасної України проблем – пошуку ефективних напрямків збереження та зміцнення здоров'я населення. У цьому контексті здійснено комплексне дослідження соціально-економічних детермінант здоров'я: виявлені основні закономірності історичної еволюції та новітні особливості наукових підходів до їх вивчення, виділено та теоретично обґрунтовано механізм впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення на контекстуальному, структурному та проксимальному рівнях.

У праці розроблено та апробовано інноваційний напрямок оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення, який поряд з традиційними підходами (методи кореляції та біполярної лінійної регресії), полягає у використанні мікроімітаційного моделювання.

Доведені і кількісно параметризовані причинно-наслідкові зв'язки між умовами раннього періоду життя та станом здоров'я населення в майбутньому. Це стало можливим завдяки проведенню авторського соціологічного опитування, метою якого було виявлення соціально-економічних детермінант, які визначають стан здоров'я населення України.

У книзі викладено рекомендації щодо удосконалення системи охорони здоров'я через покращення соціально-економічних детермінант: доходів; зайнятості, освіти, соціального капіталу, умов довкілля, доступності та якості медичної допомоги, індивідуальної відповідальності населення за власне здоров'я тощо.

Представлене наукове видання адресовано демографам, економістам, соціологам, фахівцям сфери громадського здоров'я, працівникам системи охорони здоров'я, викладачам та студентам.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
1. ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	13
1.1. Еволюція наукових підходів до вивчення соціально-економічних детермінант здоров'я населення... .	13
1.2. Синкретичність трактування «здоров'я», «громадське здоров'я» та «здоров'я населення» в контексті їхнього соціально-економічного пізнання.....	48
1.3. Соціально-економічні детермінанти та нерівність у здоров'ї населення.....	76
Література до 1 розділу.....	122
2. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ТА МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	137
2.1. Інформаційне забезпечення вивчення соціально- економічних детермінант здоров'я населення.....	137
2.2. Система індикаторів здоров'я населення та соціально-економічних детермінант, що його визначають	154

2.3. Методологічні засади оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення.....	185
Література до 2 розділу.....	217
3. ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: СТАН, ДИНАМІКА ТА СТРУКТУРНО-ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ З КРАЇНАМИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ.....	223
3.1. Оцінювання смертності та середньої очікуваної тривалості життя.....	223
3.2. Характерні ознаки захворюваності та поширеності хвороб.....	268
3.3. Соціально-економічні особливості інвалідизації населення.....	299
3.4. Самооцінка стану здоров'я населення.....	323
Література до 3 розділу.....	334
4. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....	343
4.1. Ранній період життя крізь призму життєвого курсу: наслідки для здоров'я.....	343
4.1.1. Оцінювання стану та тенденцій здоров'я дітей та підлітків.....	346
4.1.2. Соціально-економічні умови раннього періоду життя як чинник нерівності у стані здоров'я населення у майбутньому.....	391
4.2. Особливості гендерної нерівності у стані здоров'я населення.....	419
Література до 4 розділу.....	450

**5. НЕРІВНІСТЬ У ДОХОДАХ, ЗАЙНЯТОСТІ
ТА ОСВІТІ: МАСШТАБИ ВПЛИВУ
НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....459**

5.1. Соціальний градієнт формування здоров'я населення.....459

5.2. Дохід та зайнятість як фундаментальні
детермінанти здоров'я структурного рівня.479

5.3. Освіта та санітарна грамотність: оцінювання
впливу на здоров'я..514

5.4. Соціальний капітал як ресурс здоров'я
та засіб зменшення нерівності у здоров'ї.539

Література до 5 розділу.....572

**6. ДОВКІЛЛЯ ТА СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК
ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.....583**

6.1. Регіональний профіль здоров'я: особливості
детерміналізації.583

6.2. Соціально-економічні та екологічні умови
проживання: значення для здоров'я.612

6.3. Доступність та якість медичних товарів і послуг.653

6.4. Особливості харчування: наслідки для здоров'я.677

6.5. Індивідуальна поведінка та відповідальність
за власне здоров'я.....692

Література до 6 розділу.....728

7. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ПОЛІТИКИ РЕГУЛЮВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ТА СКОРОЧЕННЯ НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ.	737
7.1. Моделювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення	737
7.2. Методологічні засади розрахунку композиційного індексу рівня здоров'я та визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я.....	749
7.3. Базисні принципи політики забезпечення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я.....	763
7.4. Інтегрування соціально-економічних детермінант в політику охорони здоров'я населення.....	797
Література до 7 розділу.....	832
ВИСНОВКИ.....	839
ДОДАТКИ	865

ВСТУП

Одним з основних завдань, які постають перед сучасними суспільствами, є необхідність забезпечення соціальної справедливості та захищеності населення, створення гідних умов життя, рівних стартових можливостей, підтримка соціально незахищених верств населення, а також нівелювання соціальної нерівності, яка має багато виявів, одним з яких є нерівність у здоров'ї. Значною мірою ця нерівність обумовлюється соціально-економічними детермінантами, такими як дохід, освіта, соціальний капітал тощо.

Теперішній період соціально-економічних та політичних змін в Україні характеризується динамічними явищами в усіх сферах життєдіяльності, які не завжди мають позитивні тенденції. Зокрема, поглиблюється розшарування у суспільстві, посилюються негативні тенденції у стані здоров'я населення та зростає нерівність у здоров'ї серед різних груп населення. Підґрунтям для таких висновків є оцінювання індикаторів, що характеризують стан здоров'я населення України. Більшість з цих індикаторів є значно нижчими за аналогічні в країнах Європи. Це стосується, зокрема, показників очікуваної тривалості життя, у тому числі здорового; загального коефіцієнту смертності; коефіцієнтів смертності осіб віком 0–64 роки, у т. ч. від хвороб органів кровообігу та травлення, злоякісних новоутворень; смертності й захворюваності на туберкульоз, захворюваності на ВІЛ/СНІД та інші інфекційні хвороби. Цей перелік неповний і його можна продовжувати.

Незадовільними є багато показників, що характеризують ризики для здоров'я на популяційному й індивідуальному рівнях. На популяційному це насамперед корупція, інфляція, низькі доходи, що спричиняє масштабну бідність,

недостатньо ефективна, а в ряді випадків недоступна медична допомога, поширеність зайнятості в шкідливих та небезпечних умовах, низька якість питної води, забруднення довкілля тощо. Високими залишаються ризики щодо здоров'я на рівні індивідуума: тютюнопаління, споживання алкоголю, наркотиків тощо. Разом з цим, недостатнім є споживання фруктів, обмежена фізична активність.

Складні події в Україні протягом 2014–2017 рр. суттєво поглибили зазначені проблеми. Ці питання потребують термінового вирішення, адже зволікання загрожує національній безпеці, посилює депопуляцію населення та знижує якість людських ресурсів. Першочерговим завданням за таких умов є зміна наявних підходів до системи охорони здоров'я населення, нинішні напрямки якої здебільшого є екстенсивними: в умовах суттєво обмежених фінансових ресурсів у державі намагаються ліквідувати наслідки хвороб, замість того, щоб їм запобігти. Отже, важливим як із методологічного, так і практичного погляду, є пошук інноваційних напрямків розвитку системи охорони здоров'я. Одним із таких напрямків є комплексний підхід, спрямований на покращення соціально-економічних детермінант здоров'я, посилення мотивації населення до збереження власного здоров'я та збільшення ефективності медичної допомоги.

У сучасному суспільстві здоров'я населення має сприйматись як динамічна, відкрита і складна адаптивна система, пов'язана з його особливостями, соціальною та економічною організацією. Це важливий факт має бути основою для розробки ефективної політики щодо збереження та поліпшення стану здоров'я населення.

Зміна стратегії державного управління у сфері охорони здоров'я є необхідною передумовою розвитку нового суспільства з населенням, яке має добре здоров'я. Таку політику необхідно будувати на принципово новій інтерпретації причинно-наслідкових зв'язків між навколишнім середовищем (соціальним та фізичним) і здоров'ям населення для формування якісно нових

підходів до збереження здоров'я як на індивідуальному, так і популяційному (глобальному, національному, регіональному) рівнях. Це неможливо без дослідження соціально-економічних детермінант здоров'я населення, їхнього моніторингу й аналізу.

Керуючись такою позицією, у 2005 р. ВООЗ заснувала Комісію з соціальних детермінант здоров'я (КСДЗ) з метою систематизації існуючих знань про можливі шляхи зменшення соціальних нерівностей у здоров'ї населення, щоб таким чином привернути увагу світу до завдань досягнення більш високого рівня соціальної справедливості в цій сфері як у межах країн, так і між ними, шляхом впливу на соціально-економічні детермінанти здоров'я.

Сучасних наукових розробок, присвячених комплексному вивченню соціально-економічних детермінант здоров'я населення в Україні, немає. Окремі аспекти цієї проблеми розглянуті в працях Е. Лібанової (детермінанти смертності населення, детермінанти здоров'я молоді, розробка заходів соціальної політики), Н. Рингач (соціальна нерівність та екологічні ризики здоров'я), Н. Левчук (вплив асоціальних явищ на здоров'я), О. Вильчинської (нерівність і здоров'я), Т. Грузевої (досягнення рівності в системі охорони здоров'я).

Дослідження громадського здоров'я, здійснені вітчизняними вченими, також частково висвітлюють проблематику нерівності у стані здоров'я. Зокрема, це праці А. Єріної, І. Рожкової та інших науковців, пов'язані із інституційним забезпеченням охорони здоров'я. Крізь призму національної безпеки досліджує громадське здоров'я Н. Рингач. У контексті впливу на економічне зростання розглядає здоров'я населення Т. Підвисоцька. Методичним питанням оцінювання громадського здоров'я присвячені праці І. Жалінської.

У працях зарубіжних науковців соціально-економічні детермінанти здоров'я досліджуються більш різнобічно. Разом з цим, доцільно зауважити, що однозначних шаблонів дослідження детермінант здоров'я бути не може, адже їхня структура, механізм і ступінь дії відрізняються як між країнами,

так і всередині них. Необхідність створення цілісної концепції регулювання соціально-економічних детермінант здоров'я диктується також потребою продукування ефективних способів обґрунтування і вибору управлінських рішень щодо зменшення нерівності у стані здоров'я населення. За суттю, методологія оцінювання соціально-економічних детермінант має стати дієвим інструментом, який забезпечить реалізацію відповідної політики у сфері збереження і зміцнення здоров'я населення.

Метою монографії є вирішення наведеного переліку проблем: розробка теоретичних, методологічних і практичних засад оцінювання соціально-економічних детермінант здоров'я для наукового обґрунтування принципів та механізму державної політики покращення стану здоров'я населення та скорочення нерівності у здоров'ї.

У першому розділі «Теоретико-методологічні засади дослідження соціально-економічних детермінант здоров'я населення» систематизовано теоретичні підходи до визначення понять «здоров'я», «громадське здоров'я», «здоров'я населення», досліджено їх еволюцію та сучасне трактування крізь призму соціально-економічної нерівності; розроблено концептуальну основу вивчення соціально-економічних детермінант із визначенням їхньої структури та векторів впливу на здоров'я населення.

Розроблено інформаційний інструментарій дослідження та побудовано алгоритм оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на здоров'я та нерівність у здоров'ї населення у другому розділі «Інформаційний та методичний інструментарій оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення». Наведений методологічний підхід поєднує традиційні методи дослідження детермінованості здоров'я населення, такі як кореляція, біполярна лінійна регресія, мікроімітаційне моделювання, коли сформований масив мікроданих коригується на основі даних макрорівня, зокрема таблиць смертності й оцінок щодо захворюваності

населення. Останній метод дає змогу виявляти залежності між детермінантами і станом здоров'я з високою точністю навіть за обмеженості первинної інформаційної бази між різними демографічними та соціально-економічними групами.

У третьому розділі «Здоров'я населення України: стан, динаміка та структурно-порівняльний аналіз з країнами Європейського Союзу» для обґрунтування ролі соціально-економічних детермінант у здоров'ї населення виявлено тенденції та оцінено стан здоров'я населення країни. Здійснено порівняльний аналіз показників здоров'я населення України і країн Європейського Союзу для визначення масштабів проблем із здоров'ям у нашій державі. Середньоєвропейські показники у цьому разі визначено як стандарт, з яким зіставляються дані про здоров'я населення України.

У четвертому розділі «Соціально-демографічні детермінанти здоров'я населення України» проаналізовано демографічні особливості формування здоров'я населення за віком і статтю. Аналіз цих особливостей дав можливість оцінити ступінь гендерної нерівності у стані здоров'я з урахуванням вікових змін. Особлива увага приділена вивченню особливостей впливу соціально-економічних детермінант раннього періоду життя на стан здоров'я у дорослому житті, що здійснено на результатах авторського соціологічного опитування населення.

У п'ятому розділі «Нерівність у доходах, зайнятості та освіті: масштаби впливу на стан здоров'я населення України» досліджено такі фундаментальні соціально-економічні детермінанти, як дохід та освіта, а також пов'язані з ними соціально-економічний статус та соціальний капітал. Виявлено взаємозв'язки між ними і ступінь впливу на стан здоров'я населення: окремі причини смертності та захворюваності. Методом мікроімітаційного моделювання змодельовано вплив доходу та освіти на стан здоров'я, методом логістичної регресії побудовано модель впливу соціального капіталу на стан здоров'я.

Шостий розділ «Навколишнє середовище та спосіб життя як детермінанти здоров'я населення України» висвітлює питання впливу на стан здоров'я населення місця та умов його проживання населення, а також його власної (індивідуальної) відповідальності за власне здоров'я. Виявлені закономірності у між станом навколишнього середовища (житлові умови, територія проживання, умови праці), доступністю та якістю медичних товарів і послуг та здоров'ям населення. Виділені найбільш гострі проблеми, пов'язані з індивідуальною поведінкою населення України, що має вплив на його здоров'я.

У сьомому розділі «Концептуальні засади політики регулювання соціально-економічних детермінант та скорочення нерівності у здоров'ї населення» змодельовано вплив соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення, що дозволило виокремити ті соціально-економічні детермінанти, які мають визначальний вплив на стан здоров'я населення України. Розроблено методологічні засади розрахунку композиційного індексу рівня здоров'я для визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я. Сформовано базисні принципи політики забезпечення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я та запропоновано напрямки поліпшення соціально-економічних детермінант в політику охорони здоров'я населення.

Автор висловлює щире подяку за зауваження та рекомендації висловлені при ознайомленні із рукописом монографії доктору економічних наук, професору, академіку НАН України, директору Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України імені М. В. Птухи Е. М. Лібановій.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО- ЕКОНОМІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

1.1. Еволюція наукових підходів до вивчення соціально-економічних детермінант здоров'я населення

Як наукове поняття «здоров'я населення» віддзеркалює певні стани, процеси, явища, що відбуваються у суспільстві, мають різне походження та історичний характер. На різних етапах розвитку людства детермінанти по різному впливали на стан здоров'я та визначали його нерівність серед різних груп населення. Видається, що це було зумовлено багатьма причинами, провідними з яких були соціально-економічні та політичні. Вагому роль відігравали у цьому процесі також культура, релігія та зміни довкілля. Відповідно підходи, методи та засоби дослідження впливу детермінант на здоров'я населення також змінювались. У зв'язку з цим важливим є виявлення закономірностей історичної еволюції наукових і практичних підходів до з'ясування вивчення стану здоров'я населення та детермінант, які його визначають. Це з одного боку, має фундаментальне значення для розуміння суті цього процесу, а з іншого – дає змогу сформулювати інноваційні напрямки політики охорони здоров'я в Україні.

Витоки «здоров'я населення» започатковані із дослідженнями здоров'я як базової ознаки людського існування, яка еволюційно осмислювалась різними культурами і епохами залежно від суспільного розвитку, традицій, цінностей тощо [1]. Тривалий проміжок часу на індивідуальному рівні здоров'я вивчалось насамперед з біологічної позиції, тобто виявлення генетичних та фізіологічних особливостей походження хвороби. Відповідно дослідження здоров'я протягом багатьох сторіч були пов'язані з медициною, біологією, філософією, антропологією тощо.

Історія дослідження індивідуального здоров'я розпочинається із медицини періоду Давньої Греції та Давнього Риму. Філософами того часу здоров'я людини розумілось як внутрішня гармонія та узгодженість: як благо (Сократ, Гелен з Пергама) та гармонія, рівновага (Гіппократ, Піфагор, Декартес). Вони також висунули тезу про те, що люди відповідальні за своє здоров'я особисто. Арістотель при цьому спробував виявити залежність між індивідуальним і громадським здоров'ям [2]. При цьому необхідно відзначити, що ідеї давньогрецьких вчених щодо визначення ролі індивідуальної відповідальності у збереження власного здоров'я та її співвідношення із іншими засобами впливу на здоров'я населення не втратили своєї актуальності й зараз.

У середньовіччя переважало релігійне розуміння світу, тому здоров'я пов'язувалося із засвоєнням філософських і теологічних знань, з мобілізацією духовної енергії людини за допомогою молитов, звернених до Бога [3]. На жаль цей період не відрізнявся значними досягненнями як у сфері громадського здоров'я, так і в розвитку медицини.

Подальші дослідження стану здоров'я людини тривали в епоху Відродження і Реформації. Гуманісти і вільнодумні філософи того періоду (Л. Валла, Ж. Боден, М. Монтень)

відмовилися від протиставлення здоров'я фізичного і здоров'я духовного й акцентували увагу на найбільш значущих для повсякденного життя цінності як «другого ряду», в тому числі і здоров'ї людини.

Перехід від дослідження здоров'я від індивідуального до популяційного рівня відбувся в епоху Просвітництва, що виявляється цілком очевидним, адже розвиток освіти та науки є безумовним рушієм прогресу у всіх сферах життєдіяльності суспільства. Програмні документи Великої французької революції й інших політичних подій того періоду фіксують також питання здоров'я народу, що було пов'язано із зміною ставлення до робочої сили, необхідністю її підтримання в здоровому, робочому стані. Привілейовані класи починають розуміти необхідність боротьби з епідеміями, які спустошували збіднілі прошарки населення.

Серед українських науковців того періоду необхідно відзначити І. Данилевського, який присвятив дисертацію «Про найкраще медичне управління» [4, с. 27] проблемі організації охорони здоров'я населення. Він один з перших українських науковців розглянув питання про обов'язок держави та уряду піклуватись про стан здоров'я населення. І. Данилевський стверджував, що домогтися значного зниження рівня захворюваності та смертності населення можна через проведення профілактичних заходів. На жаль, проблема недостатньої профілактики захворюваності в Україні актуальна дотепер. Брак уваги до популяризації здорового способу життя та пізня діагностика хвороб є одними із причин значного поширення їх: іноді захворювання фіксують, коли вже настає стадія втрати працездатності або людину неможливо врятувати від смерті. Найнеобхіднішою є більш повна реалізація заходів первинної профілактики – системи заходів попередження виникнення та впливу чинників ризи-

ку розвитку захворювань (вакцинація, раціональний режим праці й відпочинку, раціональне якісне харчування, фізична активність тощо) як на державному, так і на регіональному рівнях.

Українські вчені у сфері медицини тої пори, зокрема О. Шафонський, Д. Самойлович, Х. Тихорський, О. Шумлянський, С. Андріївський, М. Тереховський та інші науковці, які є основоположниками вітчизняної епідеміології, здійснили важливий внесок у дослідження етіології багатьох інфекційних хвороб (наприклад, чуми).

Першу половину XIX ст. можна охарактеризувати як період зародження санітарної статистики, коли у вікторіанську епоху епідеміологи активно збирали дані про народжуваність і смертність, що дало їм змогу зробити висновки про причини хвороби. У другій половині XIX ст. були виявлені бактерії, що дало поштовх до розробки вакцин та антибіотиків.

Уперше питання значущості здоров'я як соціального явища на державному рівні розглянуто у XIX ст., коли в Англії створений законодавчий статут «Охорона народного здоров'я» (1848), який став основою санітарного законодавства [5, с. 14–16]. У цей період разом з державними створюються громадські організації медичного профілю, які здійснювали профілактичні заходи.

Значний розвиток системи громадського здоров'я та соціальної епідеміології відбувся на початку XIX ст. у Франції. У цей період засновується журнал із зазначеної проблематики, який видається і нині, – «Літопис громадського здоров'я і судової медицини» [6, с. 365]. Провідні науковці, такі як О. Парент-Дешатульє та Л.-Р. Віллермі, виявили розходження захворюваності та смертності у різних районах Парижа, що, на їхню думку, було зумовлено відмінностями санітарно-побутових умов і послуг. Вони також вказали на слабе здоров'я дітей, які працюють. Їхні дослідження

підтверджують, що для привілейованих мешканців здорових районів основним чинником здоров'я був матеріальний; але без належної уваги до питань регулювання ринкової економіки та умов життя економічне зростання може мати прямо протилежні наслідки для життєвих можливостей населення загалом. Таким чином, матеріальний прогрес чи економічне зростання можуть бути амбівалентні наслідком для здоров'я [7, с. 423]. Важливим була й практична реалізація цього дослідження, адже завдяки ньому у 1841 р. у Франції ухвалено закон, що регламентував працю дітей.

Варто процитувати відомого німецького філософа та політичного економіста Ф. Енгельса, який стверджував, що інфекційні хвороби та рання смертність населення в Англії безпосередньо пов'язані зі станом атмосфери, житловими умовами, забезпеченості одягом, харчуванням та загальною антисанітарією. Матеріальний стан, стрес, загрози для здоров'я поведінку, а також низький рівень доступності медичної допомоги, він визначав провідними чинниками, які впливають на здоров'я робочого класу [8, с. 331–337]. Не викликає заперечень, що перераховані чинники здоров'я є одними з провідних й досі.

Інший німецький дослідник – лікар Р. Віхров – стверджував, що незадовільні житлові умови, нездорове харчування, неналежна гігієна, які спричиняють епідемії, є наслідками відсутності демократії, феодалізму і несправедливої податкової політики [9, с. 182]. У даному випадку автор доводить взаємозв'язок суспільно-політичних детермінантами та детермінантами довкілля, що як показали подальші дослідження важливим знанням для побудови державної політики охорони здоров'я в Україні.

Цікавою із позиції предмета дослідження проблем здоров'я є опублікована у 1847 р. книга німецького лікаря С. Нойманна «Охорона громадського здоров'я і власність»,

в якій він проаналізував взаємозв'язок стану здоров'я з доходами. Акцентуючи на соціальній детермінованості здоров'я, він зауважив, що «...велика частина захворювань, які отруюють існування людини або таких, які передчасно забирають її в могилу, пояснюється не станом мертвої природи, а пануючими суспільними відносинами» [10, с. 85]. Насправді суспільні та соціальні відносини можуть виступати посередниками між соціально-економічним статусом (СЕС) і здоров'ям людини. Однак наразі досліджень на цю тему небагато, а отримані результати доволі суперечливі. Так само залишається нез'ясованим питання, як соціальні відносини співвідносяться із СЕС. Наприклад, не завжди СЕС визначає більшу кількість і кращу якість соціальних відносин, що може відбуватися через брак часу на спілкування.

Отже, зародження сучасної концепції «здоров'я населення» відбулось у середині XIX ст. та набуло продовження у наступному сторіччі. Провідними на початку XX ст. були соціально-гігієнічні та епідеміологічні дослідження. У цей період німецький науковець А. Гротьян, автор праць з проблем алкоголізму, венеричних захворювань, регулювання народжуваності [11, с. 22], провів узагальнення проблем громадського здоров'я та медичної статистики, зосередивши увагу на соціальних умовах і чинниках, які визначають здоров'я населення, розробці пропозицій і вимог з у сфері державної охорони здоров'я населення. Власне такий напрямок досліджень, який акцентує увагу на детермінованості здоров'я є одним із перспективних на даний час.

Не можна обійти увагою той факт, що початок XX ст. став базовим для формування української наукової думки з проблемами громадського здоров'я, адже до цього часу всі дослідження мали локальний та вибірковий характер: вивчали переважно здоров'я представників панівного класу.

Серед науковців названого періоду необхідно виокремити С. Томіліна та О. Корчак-Чепурківського. Останній вважав, що основними напрямками досліджень епідеміології мають бути:

- а) статистика захворюваності населення;
- б) статистика руху населення, особливо його смертності;
- в) дані бактеріологічного дослідження;
- г) соціально-побутові та загально-гігієнічні умови життя населення;

д) відомості з «історії і географії епідемій».

Відповідно епідеміологія О. Корчака-Чепурківського на 4/5 була «соціально-гігієнічною» [12, с. 34].

Український фахівець у галузі соціальної гігієни і демографії, медичної статистики та історії медицини, фітотерапії С. Томілін зробив неоціненний внесок у розвиток наукової думки щодо здоров'я населення, напрямків його покращення. Соціальну гігієну він поєднував з демографією, оскільки вважав, що «...проблема народонаселення – це основний стрижень усього соціального життя, на який і повинна спиратися соціальна гігієна» [13, с. 172].

Поміж інших він досліджував вплив близькості лікувальних установ до населення на показники захворюваності, аналізував спробу його нівелювання. Ця проблема актуальна і сьогодні – населення віддалених районів за гострої необхідності надання першої медичної допомоги має менше шансів на її отримання і збереження життя, ніж населення міст. У цьому контексті С. Томілін вводить поняття «вичерпна захворюваність», яку трактував як захворюваність населення, яке мешкає в пунктах, де розміщені лікувальні установи.

Він також наполягав на необхідності постійного лікувально-профілактичного контролю здоров'я населення з розподілом його на групи залежно від серйозності наявних пато-

логічних явищ [13, с. 189]. Варто погодитися з цією думкою автора, адже профілактичні заходи насамперед мають бути спрямовані на осіб із хронічними захворюваннями або на тих, які потребують довгоєривого догляду. Однак до груп ризику при цьому доцільно відносити не тільки цих осіб, а й людей із низьким рівнем доходу, освіти, СЕС, безробітних тощо.

Безумовно вагомим внеском у розвиток досліджень здоров'я населення та чинників, які їх обумовлюють, є праці одного із найвідоміших демографів України М. Птухи. Важливим напрямом його наукової роботи було вивчення особливостей смертності населення в Україні, зокрема етнічні різновиди смертності та еволюції смертності в Україні [14, с. 184]. Загалом праці науковця є зразком глибокого і цілеспрямованого аналізу, що підноситься до рівня теоретичних узагальнень.

Зміна наукових поглядів на здоров'я відбувалась протягом багатьох століть: від дослідження стану здоров'я на індивідуальному до популяційного рівня. Роль різних наук у цьому теж змінювалась: від визначальної ролі медицини й біології до соціології та економіки. Наведені (рис. 1.1) історичні періоди – це пік, на який припадали дослідження вказаного напрямку. Разом з цим, подане групування не заперечує твердження, що інтерес дослідників до того чи іншого рівня повністю зник, він лише послабився. Об'єднуючим елементом усіх напрямків дослідження здоров'я є те, що вони здійснювались для покращення стану здоров'я населення, вдосконалення політики щодо його охорони.

До другої половини ХХ ст. дослідження здоров'я, принаймні в розвинених країнах, були спрямовані на подолання хронічних, неінфекційних захворювань, таких як хвороби серця і рак. Існуючі до того періоду мікробні теорії не могли виконати це завдання, а іншої парадигми у цей час створено не було. У 1950-х рр. відбувся «вибух знань» про

чинники ризику для хронічних захворювань, побудованих на досягненнях епідеміологічних і біостатистичних методів [15]. З огляду на це можна стверджувати про формування принципово нового погляду на здоров'я (див. рис. 1.1). Дослідження, які проводились у цей період, у подальшому сформували нову концепцію, що отримала назву «Концепція здоров'я населення». Процес її формування можна поділити на три етапи.



Рис. 1.1. Еволюція наукових підходів на здоров'я

Джерело: власна розробка автора.

Перший етап – до 1970-х рр. У цей період здебільшого досліджувались переважно умови, завдяки яким підтримується високий рівень здоров'я.

Підґрунтям для нових підходів до здоров'я стали праці вчених, які досліджували чинники ризику для здоров'я, але не на індивідуальному, а на популяційному рівні. Зокрема, як приклад, можна навести працю «Дослідження серця Фрамінгему» – дослідження серцево-судинної системи мешканців м. Фрамінгем неподалік від Бостона, штат Массачусетс, проведене у 1948 р. Результати дослідження змінили спрямованість системи охорони здоров'я від лікування хворих людей до формування заходів щодо запобігання можливим захворюванням здорових людей [16].

Безумовним досягненням авторів цього дослідження є ведення поняття «чинники ризику», зокрема: куріння, гіпертонію, ліпіди плазми і надмірну вагу для серцево-судинних захворювань. Контроль за подібними чинниками посів центральне місце у подальших наукових і практичних дослідженнях щодо охорони здоров'я та вдосконалення державної політики багатьох країн у другій половині ХХ ст.

Дослідження громадського здоров'я у 1950-ті рр. характеризувались поширенням «вертикальних» програм, які мали вузьку спрямованість, орієнтування на конкретні захворювання, як наприклад, малярія, віспа чи туберкульоз. Проте вони, як правило, ігнорували соціальний контекст.

У 1960-ті рр. здійснена переорієнтація із «вертикальних» програм на медико-санітарне просвітництво та профілактику захворювань. Посилюється увага на соціальних, економічних та політичних аспектах здоров'я.

Однак, варто відзначити, що у 1950–1960-ті рр. широкого розповсюдження дослідження впливу названих чинників на стан здоров'я населення не набуває розвитку. Зростання поширення хронічних захворювань багато науковців та практиків-медиків розглядає лише як неминучий наслідок процесу старіння населення.

Другий етап – 1970–1980-ті рр. У цей період зростає усвідомлення того, що від того, як живуть люди, як вони

харчуються, чи мають шкідливі звички, значною мірою залежить стан їхнього здоров'я.

Переломним періодом у поглядах на систему здоров'я, його охорону, чинники здоров'я є 1974 р., коли вийшла монографія В. Фукса «Хто вціліє? Здоров'я, економіка і соціальний вибір». Науковець розглянув важливе політичне питання, пов'язане зі здоров'ям населення: «...як багато має витратитися на медичне обслуговування і скільки для інших програм, які стосуються охорони здоров'я, наприклад, на боротьбу із забрудненням, фторування води, техніку безпеки тощо» [17, с. 54].

В. Фукс дійшов висновку, що сумарний внесок сучасної медичної допомоги у тривалість життя населення може бути вагомим, але його граничний внесок при нинішньому технологічному рівні насправді незначний. Таким чином, національна політика щодо поліпшення стану здоров'я населення – це не синонімічне поняття збільшенню витрат на медичне обслуговування, збільшення кількості лікарень або лікарів. Крім цього, будь-яка стратегія щодо поліпшення технологічної ефективності або справедливого розподілу медичної допомоги потребує інформованої модифікації стимулів і поведінки лікарів.

Однак однозначної відповіді на запитання, за рахунок чого мають бути вирішені проблеми зі здоров'ям, В. Фукс не подає. Проте його припущення явно відходять від медичної моделі здоров'я у напрямку її соціалізації: «Поліпшення здоров'я населення протягом довготривалого часу може бути досягнуто шляхом розвитку науки; але не за рахунок збільшення кількості наявних видів медичної допомоги» [17, с. 55]. Крім цього, вказується не тільки на індивідуальний, а на популяційний, макрорівневий спосіб дослідження проблем здоров'я. Продовжуючи думку автора, треба зауважити, що для формування наукових основ стратегій охорони здоров'я

особливо важливим серед видатних досягнень є доказ єдиної природи захворювань – екзогенних та ендогенних. Застосування такого підходу дозволяє розширити сучасні межі політики охорони здоров'я з наголосом на поліпшення соціально-економічних детермінант (СЕД).

Ще однією важливою подією 1974 р., яка дала змогу дещо по-іншому розглянути питання «здоров'я населення» та розширити категоріальні межі трактування здоров'я населення, була доповідь міністра здоров'я і соціального забезпечення федерального уряду Канади М. Лейлонда. Ця доповідь також стала поштовхом для вироблення іншого бачення на здоров'я, відмінного від традиційної біомедичної моделі. Автор висунув ідею про те, що здоров'я визначається довкіллям і способом життя. У доповіді порушені та обговорені проблеми соціальних детермінант здоров'я, які до того часу не розглядалися. У названому документі відображено основну віху переходу наукової думки від біомедичної моделі збереження здоров'я до акценту на необхідності його профілактики і зміцнення [18, с. 38]. Проте ні в Канаді, ні у будь-якій іншій країні протягом наступних кількох десятиріч не було повною мірою усвідомлено подані пропозиції або реалізовано будь-яку новаторську політику з цієї публікації.

Варто зауважити, що значним кроком у розумінні «здоров'я населення» була доповідь головного лікаря США зі зміцнення здоров'я і профілактики захворювань у 1977 р., провідна тема якої – можливість поліпшення здоров'я громадян шляхом їхніх дій стосовно самих себе, а також через дії осіб, які приймають рішення в державному та приватному секторах. Це може забезпечити створення безпечного і здорового середовища для всіх американців як на робочому місці, так і під час відпочинку [19, с. 12]. Удосконалення досліджень у цьому напрямку привело до того, що нині розширення знань та посилення

відповідальності за власне здоров'я є одним із пріоритетних заходів політики збереження та зміцнення здоров'я населення. Щоб більше людей займаються поліпшенням свого здоров'я, то краще вони дотримуються медичних порад і ведуть здоровий спосіб життя.

Поштовхом для формування концепції «здоров'я населення» було прагнення адаптувати методи клінічної епідеміології для вирішення більш широкого кола проблем зі здоров'ям у суспільстві, а також оцінити вплив медичних послуг на загальний рівень здоров'я. Запропонований підхід відрізняється від медичних підходів, за якими турбота про здоров'я людини починається при виникненні проблем із ним.

Крім цього, важливо зазначити, що для вивчення проблем зі здоров'ям у популяції, особливо з точки зору економістів і демографів, не достатньо використано сучасні епідеміологічні методи. Застосування цих методів для вивчення описаних проблем у комплексі значно підвищить можливість визначити основні компоненти соціальних, економічних та культурних детермінант, які впливають на виникнення патологій у здоров'ї населення. Подальше опрацювання інформації в цьому напрямку дасть суспільству можливість вибору:

– чи зацікавлене воно у виробленні стратегій для вирішення соціально-економічних проблем, пов'язаних із профілактикою захворювань, а також пом'якшення негативного впливу культурних, економічних і соціальних детермінант на стан здоров'я населення;

– чи надало б воно перевагу збільшенню обсягу послуг та здійсненню турботи про тих осіб, чиє здоров'я погіршується через довкілля.

В цей період чинники здоров'я населення вивчались недостатньо, однак безумовно необхідно відзначити дослідження В. С. Жученко та В. С. Стешенко [20], в якому

визначені соціально-економічних чинники, які впливають на демографічні процеси і смертність населення зокрема.

У 1984 р. ВООЗ визначила зміцнення здоров'я для Європи як «...процес, що дасть змогу людям збільшити контроль щодо поліпшення їхнього здоров'я» [21].

Підсумки активної співпраці ВООЗ з іншими організаціями, насамперед із канадськими, щодо дослідження шляхів поліпшення стану здоров'я населення підбито на 1-й Міжнародній конференції зі зміцнення здоров'я (МКЗЗ) в м. Оттаві у 1986 р. Ця конференція стала відгуком на щораз зростаючі очікування представників нового руху за збереження здоров'я населення у світі.

За результатами МКЗЗ була прийнята Оттавська хартія щодо зміцнення здоров'я, яка стала потужним заходом у ході зміни поглядів на здоров'я, у формуванні наукових засад розвитку напряму «здоров'я населення», де акцентується на визначальній ролі СЕД у поєднанні з біологічними та екологічними чинниками.

Згідно з положеннями Оттавської хартії заходи щодо охорони здоров'я означають необхідність:

- формування державної політики, враховуючи інтереси населення щодо збереження здоров'я;
- створення сприятливих умов довкілля;
- підтримки заходів системи охорони здоров'я на рівні місцевих громад;
- розвитку особистих навичок;
- переорієнтації служб охорони здоров'я [22].

Отже, запропонований комплексний підхід до вирішення проблеми охорони здоров'я, не обмежується суто медичними заходами, індивідуалізацією чи іншими процедурами. Це комплексна біосоціальна проблема. Здоров'я створюють люди, які живуть у цьому стані в умовах повсякденного життя, тобто там, де вони навчаються, працюють, відпочивають і

люблять. Здоров'я підтримується турботою про самого себе та інших людей, наявністю можливостей для прийняття рішень і управління обставинами власного життя, а також забезпеченням суспільством, в якому живе людина, рівних умов для збереження здоров'я усіх його членів. Найважливішими питаннями формування стратегій охорони здоров'я є турбота про людину, цілісність політики, збереження довкілля та гендерний паритет.

Окремо слід згадати доповідь «Досягнення здоров'я для всіх», яку в 1986 р. опублікував Департамент національної охорони здоров'я і соціального забезпечення Канади. У ній «нове бачення здоров'я» було запропоновано розглядати як поняття, яке визначає здоров'я як частину повсякденного життя людини, важливим аспектом якості якого є можливість робити вибір і отримувати задоволення від життя [23]. Здоров'я, таким чином, трактується як ресурс, який дає людям можливість керувати своїм оточенням і навіть змінювати його. Цей погляд на здоров'я визнає свободу вибору і підкреслює роль окремих осіб і громад у визначенні того, що означає для них здоров'я. У цій доповіді також зазначається, що всі сектори державної політики – стабільність доходів, зайнятість, освіта, житло, сільське господарство та інші – стосуються охорони здоров'я.

Нове забарвлення та посилення наукового інтересу до проблематики здоров'я населення відбулось у 1990-ті рр., що означено як третій етап розвитку концепції здоров'я населення. З одного боку, дефініцію «здоров'я населення» дедалі менше пов'язують із медициною, а з іншого – розширюється соціально-економічний аспект предмета його дослідження. Прихильники концепції «здоров'я населення» подають її як щось вагомніше, ніж традиційне «громадське здоров'я». Поняття «здоров'я населення» поглиблює розуміння детермінант здоров'я і вказує на потребу критичного

оцінювання фахівців із громадського здоров'я, соціальної нерівності та політики, яка її підтримує.

Сучасні дослідження доводять, що багато інших чинників здійснюють вплив на здоров'я, насамперед соціальне середовище, в тому числі соціально-економічний статус (СЕС), соціальні мережі та умови праці. Зростає розуміння того, що соціально-економічна нерівність є однією із найбільш вагомих передумов нерівності у здоров'ї. Це означає, що здорове суспільство – це середовище, в якому розрив між найзаможнішими і найбіднішими членами відносно незначний. Важливу роль у подоланні цього розриву має відіграти держава з правової, фінансової та інформаційної точки зору. Йдеться насамперед про значний вплив влади на стан здоров'я населення. Люди мають контролювати своє життя, щоб реалізувати потенціал свого здоров'я, а держава має їм у цьому допомогти.

Безпосередньо розглянули «здоров'я населення» через його детермінанти Дж.-Ф. Мустард та Я. Франк у 1991 р. у статті «Детермінанти здоров'я» [24]. Провідна роль, на їхню думку, належить детермінантам політики в галузі охорони здоров'я та їхнім результатам. Зокрема, до головних аспектів, які визначають необхідність дослідження детермінант здоров'я населення, науковці зараховують такі:

- взаємозв'язок між станом здоров'я і витратами на його охорону;
- соціальні градієнти у стані здоров'я;
- вплив соціального середовища, який виявляється через взаємозв'язок між соціальними мережами і станом здоров'я;
- значення організації праці для здоров'я;
- негативний вплив безробіття на стан здоров'я;
- формування здоров'я у ранньому періоді життя (РПЖ), що є запорукою здоров'я в подальшому житті [24, с. 49].

Однак для пояснення причин відмінностей у «здоров'ї населення» («ключі від біологічних і соціальних наук») вчені виокремлюють роль психонейроімунології, нейробиології, генетики, якісних соціальних наук, а також нової економіки здоров'я.

У 1993 р. у Великобританії прийнята Лідс-декларація, в якій визначено 10 принципів дослідження стану здоров'я населення на практиці. У ній органи управління охорони здоров'я закликано змінити погляди та перенести акценти з індивідуальних ризиків на соціальні структури та процеси, досліджувати етіологію здоров'я, а не хвороби, що безпосередньо пов'язано із напрямком салютогенезу. Лідс-декларація передбачала необхідність застосування міждисциплінарних підходів, інтегруючи якісні та кількісні методи, і визнання важливості планування знань і спільних досліджень (рис. 1.2).

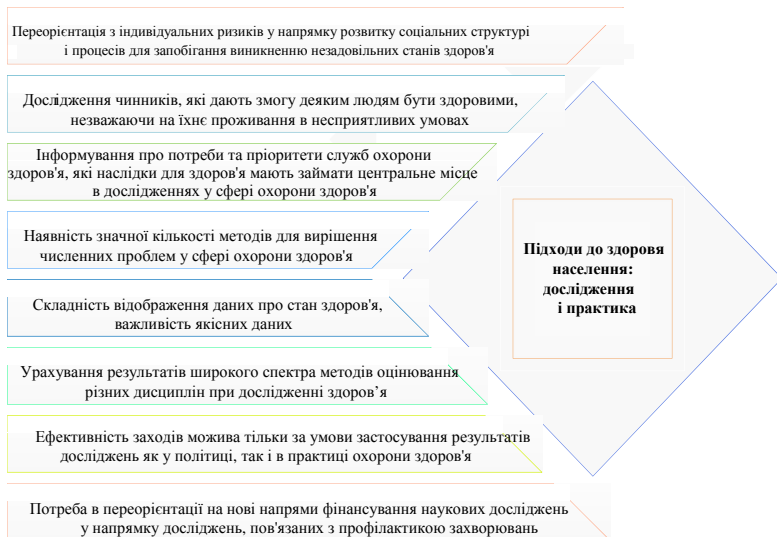


Рис. 1.2. Основні рекомендації Лідс-декларації «Нові підходи щодо здоров'я населення: дослідження та практика»

Джерело: [25], графічна інтерпретація автора

Важливе значення для утвердження концепції здоров'я населення, її подальшого формування та розвитку мав симпозіум, проведений у 1994 р. в Університеті Вікторії (Британська Колумбія, Канада). На ньому, зокрема, було запропоновано такі важливі ідеї [26]:

– щодо визначення пріоритетних заходів, спрямованих проти процесів хвороби або виникнення нездорового стану; організації та надання медичних послуг, щоб максимально підвищити ефективність виділення ресурсів на такі потреби тощо. Акцентуваюсь, що соціальна структура, а не тільки індивідуальна поведінка особи, мають бути важливим предметом аналізу здоров'я населення (Е.-В. Хейєс);

– будь-який суспільний устрій має два пакети взаємопов'язаних вимог: моральні (судження про те, як має бути організоване суспільство та які відносини потрібні для формування безпечного стану); аналітичні (конкретні звіти про діяльність і структуру суспільних відносин в інформаційному суспільстві) (М. Блумлі).

Відповідно моральні та аналітичні вимоги щодо до того, яким має бути суспільство, мають бути структуровані. Попри надані докази щодо впливу соціально-економічної нерівності на стан здоров'я, М. Блумлі стверджує, що автори дистанціювалися від будь-яких формальних теоретичних вимог до суспільства [26]. З огляду на це він закликає більше приділяти уваги «соціальним і економічним умовам», «умовам життя і праці» та їхньому впливу на здоров'я.

Висновки М. Блумлі щодо чинників здоров'я населення, хоч принципово не відрізнялися від висновків інших дослідників цього напрямку, однак вказали на важливість суспільного аспекту та окреслили нові напрямки досліджень. Видається, що соціально-трудова відносина та суспільні умови є значущими чинниками впливу на стан здоров'я населення. Можливо саме вони є тими чинниками, на яких

формується детермінанти здоров'я населення. Це авторське припущення варто довести чи спростувати у практичних дослідженнях на прикладі впливу СЕД на стан здоров'я населення України. Це дослідження має бути цікавим для вивчення ролі соціуму для здоров'я населення, оскільки суспільно-політичні катаклізми, які відбуваються в Україні останніми десятиріччями, доволі значними. Отже, питання впливу на стан здоров'я населення суспільно-політичних дисбалансів, визначення базових детермінант здоров'я населення актуальні нині та потребують обґрунтованих відповідей.

Зазначимо, що вагомим внеском у дослідження «здоров'я населення» є праця П. Г. Еванса у співавторстві з Д. Стюартом «Чому деякі люди здорові, а інші ні?» [27]. У ній висвітлюється важливі питання, наприклад, значення інформаційних систем охорони здоров'я та роль культури. Автори чітко розмежовують поняття «здоров'я» та «охорона здоров'я», аргументують докази щодо детермінант, які впливають на стан здоров'я, практики визначення соціального градієнта у стані здоров'я.

У праці окреслено дослідницьку модель «гетерогенетики» для здоров'я населення. Так, по-перше, підгрупи населення можуть бути визначені залежно від соціально-економічних характеристик, етнічної належності, території проживання, статі або спеціальних особливостей особистості, таких як релігія чи спосіб харчування. По-друге, джерела гетерогенності дають змогу з'ясувати різні можливі шляхи виникнення певної причини захворювання. Варто зауважити, що безперечною інновацією авторів у розвитку концепції здоров'я населення є виокремлення чотирьох різних етапів життєвого курсу з урахуванням різних причин смерті, хвороб та інвалідності протягом усього життя.

Не викликає заперечень ще один інноваційний складник даної праці – побудова соціальної та культурної матриці здоров'я і хвороб, обґрунтування прикладів, які впливають на стан здоров'я (опосередковані культурні вірування, а також аргументування впливу різних традиційних чинників ризику індивідуальної поведінки (харчування, куріння, фізичні вправи тощо)).

Описана модель здоров'я базується на міждисциплінарному підході, що поєднує біомедичні науки, громадську охорону здоров'я, психологію, статистику та епідеміологію, економіку, соціологію, освіту та інші дисципліни. Соціальні, екологічні, економічні та генетичні детермінанти розглядаються як внесок у стан здоров'я (рис. 1.3). Поліпшення здоров'я на суспільному рівні передбачає необхідність здійснення культурних змін у ставленні до здоров'я і його основних складників. Вважаємо, що головною ідеєю праці П. Еванса та його однодумців є те, що здоров'я населення за новими підходами може бути поліпшено без зростання фінансових затрат на традиційній системі охорони здоров'я. Разом з цим, науковці більше уваги приділяли генетиці та фізичному середовищу як чинникам здоров'я та відповідно недооцінили вплив його СЕД.

Черговим етапом вивчення впливу детермінант на здоров'я населення є дослідження, що базуються на Стратегії здоров'я населення: інвестиції в здоров'я канадців, яку опубліковано урядом Канади у 1994 р. [28]. У цьому документі визначено п'ять категорій детермінант, що визначають стан здоров'я канадців: соціальне та економічне середовище; фізичне середовище; особисті медичні практики; індивідуальний потенціал; медичні послуги. Це, на думку авторів документа, може бути основою для розробки широких стратегій охорони здоров'я населення. Узагальнюючи основні ідеї документу можна виокремити такі найбільш важливі ідеї:

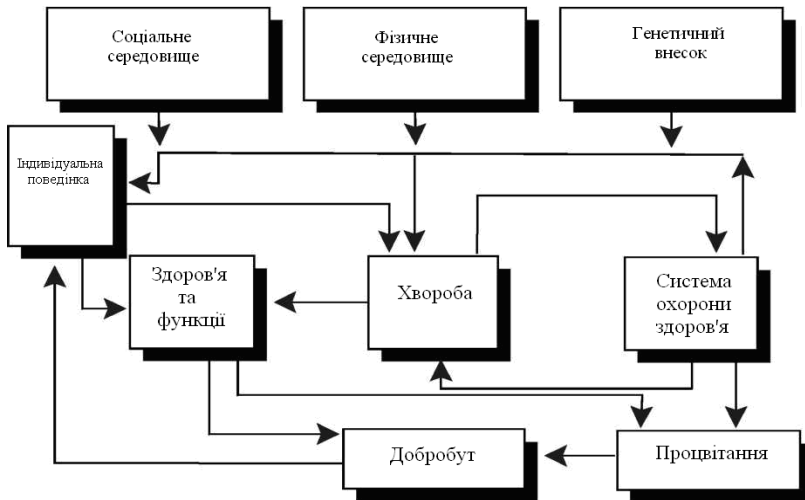


Рис. 1.3. Детермінанти здоров'я

Джерело: [27].

– необхідність дослідження усього спектра детермінант здоров'я, а не тільки вплив ризиків і клінічних чинників, пов'язаних із конкретними захворюваннями;

– потреба вивчення їхнього впливу на населення загалом, а не тільки на хворих осіб або осіб із високим ступенем ризику.

Вважаємо, що важливість такого підходу полягає у тому, що користь від зростання добробуту полягає не тільки у покращенні стану здоров'я населення, а й у тому, що здорове населення потенційно забезпечує більш динамічний розвиток суспільства, знижує витрати на соціальне обслуговування та підвищує соціальну стабільність загалом.

Те, що доквілля має значно більший вплив на здоров'я людини, ніж це вважалося досі, визначено у багатьох публікаціях цього періоду [29; 30]. В них акцентується увага

на соціальному капіталі та екології, теоретизації сімейних стосунків, важливості безпечного і позитивного початку життя для майбутнього здоров'я протягом усього життя людини, потребі інтегрування роботи та сімейного життя, поєднанні умов «обставина-місце-біологія» як спільних моментів ризику і явного виклику для перерозподілу ресурсів системи охорони здоров'я.

Підтвердженням необхідності переходу від проведення загальних досліджень здоров'я населення до їхньої структуризації є праця Р. Уїлкінсона «Нездорові суспільства» [31]. Основною темою розробки є згубний вплив соціальної нерівності у середині популяцій на здоров'я. Однак учений зауважив, що деструктивний вплив на здоров'я населення не повною мірою або частково, пов'язано з матеріальною нерівністю. Це все не має зводитися до доходу або економічних обставин, хоча розподіл матеріальних благ переважно є однією з вирішальних детермінант. Погоджуємось із думкою автора, що ідентичність, влада і контроль, можливість реально брати участь у повсякденному житті, почуття впевненості у майбутньому, сприйняття як самоцінність щодо інших, дружба, комунікації, а також інші аспекти індивідуальної поведінки і сприйняття, мають вплив на здоров'я населення, тоді як біологічні детермінанти визначають його меншою мірою.

У праці здійснено спробу систематизувати широку базу дослідження «здоров'я населення» в рамках послідовного комплексу механізмів, пов'язаних з нерівністю. Важливим висновком, до якого дійшов автор, є те, що нерівність формує нездорове суспільство. Причому вважаємо, що це стосується нерівності у всіх її проявах, насамперед соціально-економічній: стан здоров'я передусім залежить від соціально-економічної структури населення. Відповідно поліпшення здоров'я населення можливе лише за умови зміни його соціальної структури, зменшення частки бідних і зростання прошарку середнього класу.

Узагальнюючи попередні дослідження К. Нерцман, Р. Еванс і Я. Франк [32] крізь призму детермінант сформулювали основні положення «здоров'я населення»:

- основними детермінантами здоров'я населення в економічно розвинених країнах є не охорона здоров'я, а соціальні, культурні та економічні;

- суспільства з найбільшим ступенем справедливості в розподілі матеріальних ресурсів мають найвищий рівень здоров'я, який вимірюється звичайними індексами, побудованими відповідно до зібраних даних (тривалість життя, дитяча смертність тощо);

- на індивідуальному рівні взаємовплив соціально-економічних умов і психологічного ресурсу є більш значним на здоров'я, ніж це визнано вченими в ранніх епідеміологічних дослідженнях хронічних захворювань (насамперед ішемічної хвороби серця);

- розвиток дітей у ранньому віці – це є один із найважливіших періодів щодо потенційно довічних наслідків для здоров'я;

- політика у сфері охорони здоров'я має бути міжсекторальною, а не зосереджуватися тільки на медичних аспектах;

- нові ідеї мають базувати на міждисциплінарних дослідженнях як на індивідуальному, так і на суспільному рівнях, з використанням кількісних та якісних методів.

Вважаємо, важливими висновки дослідників про те, що названі положення стосуються не тільки країн, що розвиваються, а й економічно розвинених. Це суттєво, адже, незважаючи на те, що детермінанти здоров'я, особливо соціально-економічні, залежать від економічного рівня розвитку країни, вони мають вирішальний вплив для всіх країн з різним рівнем соціально-економічного розвитку.

Однак суперечливим є їхні висновок про те, що поняття «здоров'я населення» та «охорона здоров'я» є тотожними. Насправді ці категорії є спорідненими. Проте

методологія та методи дослідження здоров'я населення та їхня практична реалізація мають певні відмінності. Термін «здоров'я населення» відображає підхід до здоров'я, який виходить за межі окремих напрямків традиційної клінічної та профілактичної медицини, акцентуючи на широкому спектрі детермінант здоров'я населення на різних рівнях, тоді як «охорона здоров'я» у класичному варіанті є комплексом заходів, що проводяться в суспільстві для захисту, зміцнення та відновлення здоров'я людей (профілактика). Дослідження за концепцією «здоров'я населення» є фундаментом «будинку» здоров'я, який сформовано з урахуванням різних чинників його майбутньої сталості: рельєф, ґрунт, комунікації (тобто детермінанти), а концепція «охорона здоров'я» – це будівля, яка за умови належного догляду (профілактики) потребує менших затрат для «ремонту» (лікування).

На підтвердження цього висновку Л. Грін зазначає, що «...здоров'я населення залежить від якісно іншого набору методів дослідження, процедур прийняття рішень і розподілу відповідальності за дії, ніж ті, які застосовуються в системах охорони здоров'я» [33, с. 41]. Відповідно одним із завдань, які базуються на нових поглядах на здоров'я, є децентралізація повноважень з прийняття рішень на рівні спільноти, переорієнтація медичних шкіл для підвищення ролі охорони здоров'я в суспільстві.

Подальші дослідження у сфері здоров'я населення спрямовувались на уточнення його предмета та переліку СЕД. Значний внесок у розвиток нової концепції здоров'я населення здійснили Д.-А. Кіндіг у праці «Забезпечення здоров'я населення: оплата результатів» [34] та К. Янг «Здоров'я населення: концепції та методи» [35].

Д. Кіндіг розробив модель, яка дає змогу поліпшити результати лікування через фінансові стимули. Науковець відстоює ідею ринкового «технічного виправлення» не

тільки щодо надання медичної допомоги, а й збереження здоров'я через покращення його детермінант. Він доходить висновку, що для США «...подальші збільшення витрат на охорону здоров'я матимуть обмежений вплив на наслідки для здоров'я» [34, с. 40]. Можливості для поліпшення здоров'я населення, на думку вченого, явні, однак значних результатів можна досягти за рахунок чогось іншого.

Фінансові стимули для підвищення ефективності медичних послуг є одним із можливих засобів для покращення здоров'я населення. Однак подальші витрати на лікування залежатимуть від здатності визначити і впливати на чинники, які сприяють покращенню здоров'я населення. Відповідно потрібні зміни у пріоритетах фінансових інвестицій. Показником, який пропонує Д. Кіндіг як кращий для вимірювання здоров'я, є якість життя, яка залежить від функціональних можливостей, наявності або відсутності хвороби, очікуваної тривалості здорового життя, рівня смертності із заданою інвалідністю та захворюваністю.

Слід визнати, що праця Д. Кіндіга – це спроба адаптації концепції здоров'я населення як практичного інструменту для використання менеджерами у сфері здоров'я. Однак запропоновані стимули працюватимуть за умови, якщо ця концепція буде обговорюватися і реалізовуватися на найвищому державному, мезо- та мікрорівні.

Основними досягненнями Т. Янга вважаємо розробку нових методів і способів поліпшення здоров'я населення шляхом вимірювання стану здоров'я й тягаря хвороб, виявлення і моделювання детермінант здоров'я й оцінювання ризиків для здоров'я, їхніх причинно-наслідкових зв'язків.

Вагомих досягнень у дослідженні здоров'я населення, з'ясуванні причин і наслідків захворюваності та смертності за останні десятиріччя досягала українська наука. Провідними науковими центрами на сьогодні час є:

– Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України, який спеціалізується на системних дослідженнях проблем демографічного і соціального розвитку, у т.ч. на вивченні трансформації смертності населення України та оцінюванні масштабів нерівності;

– Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України», яка спрямовує свою діяльність на наукове обґрунтування та розробку програм реформування і поступального розвитку національної системи охорони здоров'я, її нормативно-правового, фінансово-економічного, кадрового й інформаційного забезпечення.

Найґрунтовнішими та інноваційними з наукового погляду є праці академіка НАН України Е. Лібанової, в яких серед інших важливих питань вирішують ті, що пов'язані з розробкою соціальної та демографічної політики, спрямованої на збереження та покращення стану здоров'я населення, зниження рівня смертності, збільшення тривалості життя та скорочення рівня захворюваності в Україні, зокрема за рахунок усунення причин, які обумовлюють теперішній незадовільний стан здоров'я населення у країні.

Варто відзначити дослідженню науковця, пов'язані з факторним моделюванням тривалості життя населення на базі вікових коефіцієнтів смертності в умовах автокореляції [36] та оцінюванням зрушень у структурі причин смерті у працездатному віці; рівня смертності з причин, яких можна запобігти; ролі та внеску смертності від соціально-детермінованих захворювань тощо [37].

Так, на переконання Е. Лібанової, формування режиму смертності населення України відбувається під впливом позитивних і негативних чинників. Серед останніх нею виокремлено екстенсивне використання робочої сили на технологічно недосконалих виробництвах, забруднення

довкілля, недостатня обізнаність населення щодо власних зусиль у забезпеченні індивідуального здоров'я і самого життя, недоліки медичного обслуговування, низький рівень життя тощо [38, с. 36].

Серед провідних учених-демографів варто також відзначити академіка НАН України С. Пирожкова, який виявив основні тенденції та причини смертності в Україні у колективній монографії «Mortalité et causes de décès en Ukraine au XXe siècle» («Смертність та причини смертності в Україні у XX сторіччі») [39].

Український науковець Н. Рингач розглядає громадське здоров'я як чинник національної безпеки, що накладає відбиток на специфіку пропозицій щодо його охорони. Вона також наголошує на необхідності оптимізації міжгалузевої взаємодії в напрямі формування та збереження здоров'я населення, а також на тому, що ідентифікація і оцінка ризику, розуміння зв'язку між ступенем впливу чинників ризику і соціально-економічними детермінантами здоров'я, усвідомлення масштабів загрози національній безпеці необхідні для ефективної нейтралізації або принаймні мінімізації їх руйнівної дії [40, с. 292]. У цьому ж контексті досліджує здоров'я населення і А. Свінцицький [41].

Соціальні та економічні аспекти здоров'я населення і насамперед вплив на нього асоціальних явищ є предметом дослідження Н. Левчук. Серед іншого науковець зупиняється на дослідженні нерівності у здоров'ї населення та на чинники, що її обумовлюють. Вона зазначає, що зближення показників життєзбереження і зменшення соціально детермінованої захворюваності й смертності неможливе, поки соціально-економічне становище окремих груп залишатиметься значним, а його інституціональна підтримка – сталою [42].

Заслужують на увагу наукові здобутки у вирішенні питань здоров'я населення І. Курило, яка, зокрема,

досліджувала проблему збереження здоров'я та збільшення тривалості життя літнього населення України [43].

Низка праць, присвячених причиново-наслідковим зв'язкам між чинниками та станом здоров'я населення, належить Т. Грузевій. Автор зосереджує увагу на чинниках захворюваності, особливо таких як соціально-економічний статус і матеріальний добробут [44].

Таким чином, дослідження українських науковців охоплюють широке коло питань, пов'язаних із проблемами здоров'я населення, визначенням чинників, які обумовлюють його стан і динаміку, окреслення напрямків збереження та зміцнення здоров'я. При цьому варто зауважити, що комплексних досліджень, а також досліджень пов'язаних зі з'ясуванням впливу СЕД на стан здоров'я населення, недостатньо. Власне розрізнене та фрагментарне вивчення СЕД здоров'я населення, їх недооцінка з боку законодавчих і виконавчих структур знижує ефективність державної політики охорони здоров'я в Україні.

Загалом, у ХХІ ст. дослідження стану здоров'я населення як за кордоном, так і в Україні змінюють вектор із теоретичного на практичний. Попри те, що частина з них має комплексних характер, умовно їх можна поділити на такі групи:

– концептуальні, що поглиблюють теоретичні та методологічні основи вивчення здоров'я населення та формують основу для практичних дій. До них, зокрема, належать праці Д.-А. Кіндіга [45], де по-новому обґрунтовано поняття «здоров'я населення», визначено його сферу та межі застосування; Д. Коен [46], дослідження якої продемонструвало, що підхід до *здоров'я населення* має важливу роль у зниженні попиту на охорону здоров'я та сприяє сталості системи охорони здоров'я, дасть змогу вирішити проблеми диспропорцій у галузі здоров'я, покращенні соціальних детермінант тощо; Д.-С. Фінка

[47], який стверджує, що системний науковий підхід, поєднуючи дослідження соціальних детермінант здоров'я з концептуальною основою для розуміння взаємодії генетики, біології, поведінки, психології, суспільства та довкілля, може поглибити розуміння основних причин нерівного розподілу здоров'я серед поколінь і населення і допомогти визначити перспективні підходи для зменшення такої нерівності;

– методичні основи дослідження «здоров'я населення», які пов'язані з розробкою нових та вдосконаленням існуючих методик дослідження здоров'я населення та його компонентів: смертності та захворюваності. Ці питання висвітлено М. Голдом [48], С. Макинтайром [49], Т. Подвисоцькою [50] та ін.;

– описові, які дають змогу аналізувати відмінності у стані здоров'я між групами населення (за різними ознаками, у тому числі географічною). Серед них варто виокремити праці Н.-Е. Адлера та Д.-Х. Рейскофа [51], Б. Прохорова [52] А. Шабунової [53], Е. Лібанової [37], Г. Слабкого [54], Л. Чепелевської [55] та ін. Дослідження мають одну спільну характеристику – опис причин нерівності у здоров'ї населення, пов'язані з гендерними особливостями, відмінностями у місці проживання тощо;

– причинно-наслідкові, що дають змогу вивчити детермінанти здоров'я, зокрема соціально-економічні: їхнє формування, зміни та вплив на здоров'я населення. Цей напрямок є найбільш прогресивним, оскільки дає можливість встановити першопричини доброго чи поганого здоров'я населення, у т. ч. пов'язані із СЕД здоров'я. Представниками цього напрямку є М. Мармонт і Р. Уїлкінсон [56], Я. Мікконен і Д. Рафаель [57], О. Кісліцина [58], Т. Грузева [44], Н. Левчук [42], та ін.

Зокрема, науковці М. Мармонт і Р. Уїлкінсон одними серед перших зібрали великий масив інформації про вплив соціального середовища на здоров'я населення і

систематизували її. Разом з цим, вони зауважують, що соціальні детермінанти здоров'я є найбільш складні серед напрямків дослідження здоров'я населення. Це пов'язано з основними аспектами життя людей та з їх способом життя. Автори наголошують, що при розробці та здійсненні політики поліпшення здоров'я населення необхідно приділяти більше уваги соціальним детермінантам, які впливають на стан здоров'я населення, щоб успішно боротися з причинами поганого здоров'я до того, як вони зможуть призвести до появи тих чи інших проблем.

Іншу спробу зрозуміти роль детермінант для здоров'я населення здійснили Я. Мікконен і Д. Рафаель. Дослідники через соціальні детермінанти вивчають проблеми нерівності у здоров'ї населення та обґрунтовують необхідність формування нової політики у сфері охорони здоров'я [57]. Такий напрямок досліджень, пов'язані із оцінюванням впливу СЕД на здоров'я населення крізь призму нерівності, вважаємо найбільш перспективним для формування напрямків політики покращення стану здоров'я населення.

О. Кісліцина розглядає вплив СЕД на здоров'я населення крізь призму нерівності. Основною детермінантною, на її думку, є дохід [58].

Серед сучасних українських науковців, дослідження яких пов'язані з цим напрямком варто відзначити праці Н. Левчук [42], яка наголошує на соціальній природі здоров'я населення та значенні освіти і соціального капіталу для його формування та збереження;

– організаційно-інституційні, які базуються на розробці напрямків державної політики у сфері здоров'я, у т.ч. інформаційно-пропагандистських заходів формування установок щодо збереження населенням власного здоров'я: Д. Кіндіг [59; 60], Е. Лібанова [61–63], І. Курило [63], Н. Рингач [55], та ін.

Зокрема, Д. Кіндіг та Г. Іш [59] розглядають медичну допомогу як одну з детермінант здоров'я населення. Медичні організації, уряд, школи, підприємства, організації та громади мають докласти зусиль для покращення здоров'я населення, змінити своє ставлення до ролі детермінант у формуванні здоров'я та зв'язувати як відповідно до цього розподіляти ресурси. З цією метою автори пропонують застосовувати розвиток міжсекторальну громадську моделі охорони здоров'я на основі ділового партнерства.

Д.-А. Кідінг [60] переконаний, що однією з головних ідеологічних відмінностей у політиці охорони здоров'я населення є роль особистої відповідальності у формуванні та збереженні здоров'я. При цьому він зазначає, що для людей з нижчим рівнем освіти та / або нижчим СЕС вибір «здорової» поведінки є значно важчим.

Про це веде мову й Е. Лібанова, яка стверджує, що збереження та покращання стану здоров'я населення має бути пріоритетом державної політики, складником якої є оптимальна рухова активність, раціональне харчування, здоровий сон, додержання гігієнічних правил, відмова від тютюнокуріння, вживання наркотиків та зловживання алкоголем, зниження рівня травматизму [61, с. 12].

Вважаємо ці висновки черговим доказом того, що детермінанти здоров'я мають тісні взаємозв'язки і діють системно. При цьому відповідальність та індивідуальна поведінка населення щодо власного здоров'я суттєво залежать від СЕД і тому не можуть розглядатися відокремлено.

З огляду на важливість кожної з наведених груп досліджень доцільно їх визнати такими, що необхідні для проведення комплексного вивчення СЕД здоров'я населення. Зокрема, врахування та вдосконалення концептуальних основ дослідження СЕД здоров'я населення є важливою

передумовою формування методологічного апарату, що дасть змогу:

- повніше оцінити масштаби нерівності здоров'я населення (описова частина дослідження);
- виявити СЕД, які визначають причинново-наслідкові зв'язки нерівності у здоров'ї населення;
- сформувані інноваційно орієнтовані заходи політики збереження та покращення охорони здоров'я, у т.ч. за рахунок поліпшення СЕД (результат).

За останні двадцять років у світі збільшилась чисельність національних, регіональних, громадських та інших організацій, які досліджують проблеми здоров'я населення, формують на цій основі політичні рішення та практичні рекомендації. Особливий успіх такі дослідження здобули у Канаді, США, Австралії, Новій Зеландії, Великобританії.

У 1999 р. американський Національний інститут охорони здоров'я оголосив, що їхні спільні зусилля, спрямовані на розшифровку генома людини, мають перші результати, завдяки чому перемога над хворобами та інвалідністю стала реалістичною метою.

Спеціальні дослідження соціальних детермінант здоров'я населення здійснюється під егідою ВООЗ. Серед важливих заходів останнього періоду слід виокремити такі:

1. *Європейська конференція із системи охорони здоров'я* ВООЗ «Система охорони здоров'я та добробут» на рівні міністрів (м. Таллінн, Естонія, 2008 р.), на якій була прийнята Талліннську хартію, що у рамках нової політики «Здоров'я-2020: основи європейської політики і стратегія для ХХІ сторіччя» підтвердила важливість сильних систем охорони здоров'я для досягнення мети, що передбачала: «... значно поліпшити здоров'я і добробут населення, знизити нерівність щодо здоров'я, зміцнити здоров'я населення та забезпечити соціальну орієнтацію системам охорони

здоров'я: універсальність, справедливість, високу якість». У 2013 р. підбито підсумки дій та окреслені подальші напрямки діяльності у сфері здоров'я населення в Європейському регіоні ВООЗ [64].

2. *Всесвітня конференція з соціальних детермінант здоров'я* (м. Ріо-де-Жанейро, Бразилія, 2011 р.), на якій визначено п'ять основних сфер дій у напрямку соціальних детермінант для поліпшення здоров'я та зменшення нерівності:

– більш ефективне стратегічне керівництво на національному рівні: транспарентні й інклюзивні процеси прийняття рішень, що враховують інтереси всіх відповідних груп і секторів, а також формулювання політики з чітко визначеними результатами, що вимірюються, створення системи підзвітності та забезпечення справедливості як у способі їхньої розробки, так і в результатах, на досягнення яких спрямована ця політика;

– розробка та здійснення політики. Процеси з широкою участю є важливими для ефективного стратегічного керівництва з урахуванням впливу соціальних детермінант здоров'я, зокрема для надання повноважень громадам і посилення внеску громадянського суспільства, а також для забезпечення визнання потреб тих, які найбільше страждають від нерівності щодо здоров'я;

– переорієнтація сектору охорони здоров'я на скорочення нерівності щодо здоров'я;

– зміцнення глобального стратегічного керівництва та співпраці;

– посилення підзвітності та процесу моніторингу [65].

3. *Резолюція Генеральної асамблеї ООН № 67/81 «Здоров'я населення світу і зовнішня політика»* від 12.12.2012 р., в якій серед іншого пропонується застосовувати багатогалузевий підхід і здійснювати внутрішньогалузеву діяльність з урахуванням впливу детермінант здоров'я, в

тому числі із застосуванням у відповідних випадках підходу, який передбачає необхідність збереження здоров'я населення у ході вироблення і реалізації політики, беручи при цьому до уваги соціальні, екологічні та економічні детермінанти здоров'я, щоб зменшити нерівність щодо здоров'я та сприяти сталому розвитку, і вказує та підкреслює нагальну потребу урахування СЕД для досягнення цілей у напрямку розвитку, сформульованих у Декларації тисячоліття.

Однак вітчизняна система охорони здоров'я залишається консервативною, оскільки побудована на принципах, сформульованих у минулому сторіччі, та не відповідає сучасним європейським моделям охорони здоров'я. Реформування системи охорони здоров'я населення країни, що тривалий період декларує Уряд України, здійснюється дуже повільно і недостатньо враховує глибинні причини незадовільного стану здоров'я українців. Світовий досвід, накопичений за останні півсторіччя, засвічує, що одним з найбільш ефективних напрямків політики збереження та поліпшення здоров'я населення є регулювання детермінант, які його визначають на сучасному етапі. З огляду на це теоретичні, методологічні та практичні вектори дослідження детермінант здоров'я населення є пріоритетними при виробленні напрямків охорони здоров'я.

Вищевикладений огляд еволюції поглядів науковців на детермінанти здоров'я, їхню роль у нерівності щодо здоров'я населення з позиції охорони здоров'я є, можливо, не всеохоплюючим, однак необхідним для розуміння суті взаємозв'язків між здоров'ям населення та детермінантами, які їх зумовлюють, зокрема соціально-економічними.

Проведений аналіз також свідчить, що дослідження причин нерівності у здоров'ї населення має дуже давню історію, оскільки у всі часи більшість людей прагнула досягти найкращого стану здоров'я та з'ясовувала причини нездоров'я. Від перших примітивних спроб оцінити чинники

виникнення хвороб людство дійшло до розуміння їхньої соціальної природи.

Моделі, спрямовані на дослідження індивідуального здоров'я та чинників, які його визначають, були пов'язані з досягненнями медицини, біології та філософії. Згодом, у ході історичного розвитку, вони поступаються моделям вивчення громадського здоров'я, які, крім медичних та епідеміологічних досліджень, активно використовують статистичні, демографічні та соціологічні методи та прийоми визначення причин захворюваності.

Із зростанням вагомості соціально-економічного аспекту у формуванні здоров'я, що зумовлено підвищеною роллю соціального капіталу, освіти, соціалізації економіки та інших процесів, виникли передумови до активного вивчення СЕД здоров'я крізь призму концепції «здоров'я населення».

Важливим висновком проведеного аналізу еволюції дослідження СЕД здоров'я населення також є те, що вони змінювались не тільки якісно, а й кількісно. Відповідно ускладнювались не тільки методи та прийоми дослідження, а й зростала кількість чинників (детермінант), які визначають стан здоров'я населення. Сучасні дослідження загалом є комплексними за характером, мають розгалужену структуру та практичну спрямованість.

Однак нині немає єдиної думки серед науковців про те, які детермінанти брати до уваги для дослідження стану здоров'я населення. Вважаємо, що вибір детермінант має залежати насамперед від стану соціально-економічної ситуації у країні чи регіоні, для якої здійснюється розрахунок, зовнішніх і внутрішніх викликів, які її зумовлюють, а також демографічної, етнічної, соціальної та інших структур населення. Обґрунтування такого вибору потребує проведення додаткових теоретико-методологічних і прикладних досліджень на національному та регіональному рівнях.

1.2. Синкретичність трактування «здоров'я», «громадське здоров'я» та «здоров'я населення» в контексті їхнього соціально-економічного пізнання

Дослідження СЕД здоров'я населення потребує узагальнення сучасних підходів до дефініцій «здоров'я», «громадське здоров'я», «здоров'я населення». Варто зазначити, що ці поняття, хоча мають багато спільного, але не тотожні. Так, поняття «здоров'я» ширше та є об'єктом дослідження багатьох наук і наукових напрямів. Його предметний складник залежить від наукової чи практичної специфіки дослідження, що спонукає науковців і практиків до філософських і теоретичних міркувань. Наслідком цього є неабиякі розбіжності у трактуванні «здоров'я».

Потреба обґрунтування та уточнення теоретичних підходів до тлумачення терміна «здоров'я» полягає серед іншого у тому, що від цього залежить подальше дослідження цього питання у методичному та аналітичному вимірах. Теорія є фундаментом, підґрунтям для подальших досліджень. Вона забезпечує змістовне наповнення у майбутньому. Вироблення індикаторів здоров'я, оцінення їхнього стану, динаміки і закономірностей, визначальних для здоров'я детермінант, окреслення перспектив та розробка напрямків покращення охорони здоров'я – це є похідними правильного тлумачення, розуміння суті дефініцій «здоров'я», «громадське здоров'я» та «здоров'я населення».

У старослов'янській мові «сѣдравъ» походило від іменника «dorvo» – «дерево». У прямому значенні його розуміли як «подібний на дерево» [66]. В англійській мові слово «health» англосаксонського походження від «whole» – «цілий», «неушкоджений». Обидва ці приклади є семантичним визначенням поняття «здоров'я». Однак їхня суть дещо від-

різняється. У першому варіанті суть терміна окреслюється як фундамент, підґрунтя для життєдіяльності, а в другому – як фактична відсутність хвороби.

Є понад триста сучасних визначень трактувань поняття «здоров'я». Аналіз значної їхньої частини свідчить про те, що головною проблемою є відсутність єдиної думки щодо того, чи є здоров'я станом, чи процесом, чи рівновагою чи чимось іншим. У більшості наявних на сьогодні тлумачень його визначено як стан (табл. 1.1). Насамперед у такому контексті здоров'я трактує Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ): «Здоров'я є станом повного фізичного, духовного і соціального добробуту, а не тільки відсутністю хвороб чи немочі» [67]. Це визначення подано в Преамбулі до Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я, прийнятому на Міжнародній конференції охорони здоров'я у 1946 р. Із 1948 р. це визначення офіційно не змінювалося. Саме таке трактування терміна «здоров'я» є найбільш розповсюдженим як з практичної, так і з наукової позиції.

Визначення терміна «здоров'я» ВООЗ вважається найбільш повним і всеохоплюючим. На відміну від попередніх визначень, у ньому наголошується важливість не відсутності хвороби, а саме наявності здоров'я. Відповідно воно має позитивну спрямованість, забезпечує цілісне уявлення про те, що таке здоров'я.

Однак у цьому трактуванні багато науковців вбачають відображення утопії, яка існувала після Другої світової війни. Наприклад, це тлумачення піддається критиці за те, що, що визначає його як недосяжне й ідеалістичне [68]. Дійсно, беручи до уваги зазначене визначення, постає питання, чи є у світі насправді здорові люди. Зазначене трактування також не враховує сексуальний та емоційний аспекти здоров'я [69].

Таблиця 1.1

Підходи до визначення поняття «здоров'я»

Характеристика здоров'я	Визначення здоров'я (здоров'я це:)	Автор	Період
1	2	3	4
Стан	стан повного фізичного, духовного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів	ВООЗ [67]	1946
	природний стан організму, що є вираженням його досконалої саморегуляції, гармонійної взаємодії всіх органів і систем і динамічного врівноваження з довкіллям	С. Павленко [72, с. 648]	1973
	біологічне – стан, за яким кожна клітина і кожен орган функціонують на повну потужність і перебувають в ідеальній гармонії з усім тілом, б) психологічне – стан, в якому індивідуум відчуває себе у повному добробуті та господарем у довкіллі; в) соціальне – стан, за якого можливості індивідуума для участі в соціальній системі оптимальні	П. Ахмед, А. Колкер, Г. Коелхо [74, с. 12]	1979
Динамічна рівновага	біологічна рівновага організму людини	С. Томлін [13, с. 63]	1931
	динамічна рівновага всіх внутрішніх органів та їхнє адекватне реагування на вплив навколишнього середовища	А. Тхакер [76].	1973
	це динамічна рівновага з навколишньою природою та соціальним середовищем	М. Бедний [77, с. 29].	1986

Продовження табл. 1.1

1	2	3	4
Процес	процес гармонійної взаємодії соціального і біологічного в людині, що забезпечує їй стійкість у стосунках із зовнішнім середовищем	Л. Матрос [78, с. 42]	1992
	процес життєвого циклу, вітальної достатності (життєдіяльності) з адекватною природі людини реалізацією фізіологічних, психічних, біологічних потреб особистості в оптимальній соціально-трудовій активності, репродуктивності, максимальної тривалості життя	В. Казначеев [79, с. 43]	1993
Здатність	здатність, відповідно до віку, стійкість в умовах різких змін якісних і кількісних параметрів триєдиного потоку сенсорної, вербальної і структурної інформації	І. Брехман [80, с. 34].	1988
	здатність життя зберігати і розвивати себе та середовище свого перебування.	В. Лішук, О. Мосткова [81, с. 69]	1994
	здатність любити і працювати	З. Фрейд [82, с. 15].	1935
Ресурс	ресурс, завдяки якому людина або група осіб може зрозуміти прагнення і задовольнити потреби та змінити і впоратися з довкіллям	Т.-К. Янг [35, с. 15]	1998
	ресурс для повсякденного життя, а не мета життя	ВООЗ [85]	1984
Цінність	це універсальна цінність людства. Покращення стану здоров'я населення є головною турботою суспільства, яке прагне до благополуччя та сталого розвитку.	О. Макарова [82]	2017
Авторське визначення	життєздатність організму, можливість зберігати фізіологічну і психологічну рівновагу, реалізовувати свій потенціал у просторі та часі.	Д. Шушпанов	2016

Джерело: узагальнено автором

Інший дискусійний аспект полягає у тому, що поняття «добробут» у контексті терміна «здоров'я», зокрема «соціальний добробут», також не чітко визначено, є суб'єктивним і не завжди вважається ознакою здоров'я, хоча може впливати на нього [70; 71].-

Загалом трактування здоров'я як певного стану в медико-біологічному аспекті переважало у 1960–1970-х рр. [72; 73]. Більшість з них, також пов'язують здоров'я із певною «нормою». Саме у цьому полягає основна проблема, оскільки досі, незважаючи на чисельні дослідження, не вдалось з'ясувати, що є «нормою». На думку П. Калью, який узагальнив значну кількість визначень терміна «здоров'я», прийнятих до кінця ХХ ст., «... норма – це нормальна функція організму на всіх рівнях його організації, нормальний перебіг фізичних і біохімічних процесів, що сприяють індивідуальному виживанню і відтворенню» [74, с. 33]. Вважаємо, що застосовувати чіткі нормативи в критеріях здоров'я як на індивідуальному рівні, так і на популяційному, недоречно через неповторність людської особистості. Однак це не заперечує застосування загальних медичних шаблонів щодо лікування. Норми щодо хвороб є більш доречними, хоча також це питання суб'єктивне.

Відповідно більш об'єктивними інтерпретаціями дефініції «здоров'я» видаються ті, що пов'язують його із змінами, динамікою (табл. 1.1). Еволюція є незворотним процесом, який змінює всі аспекти життєдіяльності, у тому числі й погляди на здоров'я, його параметри та показники. Це правомірно. Саме тому багато трактувань здоров'я є динамічними, розуміючи динаміку як баланс між різними системами, адаптацію людини до обставин.

Динамічною рівновагою (що є подібним до категорії «стан»), визначають здоров'я відомі науковці. Так, український соціал-гігієніст і демограф С. Томілін вважає, що «...здоров'я – це біологічна рівновага організму людини» [13, с. 63], інші – розширюють це визначення і досліджують

здоров'я з позиції динамічної рівноваги організму людини з навколишнім [75; 76] та соціальним середовищем [76].

Однак попри намагання дослідників охарактеризувати здоров'я як розвиток, наведені визначення дисонують категоріям «стан» чи «рівновага», які також при цьому використовуються. Хоча у другому випадку меншою мірою. Не применшуючи важливості вищенаведених трактувань, варто надати перевагу іншим, які характеризують здоров'я насамперед як динамічний процес із позиції його здатності чинити опір [77; 78].

Разом з тим, здоров'я також має іншу характеристику – здатність адаптуватись до умов довкілля, виконувати основні функції життєдіяльності, забезпечувати участь у соціально-економічній діяльності та суспільно корисній праці [79–81]. Науковці, які пов'язують здоров'я з такою здатністю, вважають його ресурсом, резервом, цінністю, можливістю тощо. З позиції макроекономічної та соціальної політики такі трактування мають важливе значення, оскільки дають змогу глибше зрозуміти роль індивідуального здоров'я у формуванні здоров'я популяції, розвитку суспільства і добробуту його членів. Вивчення цих поглядів на здоров'я має важливе наукове значення. Так, саме трактування з позиції цінності [82] та ресурсу формує основу для визначення здоров'я населення та ролі СЕД у його формуванні та розвитку.

Одним з перших дослідників кількісних аспектів здоров'я, був відомий український вчений, лікар М. Амосов, який запропонував концепцію «кількості здоров'я». «Кількість здоров'я» він визначав як суму «резервних потужностей» основних функціональних систем. Разом з тим, ці резервні потужності слід вимірювати через «коефіцієнт резерву» максимальною кількістю функцій, зіставною з нормальним рівнем [83, с. 21].

Отже, як і більшість лікарів, М. Амосов, з одного боку, ототожнює здоров'я із певною нормою, а, з іншого –

зкладає в поняття «здоров'я» певний резерв, що важливо не тільки з фізіологічної, а й з позицій соціально-економічного потенціалу здоров'я.

Засновник теорії салютогенезу А. Антоновський один із перших наголосив, що здоров'я є ресурсом, яким володіють певною мірою всі люди. Він не розглядав цей ресурс в економічному контексті. Однак був важливим факт визнання того, що здоров'я має поміж інших ресурсний аспект [84]. Варто зазначити, що науковець змінив традиційні погляди на етіологію захворювання у діаметрально протилежному напрямку, зосередивши увагу на питаннях підтримання і розвитку здоров'я кожною людиною і визначення чинників впливу.

В цьому разі необхідно не з'ясовувати наслідки захворювання, а вивчати умови, за яких людина є здоровою, маючи передумови бути хворою, а також чинники що зумовили такий стан. Це дасть можливість по-новому охарактеризувати проблему здоров'я, зокрема: з позиції формування умов уникнення хвороб. Такий підхід має повністю змінити погляди на державну систему охорони здоров'я.

Яскравим прикладом необхідності зміни пріоритетів політики у сфері охорони здоров'я є дослідження А. Антоновського, коли він у ході висвітлення цього питання використовує метафору «річка життя». Суть її полягає в окресленні напрямку життєдіяльності людини: «вниз за течією» – лікування хвороби; «вгору проти течії» – здійснення профілактики (запобігання можливим «утопленням» людей у річці, будуючи дамби та забезпечуючи кожного рятівними жилетами). Захист і профілактика у сфері охорони здоров'я зосереджені на хворобі з метою її уникнення. Мета такої політики – запобігти «утопленням» людей у річці через зменшення та / або усунення ризику. Основою цього є дорогі вартісні технології, а також професійні та експертні оцінювання правил здорового способу життя. За А. Антоновським, цього недостатньо для захисту людей від

«утоплення» в річці. Люди мають насамперед навчитися плавати. Таким чином, салютогенез відображає принципово інший погляд на пріоритети діяльності у сфері охорони здоров'я. Народжуючись, кожен опиняється в річці: хтось там, де є багато ресурсів, щоб втриматись на плаву, тоді як інші за це мусять боротися. Річка, як і життя, наповнена ризиками і ресурсами. Так, подорож річкою і ризик потрапити у водоспад переважно залежать від вміння плавати, тобто розпізнавати, використати і повторно залучати наявні ресурси, щоб поліпшити здоров'я і перспективи життя [85].

Варто звернути увагу на соціально-економічний складник реалізації концепції салютогенезу. Його виникненню передувало суттєве збільшення витрат на охорону здоров'я в економічно розвинених країнах у другій половині ХХ ст. Тривалість життя збільшувалася, але зростав також рівень старіння населення, змінювалися хвороби. Це були нові виклики для постіндустріального суспільства. Салютогенез, який досі повною мірою не отримав практичного використання, мав частково усунути фінансовий тягар, наявний у сучасній системі охорони здоров'я не тільки слаборозвинених країн, а й із високим рівнем соціально-економічного розвитку.

Відомий американський учений у сфері здоров'я населення Т.-К. Янг визначає здоров'я як ресурс, завдяки якому людина або група осіб може, з одного боку, зрозуміти прагнення і задовольнити потреби, а з іншого – змінити і впоратися з довкіллям [35, с. 1].

Як ресурс здоров'я розглядають також фахівці ВООЗ яка неофіційно переглянувши в 1984 р. визначення терміна «здоров'я», трактує його як «...ступінь, в якому особа або група осіб має можливість реалізувати сподівання і задовольнити потреби, змінити довкілля або пристосуватись до нього. Здоров'я є ресурсом для повсякденного життя, а не метою існування» [86]. Цій підхід наголошує на соціальних,

особистісних, а також фізичних можливостях людини. Психічне, інтелектуальне, емоційне і соціальне здоров'я розглядаються як здатність людини впоратися зі стресом, набути навичок, підтримувати соціально-трудова та інші відносини, які формують ресурси для опірності негативному впливу зовнішнього середовища.

Подані дефініції є основою відповідних підходів, концепцій і моделей здоров'я, які розширюють розуміння здоров'я, його суті та значення переважно на індивідуальному рівні. Однак розуміння здоров'я є дещо різним для людини та громади. З огляду на це розрізняють поняття «індивідуальне здоров'я» та «здоров'я населення» (або як певний аналог «громадське здоров'я»). Щодо останнього йтиметься далі. Водночас доцільно зосередитися на узагальненнях щодо індивідуального здоров'я, адже, по-перше, розуміння його суті дасть можливість більш чітко сформулювати визначення терміна «здоров'я населення», а по-друге, за змістом і формою ці категорії не суперечать одна одній.

Отже, існує значна синкретичність визначення терміна «здоров'я». З одного боку, підходи до визначення здоров'я є спорідненими, а з іншого – вони значно відрізняються. Зміни підходів до дефініції «здоров'я» пов'язані з розвитком і трансформацією суспільних відносин, сфер життєдіяльності особи, еволюцією людини й міжособистісних відносин, іншими процесами, які динамічно відбувалися у ХХ ст. і тривають у ХХІ ст. Важливим є кожне із поданих трактувань здоров'я. Усе залежить від сфери та масштабу його використання. Швидкоплинність, зміни умов навколишнього соціального та природного середовищ вносять корективи не тільки у медичні способи, підходи, засоби щодо охорони здоров'я. Потребує змін комплекс організаційних заходів, у тому числі з боку держави, спрямованих на підтримку здоров'я як на індивідуальному, так на популяційному рівні. У цьому разі більш доречним буде трактування здоров'я, яке враховує динаміку його стану та здатність до адаптації у довкіллі.

Аналізуючи основні підходи щодо визначення здоров'я, потрібно вказати на важливість поєднання у ньому біологічної, психологічної та соціальної його природи (рис. 1.4). Здоров'я не варто характеризувати тільки одним із названих компонентів, але визначити їхнє співвідношення та значення доволі складно. Однак вважаємо, що здоров'я залежить від багатьох чинників, зокрема від соціально-економічного рівня розвитку суспільства, соціально-трудових відносин і моральних канонів, що сформувались у суспільстві, традицій тощо. На різних етапах розвитку людства таке співвідношення не завжди було однаковим.



Рис. 1.4. Категоріальний апарат дефініції «здоров'я»

Джерело: власна розробка автора.

Враховуючи зазначене, варто розглядати здоров'я на таких трьох рівнях: біологічному, психологічному та соціально-економічному (рис. 1.5).

Біологічне здоров'я є предметом дослідження медичної моделі здоров'я та насамперед пов'язане із спадковістю та залежить від динамічної рівноваги функцій усіх внутрішніх органів, що виявляється у певній фізичній формі, здатності до відтворення та через інші ознаки, пов'язані із біологічною сутністю людини. Крім цього біологічне здоров'я можна пов'язати з природними явищами, наприклад природною катастрофою.

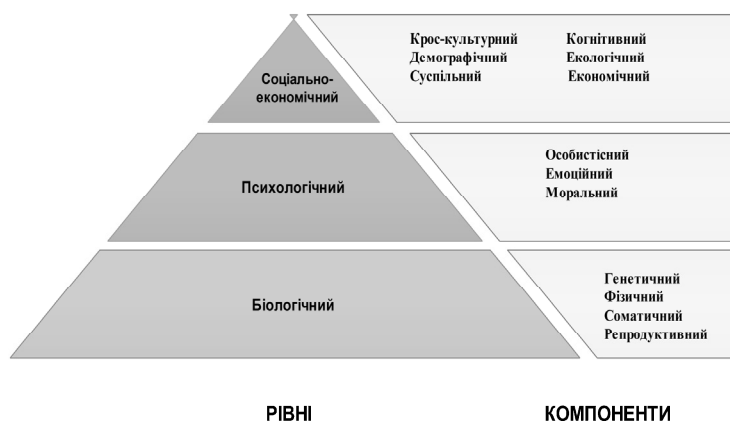


Рис. 1.5. Рівні тлумачення поняття «здоров'я» на основі його компонентів

(Джерело: розроблено автором на основі [87–89]).

Другим рівнем є психологічний, який не менш важливий як для визначення здоров'я, так і для його формування у реальних індивідуумів та населення загалом. Цей рівень пов'язаний із дослідженням уявлень, емоцій та поведінки індивідуумів (населення) щодо здоров'я. Він пов'язаний із здатністю усвідомлювати себе особистістю і залежить від розвитку емоційної, вольової та мотиваційної сфер, усвідомлення цінності для особистості власного здоров'я та здорового способу життя.

Вершиною запропонованої піраміди є соціально-економічний рівень. Ця піраміда у такому контексті подана не довільно, а за аналогією до піраміди потреб А. Маслоу, де найнижчі щаблі відображають первинні (фізіологічні) потреби, а верхні – вторинні (психологічні, соціальні). Теорію А. Маслоу критикує багато дослідників, що свідчить про її недосконалість. Однак вона й надалі залишається одним із стрижнів у менеджменті. Аналогію ієрархії потреб до ієрархії здоров'я вважаємо доречною. Людство пройшло значний еволюційний шлях щодо оцінювання здоров'я. Дослідження останніх десятиріч свідчать про вирішальну роль СЕД для здоров'я як на індивідуальному, так і на популяційному рівні. Разом з тим, недооцінювання значення біологічних і психологічних детермінант є неприпустимим. Окрім цього, слід урахувати, що вони перебувають у діалектичній взаємодії. Особливо це стосується соціальних і психологічних аспектів, які складно розмежувати. Чимало науковців стверджує, що психосоціальні ресурси є одними з найпотужніших позитивних детермінант здоров'я [90].

Соціально-економічний рівень охоплює найбільше компонентів порівняно з іншими рівнями, що зумовлено шириною і глибиною соціально-економічних аспектів життєдіяльності суспільства:

– крос-культурний полягає в оцінюванні впливу різних культур на формування установок щодо здоров'я та їхнього подальшого порівняння. Культура індивіда суттєво впливає на його поведінку, переконання, установки і цінності. Частково сучасні переконання і поведінка щодо збереження здоров'я мають витоки із культурного пізнання, національної культури;

– когнітивний розкриває пізнавальну діяльність особистості. Для здоров'я важлива інформованість людини щодо фізіологічних і патологічних процесів в організмі, а також про вплив на них різних умов довкілля і способу життя [91];

– екологічний базується на тлумаченні, що здоров'я та довкілля охоплюють всі фізичні, хімічні та біологічні чинники

впливу на людину ззовні, а також всі інші, пов'язані з ними, що впливають на її поведінку [92]. Саме тому екологічний компонент відіграє важливе значення для формування знань про здоров'я;

– демографічний зумовлює виникнення вікових, статевих, шлюбно-сімейних та інших відмінностей у формуванні здоров'я, репродуктивних установок тощо. Склад і розподіл населення, його очікувані темпи зростання мають важливе значення для вдосконалення знань про здоров'я на популяційному рівні;

– суспільний – це здатність адаптації до умов суспільства, його цінностей, соціально-трудова відносин, що в ньому сформувалися. Як правило, у здоровому суспільстві формуються здорові особистості;

– економічний, що відображає ресурсні можливості особи у сфері економічної діяльності, будучи за суттю потенціалом для реалізації особистості в суспільстві. Він забезпечує відповідну продуктивність праці, доходи людини та рівень життя.

На основі вищеподаного доходимо до висновку про провідну роль соціально-економічних аспектів у розвитку не тільки підходів до визначення здоров'я. Зміна соціально-економічних умов впливала на погляди щодо необхідності поліпшення здоров'я, на з'ясування його суті. Це дало змогу визначити нові підходи до охорони здоров'я, методи лікування та профілактики хвороб, зниження захворюваності.

Сучасний етап розвитку людства характеризується процесами глобалізації та динамізму. Це вимагає від усіх сфер життєдіяльності суспільств розвитку відповідно до умов часу. Не є винятком у цьому дослідження у сфері здоров'я. Тепер здоров'я розглядається як динамічний процес, який суттєво детермінують соціально-економічні умови.

Враховуючи поширені підходи до визначення терміна «здоров'я», слід зазначити, що – це життєздатність організму, можливість зберігати фізіологічну і психологічну рівновагу, реалізовувати свій потенціал у просторі та часі.

Наведені вище тлумачення здоров'я стосуються здебільшого індивідуального його рівня. Проте об'єктом даного дослідження є здоров'я населення, що відповідає популяційному рівню (рівню громади). При цьому варто зауважити, що популяції чи громади формує сукупність індивідуумів. З огляду на це саме розуміння суті індивідуального здоров'я дає змогу точніше сформулювати категоріальний апарат здоров'я населення та його СЕД.

На популяційному рівні існує дві основні дефініції здоров'я: «здоров'я населення» та «громадське здоров'я». Відмінності полягають насамперед у формулюваннях та особливостях застосування у практичній інституційній діяльності.

Одним із перших досліджував громадське здоров'я С. Уінслоу. Його визначення вважається класичним. Він характеризує громадське здоров'я як «...науку та мистецтво профілактики захворювань, продовження життя і охорони здоров'я за допомогою організованих зусиль і свідомого вибору суспільства, організацій державних та приватних, громад та окремих осіб» [93] (табл. 1.2). Він також підкреслював те, що невід'ємною частиною громадського здоров'я є розвиток медичного і медсестринського обслуговування для ранньої діагностики та профілактики захворювання і розвиток соціального обладнання, яке забезпечить кожній людині в громаді рівень життя, достатній для підтримки здоров'я. При цьому ці умови мають бути організовані таким чином, щоб кожний громадянин міг реалізувати своє право на здоров'я та довголіття.

Свою чергою Б. Прохоров вважає, що громадське здоров'я є певною ознакою та здійснює спробу поєднати індивідуальні та популяційні аспекти здоров'я, а також його соціальну та біологічну суть [94]. Тоді як Ю. Лісіцин описує громадське здоров'я як стан чи якість, наголошуючи на

способі життя та фізичному і психологічному компонентах здоров'я [95].

Громадське здоров'я перебуває в центрі діяльності ВООЗ, експерти якої зазначають, що країни мають забезпечити безперервний, систематичний збір, аналіз та інтерпретацію даних, пов'язаних зі здоров'ям, необхідних для планування, впровадження та оцінки практики охорони громадського здоров'я [96]. Це важливо з позиції раннього попередження надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я та контролю й уточнення епідеміології проблем зі здоров'ям, визначити пріоритети політики та стратегій у сфері громадського здоров'я.

Таблиця 1.2.

Підходи до трактувань поняття «громадське здоров'я»

Автор	Визначення	Період
1	2	3
С. Уінслоу [93]	наука та мистецтво профілактики захворювань, продовження життя і охорони здоров'я за допомогою організованих зусиль і свідомого вибору суспільства, організацій державних та приватних, громад та окремих осіб	1919
Б. Прохоров [94, с. 44]	основна ознака, властивість людської спільності, її природний стан, що відображає індивідуальні реакції пристосування кожного члена спільності людей і здатність всієї спільності в конкретних умовах найбільш ефективно здійснювати свої соціальні та біологічні функції»	2007
Ю. Лісцин [95, с. 35]	стан, якість суспільства, що забезпечує умови для способу життя людей, не обтяжених захворюваннями, фізичними і психічними розладами, тобто такий стан, коли забезпечується формування здорового способу життя»	2002

Продовження табл. 1.2

1	2	3
В. Москаленко, Т. Груззва [97].	вивчає закономірності формування здоров'я населення, організації і діяльності системи охорони здоров'я для розробки методів забезпечення високого потенціалу здоров'я населення як вирішального чинника розвитку суспільства	2010
І. Жалінська [98, с. 6].	складне соціально-економічне поняття, що одночасно характеризує сукупний результат різноманітних заходів та визначає потенціал розвитку суспільства, тобто стає чинником конкурентоспроможності регіону, країни	2011
КМУ	комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства.	2016

Джерело: узагальнено автором

Важливість проблем, пов'язаних із громадським здоров'ям, відображена у низці публікацій вітчизняних вчених. Варто зосередити увагу на дослідженні Н. Рингач, яка наголошує на усвідомленні високої суспільної значущості громадського здоров'я та визначає потребу в дослідженні й оцінці його стану з погляду забезпечення національної безпеки [40, с. 27]. Поліпшення громадського здоров'я науковець пов'язує з наслідками соціально-економічного та духовного розвитку, що є цілком обґрунтованим.

На думку В. Москаленко та Т. Грузевої, громадське здоров'я є вирішальним чинником суспільного розвитку, а відтак потребує особливої уваги з боку державних та регіональних структур управління [97].

У свою чергу І. Жалінська розглядає громадське здоров'я як складне соціально-економічне поняття, що одночасно характеризує сукупний результат різноманітних заходів та визначає потенціал розвитку суспільства, тобто стає чинником конкурентоспроможності регіону, країни [98, с. 6]. Варто також погодитись із тим, що громадське здоров'я є важливим інструментом соціальної політики та політики охорони здоров'я зокрема.

Аналіз наведених підходів свідчить про відсутність єдиного стандарту дослідження громадського здоров'я. Однак при цьому надається здоров'ю суспільний окрас. Чітко простежується взаємозв'язок між громадським здоров'ям і розвитком суспільства, що можна назвати «суспільне здоров'я». Хворе суспільство не може позитивно впливати на стан здоров'я громади та окремих її членів, з одного боку, а з іншого – саме громада значною мірою формує здоров'я суспільства. Це доволі цікава діалектична проблема. Що в цьому разі первинне? Які чинники відіграють провідну роль у процесі формування здоров'я суспільства та громади? Відповіді на ці та інші запитання буде окреслено у ході подальшого дослідження.

У листопаді 2016 р. в Україні здійснено важливий крок у напрямку збереження та покращення здоров'я, зокрема схвалено Концепцію розвитку системи громадського здоров'я (Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р.) [99]. У Концепції визначено комплекс інструментів, процедур та заходів щодо розвитку системи громадського здоров'я, які сприятимуть збільшенню середньої очікуваної тривалості життя людини; зниженню рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення, особливо з тих причин,

які сьогодні є найбільш загрозливими. Варто зауважити, що Концепцією передбачено поліпшення СЕД та посилення відповідальності населення за власне здоров'я (наприклад, через зниження рівня зловживання алкоголем, неналежної фізичної активності, споживання населенням тютюнових виробів, надмірної кількості солі та цукру тощо) та дотримання принципу соціальної справедливості щодо здоров'я. При цьому вірно зазначено, що для реалізації цієї Концепції необхідно об'єднати зусилля всього суспільства.

Як уже зазначалось у п.1.1., категорія «здоров'я населення», як зрештою і громадське здоров'я, змінює фокус з індивідуального на популяційний. Дослідники здоров'я населення намагаються доповнити класичні підходи до громадського здоров'я, звернувшись до ширшого кола детермінант, які впливають на здоров'я різних груп населення.

У зв'язку з цим цілком логічним видається виникнення нової концепції охорони здоров'я, яка розглядає здоров'я населення не лише як суму даних, що відображають результати вимірювання морфофізіологічних (антропометричних) і психофізіологічних параметрів людини, доповнена результатами лабораторно-інструментального обстеження і суб'єктивною оцінкою індивідом свого здоров'я (самопочуття) [5, с. 64], як це було раніше. Сучасний погляд на категорію «здоров'я населення» охоплює важливі сфери індивідуальної та соціальної поведінки, і з такими питаннями, як справедливість фінансування, рівний доступ до послуг з профілактики та лікування, а також бажання досягти справедливого результату для здоров'я, дебати з охорони здоров'я населення обов'язково включають конкуруючі ідеології та цінності. Концепція здоров'я населення включає всі способи, якими суспільство загалом або громади в суспільстві впливають на проблеми зі здоров'ям і як вони реагують на ці проблеми. Більшість підходів до визначення категорії «здоров'я населення» та

практичні дослідження у цьому напрямку пов'язані із СЕД, які визначають його стан та динаміку (табл. 1.3). Однак аспектів, які при цьому розглядаються, доволі багато.

Ключовим елементом новітніх підходів є розв'язання питань СЕД, як невід'ємного елемента, без якого державна політика збереження та зміцнення здоров'я населення не можлива (рис. 1.6). З позиції вивчення СЕД здоров'я населення розглядають багато науковців [101–103], які доводять, що умови, в яких люди народжуються, ростуть, живуть, працюють і старіють, є одними з визначальних для здоров'я населення. Ці та інші дослідження доводять, що чисте і безпечне довкілля; дохід достатній для забезпечення основних потреб; значуща роль у суспільстві, добре житло, доступність якісного харчування, освіти та соціальної підтримки здійснюють свій внесок у добре здоров'я. Загальне поліпшення здоров'я населення в економічно розвинених країнах упродовж останніх десятиріч обумовлений, насамперед, поліпшенням цих детермінант. Ці детермінанти здоров'я часто не залежать від особистості, але суспільство може діяти на них колективно, щоб поліпшити стан здоров'я населення. Крім цього розуміння механізму впливу СЕД на стан здоров'я населення дозволяє визначити, чому одні люди здоровіші за інших [35], і на цій основі сформувані ефективні політичні підходи до зміцнення здоров'я.

Деякі вчені при визначенні категорії «здоров'я населення» поряд із соціальними детермінантами логічно обґрунтовано зосереджують увагу на необхідності подолання нерівності щодо здоров'я як складника збереження та покращення здоров'я, що, безумовно, є одним із найактуальніших перспективних напрямків дослідження [104–106] (табл. 1.3).



Рис. 1.6. Складові частини концепції здоров'я населення

Джерело: власна розробка автора

Одним з перших, визначає потребу подолання соціальної нерівності як напрям скорочення нерівності щодо здоров'я Дж. Франк [104]. Пізніше Я. Беннет описує «здоров'я населення» як підхід до здоров'я, спрямований на поліпшення стану здоров'я населення загалом та зменшення нерівності щодо здоров'я між його групами. Для досягнення цього він вивчає у широкому діапазоні чинники та умови, які визначають здоров'я [105].

Таблиця 1.3

Підходи до трактувань поняття «здоров'я населення»

Зосередження уваги	Визначення	Автор	Період
1	2	3	4
Соціальні (соціально-економічні) детермінанти	вимірюється індикаторами стану здоров'я і перебуває під впливом соціального, економічного і фізичного середовищ, індивідуальної поведінки особи щодо здоров'я, особистих якостей і навичок, біології людини, розвитку дітей у молодшому віці, а також сфери медичних послуг	Дж. Данн і М. Хейс [102, с. 7]	1999
	концептуальна основа для роздумів про те, чому деякі люди здоровіші, за інших	Т. Янг [34, с. 12]	1998
	стан, що залежить від фізичних, біологічних, поведінкових, соціальних, культурних, економічних та інших чинників	Дж. Ласт [103, с. 44]	2007
Здоров'я різних груп населення	стан здоров'я та охорона здоров'я в межах групи людей, а не стану здоров'я однієї людини	Департамент охорони здоров'я штату Нью-Йорк [108]	2012
	здоров'я груп, сімей та громад, яке визначається за місцевістю, біологічними, соціальними чи культурними критеріями	Міністерство охорони здоров'я Нової Зеландії [110, с. 5]	2012
Подолання нерівності у здоров'ї населення. Охорона здоров'я	новий синтез здоров'я населення збільшує розуміння детермінант здоров'я і підтверджує необхідність фахівців охорони здоров'я критично розглядати соціальну нерівність і політику, підтримувати їх	Дж. Франк [105]	1995
	підхід до здоров'я, спрямований на поліпшення стану здоров'я населення загалом та зменшення нерівності щодо здоров'я між його групами	Я. Беннет [106, с. 12]	2003

Продовження табл. 1.3

1	2	3	4
Здоров'я як чинник соціально-економічної ефективності	основна властивість людської спільноти, її природний стан, що відображає індивідуальні реакції членів спільноти, їхню здатність у конкретних умовах найефективніше здійснювати свої соціальні та біологічні функції	П. Сметлов [100, с. 18]	2009
	складник людського капіталу й один із важелів економічного зростання	Т. Підвисоцька [110, с. 5].	2009
Авторське визначення	здоров'я соціально-демографічних і територіальних груп населення, яке визначається певними детермінантами, що змінюються у часі.	Д. Шушпа-нов	2015

Джерело: узагальнено автором

У межах здоров'я населення питання про справедливість має кілька різних елементів, зокрема рівний доступ до медичних послуг, освіти тощо. На даний час питанню усунення нерівності у здоров'ї населення через покращення СЕД приділяється значна увага, насамперед з боку ВООЗ, експерти якої зазначають, що причинами нерівності в умовах повсякденного життя є глибокі соціальні структури та процеси. Несправедливість є систематичною і породжується суспільними нормами, політикою і практикою, які допускають або практично заохочують несправедливий розподіл і доступ до влади, багатства і іншим необхідним суспільних ресурсів [106].

Окремі дослідники наголошують на другій частині поняття «здоров'я населення», тобто на населення, що, як правило, розуміють не лише як територіальне розселення, а його поділ на різні групи: географічні, соціальні, економічні, демографічні тощо.

Своєрідним є визначення терміна «здоров'я населення» науковцями Департаменту охорони здоров'я штату Нью-Йорк

(США), які наголошують на тому, що здоров'я населення стосується населення загалом або груп людей, а не стану здоров'я однієї людини. Зміцнення здоров'я населення при цьому передбачає його оптимізацію в широкому сенсі [107].

Міністерство охорони здоров'я Нової Зеландії у Стратегії охорони здоров'я Нової Зеландії визначає термін «здоров'я населення» як «здоров'я груп, сімей та громад, яке визначається за місцевістю, біологічними, соціальними чи культурними критеріями» [108], що також засвічує необхідність дослідження здоров'я населення у соціально-економічному та демографічному розрізі.

Найбільш комплексним видається трактуванням поняття «здоров'я населення» науковцями Інституту здоров'я населення Оттавського університету. При цьому єдиного визначення немає. Здоров'я населення, на думку експертів університету, характеризується різними аспектами залежно від сфери застосування терміна:

– в академічній сфері поняття «здоров'я населення» інтегровано з багатьох дисциплін. Ціллю у цьому разі є моніторинг тенденцій у сфері охорони здоров'я крізь призму детермінант здоров'я з метою його покращення, запобігання хворобам, а також для обговорення заходів по з особливими напрямками політики у цій сфері;

– у сфері наукових досліджень вивчають детермінанти візрів здоров'я і хвороби в групах людей, а не окремих осіб. Як у соціології чи демографії, фокусуються передусім на детермінантах, які впливають на здоров'я значної кількості людей, а не на чинниках індивідуального стану здоров'я;

– як політична концепція здоров'я населення відіграє значну роль у пошуку раціональної основи для розподілу ресурсів у сфері охорони здоров'я, в її збалансуванні, збереженні здоров'я, здійсненні його профілактики і лікуванні хвороб. Це має знизити витрати на охорону здоров'я та

максимізувати прибуток для здоров'я суспільства загалом;

– як об'єднуюча парадигма цей термін пов'язує багато дисциплін – від біологічних до соціальних, фокусує їх на здоров'ї як важливій соціальній меті, що є значним внеском у розвиток фундаментальної науки [109].

У цьому разі комплексно поєднані всі підходи до здоров'я населення: пов'язані з охороною здоров'я, з економічною ефективністю («максималізація прибутку»), дослідження здоров'я населення як здоров'я окремих його груп, тощо. Однак основною у визначенні є прив'язка дослідження здоров'я населення до його детермінант.

Розглянуті вище теоретичні підходи до сутності здоров'я населення представляють головним чином здобутки західного суспільствознавства, які вітчизняною наукою досліджувались недостатньо. За останнє десятиріччя з'явилися перші дослідження, пов'язані із концепцією «здоров'я населення» і в Україні. Зокрема, це праці Т. Підвисоцької, яка визначає і враховує зовнішні чинники, які впливають на здоров'я населення. «Підхід до здоров'я населення в розрізі факторної обумовленості є дуже важливим, оскільки дає змогу комплексно дослідити фактори, що здійснюють вплив на формування здоров'я населення» [110, с. 5]. Однак автор розглядає «здоров'я населення» здебільшого як складову людського капіталу та один із важелів економічного зростання, тобто як чинник виробництва.

Водночас більшість сучасних досліджень розглядають здоров'я населення комплексно, охоплюючи ті аспекти, які з ним пов'язані (рис. 1.7).

Встановлено, що здоров'я населення забезпечує «інтелектуальний дах» для думки про широкий спектр детермінант, які можуть впливати на здоров'я людей і населення загалом.

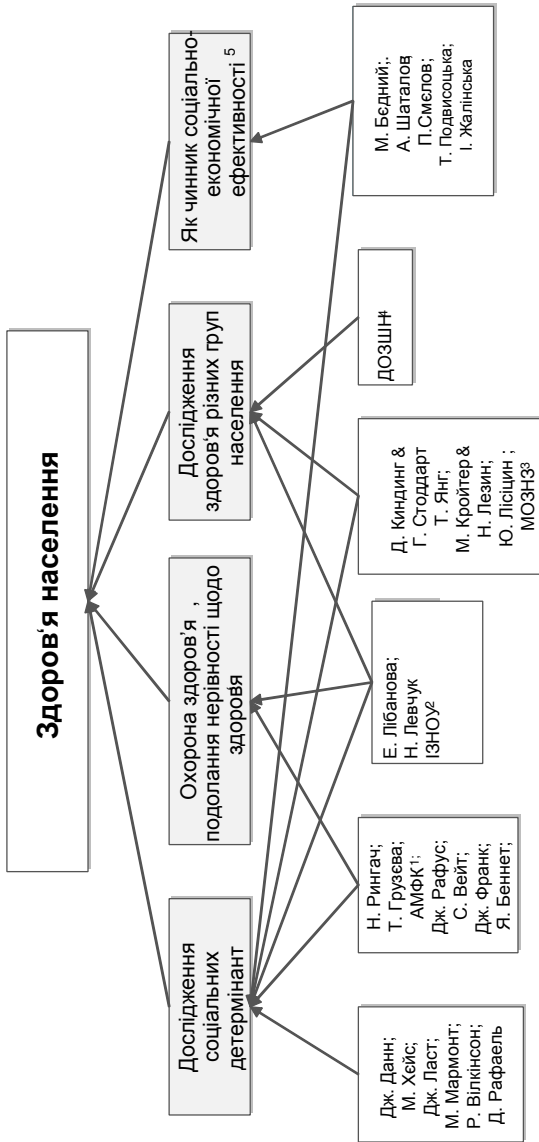


Рис. 1.7. Підходи до визначення категорій «здоров'я населення»

Джерело: власна розробка автора

1. Асоціація медичних факультетів Канади.
2. Інститут здоров'я населення Оттавського університету (Канада).
3. Департамент охорони здоров'я штату Нью-Йорк (США).
4. Міністерство охорони здоров'я Нової Зеландії.
5. Представники цієї групи переважно розглядають чинники, а не детермінанти

Тому сучасну концепцію здоров'я населення можна розглядати як комплексний спосіб мислення щодо сучасної системи охорони здоров'я. Вона охоплює весь спектр індивідуальних і групових детермінант, що визначають здоров'я груп або популяцій людей. При цьому концепція використовує доказовий підхід для аналізу детермінант здоров'я та варіантів втручання з метою збереження і зміцнення здоров'я. Загальними цілями концепції є підтримка та поліпшення стану здоров'я населення загалом та зниження нерівності у стані здоров'я між групами населення зокрема.

Результати чи переваги концепції здоров'я населення виходять за рамки поліпшення результатів стану здоров'я. Здоровіше населення робить продуктивніший внесок у загальний розвиток суспільства, ніж хворе населення. Відтак потрібно менше підтримки у вигляді медичної та соціальної допомоги тощо. Дії, спрямовані на добре здоров'я, також забезпечують більші соціальні, економічні та екологічні вигоди для населення загалом. Вони включають у себе систему доступної та справедливої охорони здоров'я, зміцнення соціальної згуртованості та участі громадян у процесі ухвалення рішень щодо їхнього власного здоров'я, збільшення національного зростання, продуктивності праці та поліпшення якості життя.

Оскільки здоров'я населення є відносно новим поняттям, нез'ясованими залишаються деталі того, як саме воно відрізняється від громадського здоров'я.

Обидві концепції здоров'я стосуються груп людей, а не окремих осіб. Це саме можна сказати про моніторинг тенденцій у галузі охорони здоров'я, вивчення їх детермінант, пропонування втручання на рівні населення для захисту та підтримки здоров'я й обговорення варіантів здійснення цих заходів. Чіткої відмінності між ними нема. Здоров'я населення розглядається як більш широкий підхід, оскільки він пропонує уніфіковану парадигму, яка охоплює біологічні

та соціологічні аспекти. Він забезпечує раціональну основу для розподілу ресурсів охорони здоров'я, що забезпечує збалансованість охорони здоров'я та сприяння профілактиці і лікуванню захворювань. При цьому громадське здоров'я вирішує питання охорони здоров'я, його втручання спрямоване на підтримку здоров'я або профілактику захворювань. Наприклад, підхід «громадське здоров'я» до ожиріння у дітей може виступати за освіту батьків і дітей, субсидування здорових програм для обідніх шкіл, заборону використання безалкогольних напоїв у автоматах для продажу в школах, більш жорсткі правила щодо маркетингу небажаної їжі для дітей, сприяння на шляху до охорони здоров'я підходить для боротьби з ожирінням у дітей ширшому контексті. Підхід до здоров'я населення може полягати в тому, щоб розглянути саму харчову систему: як впливають сільськогосподарські субсидії на ціну продовольства?

Зрештою, оцінюючи відмінності моделі громадського здоров'я та здоров'я населення, погоджуємося, із думкою Д. Кіндіга, що головною проблемою здоров'я населення є встановлення оптимального балансу інвестицій (наприклад, гроші, час, політика) в декількох детермінантах здоров'я (індивідуальна поведінка, освіта, медична допомога) протягом життя, що максимально узагальнить показники здоров'я і мінімізує нерівність щодо здоров'я на популяційному рівні [35].

Отже, проведений аналіз підходів до визначення категорії «здоров'я населення» свідчить про актуальність таких досліджень, інноваційність сприйняття та перспективність застосування отриманих результатів під час розробки соціальної політики. Можна виокремити чотири основні напрямки дослідження здоров'я населення:

– відмінність стану здоров'я у демографічних, соціальних, географічних та інших групах населення. Статеві і вікова структура, шлюбний стан, належність до певної

соціальної страти, міського чи сільського населення, різних територіальних громад та інші групові ознаки є основою для дослідження здоров'я населення;

– детермінованість здоров'я населення, яка полягає у тому, що стан і динаміка здоров'я, особливо на популяційному рівні, зумовлені умовами, які безпосередньо або опосередковано впливають на здоров'я. Перелік цих детермінант доволі широкий, але особливу роль у сучасних умовах відіграють соціально-економічні;

– нерівність у здоров'ї населення, пов'язана з нерівним доступом до матеріальних та духовних благ у суспільстві;

– політична зумовленість стану здоров'я населення, що передбачає розробку відповідних напрямів політики у сфері охорони здоров'я на основі досліджень детермінант здоров'я.

Враховуючи вищезначене, автор трактує здоров'я населення як здоров'я соціально-демографічних і територіальних груп населення, яке визначається певними детермінантами, що змінюються у часі.

Як концепція (підхід) «здоров'я населення» спрямована на поліпшення здоров'я населення загалом та зниження нерівності у здоров'ї між його окремими групами зокрема. Щоб досягти цієї мети, вона досліджує і діє на широке коло детермінант, які визначають здоров'я. При цьому згадана концепція розширює можливості формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я, адже, по-перше, змінює вектор фінансування у напрямку поліпшення СЕД здоров'я, а по-друге, дає змогу оперативно і гнучко реагувати на зміни у соціально-демографічних структурах населення для вибору найефективніших та адресних напрямів підтримки для реалізації потенціалу здоров'я, його збереження та покращення (у т.ч. через СЕД). Тому вважаємо за доцільне і необхідне дослідження стану здоров'я населення в Україні у цьому контексті з метою інтеграції СЕД у політику охорони здоров'я.

1.3. Соціально-економічні детермінанти та нерівність у здоров'ї населення

На сьогодні більшість соціальних явищ і процесів є складними та взаємопов'язаними із широким колом знань. З цієї причини краще розуміння цих явищ та процесів вимагає багатопрофільного підходу. Якісні методи слугують адекватним інструментом для дослідження цих складних явищ. Незважаючи на значну кількість літератури, існує брак якісного системного підходу побудови концептуальних або теоретичних основ для кращого розуміння соціальних систем.

Концептуальна основа – це не просто сукупність понять, а, радше конструкція, в якій кожне поняття відіграє невід'ємну роль. За М. Майлзом та А. Гудерманом концептуальна основа «викладає основні фактори, конструкції або змінні і передбачає зв'язок між ними» [111, с. 144]. При цьому концептуальна основа передбачає інтерпретаційний підхід до соціальної реальності, а причиново-наслідковий. Замість того щоб пропонувати теоретичне пояснення, як і кількісні моделі, концептуальні рамки забезпечують розуміння проблеми [112].

Концептуальна основа є підґрунтям дослідження, навіть якщо його структура не чітко визначена. Її мета полягає в тому, щоб результати досліджень зробити більш значущими, прийнятними для теоретичних побудов та забезпечити узагальнюваність. Вона пояснює шлях дослідження та міцно закріплює його в теоретичних конструкціях, допомагає стимулювати дослідження, водночас забезпечуючи розширення знань, посилює емпіризм і результативність досліджень.

Логічно сформована концептуальна основа дослідження дає змогу вирішувати практичні завдання та відповідати на проблемні питання, такі як: «Чому схожа подія не відбулася?». Наприклад, чому частина людей з однієї когорти

залишається здоровою, а інша – ні. Щоб дати відповідь на це запитання, необхідно зрозуміти сили, що визначають хворобу (інвалідність, смерть) і результат захворювання. Цілком логічно, що визначальними у цьому випадку є детермінанти здоров'я (хвороб).

Для успішного розуміння концептуальних основ також має бути чітке визначення того, як різні чинники, що впливають на проблему, пов'язані один з одним. Часто концептуальні основи передбачають класифікацію детермінант на окремі рівні, коли детермінанта одного рівня обумовлює дію детермінанти на іншому. Наприклад, робота багатьох промислових підприємств часто призводить до погіршення стану атмосферного повітря та довкілля загалом. Це може мати негативні наслідки для здоров'я. З другого боку, робота промислових підприємств – це збільшення робочих місць та покращення СЕС, добробуту населення і громади. Таким чином, існують дискретні рівні детермінант, які мають як позитивний, так і негативний впливи на здоров'я. З'ясування механізму впливу детермінант, насамперед соціально-економічних, на стан здоров'я населення є передумовою до його покращення та скорочення нерівності у здоров'ї.

Аналіз формування поглядів на здоров'я та здоров'я населення дає змогу зробити висновки про принципово новий етап інтерпретації причинно-наслідкових зв'язків між умовами життя та здоров'ям (нездоров'ям), формування якісно нових підходів до охорони здоров'я як на індивідуальному, так і популяційному (глобальному, національному, регіональному) рівнях. Підґрунтям для цього є пізнання детермінант здоров'я, їхнє вивчення та аналіз.

Як було зазначено у п. 1.1. перші дискусії щодо ролі зовнішніх чинників для здоров'я розгорнулись у ХІХ ст. та активно були продовжені у ХХ ст. Спектр чинників, які до-

сліджувались, був достатньо широким. Однак до 1950-х рр. провідними серед них фахівці вважали біологічні та фізичні. Поступово науковці зміщували акцент на вивчення чинників, а згодом і детермінант здоров'я як предметів дослідження здоров'я населення. При цьому кардинальних, принципових відмінностей між категоріями «чинник» та «детермінанта» немає. Низка трактувань категорії «детермінанта» визначає її як чинник, зокрема «...універсальний чинник, який стимулює інтегрування окремих реалій суспільної дійсності в соціальні рамки або середовище, які вже існують (щойно виникли, відомі давно, створені штучно)» [113, с. 137]. Як чинник визначається «детермінанта» й в Оксфордському словнику «Детермінанта – це чинник, який здійснює вирішальний вплив на характер або результат чогось» [114].

У науковій літературі, програмних та інших документах щодо здоров'я часто, крім терміна «детермінанти здоров'я» як синонім використовують поняття «чинники здоров'я». Насправді ці категорії дуже схожі, адже від них залежить стан здоров'я населення. Однак, чинник ризику – це радше узагальнене поняття, яке характеризує потенціал, а не фактичний результат (табл. 1.4).

Отже, «детермінанта» є, за суттю, тим самим чинником, але з конкретизованішим впливом на об'єкт дослідження. Чинники можуть впливати опосередковано або безпосередньо не впливати тоді як триває дослідження, тобто бути потенційними. Це не характерно для детермінант, які обов'язково впливають на об'єкт чи результат. Наприклад, захворювання на рак легенів може бути спричинено певними чинниками: шкідливими звичками, спадковістю, екологією тощо. Однак у разі, якщо хворий тривалий час палить, саме тютюнопаління буде детермінантою цієї хвороби. Наведений приклад ілюструє застосування категорії «детермінанта» з позиції медичної концепції (людина буде здорова або

захворіє). Це є достатньо вузьким розумінням проблеми. Одне із завдань, без вирішення якого неможливо покращити стан здоров'я, – це зміна ставлення, мислення щодо здоров'я в Україні як на державному, так й на індивідуальному рівнях. Наведений приклад необхідно розглядати під іншим кутом зору: «Чому людина здорова і не захворіла на рак легень?» Відповідь – вона ніколи не палила, дотримувалась здорового способу життя і т. ін. У цьому разі йдеться про детермінанти здоров'я, а не хвороби, зокрема тютюнопаління (його відсутність). Отже, відсутність тютюнопаління є однією з детермінант, які визначають здоров'я населення та суттєво знижують імовірність його погіршення.

Таблиця 1.4

Чинники та детермінанти здоров'я населення

Чинники здоров'я населення	Детермінанти здоров'я населення
Біологічні	Вік, стать, генетика
Поведінкові	Структура та функціонування сім'ї, рівень освіти, режим праці, харчування, тютюнопаління, зловживання алкоголем, фізична активність
Соціальні	Культура, тиск однолітків, дискримінація, соціальна підтримка (добросусідство, соціальні мережі / ізоляція)
Довкілля	Повітря, вода, житлові умови, умови праці, шум, утилізація відходів, енергія, місцеві екологічні особливості
Інфраструктурні	Відпочинок, транспортні послуги, доступність закладів сфери послуг
Інституційні	Загальне спрямування економічної, соціальної, екологічної політики, політики у сфері охорони здоров'я, місцеві та національні пріоритети, програми, проекти

Джерело: Модифіковано автором з [115]

Проміжними детермінантами здоров'я є використання медичних послуг, харчова та санітарна практика та поведінкові чинники. Нерівність щодо здоров'я виникає внаслідок нерівного розподілу основних детермінант, включаючи доходи та активи, знання та грамотність.

Таким чином детермінанти здоров'я – це чинники (умови), які визначають відмінності у здоров'ї окремих людей, груп населення чи населення країни загалом.

Підґрунтям для концептуальної основи дослідження СЕД здоров'я населення насамперед є низка міжнародних та вітчизняних програм і розробок у цій сфері.

Серед них насамперед варто відзначити щорічні доповіді ПРООН «Про стан людського розвитку», що ґрунтуються на Концепцію людського розвитку (КЛР) та «Цілі Сталого Розвитку» (ЦСР), які були затверджені на Саміті ООН зі сталого розвитку у 2015 р.

Зокрема, у звіті про людський розвиток 2016 року «Людський розвиток для всіх» зазначано, що у кожному суспільстві певні групи набагато частіше зазнають невикідних позицій, ніж інші, і визначає глибоко вкорінені, а часто й невідзначені бар'єри для розвитку [116]. При цьому також відзначається те, що суспільства повинні створити максимальні можливості для людського розвитку кожної людини. Коментуючи місце України у цьому звіті, Е. Лібанова також відзначила, що ніхто не має залишитись осторонь розвитку, що не може бути ситуації, коли країна в середньому розвивається сприятливо, але окремі групи населення залишаються поза увагою влади, не мають доступу до належної освіти та медицини [117].

Загалом на сьогодні КЛР є найбільш цілісною моделлю прогресу суспільства, яка у комплексі розглядає потенціал росту: політичного, економічного, соціального, особистого, культурного тощо. Невід'ємною частиною цієї концепції є можливість поліпшення стану здоров'я населення, а один із

ключових його показників – середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) – включено до індексу людського розвитку. Таким чином, досягнення рівності та справедливості серед населення можливе за умови скорочення нерівності у здоров'ї між окремими людьми чи групами.

Важливим кроком на цьому шляху є реалізація ЦСР [118]. Протягом наступних п'ятнадцяти років ці нові цілі, що стосуються всіх країн світу, мають допомогти мобілізувати зусилля, спрямовані на подолання всіх форм бідності, боротьбу з нерівністю, розв'язання проблем, пов'язаних зі здоров'ям, зміною клімату, тощо. Водночас у цьому документі задекларовано принцип, за яким ніхто не залишиться без уваги.

Одним із головних завдань ЦСР визнано необхідність забезпечення здорового способу життя та сприяння добробуту для всіх людей у будь-якому віці. Зокрема, заплановано знизити загальний рівень материнської смертності; смертності новонароджених і дітей віком до 5 років; подолання епідемії СНІДу, туберкульозу та інших інфекційних хвороб; скорочення смертності від неінфекційних захворювань. Окремо визначено важливість посилення профілактики та лікування зловживання психоактивними речовинами. Поряд з цим наголошено на необхідності збільшення доступності медичної допомоги, покращення її якості, збільшення фінансування охорони здоров'я тощо.

Таким чином подолання бідності має супроводжуватися стратегіями, спрямованими на економічне зростання та розв'язання низки соціальних потреб, включаючи освіту, охорону здоров'я, соціальний захист та можливості працевлаштування, а також подолання проблем зміни клімату і захисту довкілля. Власне такий комплексний підхід є важливим із позиції збереження та зміцнення здоров'я, адже більшість цілей спрямовані на поліпшення СЕД, які визначають здоров'я: подолання бідності, розвиток якісної освіти, скорочення

гендерної та інших форм нерівності, покращення умов довкілля. Тому факт того, що в Україні підготовлено доповідь, за якою ЦСР адаптовані з урахуванням специфіки національного розвитку, додатково сприятимуть поліпшення та збереження здоров'я населення, у т.ч. через СЕД.

Повністю узгоджується з Порядком денним на період до 2030 р. і відіграє важливу роль у досягненні ЦСР «Здоров'я-2020: основи європейської політики і стратегія для XXI століття» [119], яка є основою європейської політики ВООЗ в підтримку здоров'я і добробуту. Особливістю і безперечною перевагою цієї Стратегії є те, що у ній представлений соціально-економічний імператив для дій, який чітко демонструє, що здоров'я і добробут – це невід'ємні умови успішного економічного і соціального розвитку. Ця політика включає в себе такі аспекти, як: здоров'я як одне з прав людини; загальнодержавний підхід і принцип участі всього суспільства у справі соціально справедливого поліпшення здоров'я; міцне й активне стратегічне керівництво та лідерство в інтересах здоров'я; механізми співпраці й об'єднання пріоритетів з іншими секторами; важливість опори на місцеві спільноти та окремих громадян і розширення їхніх прав та можливостей; роль партнерств. Ця Стратегія виходить за рамки традиційного підходу щодо розв'язання проблем здоров'я населення, яка обмежувалася лише суто медичними та профілактичними заходами. Автори стратегії наголошують на необхідності впливу на СЕД здоров'я як необхідної передумови зміцнення та збереження здоров'я населення, а також скорочення нерівності щодо здоров'я.

Уряд України підтримав цю Стратегію і схвалив Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір», пріоритетом якої є формування міжсекторального підходу в проведенні профілактичних заходів для усунення негативного впливу соціальних детермінант здоров'я, створення

умов для збереження та зміцнення здоров'я населення, формування відповідального ставлення кожної людини до власного здоров'я [120]. Практично це перший державний документ, який наголошує на важливості покращення СЕД для здоров'я населення. Зокрема, відзначається, що для кожного регіону з урахуванням його соціально-економічного стану, культурно-етнічних та історичних традицій, стану медико-демографічної ситуації, розвитку системи охорони здоров'я і визначення впливу соціальних детермінант на стан здоров'я населення повинні бути науково обґрунтовані та розроблені заходи зі збереження та зміцнення здоров'я населення через оптимізацію системи надання медичної допомоги та розвитку здоров'я. Це створює передумови та рамкові межі для дослідження впливу СЕД на стан здоров'я як окремих соціально-економічних та територіальних груп населення, так і населення загалом.

Водночас коло детермінант здоров'я населення достатньо широке. Воно охоплює дохід, освіту та довкілля, які створюють або пом'якшують прямі ризики чи обмежують спроможність бідних шукати медичну допомогу та практикують здорову поведінку. Доступність медичних товарів і послуг (відстань, вартість, фактична та сприймана якість) також визначає результати здоров'я.

Відповідно доцільно виокремити принаймні п'ять напрямів, в яких емпіричне дослідження детермінант здоров'я може мати цінність для його зміцнення, профілактики захворювань і передчасної смертності.

По-перше, участь громади має важливе значення для підтримки здоров'я серед тих осіб і груп населення, чие здоров'я перебуває під загрозою, тому емпіричне дослідження здоров'я може допомогти пояснити проблеми, з якими досі стикаються фахівці, намагаючись покращити детермінанти в інтересах здоров'я населення.

По-друге, виявлення найвизначальніших для здоров'я детермінант дасть змогу освітнім та медичним установам більш ефективно передавати таку інформацію населенню та регулювати політику в галузі збереження здоров'я. Наприклад, якщо аналіз показує недостатність знань, зокрема про епідеміологічну важливість споживання йоду в йододефіцитних районах, то підвищення обізнаності населення щодо цього може мати вищий пріоритет у фінансуванні програм санітарної освіти.

Інший приклад. Якщо аналіз показує недостатність знань про етимологію здоров'я серед населення, зокрема про епідеміологічну важливість використання засобів захисту при перебуванні тривалий час на відкритому сонці для здоров'я, то покращення обізнаності у цьому питанні може мати більш високий пріоритет у фінансуванні програм санітарної освіти. Однак для цього має бути чітко виявлений причинно-наслідковий механізм між використанням сонцезахисних засобів та здоров'ям шкіри. Зокрема, це актуально для південних районів України, де захворюваність населення на рак шкіри значно вища за середні показники по країні. Так, у 2013 р. у розрахунку на 100 тис. населення, захворюваність на рак шкіри становила: по Україні – 44,5, тоді як по Одеській області – 49,7, по Миколаївській області – 58,7, по Херсонській області – 56,7, в АР Крим – 71,7, в м. Севастополь – 78,0⁶. Схожа ситуація щодо захворюваності на меланому (рис. 1.8) і смертність з причин меланоми. Попри те, що хвороби шкіри не мають високої частки у загальній структурі захворюваності населення України, існує висока летальність від них. Цей показник суттєво вищий, ніж у європейських країнах. Отже, необхідно вдосконалити програми боротьби з цим недугом, у т. ч. через розширення знань про її етіологію.

⁶ Найвищий рівень захворюваності у м. Севастополь, порівняно із іншими регіонами, пов'язаний із кращою реєстрацією хвороб у міських поселеннях

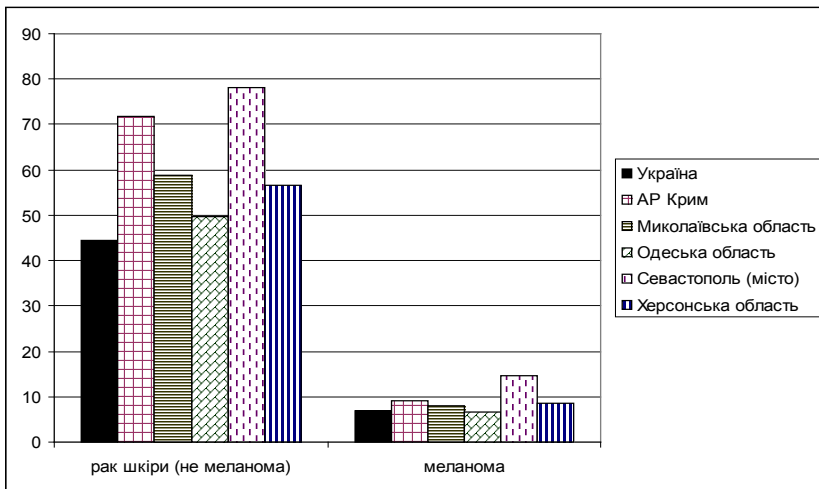


Рис. 1.8. Захворюваність на рак шкіри в Південних регіонах України та Україні у 2013 р.

Джерело: [121], графічна інтерпретація автора

По-третє, є детермінанти, ступінь впливу яких на здоров'я населення через об'єктивні чи суб'єктивні причини вивчено недостатньо, особливо для певних груп населення (соціальних або етнічних). Прикладом таких детермінант можуть бути соціальний капітал чи ранній період життя. Отже, детермінанти, що теоретично ідентифіковані як визначальні для здоров'я населення, заслуговують на подальше дослідження.

По-четверте, вплив детермінант на здоров'я змінний. Науково-технічний прогрес, зміни у суспільних відносинах, соціальному середовищі неминуче позначаються на детермінантах здоров'я. Це означає, що ступінь впливу детермінант на здоров'я змінюється з часом. Те, що визначало здоров'я населення вчора, може відігравати незначну роль сьогодні чи завтра. Суттєво змінюють структуру детермінант збройні та суспільно-політичні конфлікти, природні чи антропогенні катаклізми. Цей комплекс обставин зумовлює

те, що детермінанти здоров'я потребують систематичного дослідження й аналізу.

По-п'яте, існують територіальні відмінності детермінованості здоров'я населення, що пов'язано з історичними, культурними та іншими чинниками. Варто зазначити, що в Україні ці відмінності досліджені недостатньо.

Важливим є питання систематизації та структуризації детермінант здоров'я. Певні напрацювання у цьому напрямку відомі. Зокрема, ґрунтуючись на дослідженнях А. Антоновського [85], який аналізував шляхи пошуку причин захворюваності «вниз за течією» або «вгору проти течії», деякі дослідники розглядають детермінанти здоров'я на дистальному та проксимальному рівнях [122].

Ілюстрацією такого поділу є також звіт Європейського регіонального бюро ВООЗ для Європи [123]. У ньому зроблені такі загальні припущення: захворювання обумовлені багатьма зовнішніми та внутрішніми причинами; соціальні детермінанти належать до *дистального рівня*; біологічні детермінанти належать до *проксимального рівня*; дистальний та проксимальний рівень пов'язані між собою.

Поділ детермінант здоров'я на проксимальний та дистальний рівні є важливим з позиції концептуального розуміння сутності їх дії та можливості корегування з метою повнішої реалізації потенціалу здоров'я та зменшення нерівності щодо здоров'я різних категорій населення.

Однак не зовсім логічно говорити про дистальний рівень, коли йдеться про здоров'я. Адже виходить, що важливі для здоров'я аспекти розглядають як дещо віддалене. Вважаємо, що усунення цього недоліку є можливим за рахунок поділу дистального рівня у його класичному розумінні на контекстуальний (глобальний аспект) та структурний (здоров'я груп населення). Частково на цьому наголошує Комісія ВООЗ із соціальних детермінант здоров'я в пізніших

звітах, висвітлюючи соціальні детермінанти: «Краще вести мову про *структурні детермінанти*, а не «дистальні чинники» [124].

Так, варто вдосконалити наявний дворівневий поділ детермінант здоров'я шляхом диференціювання його на три рівні (рис. 1.9):

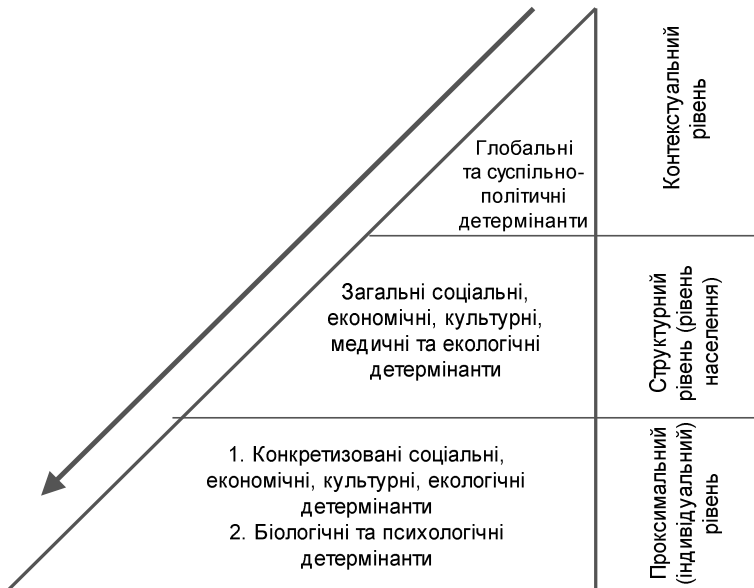


Рис. 1.9. Структура детермінант здоров'я населення

Джерело: власна розробка автора

1) контекстуальний – створення передумов для формування детермінант структурного рівня;

2) структурний, пов'язаний з нерівністю серед різних груп населення: територіальних, демографічних, соціальних, етнічних тощо. Часто, попри спільні детермінанти контекстуального рівня здоров'я, у різних групах населення

здоров'я неоднакове. Ці відмінності пов'язані із впливом на здоров'я детермінант структурного рівня, нерівним доступом до освіти, доходів, соціального капіталу тощо;

3) проксимальний рівень – детермінанти індивідуальних особливостей кожної людини, її поведінкою щодо здоров'я можуть залежати від детермінант контекстуального та структурного рівнів.

Такий поділ дасть змогу комплексно дослідити детермінанти здоров'я на всіх рівнях їхнього формування, а в умовах рамкових досліджень допоможе сконцентрувати увагу на детальнішому вивченні механізму, за яким детермінанти того чи іншого рівня визначають здоров'я.

Контекстуальний рівень. Якщо провести аналогію з «річкою життя» А. Антоновського [85], то цей рівень – початок річки (див. стрілку на рис. 1.9). Він охоплює детермінанти, на які часто не звертають увагу, тому що вони не є першопричиною хвороб, але саме у багатьох випадках можуть забезпечити фундамент для доброго здоров'я, адже від них залежать детермінанти нижчого рівня та їх прояви у майбутньому. Так, детермінанти контекстуального рівня, до яких належать глобальні та суспільно-політичні процеси, діють на здоров'я населення, як правило, опосередковано, через детермінанти нижчих рівнів.

До глобальних доцільно віднести детермінанти здоров'я, найбільш віддалені від окремої людини, які мають на неї вплив. Вони пов'язані зі складним явищем глобалізації – всесвітньої інтеграції технологічних, економічних, соціальних, культурних, інституційних, екологічних та інших процесів. Зв'язок між глобалізацією і здоров'ям є багатоманітним, глобалізація може вплинути на здоров'я незліченними способами. Наслідки її можуть бути прямими – на рівні населення загалом чи окремих осіб, або опосередкованими, – через економіку та інші детермінанти, такі як освіта, культура

тощо. Так, під впливом глобалізації змінюються детермінанти здоров'я, підходи до підтримки та збереження здоров'я населення, як на популяційному, так і на індивідуальному рівні. Наприклад, на сьогодні існує глобальна тенденція зростання цін на продукти харчування, що зумовлено певними причинами (фінансові, екологічні тощо). При цьому, як зазначають експерти ВООЗ ресурсів для подолання цього процесу немає, як й відсутній потенціал для амортизації ризиків [125]. Таким чином, зменшення доступності харчування позначається на стані здоров'я населення. Для України це питання може бути особливо гострим, адже на даний час населення країни витрачає на харчування понад половини своїх доходів [126]. У Європі за цим показником країна займає останнє місце [127]. Це негативно позначається на індивідуальному споживанні – якості спожитих продуктів. З раціону більше вилучатимуться здорові продукти: фрукти, високоякісні джерела протеїну тощо. Їх витісняють жирні та калорійні продукти. Таким чином, глобалізація є однією із причин погіршення якості харчування.

До глобальних детермінант можна зарахувати глобальні структури управління, економічну глобалізацію, міжнародну торгівлю, міжнародну міграцію, глобальні соціальні взаємодії (міграція, конфлікти, соціальний капітал та мережі зв'язку), глобальну зміну клімату тощо. Ці детермінанти можуть позитивно або негативно впливати на формування здоров'я. Позитивно впливають, наприклад, глобальні структури управління [128, С. 3], такі як ВООЗ, Світовий банк (СБ), Світова організація торгівлі (СОТ) та ін. Остання, зокрема, у 2002 р. заборонила імпорт продуктів, які містять шкідливий для здоров'я азбест. СБ у свою чергу відзначає важливість доброго здоров'я для економічного розвитку і фокусується на досягненні цілей розвитку тисячоліття. Разом з Міжнародним валютним фондом (МВФ), СБ відіграє значну роль у

глобальному управлінні охороною здоров'я. Так, у 2015 р. СБ представив Стратегію викорінення крайньої бідності до 2030 року, що безперечно матиме позитивні наслідки для здоров'я населення.

Важлива роль у регулюванні здоров'я населення на глобальному рівні належить ВООЗ, яка приділяє значну увагу соціальним детермінантам. Так, на Всесвітній конференції з соціальних детермінант здоров'я (Ріо-де-Жанейро, Бразилія, 2011) наголошено, що зменшення нерівності щодо здоров'я насамперед може бути досягнуто за допомогою впливу на соціальні детермінанти здоров'я [129].

На те, як людина взаємодіє з глобальним середовищем, суттєво впливає національна політика. Наприклад, забезпечення мешканців України, які потребують ліків іноземного виробництва, залежить від національних законів або правил, що дозволяють їх імпорт. Таким чином, глобальні детермінанти пов'язані з суспільно-політичними. Останні діють у межах певної країни. До них доцільно зарахувати: рівень демократії, рівень корупції, політичну обстановку та ефективність державного управління.

На жаль, у Доповіді про людський розвиток за 2016 р., яка опублікована Програмою розвитку Організації Об'єднаних Націй (ПРООН), звернено увагу на дефіцит демократії на місцевому та глобальному рівнях [130, с.16]. Якщо щодо до маргіналізованих і уразливих груп населення не застосовуються політичні заходи і якщо інститути не можуть забезпечити відсутність обділених, мають бути інструменти та компенсаційні механізми, що дасть змогу людям претендувати на свої права. Людям мають бути надані права і можливості завдяки захисту прав людини, забезпечення доступу до правосуддя, сприяння інклюзії та забезпечення підзвітності.

При цьому слід звернути увагу на те, що авторитарні режими, як правило, не зацікавлені в розвитку людського

потенціалу та поліпшенні здоров'я, освіти та економічної безпеки, що мобілізує громадян виступати за більш широку участь і більший обсяг ресурсів.

Водночас демократичні інститути мають важливе значення для здоров'я. Наприклад, це можливе через зменшення соціальної нерівності та нерівності в доходах, що сприятиме розширенню громадянських прав людей та можливостей їхньої участі у політичному житті [131, с. 33]. Політичні інститути також можуть вплинути на здоров'я через універсальні питання охорони здоров'я, такі, як забезпечення загального доступу до високоякісних послуг. Демократичні політичні інститути можуть допомогти створити (розширити можливості) загального медичного страхування і розширити доступ програм, які реалізуються Національною службою охорони здоров'я Великобританії або системами медичного страхування Канади [132].

Низькі показники демократії українського суспільства (у 2014 р. за комбінованим індексом демократії Україна займала лише 112 місце серед 162 країн [133]) є однією з проблем, без розв'язання яких неможливе повноцінне функціонування системи охорони здоров'я. Прискорення демократизації суспільства дасть змогу політичним інститутам ефективно вирішувати проблеми, пов'язані зі збереженням здоров'я, зокрема через запровадження загального медичного страхування, поліпшення медичних послуг і збільшення доступності програм зі збереження здоров'я. Прикладом таких інститутів за кордоном є Національна служба охорони здоров'я Великобританії або Організація медичного страхування Канади.

Політична ситуація – це конкретне співвідношення політичних сил, сукупність подій, результат політичної діяльності. Вона може бути стабільною і нестабільною (конфліктною); простою і складною; реальною, поточною,

можливою тощо. Вплив політичної ситуації на здоров'я населення досліджено неналежним чином. Наприклад, політична стабільність поряд із демократичними засадами є запорукою ефективності діяльності соціальних інститутів, дотичних до питань охорони здоров'я. Проблеми, пов'язані з політичною стабільністю (нестабільністю), унаочнені недавніми подіями в Україні: збройний конфлікт на території країни має масштабні наслідки для здоров'я. Точної офіційної статистики щодо показників захворюваності та смертності у зоні конфлікту немає, однак світовий досвід підтверджує, що на території конфлікту, по-перше, зростають показники смертності, інвалідності й захворюваності населення; по-друге, значно обмежується доступ до медичних послуг; по-третє, уряд вимушений збільшувати військові витрати, що за нестачі фінансових ресурсів негативно відображається на фінансовому забезпеченні інших державних сфер, у тому числі охорони здоров'я.

Рівень корупції є одним із визначальних чинників розвитку суспільства та здоров'я зокрема. Варто виокремити два аспекти корупції та її впливу на здоров'я. Перший пов'язаний із загальною корумпованістю в суспільних інститутах, що знижує ефективність діяльності освітніх, культурних установ, закладів соціальної інфраструктури, екологічних організацій, тобто всіх структур, які пов'язані з формуванням здоров'я населення. Другий аспект стосується корупції саме у сфері охорони здоров'я.

Вона є всесвітнім явищем, що становить значну загрозу і є складним завданням, про що йдеться у Доповіді про корупцію 2006 року, де спеціально фокусується увага на корупції у сфері здоров'я. Зокрема, зазначено, що світ витрачає більше трьох трильйонів доларів на рік на медичні послуги. Такі великі потоки коштів є привабливою мішенню для зловживань. «Ставки високі, і ресурси дорогоцінні:

гроші, які втрачені через корупцію, можуть бути використані для придбання ліків, оснащення для лікарень або найму необхідної додаткової чисельності медичного персоналу» [134, С. хvі], йдеться в доповіді.

При цьому різноманітність систем охорони здоров'я в усьому світі, відсутність надійного обліку у багатьох країнах, складність виявлення корупції не дає чітко визначити загальні обсяги корупції.

Головний виконавчий директор «Transparency International», Д. Нуссбаум стверджує: «Корупція може означати різницю між життям і смертю для тих, хто потребує термінової допомоги. Особливо це стосується бідної частини населення суспільства, яке найбільше страждає від корупції, тому що вони часто не може дозволити собі хабаря або приватне лікування» [135].

Боротьба з корупцією в секторі охорони здоров'я – складна проблема. На одному кінці шкали – лікарі та медичні сестри, які, незважаючи на роботу в системах охорони здоров'я, в яких пацієнт не має платити за догляд, неформально забирають з пацієнтів кошти. Особливо гострою ця проблема є в Україні, де медичні працівники отримують мізерну, порівняно з європейськими стандартами, оплату праці. Середньомісячна заробітна плата у галузі охорони здоров'я в Україні у 2016 р. становила 3435 грн., що у 1,5 разу нижче за середньоукраїнський показник (5183 грн.), та практично є найнижчою оплатою праці серед усіх видів економічної діяльності (нижче лише отримали працівники поштової та кур'єрської діяльності). Вважаємо, що такі виплати медичним працівникам за суттю є «стимулятором» корупції з боку держави.

З іншого боку, і що, є «значно більш згубним» для системи охорони здоров'я – це корумповані постачальники, які пропонують хабарі, а міністри охорони здоров'я та адміністрації лікарень, які їх приймають, витрачають не за

призначенням кошти, які слід витратити на будівництво лікарень, придбання ліків чи устаткування, покращення мотивації персоналу.

Загроза пандемій, таких як ВІЛ та грип, викликала глобальні питання, які потребують відповіді від міжнародних організацій, таких як Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, щодо широкого кола заходів викорінення корупції [136, с. 331], адже корупція у фармацевтичному ланцюзі може виявитися смертельною.

При цьому слід зазначити, що корупція системи охорони здоров'я, менш імовірна, в суспільствах, де існує широка прихильність верховенству закону, демократії, прозорості та довіри, де державний сектор має жорсткі механізми фінансової звітності, де є незалежні ЗМІ та сильне громадянське суспільство.

У рейтингу, який складається за результатами розрахунку індексу сприйняття корупції в світі, у 2016 р. Україна опинилась на 135 місці (серед 176 країн) [134], що є вкрай незадовільно. Корумпованість в українській системі охорони здоров'я набула загрозливих для здоров'я населення масштабів. Низка корупційних схем, насамперед пов'язаних із державними закупівлями та дозвоільною системою Міністерства охорони здоров'я, позбавляють багатьох українців повноцінного лікування та збереження здоров'я. Протягом багатьох років розкрадаються бюджетні кошти, що виділяються на медицину в сфері дитячої та дорослої онкології, розсіяного склерозу, ВІЛ/СНІД, гепатиту, гемофілії та ін. Наприклад, Україна забезпечує ліками лише 43% ВІЛ-інфікованих та 88,3% хворих на туберкульоз. Навіть придбані державою ліки часто невчасно надходять до хворих, що спричиняє вимушене переривання процесу лікування. Як результат, кожен восьмий ВІЛ-інфікований українець помирає через відсутність ліків, кожен третій ВІЛ-інфікований хворіє на туберкульоз [137,

с. 10]. За рівнем смертності від туберкульозу Україна займає перше місце у Європі – 18 осіб на 100 тис. населення (у середньому по Європейському Союзу – 0,95) [138].

Упродовж 2001–2016 рр. Глобальний фонд надав Україні понад \$521,3 млн. для реалізації програм з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу. Проте однією з вимог Глобального фонду для подальшого надання гранту є готовність та здатність із боку України збільшити власне бюджетне фінансування, щоб поступово замінити ним фінансування від донорів [139].

Усе це дає підстави говорити про вкрай негативний вплив корупції на здоров'я населення.

Ефективність державного управління. Результативність системи охорони здоров'я, поліпшення детермінант здоров'я ґрунтуються на інституціональній основі, яка полегшує процес прийняття рішень на всіх рівнях державного управління. Для цього необхідна стійка міжвідомча співпраця між урядовими установами на місцевому, регіональному та державному рівнях й ефективніша реалізація політики зі створення або зміцнення законодавчої бази.

Наприклад, якщо відділ будівництва і архітектури починає будь-який проект в зоні житлового сектору, наприклад будівництва вежі для передачі сигналу мобільного зв'язку, це обов'язково має погоджуватись із управлінням охорони здоров'я, яке має володіти інформацією про ризики такого будівництва для здоров'я населення.

Хоча характер і масштаби співпраці залежатимуть від рівня управління і конкретного контексту рішення, механізми співпраці найбільш ефективні, коли вони представляють максимально широку групу професійних інтересів, таких як відділів охорони здоров'я, планування, права та економічного розвитку [140].

З іншого боку, система управління саме в системі охорони здоров'я не має бути занадто розгалуженою, коли різні міністерства, відомства, інші інституції відповідають за одну і ту саму проблему чи сферу діяльності. При цьому ефективність такої діяльності, як правило, дуже низька.

Структурний рівень. На відміну від детермінант контекстуального рівня, більшість детермінант структурного рівня впливають на здоров'я населення безпосередньо, однак при цьому не визначають його індивідуальних особливостей.

Детермінанти здоров'я населення на структурному рівні можна об'єднати у такі групи: соціальні, економічні, культурні, медичні та екологічні[□]. Цей поділ має певний аспект умовності, адже низку детермінант можна віднести одночасно до кількох груп.

Зокрема, освіта має соціальні, культурні та економічні витоки. Наявність освіти загалом та освіти щодо здоров'я означає, що людина може отримувати, узагальнювати і розуміти основну інформацію, необхідну для прийняття відповідних рішень щодо збереження здоров'я. Така освіта також передбачає здатність розуміти інструкції медичних препаратів, які відпускають за рецептом, листків призначення, медичних освітніх брошур тощо. Освіта є важливою детермінантою здоров'я і результатом взаємодії різних сфер життєдіяльності суспільства.

Крім цього, усі зазначені групи детермінант взаємодіють між собою і є взаємозалежні. Адже, наприклад, рівень доступності медичних товарів та послуг залежить не тільки від методів та способів управління системою охорони здоров'я, а й від її фінансового забезпечення, рівня життя населення, санітарної грамотності, тобто від СЕД.

Попри певні суперечності, пов'язані із віднесенням детермінант до певних груп, таке групування є необхідним, тому що дає змогу виявити значимість тої чи іншої сукупності детермінант для здоров'я населення.

Деталізація і конкретизація детермінант здоров'я населення відбуваються на проксимальному (індивідуальному) рівні. На цьому рівні детермінанти також варто об'єднати у соціальні, економічні, культурні та екологічні групи. Однак, на відміну від структурного рівня, склад детермінант цих груп та механізм їхньої дії є дещо іншим. Наприклад, вплив одних з найвизначальніших для здоров'я на структурному рівні соціальних детермінант може виявлятися по-різному не тільки в групах населення (територіальних, соціальних тощо), а й щодо окремих людей у межах цих груп. Причому це відбувається попри наявність спільних демографічних, біологічних та інших ознак. Поряд з іншим, існують відмінності у здоров'ї окремих осіб у межах груп населення за умови однакового впливу соціальних детермінант структурного рівня, пов'язані з індивідуальним способом життя (поведінкою) на проксимальному рівні.

Також до соціальних, економічних, культурних та екологічних детермінант, які щодо людини є зовнішніми (екзогенними), на проксимальному рівні додаються детермінанти ендогенного походження: біологічні та психологічні. Біологічні спричинені генетикою, спадковістю. Психологічні також є певним чином спадковими, хоча й можуть змінюватися з часом.

Серед дослідників здоров'я давно тривають суперечки щодо ролі різних детермінант (чинників) здоров'я.

ВООЗ розподіляє значення різних чинників для здоров'я в такий спосіб: соціальні – 50%, біологічні – 20%, антропогенні – 20%, медичне обслуговування – 10% [123, с. 7]. Більшість інших досліджень також віддає перевагу соціальним детермінантам здоров'я (таблиця 1.5). Винятком є лише В. Петленко [141], який виконував свої дослідження 20 років тому. Дослідження науковців Інституту здоров'я населення Університету Вісконсін розподіляє значення різних груп детермінант здоров'я так: соціально-економіч-

ні – 40%, спосіб життя – 30% [142, с. 7], вчені Канадського інституту перспективних досліджень значущість соціально-економічних умов – 50% [143] тощо. Автори інших досліджень також віддають значну перевагу соціальним детермінантам (чинникам), як такі, що визначають здоров'я населення, практично у межах 40–50%.

Як бачимо, наукові публікації останніх років висвітлюють чітку тенденцію до збільшення частки СЕД у загальній сукупності детермінант, що доводить їх вагомість у формуванні здоров'я населення та необхідність вивчення їх структурних елементів, механізму дії в конкретних умовах і прогнозуванню на майбутнє.

Таблиця 1.5

Підходи до оцінювання впливу детермінант (чинників) на здоров'я населення (джерело: узагальнено автором за [70; 123; 141–146])

Детермінанти (чинники)	Внесок у здоров'я, %
1	2
Статут ВООЗ (1996) [123]	
Соціальні	50
Біологічні	20
Антропогенні	20
Медичне обслуговування	10
В. Петленко (1996) [141]	
Соціальні	25
Психологічні	15
Культурні	5
Генетичні	20
Екологічні	25
Медичні	10
Ю. Лісцин (2002) [70]	
Спосіб життя	50-55
Генетика, біологія людини	15-20
Зовнішнє середовище	20-25

Продовження табл. 1.5

1	2
Охорона здоров'я	8-10
Дж.-М. Макгінніс та ін. (2002) [144]	
Поведінкові взірці здоров'я	40
Генетика	30
Соціальні обставини	15
Медичне обслуговування	10
Довкілля	5
Університет Вісконсін, Інститут здоров'я населення (2010) [142]	
Соціально-економічні чинники	40
Поведінка щодо здоров'я	30
Медичне обслуговування	20
Фізичне довкілля	10
Канадський інститут перспективних досліджень (2012) [143]	
Соціально-економічні умови	50
Медичне обслуговування	25
Генетика	15
Довкілля	10
Австралійський інститут здоров'я та благополуччя (2014) [145]	
Соціальні детермінанти	31
Поведінкові чинники ризику	11
Взаємодія соціальних детермінант та поведінкових ризиків	15
Зниження здоров'я через інші чинники	43
Департамент охорони здоров'я Мінесоти (2014) [146]	
Соціально-економічні чинники	40
Поведінка щодо здоров'я	30
Медичне обслуговування	10
Фізичне середовище	10
Генетика	10

Джерело: узальнено автором

Інша тенденція, полягає у тому, що за останні десятиріччя соціальні детермінанти (чинники, умови) об'єднують із економічними (Інститут здоров'я населення Університету Вісконсін, Канадський інститут перспективних досліджень та Департамент охорони здоров'я Мінесоти). Якщо врахувати, що поведінкові чинники також суттєво залежать від СЕД,

то доречно вести мову про те, що внесок СЕД у здоров'я населення може сягати більше половини від усіх чинників. Це доводить вагомість необхідності вивчення структурних елементів СЕД та механізму їх дії в конкретних умовах та прогнозуванню на майбутнє.

Власне ґрунтуючись на цих викладках можна дійти висновку про доцільність розширення поняття соціальні детермінанти здоров'я населення на СЕД населення здоров'я. Адже дохід, який є однією з ключових детермінант здоров'я та від якого частково залежать інші детермінанти (доступність їжі, житла тощо) має більше економічну, ніж соціальну природу. При цьому дослідники, у тому числі й експерти ВООЗ, використовуючи поняття «соціальні детермінанти» також включають туди дохід. Однак з методологічної точки зору це не зовсім вірно. На думку автора, що практично усі детермінанти, крім тих, які мають біологічну природу, мають розглядатись як соціально-економічні, через те, що мають соціально-економічне походження. Тому об'єктом даного дослідження є не соціальні, СЕД здоров'я населення.

Авторське соціологічне обстеження, проведене в Україні у серпні 2015 р.⁷ також виявило те, що населення вважає СЕД вагомими для їхнього здоров'я (рис. 1.10). Названим детермінантам надало перевагу 26% респондентів, 25% вказали на те, що їх здоров'я визначає спосіб життя, який, у свою чергу, також суттєво залежить від СЕД. Дані щодо ролі тих чи інших детермінант здоров'я населення можуть відрізнитися залежно від соціально-економічного розвитку, демографічних та інших параметрів населення, стану довкілля країни чи певної території та інших ознак. Однак у будь-якому разі СЕД належить провідна роль, а тому їхнього значення не можна недооцінювати.

⁷Опис методології підготовки та проведення обстеження наведено і під-розділі 2.1.

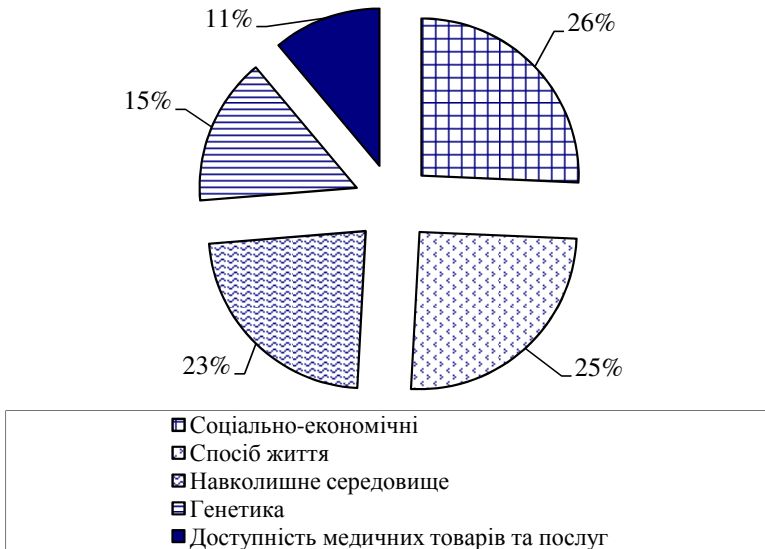


Рис. 1.10. Структура детермінант здоров'я населення України

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Більш конкретизовані соціальні, економічні, епідеміологічні та інші дослідження останніх десятиріч, які ґрунтуються на встановленні причинно-наслідкових зв'язків між конкретними детермінантами та окремими причинами смертності чи захворюваності, також підтвердили визначальну роль СЕД у формуванні та збереженні здоров'я людей на рівні популяції (здоров'я населення). Так, Т. Мак-Коун довів, що основною причиною зниження показників смертності та захворюваності на туберкульоз стали насамперед не нові розробки у методах лікування, а зміна продуктів харчування та поліпшення побутових умов [147]. Тому дослідження взаємозв'язку між СЕС людей, умовами їх життя та наслідками для здоров'я мають пріоритетне значення в сучасних суспільствах

До того ж зміни соціально-економічного середовища є динамічними, а відтак реакція на них має бути адекватною. Всі елементи соціального середовища є визначальними для здоров'я населення певної території у певний період часу. Точніше, одні є такими, що суттєво позначаються на здоров'ї населення на даний період часу, а інші – несуттєво. У даному випадку мова йде про детермінованість здоров'я населення, коли із широкого спектру соціально-економічних чинників, які можуть впливати на здоров'я виокремлюють власне, ті які мають вплив у конкретний період часу на здоров'я конкретного населення певного регіону. Такі чинники власне і є СЕД здоров'я.

Деякі науковці пов'язують СЕД з нерівними можливостями населення щодо збереження свого здоров'я [42; 123; 148–153]. Значна кількість людей має проблеми в доступі до ресурсів, які можуть допомогти вести здоровий і повноцінний спосіб життя. Ці проблеми можуть мати специфічний або структурний характер. З одного боку, люди можуть бути позбавлені доступу або мати обмежений доступ до цих ресурсів через бідність, бездомність, далеку відстань до пунктів медичної допомоги або пов'язані з цими явищами причини. З іншого боку, вони можуть бути позбавлені такого доступу через дискримінацію. Відповідно це спричиняє системну нерівність у стані здоров'я між різними групами населення (соціальними, демографічними, етнічними тощо).

Грунтовним дослідженням з цього приводу є праці Е. Лібанової [148–149], яка зазначає, що попри те, що окремі групи населення, внаслідок обмеження своїх прав, можуть потерпати від конкретного виду нерівності, найбільш гострі прояви має їх комбінація. Дійсно, нерівність у доходах, освіті, умовах праці та життя, розвитку соціального капіталу взаємопов'язані. Кожна із цих видів нерівності є проявом одна одної. Безперечно ці нерівності визначають поведінку

населення, у тому числі пов'язану із здоров'ям: вибір раціонального харчування, наявність шкідливих звичок тощо. На думку Е.Лібанової повною мірою це стосується і нерівності за тривалістю життя – діти з бідних родин стикаються з вищим ризиком передчасної смерті або захворювання і мають менше шансів реалізувати свій потенціал, а люди з високими доходами, зазвичай живуть довше за бідних [148, с. 5].

М. Уайтхед та Г. Дальгрен виокремлюють кілька особливостей, пов'язаних із СЕД, соціальною нерівністю (у т. ч. щодо збереження здоров'я) та відмінностями у стані здоров'я населення [123]. Перша особливість пов'язана з відмінностями в стані здоров'я між представниками різних соціально-економічних груп. Соціальна структура захворюваності є універсальною, хоча відрізняються між різними країнами та регіонами. Для характеристики особливостей здоров'я різних груп населення, які диференціюються за соціально-економічним становищем використовують поняття «соціальний градієнт», що дає змогу визначити тренди відхилень у стані здоров'я із зміною СЕС.

У цьому зв'язку заслуговує на увагу дослідження науковців Каліфорнійського університету в м. Сан-Франциско [150], яке організовано навколо інтегрованої концептуальної моделі екологічних та психосоціальних шляхів, за допомогою яких СЕС змінює продуктивність у біологічних системах, впливаючи на ризик хвороби, прогресування захворювання, а в підсумку на смертність. У моделі розглядається кілька аспектів, основним серед яких є те, що існує сильний, двобічний зв'язок між СЕС і здоров'ям.

Зауважимо, що зв'язки не тільки між здоров'ям населення та СЕС, а й усіма СЕД, які його визначають мають двобічний характер. Не тільки погіршення соціально-економічних умов і відповідно СЕД здоров'я негативно впливають на якість життя і розвиток населення. Вони можуть призвести до

серйозних стресів і сприяти поведінці, яка загрожуватиме життю та здоров'ю людини. Тобто здоров'я є продуктом доходів, зайнятості, житла, освіти та інших детермінант. У той же час, здоров'я саме по собі є ресурсом для пошуку та забезпечення належного доходу, зайнятості, житла, освіти тощо. Це ресурс для життя, який може визначати СЕС людини.

Інший важливий аспект полягає тому, що взаємозв'язок між СЕС і здоров'ям розпочинається ще до народження людини і триває протягом її життя. При цьому їх сила та характер можуть варіюватися на різних його етапах. Нерівність між сім'ями у яких народжуються діти часто накладає свій відбиток на все їхнє життя. Так, діти, народжені в малозабезпечених сім'ях піддаються більш високому ризику мати низьку вагу при народженні та затримку в рості. Крім того, діти з таких сімей, більш схильні до розвитку неінфекційних (наприклад астми) та особливо інфекційних хвороб протягом перших кількох років життя. Ці умови, в свою чергу, збільшують ризик виникнення труднощів у навчанні в молодшому шкільному віці, що саме по собі є чинником ризику незавершення стандартних освітніх програм, і так далі.

Існують й інші шляхи, через які СЕС може вплинути на стан здоров'я, в т. ч.: доступність та якість надання медичної допомоги, способи поведінки, пов'язаної зі збереженням здоров'я, індивідуальний психологічний стан особи, фізичне і соціальне середовище. Расові (етнічні) нерівності у СЕС певним чином також позначаються на стані здоров'я населення.

Актуальними ці проблеми можуть бути і в Україні. Однак, гіпотетично, за результатами загального оцінювання стану здоров'я населення, найменш актуальним питанням у цьому разі є оцінка расових (етнічних) відмінностей у

СЕС і стані здоров'я населення, оскільки етнічна структура населення України, порівняно з багатьма іншими країнами є достатньо однорідною. Незначним винятком може бути частина населення Карпатського регіону, де проживають угорці, румуни та молдавани, ментальність, культура та поведінка

Ці висновки дають змогу формувати напрямки дослідження взаємозв'язків між нерівністю у СЕС та здоров'ям населення. Доповненням до них має бути територіальний аспект, пов'язаний із регіональними відмінностями у СЕС населення, у т.ч. із нерівним СЕС між населенням міських поселень та сільської місцевості.

Друга особливість, пов'язана з СЕД, нерівністю та станом здоров'я передбачає наявність базових атрибутів збереженням здоров'я, які мають бути дотримані, незважаючи на соціальний статус особи. Зокрема, це стосується смертності та захворюваності дітей. Наприклад, жодним законом природи не встановлено, що смертність дітей з бідних сімей має бути вищою за смертність дітей, народжених в багатих сім'ях [151]. Такий вплив нерівності щодо здоров'я дітей не є фіксованим чи неминучим та має бути подоланий насамперед шляхом виваженої державної соціальної політики країни.

Третя особливість полягає в тому, що соціальна нерівність певним чином генеруються і підтримується. Цей процес Т. Еванс і Ф. Петерс назвали несправедливі соціальні механізми, які нівелюють загальні поняття справедливості [152, с. 28]. Проблема полягає в тому, що рішення у сфері соціально-економічної політики здебільшого ухвалюють ті, хто перебуває на верхніх шаблях соціальної драбини, з урахуванням переважно власних інтересів. У такий спосіб соціальна несправедливість тільки поглиблюється. Насамперед описана ситуація характерна для країн з низьким розвитком демократичних інститутів та високим рівнем корупції.

Нерівністю щодо здоров'я називають також диспропорції в галузі охорони здоров'я, якщо вони є результатом систематичного та несправедливого розподілу ресурсів. Справедливість щодо здоров'я означає те, що кожна людина має можливість «досягти свого повного потенціалу здоров'я», і ніхто «не може бути позбавлений можливості досягти цього потенціалу через свою соціальну позицію чи іншу соціально визначену обставину» [123]. Однак це вузький погляд на проблему. Адже як вже було з'ясовано, нерівність у здоров'ї генерується комбінацією нерівностей, а доступність та якість медичної допомоги, ресурсів охорони здоров'я є лише частиною такої комбінації, хоч і важливою. Власне покращення усіх СЕД здоров'я населення, скорочення нерівності у всіх сферах життєдіяльності суспільства є одним із основних засобів досягнення більшої справедливості щодо здоров'я.

Соціальна нерівність впливає на спосіб життя людей, імовірність появи у них хвороби і ризик передчасної смерті. У сучасному світі відбувається суттєве зростання середньої очікуваної тривалості життя і зміцнення здоров'я в одних країнах та практичну відсутність їхнього поліпшення в інших. Наприклад, дівчинка, яка нині народилась у Японії, може розраховувати, що проживе понад 80 років, а у Сьєра-Леоне – менше 45 років. Існує, хоч і не така значна, диференціація й всередині країн. Зокрема в Україні середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) при народженні жінок у Львівській області є вищою за жінок у Закарпатській області майже на 4 роки (78,1 та 74,5 роки відповідно).

Незважаючи на значне підвищення показників здоров'я загалом, значна відмінність у стані здоров'я населення зберігається також у розвинених країнах. Їх можна пояснити насамперед різним середовищем проживання людей, що пов'язано із СЕД здоров'я. Прикладом може бути соціально-

економічна ситуація, яка зумовлює дію багатьох СЕД здоров'я, зокрема визначає рівень доходу, якість раннього періоду життя (РПЖ), освіту, зайнятість та умови праці, продовольчу безпеку. Соціально-економічна ситуація є також чинником, що впливає на якість житла, можливості та рівень соціального захисту, безпеки протягом усього періоду життя. Вищеназвані відмінності виявляються й у середині будь-якої країни, між її регіонами. Вони пов'язані зі ступенем соціального неблагополуччя та по-різному впливають на стан здоров'я населення. Відповідно одним з основних завдань державної політики є нівелювання відмінностей соціально-економічного розвитку регіонів. Одним з основних засобів досягнення справедливості щодо здоров'я населення є покращення СЕД, які його визначають, що може означати відсутність системних відмінностей у стані здоров'я між окремими регіонами і всередині соціальних груп.

На жаль останні десятиріччя в Україні спостерігається поглиблення соціальної нерівності. Вона проявляється практично всіх сферах життєдіяльності суспільства: від макро- до мікрорівня. Підтвердженням цього є реформування відносин власності через механізми несправедливої приватизації державної власності, яка заклала основу для подальшого відтворення різноманітних форм соціальної нерівності в ринковій економіці. Загалом це впливає на доступність товарів і послуг, пов'язаних із здоров'ям: деяких продуктів харчування, ліків та медичного обладнання, закладів, де здійснюється оздоровлення людей тощо.

Першопричиною соціальної нерівності була і залишається економічна, яка проявляється насамперед через нерівність за доходами. Остання обумовлює нерівність у доступі до основних матеріальних благ відповідної якості: освіти, інформації, медичного обслуговування, умов проживання та праці. Нерівність за доходами проявляється

у нерівному доступі до ресурсів та нерівній реалізації прав та свобод. При цьому нерівність за доходами одночасно є наслідком інших видів проявів нерівності [148].

Необхідність сприяння розширенню прав та можливостей, рівності можливостей та усталеності з тим, щоб вони взаємно посилювали одна одну наголошується у Доповіді про людський розвиток [116]. У доповіді підкреслюється, що, з одного боку, спостерігається все більше згубних проявів впливу на оточуюче середовище, які вже мають та можуть мати в майбутньому серйозні наслідки, а з другого – зростання нерівності за доходами й збереження диспаритетів у сфері охорони здоров'я та освіти. Досягнення Цілей сталого розвитку [118] також можлива за умови, коли зусилля будуть спрямовані на кожну з цих цілей.

Таким чином дохід впливає й на здоров'я населення: на пряму та опосередковано через такі детермінанти, як: освіту, доступність медичної допомоги (залежить також від політики держави у сфері збереження здоров'я), РПЖ, умови довкілля, харчування, соціальний капітал тощо. Усі вони (крім доступності медичної допомоги) обумовлюють індивідуальну поведінку стосовно здоров'я.

Також проблема надмірної нерівності пов'язана з такими явищами, як соціальне виключення, зниження довіри до держави та неповноцінне функціонування механізму демократії. Отже, необхідно визначати поріг, за яким економічна нерівність перестає бути позитивним чинником соціально-економічного розвитку країни [149].

Варто також зазначити, що зв'язок між доходами і здоров'ям має двобічний характер: наявність доброго здоров'я надає більш високі можливості для отримання певного рівня доходу. Зокрема, здорові люди мають більше можливостей для більш оплачуваної роботи. Стан здоров'я впливає на рішення щодо зайнятості, особливо у літньому віці, коли може

з'явитись необхідність дострокового виходу на пенсію чи, навпаки, можливість працювати перебуваючи на пенсії. Загалом економічна ситуація та соціальне становище серед літніх людей значною мірою визначаються колишнім доходом і зайнятістю. Диференціація у доходах населення наростає протягом життя і стає більш очевидною в літньому віці. Разом з цим вважаємо, що економічні умови розвитку населення у ранньому та зрілому віці не стільки впливають на диференціацію здоров'я у літньому віці, скільки на саму можливість дожити до цього віку.

Існує низка підходів до оцінки зв'язку «дохід – здоров'я»:

1. Матеріалістична виходить із того, що на здоров'я на-самперед впливають нерівні права та можливості. Особливо значний вплив на здоров'я має низький дохід серед найбідніших верств населення. Основну роль у цих концепціях відіграють соціально-економічні показники: дохід, добробут, рівень освіти та належність до певної професійної групи, які є індикаторами матеріального добробуту.

2. Нео-матеріалістична концепція акцентує увагу не тільки на нерівних можливостях, але й на тому, що суспільство інвестує менше коштів в соціальну інфраструктуру, тим самим знижуючи потенціал здоров'я населення. Показниками оцінки у даному випадку є витрати на суспільні блага: медичне обслуговування, медичне страхування, соціальне забезпечення, підтримка безробітних, інвалідів тощо.

3. Концепція соціального порівняння здоров'я пов'язана із доходом, в першу чергу, не через матеріальні нестатки, а, скоріше, через інтерпретацію громадянами їх місця в соціальній ієрархії. Рівень здоров'я в ієрархії у даному випадку визначається окремими процесами соціального порівняння.

Зазначені концепції не заперечують, а лише доповнюють одна одну. Ступінь актуальності кожної з них залежить від рівня розвитку конкретного суспільства для якої здійсню-

ється оцінка впливу доходів на здоров'я. у високорозвинених суспільствах значно більшу роль відіграє інтерпретація громадянами свого місця в соціумі, у той час, як у бідних суспільствах першочергове значення набуватиме матеріальна концепція. При цьому досягнення високого рівні здоров'я населення можливе, насамперед, за умови врахування положень нео-матеріалістичної концепції та концепції соціального порівняння.

Особливо гостро проблема взаємозв'язку «дохід-здоров'я» населення постає в умовах політичних, фінансових, соціальних та інших криз. Військовий конфлікт, який має місце в Україні, призвів до національної кризи, яка суттєво позначається на здоров'ї населення, насамперед східних областей. Висока інфляція призводить до зубожіння значної частини населення і ще більше посилює проблеми соціальної нерівності і як наслідок погіршення здоров'я більшої частини населення.

Окрім нерівності за доходами значний вплив на нерівність у здоров'ї має нерівність у доступі до медичних товарів та послуг. Особливо актуальним ця проблема є в Україні, де спостерігається дуже високий відсоток оплати пацієнтом вартості медпрепаратів. Однак якщо щодо багатьох товарів широкого вжитку рівень споживання – це показник добробуту споживача, то у випадку з ліками ситуація абсолютно протилежна. Людина споживає більше ліків лише тоді, коли погіршується стан її здоров'я. Отже, це момент соціальної нерівності, оскільки ПДВ і ціну на ліки пацієнт оплачує зі своїх коштів. Зараз українці оплачують до 90% вартості всіх препаратів на ринку, адже вітчизняна система охорони здоров'я неспроможна повністю задовольняти потреби населення у високоякісній медичній та фармацевтичній допомозі, оскільки, на жаль, не відпрацьовані ефективні механізми забезпечення її цінової

доступності. Це обумовлено також дефіцитом бюджетних коштів та їх нераціональним розподілом, значною залежністю вітчизняного фармацевтичного ринку від імпорту, непрозорими процедурами державних закупівель тощо [153]. При цьому в Європі від 40% до 80% сплачують держава, страхові фонди, тобто існує так звана система реімбурсації [154].

Крім зазначених прикладів генерування соціальної нерівності є нерівність в системі гендерних, вікових, трудових, регіональних відносин тощо. З огляду на сформовані історичні, владно-політичні, правові, духовно-ідеологічні та інші умови і чинники об'єктом соціальної нерівності в сучасному українському суспільстві є жінка, а це відповідно відображається на стані її репродуктивного здоров'я.

Однією із найгостріших проблем сьогодення також є несправедливість щодо людей старшого покоління. У свідомості сучасної молоді формуються критичні установки, що бізнес обтяжений «неефективними витратами» на підтримку осіб старшого віку. З іншого боку, багато представників старшого покоління вважають соціально несправедливими ті параметри пенсійного, медичного та іншого забезпечення, які запроваджені нині. І вони мають рацію, адже задекларована державною і закріплена Конституцією України система державного медичного забезпечення не діє, а рівень пенсії, який постійно понижується високою інфляцією, не в змозі забезпечити адекватне лікування, попит на яке в літньому віці зростає в рази.

Посилює нерівність також зростаюча диференціація у соціально-економічному розвитку окремих регіонів. Збільшуються істотні територіальні відмінності в рівні середньодушових грошових доходів населення, бідності та багатства. Наприклад, між м. Києвом та іншими адміністративно-територіальними одиницями України. Також

триває практика нерівномірного фінансування з державного бюджету обласних програм у сфері медичного обслуговування. У підсумку це загострює проблеми соціальної нерівності щодо збереження здоров'я населення.

Покращення СЕД здоров'я населення є одним із основних засобів досягнення більшої рівності щодо здоров'я. Вона означає те, що кожна людина має можливість досягти повного потенціалу свого здоров'я не обмежуючи при цьому можливості реалізації потенціалу здоров'я іншими людьми або відсутність системних відмінностей в стані здоров'я між країнами і всередині соціальних груп, що мають різні рівні позиції у соціальній ієрархії» [57]. Вважаємо, що такі системні відмінності мають бути максимально нівельовані і всередині окремої країни: між регіонами, міськими поселеннями та сільською місцевістю, окремими демографічними, соціальними групами.

Отже, соціально-економічні детермінанти здоров'я – це соціально-економічні чинники (умови), які визначають стан здоров'я окремих осіб, груп населення чи населення країни загалом у певний період. При цьому ці детермінанти є основною причиною нерівності щодо здоров'я.

Дослідження впливу СЕД на стан здоров'я населення доцільно будувати на таких принципах: предметному, територіальному, демографічному, соціальному, часовому та пізнання.

1. Предметний полягає у тому, що стан здоров'я визначає система детермінант, часто взаємопов'язаних між собою. Перелік цих детермінант доволі широкий: соціальний капітал, житлові умови, освіта, продовольча безпека тощо. Необхідно враховувати увесь спектр детермінант.

2. Територіальний пов'язаний із ступенем впливу тих чи інших СЕД на стан здоров'я населення залежно від соціально-економічного розвитку регіону та місця проживання особи (міські поселення або сільська місцевість, криміналізований чи некриміналізований район тощо).

3. Демографічний виходить з того, що демографічні структури (статева, вікова, шлюбна) є одними із найважливіших складових суспільства, адже вони достатньо стійко визначають становище людей у системі нерівності, їхні взаємостосунки, моделі поведінки, соціальні стратегії тощо. Демографічні структури є підґрунтям для вивчення соціально-демографічної обумовленості здоров'я на рівні окремих груп населення.

4. Соціальний принцип пов'язаний насамперед із вивченням соціальної нерівності та її наслідками для здоров'я.

5. Часовий. Механізм дії детермінант змінюється у часі. СЕД, які були визначальними для здоров'я населення в минулому, можуть незначно впливати на нього сьогодні чи у майбутньому. Наприклад, низькі доходи чи недостатнє харчування є базовими СЕД здоров'я населення. При покращенні ситуації, тобто зростанні доходів та поліпшенні харчування, їхня роль для здоров'я зменшується, а підвищується значення інших детермінант, наприклад соціального капіталу. Особливо варто наголосити на ролі багатьох СЕД в умовах конфлікту (соціального, політичного чи військового), коли вони посилюють нерівність і вразливість тих, хто перебуває у несприятливих умовах через бідність, маргіналізацію та дискримінацію. При цьому зростає чисельність бідних та збільшується навантаження на систему соціального захисту населення.

6. Принцип пізнання дає змогу установити фактичні механізми, за допомогою яких окремі особи і групи населення взаємодіють з СЕД на різних рівнях, наприклад, з'ясування впливу цільового маркетингу шкідливої для здоров'я продукції, такої як сигарети чи алкоголь або наслідків відсутності доступу до медичної допомоги.

Які детермінанти можна зарахувати до соціально-економічних? У цьому питанні існують певні розбіжності, пов'язані з різними поглядами на соціально-економічну сутність сучасних суспільств. Наприклад, з одного боку, забруднення повітря, яке негативно впливає на здоров'я населення, спричинено сучасними процесами індустріалізації та урбанізації, тобто соціально-економічними процесами. Відповідно деякі дослідники [56; 155; 156] вважають детермінанти, пов'язані з екологією, соціально-економічними. З іншого боку, у процесі забруднення повітря, по-перше, є певне реагування природи на дії людини. По-друге, інституційні та інші механізми регулювання можуть нівелювати негативний вплив індустріалізації та урбанізації на забруднення. По-третє, процеси у фізичному середовищі можуть впливати на здоров'я населення незалежно від діяльності людини: вологий чи сухий клімат, зміни клімату, природні стихійні лиха. Враховуючи наявні обставини, чинники (детермінанти) фізичного середовища або екологічні чинники варто взяти до уваги як такі, що з одного боку, можуть впливати на СЕД, а з іншого залежать від соціальних та економічних процесів.

Існують також інші детермінанти, які можна зарахувати до соціально-економічних, або ні. Наприклад, згідно Міжнародного стандартного класифікатора освіти (МСКО) ЮНЕСКО освіту трактують як цілеспрямовані та систематичні дії, призначені для задоволення освітніх потреб [157]. В іншому випадку, освіту визначають як процес виховання і навчання в інтересах особистості, суспільства, держави, орієнтований на збереження, вдосконалення та передачу знань, трансляцію культури новим поколінням з метою забезпечення сталого соціально-економічного і духовного розвитку країни, постійного вдосконалення морального, інтелектуального, естетичного і фізичного стану суспільства [158]. Чітко в цьому разі простежується

взаємозв'язок освіти і культури, адже освіта є невід'ємним елементом культури. Водночас освіта є частиною процесу соціалізації особистості, що здійснює передачу накопиченого досвіду, знань та навичок прийдешнім поколінням. Крім цього, науково-технічний прогрес висуває нові вимоги перед сучасною освітою, яка дедалі більше залежить від фінансових ресурсів. Незважаючи на такі розбіжності, розглядатимемо освіту як СЕД здоров'я населення, адже її зв'язок із рівнем доходів населення, зайнятістю, СЕС, соціальним капіталом, більш значний порівняно із детермінантами культури (мистецтво, релігія тощо).

Саме розбіжності в трактуваннях окремих детермінант здоров'я, їхній динамічний характер і регіональні особливості, зумовлюють дещо відмінний склад СЕД за визначеннями різних авторів (табл. 1.6).

Автори перелічених вище підходів одноголосні у висновках, щодо СЕД здоров'я населення необхідно зарахувати дохід, освіту та зайнятість. Остання експертами ВООЗ та Йоркського університету, дослідниками Ю. Мікконеном і Д. Рафаелем кореспондується з умовами праці та безробіттям. Наступними по частоті включення до групи СЕД здоров'я населення йдуть житло та соціальний захист (підтримка), а також харчування (продовольча безпека) та гендер. Важливим з точки зору експертів ВООЗ та Йоркського університету, Ю. Мікконена, Д. Рафаеля, М. Мармота і Р. Уілкінсона є також розвиток у ранньому дитинстві та соціальна ізоляція.

Враховуючи позиції вищеназваних дослідників, варто поділити СЕД здоров'я населення на три таких групи: контекстуальні, структурні та проксимальні (рис. 1.11). При цьому основними є такі структурні СЕД: гендер; ранній період життя; освіта; зайнятість та умови праці, дохід та його розподіл; житлові умови; доступність продуктів харчування; СЕС; соціальний капітал та місце проживання.

Таблиця 1.6.

**Підходи до класифікації соціально-економічних
детермінант здоров'я населення**

№ з/п	Автори	Перелік СЕД
1	ВООЗ [119]	1. Соціальний градієнт. 2. Ранній період життя. 3. Стрес, психосоціальні ризики. 4. Соціальна ізоляція. 5. Умови праці. 6. Безробіття. 7. Соціальна підтримка. 8. Залежність від алкоголю, незаконного споживання наркотиків і тютюнопаління. 9. Здорове харчування. 10. Транспорт.
2	Департамент охорони громадського здоров'я Лос-Анджелесу (США) [159]	1. Освіта. 2. Зайнятість. 3. Дохід. 4. Сім'я та соціальна підтримка. 5. Громадська безпека.
3	Національний консультативний комітет з питань охорони здоров'я та інвалідності Нової Зеландії [160]	1. Дохід. 2. Зайнятість. 3. Освіта. 4. Житло. 5. Соціальна інфраструктура. 6. Культура та етнічна приналежність. 7. Соціальна згуртованість і соціальні зв'язки.
4	Ю. Мікконен, Д. Рафаель [57]	1. Стрес. 2. Доходи і розподіл доходів. 3. Освіта. 4. Безробіття. 5. Зайнятість та умови праці. 6. Розвиток в ранньому дитинстві. 7. Продовольча безпека. 8. Житло. 9. Соціальна ізоляція. 10. Соціальний захист. 11. Медичні послуги. 12. Гендер.
5	М. Мармот, Р. Уілкінсон [56]	1. Стрес. 2. Ранній період життя. 3. Соціальний градієнт. 4. Зайнятість та безробіття. 5. Психосоціальне середовище на роботі. 6. Транспорт. 7. Харчування. 8. Соціальна підтримка й соціальна згуртованість. 9. Бідність, соціальна ізоляція, і меншина. 10. Соціальні взірці індивідуальної поведінки щодо здоров'я. 11. Соціальна детермінація етнічної/расової нерівності. 12. Житлові умови.
6	М. А. Лайзінгер [161]	1. Дохід. 2. Освіта. 3. Зайнятість. 4. Неповні сім'ї. 5. Гендер.

Джерело: узагальнено автором

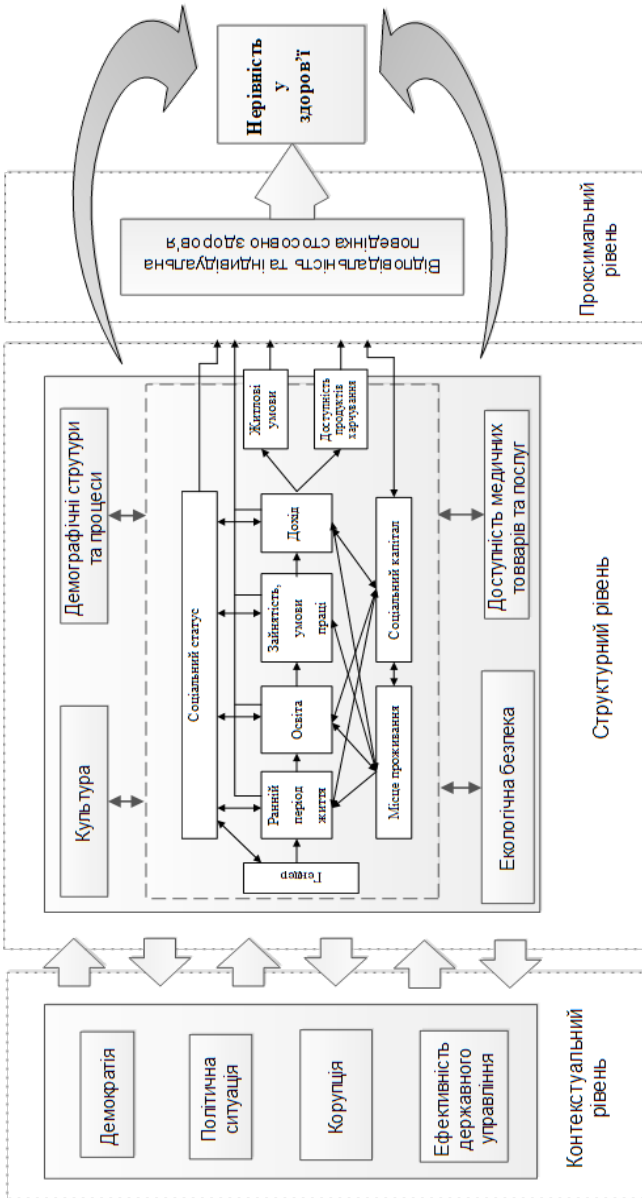


Рис. 1.11. Механізм впливу соціально-економічних детермінант на нерівність у здоров'ї населення

Джерело: власна розробка автора.

Ці детермінанти визначають здоров'я населення на структурному (популяційному) та проксимальному (індивідуальному) рівні. Вони знаходяться у тісному взаємозв'язку із культурними та екологічними та інституційними детермінантами. Останні пов'язані із розвитком системи охорони здоров'я (доступністю та якістю медичних товарів та послуг) та соціально-економічною і демографічною політикою (її ефективністю). Водночас СЕД разом із іншими детермінантами структурного рівня залежать від детермінант контекстуального рівня, таких як демократія, політична ситуація, корупція та ефективність державного управління.

Загалом ця система формує індивідуальну поведінку населення щодо збереження здоров'я, що в підсумку визначає стан здоров'я та нерівність щодо здоров'я населення.

При цьому основну роль у наведеному механізмі відіграють детермінанти структурного рівня:

– дохід, який, враховуючи вже наведені раніше наукові дослідження, є найважливішою змінною СЕД здоров'я населення, що визначає загальний добробут, у тому числі інші детермінанти. Зв'язок між бідністю та поганим станом здоров'ям, крім деяких винятків є сильним. Насамперед збільшення смертності може бути пов'язана із значною нерівністю за доходами у суспільстві. В Україні протягом останніх десятиріч і за кілька останніх років зокрема як бідність, так і нерівність за доходами зростає.

– зайнятість, яка є головним чинником, що визначає адекватний дохід, покращує соціальний статус і самооцінку, забезпечує соціальний контакт і участь в житті громад. Зайнятість збільшує можливості для регулярної діяльності, що у свою чергу допомагає поліпшити індивідуальне здоров'я та добробут. Натомість безробіття шкодить як фізичному, так і психічному здоров'ю людини. Дослідження СЕД та стану

здоров'я населення України, яке описано в наступних розділах роботи засвічує, що безробітні повідомляють про гірший стан здоров'я, порівняно із працюючими. При цьому рівень безробіття в Україні залишається доволі високим та чітко не визначеним через недосконалість обліку безробітних.

– освіта, яка має вирішальне значення для визначення соціальної та економічної позиції населення і, таким чином, є однією із ключових детермінант їхнього здоров'я. Зворотній зв'язок між освітою та здоров'ям дуже відчутний. Низький рівень освіти подекуди пов'язаний з поганим станом здоров'я. Рівень освіти в Україні високий, як по світовим, так й по європейським масштабам. Однак рівень санітарної грамотності, яка надає знання та навички, необхідні для збереження власного здоров'я посилення відповідальності за нього, залишається низьким;

– житлові умови. Переповненість житлових приміщень, висока вологість та холод, використання твердих видів палива, забезпеченість водопроводом та каналізацією мають прямий шкідливий вплив на фізичне та психічне здоров'я. В Україні існує нерівність у доступі до житла. Значна частина населення проживає у незадовільних житлових умовах, наражаючи на небезпеку власне здоров'я. Для багатьох українців комфортне житло не доступне, адже співвідношення заробітної плати та цін на нерухомість вражає. Крім цього високі витрати на житло залишають менше грошей на інші статті бюджету, необхідні для доброго здоров'я, включаючи поживну їжу, освіту та доступ до медичних послуг. Витрати на оренду житла також в Україні значно зросли за останнє десятиріччя. Багато сімей, особливо малозабезпечених, зараз витрачають значно більшу частку від доходів домогосподарств на оплату житлово-комунальних послуг, ніж десять років тому. Висока вартість житла та оренди поглибили проблему спільного

використання житла та його переповнення. Переповненість житла посилює процес розповсюдження інфекційних хвороб, у т.ч. тих, які передаються повітряно-крапельним шляхом.

– соціальний капітал. Люди з сильними сімейними, культурними та громадськими зв'язками мають краще здоров'я, ніж люди які соціально ізольовані. Соціальна згуртованість пов'язана зі здоров'ям людей та громади. Особливо вразливі до соціальної ізоляції люди з психічними захворюваннями, інвалідністю, особи літнього віку. Важливим є також доступ до каналів зв'язку, зокрема Інтернету, який в Україні залишається недостатнім.

Вплив цих та інших СЕД на здоров'я населення та нерівність у здоров'ї населення більш детально буде розглянуто в наступних розділах, на прикладі України. Головне завдання при цьому полягає у визначенні ступеня цього впливу на даний період часу для різних груп населення (демографічних, соціально-економічних, етнічних тощо) та різним місцем проживання. Це дозволить поліпшити політику зміцнення та збереження здоров'я, посиливши її адресність щодо конкретної групи населення.

Проведений аналіз сучасних досліджень, пов'язаних із визначенням ролі СЕД у нерівності щодо здоров'я населення свідчить про:

– значну увагу, яку приділяє світова наука і практика дослідженню детермінант;

– ієрархічну структуру детермінант та наявність трьох основних рівнів: контекстуального, структурного та проксимального. Суть детермінант різного рівня не змінюється, може мінятися тільки форма;

– поділ детермінант на такі, що впливають опосередковано, або безпосередньо. Це стосується насамперед інституціональних детермінант. Коли, наприклад заходи фіскальної політики можуть безпосередньо впливати на систему охорони здоров'я – через введення, або скасування акцизів

на ліки чи медичні препарати, підвищуючи чи зменшуючи їх вартість (безпосередній вплив). З іншого боку держава може зменшувати податки для підприємств, що випускають «здорову» продукцію чи послуги, тим самим опосередковано впливати на покращення здоров'я (опосередкований вплив);

– вирішальну роль у формуванні та збереженні здоров'я населення у сучасному постіндустріальному суспільстві належить СЕД. За суттю вони визначають нерівність щодо збереження здоров'я населення, через різні нерівні можливості доступу до освіти, зайнятості, придбання комфортного жила, медичних товарів та послуг тощо. Існують певні особливості, пов'язані із СЕД, соціальною нерівністю і станом здоров'я. Основна з них полягає в тому, що існують суттєві відмінності в стані здоров'я між різними соціально-економічними групами;

– перелік СЕД доволі широкий, проте визначають вони здоров'я неоднаково. Історичні, суспільно-політичні та інші чинники впливають на структуру детермінант і силу їхньої дії. Зокрема, структура та масштаби впливу СЕД на здоров'я залежає від специфіки території, демографічних та етнічних характеристик населення, політичної ситуації та ін. Водночас, дія СЕД змінюється у часі. Перелічені обставини необхідно враховувати при дослідженні детермінант та формуванні рекомендацій для ведення державної політики у сфері збереження здоров'я населення;

– покращення СЕД здоров'я населення має бути пріоритетним напрямком для зниження смертності, інвалідності та захворюваності в Україні. У такому випадку усуваються «причини причин» хвороб, а не їхні наслідки. Із визначенням основних СЕД, які нині визначають здоров'я українського населення та розробкою рекомендацій щодо їхнього покращення пов'язані подальші авторські наукові дослідження.

Отже, розуміння механізму впливу СЕД та інших детермінант на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї окремих демографічних та соціально-економічних груп населення дасть змогу вдосконалити політику зміцнення та збереження здоров'я населення, в основі якої буде покладено покращення СЕД.

Література до 1 розділу

1. Lee J.-W. Address by the Director-General to the Fifty-seventh World Health Assembly [Electronic resource] / J.-W. Lee. – Geneva, : World Health Organization, 2004. – Mode of access: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_REC1-en.pdf
2. Медицина в Україні. Видатні лікарі: біобібліографічний словник / Державна наукова медична бібліотека. – К., 1997 – (Медична біографістика). Вип. 1 : Кінець XVII- перша половина XIX століть / авт.-упоряд. С.М.Булах [та ін.]; фах. ред. і наук. консультант С. М. Старченко, 1997. – 239 с.
3. Базелюк Н. Н. Социально-философские аспекты валеологии и формирования здорового образа жизни // Вестник Мурманского государственного технического университета. – 2008. – Т. 11. – №. 4.
4. Ціборовський О. М. На варті здоров'я: Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні / О. М. Ціборовський – К.: Факт, 2010. – 440 с.
5. Лисицын Ю. П. Здоровье человека – социальная ценность // Ю. П. Лисицын, А. В. Сахно. – М.: Мысль, 1988. – 175 с.
6. La Berge A. F. The early nineteenth-century French public health movement: the disciplinary development and institutionalisation of Hygiène Publique / A. F. La Berge // Bull Hist Med. – 1984. – № 58. – P. 363–379.
7. Szepter S. The Population Health approach in historical perspective. // S. Szepter // Am J Public Health. – 2003. – № 93, P. 421–31.
8. Энгельс Ф. Положение рабочего класса в Англии: По собственным наблюдениям и достоверным источникам [Электронный ресурс] // К. Маркс и Ф. Энгельс. – Сочинения: Издание второе. – Т. 2. – Режим доступа: <https://www.marxists.org/russkij/marx/cw/t02.pdf>.

9. Virchow R. Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie [Electronic resource] / R. Virchow. – Berlin: Verlag Von G. Reimer. – Mode of access: <http://reader.digitale-sammlungen.de/de/fs2/object/goToPage/bsb10475227.html?pageNo=5>.
10. Neumann S. Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum: Kritisches und Positives mit Bezug auf die preußische Medizinalverfassungs-Frage. [Electronic resource] / S. Neumann. – Berlin: Adolph Richth. – Mode of access: <https://books.google.com.ua/books?id=JPYmDwAAQBAJ&pg>
11. Лебедева-Несевря Н. А. Социология здоровья: учеб. пособие для студ. вузов / Н. А. Лебедева-Несевря, С. С. Гордеева; Перм. гос. нац. иссл. ун-т. – Пермь, 2011. – 238 с.
12. Каган С. С. Видатний санітарний діяч України – академік УРСР О. В. Корчак-Чепурківський / С. С. Каган. – К.: Здоров'я, 1965. – 78 с.
13. Томилин С. А. Демография и социальная гигиена / С. А. Томилин. – М.: Статистика, 1973. – 311 с.
14. Стешенко В. С. М. В. Птуха – видатний український вчений–демограф / В. С. Стешенко // Демографія та соціальна економіка. – 2010. – № 1. – С. 181-187.
15. Young T. Population health: concepts and methods / T. Young. – New York: Oxford University Press, 1998. – 315 p.
16. Mahmood S. S. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective / S. S. Mahmood, D. Levy, R. S. Vasan, [et al.] // The Lancet. – 2014. – Т. 383. – №. 9921. – С. 999-1008.
17. Fuchs V. R. Who shall live?: health, economics, and social change / V. R. Fuchs. – Basic Books, 1974. – 168 p.
18. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document [Electronic resource] / M. Lalonde. – Ottawa: Government of Canada, 1974. – 77 p. – Mode of access: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
19. Healthy people: the Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. Washington, DC: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Office of the Assistant Secretary for Health and Surgeon General [Electronic resource]. – 1979. – Mode of access: <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBGK.pdf>
20. Влияние социально-экономических факторов на демографические процессы / [Отв. ред. В. С. Жученко и В. С. Стешенко]; АН УССР. Ин-т экономики. – Киев: Наук. думка, 1972. – 233 с.

21. A discussion document on the concept and principles of health promotion: Health Promot [Electronic resource]. WHO, 1984. – Mode of access: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107835/1/E90607.pdf>.
22. Health promotion: from Ottawa to Health 2020 [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/news/news/2013/06/health-promotion-from-ottawa-to-health-2020>
23. Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion: Health and Welfare Canada [Electronic resource] /1986. – Mode of access: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/achieving-health-framework-health-promotion.html>
24. Mustard J. F. The Determinants of Health. Toronto: Canadian Institute for Advanced Research / J. F. Mustard, J. Frank. – Population Health Program. – 1991. – 123 p.
25. Long A. F. Directions for Health: The Leeds Declaration [Electronic resource] /1994. – Mode of access: <http://www.radstats.org.uk/no057/long.pdf>.
26. Hayes M. V. Population Health in Canada: A Systematic Review / M. V. Hayes, J. R. Dunn. – Ottawa: Canadian Policy Research Networks Inc., 1998. – 83 p.
27. Evans R. G. Producing Health, Consuming Health Care / R.G. Evans, G. L. Stoddart //Social Science and Medicine. – 1990. – №31(12). – P.1347–1363.
28. Strategies for population health: investing in the health of Canadians prepared by the Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee of population Health [Electronic resource]. – Halifax: Nova Scotia, 1994. – Mode of access: http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/other/strat_e.pdf.
29. Hertzman C. Environment and Health in Central and Eastern Europe: A Report for the Environmental Action Programme for Central and Eastern Europe / C. Hertzman. – World Bank Publications, 1995. – 192 p.
30. Blane D. Health and social organization: towards a health policy for the twenty-first century / edited by D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson. – London: Routledge, 1996. – 326 p.
31. Wilkinson R. G. Unhealthy societies : the afflictions of inequality/ R. G. Wilkinson. – London: Routledge Publication, 1996. – 255 p.

32. Hertzman C Heterogeneities in Health Status and the Determinants of Population Health / C. Hertzman, J. W. Frank, R. G. Evans // Why Are Some People Healthy and Others Not? Hawthorne / R. G. Evans, M. Barer, T. Marmor (Eds.). – New York: Aldine-De Gruyter, 1994. – P. 67-92.
33. Green L. W. Refocusing health care systems to address both individual care and population health / L. W. Green // Clinical and Investigative Medicine. – 1994. – № 17. – P. 133-141.
34. Kindig D. A. Purchasing Population Health: Paying for Results / D. A. Kindig. – Ann Arbor: University of Michigan Press, 1997. – 194 p.
35. Young T. Population health: concepts and methods / T. Young. – New York: Oxford University Press, 1998. – 315 p.
36. Либанова, Э. М. Продолжительность жизни населения (Опыт ком-плексного регионального исследования) / Э. М. Либанова / АН Украины, СОПС Украины; Отв. ред. В. В. Оникиенко. – Киев: Наук. думка, 1991. – 200 с.
37. Смертність населення України у трудоактивному віці: монографія / Відпов. ред. Е. М. Либанова. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 211 с.
38. Либанова Е. М. Новітні тенденції смертності населення України / Е. М. Либанова // Демографія та соціальна економіка. – 2006. – №1. – С. 23–37.
39. Meslé F. Mortalité et causes de décès en Ukraine au XXe siècle / [F. Meslé and ect.]. – Ined, 2003. – 440 p.
40. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки: монографія / Н. О. Рингач // К.: НАДУ. – 2009. – 296 с.
41. Свінціцький А. С. Здоров'я населення як важливий чинник державотворення та національної безпеки / А. С. Свінціцький // Практикуючий лікар. – 2013. – №. 2. – С. 7-13.
42. Левчук Н. М. Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в Україні / Н. М. Левчук // Демографія та соціальна економіка. – 2007. – №. 1. – С. 12-27.
43. Курило І. О. Здоров'я і тривалість життя літнього населення в Україні: тенденції та деякі їх фактори / І. О. Курило // Демографія та соціальна економіка. – 2013. – №. 2. – С. 102-114.
44. Грузева Т. С. Дослідження відмінностей у стані здоров'я населення залежно від рівня матеріального добробуту / Т. С. Грузева // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2003. – № 3. – С. 61–64.

45. Kindig D. A. Understanding Population Health Terminology / D. A. Kindig // *The Milbank quarterly*. – Vol. 85. – № 1, 2007. – P. 139-161.
46. Cohen D. The population health approach: A qualitative study of conceptual and operational definitions for leaders in Canadian healthcare [Electronic resource] // *SAGE open medicine*. – 2014. – Т. 2. – Mode of access: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2050312114522618>.
47. Fink D. S. Social Determinants of Population Health: A Systems Sciences Approach / D. S. Fink, K. M. Keyes, M. Cerdá // *Current epidemiology reports*. – 2016. – Т. 3. – №. 1. – С. 98-105.
48. Gold M. R. HALYs and QALYs and DALYs, Oh My: Similarities and Differences in Summary Measures of Population Health / M. R. Gold, D. Stevenson, Fryback D. G. // *Annual review of public health*. – 2002. – № 23. – P. 115-134.
49. Macintyre S. Place effects on health: how can we conceptualize, operationalize and measure them? / S. Macintyre, A. Ellaway, S. Cummins // *Social Science & Medicine*. – 2002. – № 55. – P. 125-39.
50. Подвисоцька Т. О. Комплексна оцінка здоров'я населення та його впливу на економічне зростання: дис. ... канд. екон. наук : 08.00.07 / Т. О. Подвисоцька; Нац. ун-т «Києво-Могилянська акад.» – К., 2009. – 265 с.
51. Adler N. E. U.S. disparities in health: Descriptions, causes, and mechanisms / N. E. Adler, D. H. Rehkopf // *Annual Review of Public Health*. – 2008. – № 29. – P. 235-252.
52. Прохоров Б. Б. Здоровье населения России в XX веке / Б. Б. Прохоров. – М.: Изд-во МНЭПУ, 2001. – 276 с.
53. Шабунова А. А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография / А. А. Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.
54. Слабкий, Г. О. Регіональні особливості стану здоров'я населення України : монографія / Г. О. Слабкий, Н. В. Медведовська. – К., 2010. – 174 с.
55. Чепелевська Л. А. Новітні регіональні тенденції смертності населення України / Л. А. Чепелевська, Орда О. М. // *Україна. Здоров'я нації*. – 2011. – №. 2. – С. 68–73.
56. *Social determinants of health: the solid facts* / Edited by R. Wilkinson, M. Marmot Copenhagen : Centre for Urban Health, World Health Organization, Regional Office for Europe, 1998. – 27 p.

57. Mikkonen J. Social Determinants of Health: The Canadian Facts / J. Mikkonen, D. Raphael. – Toronto: York University School of Health Policy and Management, 2010. – 63 p.
58. Кислицына О. А. Социально-экономические детерминанты здоровья россиян / О. А. Кислицына // Народонаселение. – 2007. – №. 2. – С. 24-37.
59. Kindig D. Population Health Improvement: A Community Health Business Model That Engages Partners in All Sectors / D. Kindig and G. Isham // Frontiers of Health Services Management. – 2014. – № 30(4). – P. 3-20.
60. Kindig D. A. Can there be political common ground for improving population health? / D. A. Kindig // The Milbank Quarterly. – 2015. – Т. 93. – №. 1. – P. 24-27.
61. Лібанова Е. М. Стратегічні пріоритети соціальної політики України на початку XXI століття / Е. М. Лібанова // Демографія та соціальна економіка. – №. 9. – 2008. – С. 9–22.
62. Лібанова Е. М. Інноваційні важелі демографічної політики / Е. М. Лібанова // Проблеми інноваційно-інвестиційного розвитку. Серія: Економіка та менеджмент. – 2016. – №. 9. – С. 21-33.
63. Лібанова Е. М. Соціально-демографічна політика в Україні у контексті принципів програми дій МКНР (1994 р.) / Е. М. Лібанова, І. О. Курило // Демографія та соціальна економіка. – 2009. – № 2. – С. 12-27.
64. Follow-up meeting on the 2008 Tallinn Charter [Electronic resource] . – Mode of access: <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/10/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020/about-the-conference>.
65. World Conference on Social Determinants of Health [Electronic resource] . – Mode of access: <http://www.who.int/sdhconference/en>.
66. Evarist: Авторский проект Е. Алеевой [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://evartist.narod.ru/text15/012.htm>
67. Constitution of WHO: principles [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/about/mission/en>.
68. Health promotion: evidence and experience / Ed. by K. Lucas and B. Lloyd. – London: SAGE Publications, 2005. – 168 p.
69. Promoting Health: A Practical Guide / Ed. by Ina Simnett, Linda Ewles. – Bailliere Tindall, 2003. – 368 p.

70. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю. П. Лисицын. – М.: Медицина, 2002. – 416 с.
71. Noack H. Concepts of health and health promotion / H. Noack // Measurement in health promotion and protection. – 1987. – Т. 22. – С. 5-28.
72. Павленко С. М. Здоровье / С. М. Павленко // Малая медицинская энциклопедия. М., 1966. – Т. 3. – 886 с.
73. Ahmed P. I. Toward a new definition of health: An overview / P. I. Ahmed, A. Kolker, G. V. Coelho // Toward a new definition of health. – Springer, Boston, MA, 1979. – С. 7-22.
74. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здоровье» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения: обзорная информация / П. И. Калью. – М.: ВНИИМИ, 1988. – 66 с.
75. Кузнецова З. М. Теоретические аспекты понятия «здоровье» [Электронный ресурс] / З. М. Кузнецова, аспирантка С. В. Павлова // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта: Электронный журнал Камской государственной академии физической культуры, спорта и туризма. – 2007. – Режим доступа: http://www.kamgifik.ru/magazin/old/=2=/1_07/1_07_07.pdf
76. Семья – здоровье – общество / [М. С. Бедный, П. И. Маева, В. И. Пахарин и др.]; Под ред. М. С. Бедного. – М.: Мысль, 1986. – 238 с.
77. Матрос Л. Г. Социальные аспекты проблемы здоровья / Л. Г. Матрос; Отв. ред. Ю. И. Бородин; Рос. акад. мед. наук, Президиум Сиб. отд-ния. – Новосибирск: Наука: Сиб. изд. фирма, 1992. – 156 с.
78. Казначеев В. П. Здоровье нации, просвещение, образование / В. П. Казначеев; Исслед. центр проблем качества подгот. специалистов [и др.]. – Москва: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов; Кострома: Костромской государственный педагогический университет, 1996. – 246 с.
79. Брехман И. И. Введение в валеологию – науку о здоровье / И. И. Брехман. – Л.: Наука, 1987. – 125 с.
80. Лищук В. А. Основы здоровья: актуальные задачи, решения, рекомендации: Обзор / В. А. Лищук, Е. В. Мосткова; Рос. акад. мед. наук, Науч. совет «Фундам. основы здоровья». М.: Изд-во «Восточная Книжная Компания», 1994. – 134 с.

81. Schwartz C. The clinical significance of adaptation to changing health: a meta-analysis of response shift / C. Schwartz et al. //Qual Life Res. – 2006. – № 15. –P. 1533-1550.
82. Цілі Сталого Розвитку: Україна: Національна доповідь. – Режим доступу: https://menr.gov.ua/files/docsНаціональна%20доповідь%20ЦСР%20України_липень%202017%20ukr.pdf
83. Амосов Н. М. Раздумья о здоровье / Н. М. Амосов. – М.: Физкультура и спорт, 1987. – 63 с.
84. Antonovsky A. Health, stress and coping / A. Antonovsky. – San Francisco; London: Jossey-Bass, 1979. – 255 p.
85. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion / A. Antonovsky //Health promotion international. – 1996. – Т. 11. – №. 1. – P. 11-18.
86. Trade, foreign policy, diplomacy and health [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.who.int/trade/glossary/story046/en>.
87. Шабунова А. А. Общественное здоровье и здравоохранение территорий / А. А. Шабунова, К. Н. Калашников, О. Н. Калачикова; под рук. А. А. Шабуновой. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 284 с.
88. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М.: Издательский центр «Академия», 2001. –352 с.
89. Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. / Т. М. Максимова. – Москва: ПЕР СЭ, 2002. – 187 с.
90. Martikainen P. Psychosocial determinants of health in social epidemiology / P. Martikainen, M. Bartley, E. Lahelma //Int J Epidemiol. – 2002. – №31. – P. 1091–93.
91. Толаканин А. Что такое культура здоровья? [Электронный ресурс]. – Режим доступу: http://www.tolokonin.ru/library/my_monography/kultura_zdorovia.
92. Public health, environmental and social determinants of health [Electronic resource] / WHO. – Mode of access: http://www.who.int/topics/environmental_health/en/
93. Winslow C. E. A. The conquest of epidemic disease: a chapter in the history of ideas [Electronic resource] /Univ of Wisconsin Press, 1980. – Mode of access: <http://www.stonecountyhealthdepartment.com/assets/text/What%20Is%20Public%20Health.pdf>.

94. Общественное здоровье и экономика / Отв. ред. Б.Б. Прохоров. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 292 с.
95. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 512 с.
96. Public health surveillance [Electronic resource] /WHO. – Mode of access: www.who.int/topics/public_health_surveillance/en.
97. Москаленко В. Ф. Громадське здоров'я в умовах урбанізації / В. Ф. Москаленко, Грузєва Т. С. //Медична наука України. – 2010. – №. 1. – С. 13-23.
98. Жалінська І. В. Громадське здоров'я: методологія оцінювання та обґрунтування політики: автореф. дис. ... канд. екон. наук: 08.00.07 / І. В. Жалінська; НАН України; Ін-т демографії та соц. дослідж. ім. М. В. Птухи. – К., 2011. – 20 с.
99. Концепція розвитку системи громадського здоров'я [Електронний ресурс] /Урядовий портал. – Розпорядження від 30 листопада 2016 р. – № 1002-р. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799>.
100. Методология экономико-статистического исследования демографической безопасности и здоровья обществ: Коллективная монография / [П. А. Смелов, М. В. Карманов, В. Б. Дударев, М. Зареченский]. – М.: МЭСИ, 2009. – 160 с.
101. Rafuse J. Population-health concept challenges dominance of clinical medicine / J. Rafuse // Canadian Medical Association journal. – Vol 152. – 1995. – P. 242.
102. Dunn J.R. Toward a Lexicon of Population Health / J. R. Dunn, M.V. Hayes // Canadian Journal of Public Health Supplement (November/December), 1999. – P. 7–10.
103. Last J. M. A dictionary of public health /J. M. Last Last. – New York; Oxford: Oxford University Press, 2007. – 407 p.
104. Frank J. W. Why «Population Health»? / J. W. Frank // Canadian journal of public health = Revue canadienne de santé publique. – Vol. 86. – № 3, 1995. – P. 162-164.
105. Bennett J. Investment in Population Health in Five OECD Countries [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.oecd.org/health/health-systems/2510907.pdf>.
106. Social determinants of health: Closing the gap in a generation - how? [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/en/

107. Making New York the Healthiest State: Achieving the Triple Aim. [Electronic resource]. – Mode of access: https://www.health.ny.gov/events/population_health_summit/docs/what_is_population_health.pdf.
108. The New Zealand Health Strategy: Ministry of Health, N.Z. [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-health-strategy/>
109. What is Population Health? [Electronic resource]. – Mode of access: <http://courseweb.edteched.uottawa.ca/POP8910/Notes/Definitions.htm/>
110. Подвисоцька Т.О. Комплексна оцінка здоров'я населення та його впливу на економічне зростання: автореф. дис... канд. екон. наук: 08.00.07 / Т.О. Подвисоцька ; Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України. – К., 2009. – 21 с.
111. Miles M. B. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook / M. B Miles, A. M. Huberman. – Publisher: Thousand Oaks, 1994. – 338 p.
112. Jabareen Y. Building a conceptual framework: philosophy, definitions, and procedure / Y. Jabareen // International Journal of qualitative methods. – 2009. – Т. 8. – №. 4. – С. 49–62.
113. Gurvitch G. Problèmes de la sociologie générale / Gurvitch G. // Traité de sociologie / Sous la dir. de Georges Gurvitch. En 2 t. – Т. 1. – Paris: Presses Universitaires de France, 1958. – 251 с.
114. Definition of determinant in English [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/determinant?q=determinant>.
115. Scott-Samuel A. The Merseyside guidelines for health impact assessment. 2nd edition. / A. Scott-Samuel, M. Birley, K. Ardern. Liverpool: IMPACT, University of Liverpool, 2001. Available from www.ihia.org.uk/document/merseyguide3.pdf.
116. Human Development Report 2016: Human Development for Everyone [Electronic resource] / UNDP. – Mode of access: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf.
117. Презентація «Доповіді ПРООН про стан людського розвитку» за 2016 рік [Електронний ресурс] . – Режим доступу: http://www.nas.gov.ua/siaz/Ways_of_development_of_Ukrainian_science/article/17031.3.037.pdf.
118. Sustainable Development Goals [Electronic resource] / United Nations: Division for Sustainable Development Goals. – Mode of access: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>.

119. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century [Electronic resource] /WHO. – Mode of access: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1.
120. Здоров'я 2020: український вимір: Концепція загальнодержавної програми [Електронний ресурс] / КМУ України. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787>.
121. Букша О.В. Профілактика раку шкіри в південних регіонах України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://oblzdrav.mk.gov.ua/onkologiya/profilaktika-raku-shkiri-v-pivdennich-regionach-ukra-ni.html>.
122. Assessment of the Integration of the Ecological Approach in Health Promotion Programs / L. Richard, L. Potvin, N. Kishchuk [etc.] // American journal of health promotion. 1996. – Vol 10. – Number 4. – P. 318–328.
123. Whitehead M. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health [Electronic resource] / M. Whitehead, G. Dahlgren. – Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. – Mode of access: Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf.
124. Solar O. A. Conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion: Paper 2 (Policy and Practice). [Electronic resource] / O. Solar, A. Irwin. – Geneva: World Health Organization, 2010. – 75 p. – Mode of access: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.
125. Чен М. Глобалізація і здоров'я. [Електронний ресурс] /М. Чен – Режим доступу: <http://www.who.int/dg/speeches/2008/20081024/ru>.
126. Державна служба статистики України: офіційний сайт. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
127. Household consumption expenditure on food. [Electronic resource] – Mode of access: [//www.destatis.de/EN/FactsFigures/CountriesRegions/InternationalStatistics/Topic/Tables/BasicData_HouseholdExpFood.html](http://www.destatis.de/EN/FactsFigures/CountriesRegions/InternationalStatistics/Topic/Tables/BasicData_HouseholdExpFood.html). Huynen M.M.T.E The health impacts of globalisation: a conceptual framework /

- M.M.T.E Huynen, P. Martens; H.B.M Hilderink // *Globalization and health*. – 2005. – Vol. 1, – Issue 1. – P. 14-26.
128. Huynen M. The health impacts of globalisation: a conceptual framework / M. Huynen, P. Martens; H. B. M. Hilderink // *Globalization and health*. – 2005. – Vol. 1, Is. 1. – P. 14–26.
129. Outcome of the World Conference on Social Determinants of Health [Electronic resource]. – Rio de Janeiro, Brazil, October 2011. – Mode of access: http://www.who.int/sdhconference/background/news/B130_R11-en.pdf.
130. Доклад о человеческом развитии 2016. Человеческое развитие для всех и каждого: Резюме [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://hdr.undp.org/sites/default/files/HDR2016_RU_Overview_Web.pdf
131. Bollen K. A. Subjective measures of liberal democracy / K. A. Bollen, P. Paxton // *Comparative Political Studies*. – 2000. Vol. – 33. – P. 58–86.
132. Carolyn J. T. Accidental logics: The dynamics of change in the health care arena in the United States, Britain, and Canada. [Electronic resource] / Carolyn Hughes Tuohy. – New York; Oxford: Oxford University Press, 1999. – 312 p. – Mode of access: <http://qjmed.oxfordjournals.org/content/98/4/299.long#ref-21>.
133. Lauth H.-J. Kombiniertes Index der Demokratie (KID) [Electronic resource] / H.-J. Lauth. – Universität Würzburg? 2013. – Mode of access: http://www.politikwissenschaft.uni-wuerzburg.de/lehrbereiche/vergleichende/forschung/neuer_index_der_demokratie_nid.
134. Global Corruption Report 2006. [Electronic resource]. – Mode of access: http://files.transparency.org/content/download/473/1950/file/2006_GCR_HealthSector_EN.pdf.
135. Moszynski P. Corruption in health care «kills en masse» / P. Moszynski // *BMJ: British Medical Journal*. – 2006. – T. 332. – № 7536. – P. 257.
136. Eaton L. Global fund toughens stance against corruption. [Electronic resource] / Eaton L. // *British Medical Journal*. – 2005. – Vol. 331 (7519). – p. 718. — Mode of access: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239969/pdf/bmj33100718.pdf>.
137. Аналітичний звіт: Хто заробляє на епідеміях ВІЛ/СНІДу та туберкульозу в Україні. – К., 2013. [Електронний ресурс]. –

- Режим доступу: http://issuu.com/halynayanchenko/docs/zvit_corrected7_ukr_1_.
138. European Health for All database (HFA-DB). WHO. [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>.
 139. В Україні схвалено стратегію боротьби з туберкульозом та ВІЛ/СНІДом [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://health.unian.ua/country/1836779-v-ukrajini-shvaleno-strategiyu-borotbi-z-epidemieyu-tuberkulozu-ta-vil-snidu-do-2020-roku.html>
 140. Improving health in the United States: the role of health impact assessment // Committee on Health Impact Assessment. National Research Council (U.S.). Committee on Health Impact Assessment. – Washington, D.C.: National Academies Press, 2011. – 209 p. [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.iom.edu/~media/Files/Activity%20Files/Environment/EnvironmentalHealthRT/2011-Nov-RT/132291.pdf>.
 141. Петленко В. П. Валеология человека: здоровье – любовь – красота: в 5-ти т. Т. 5: Гармония чувств и образ жизни / В. П. Петленко. – СПб; Минск: Петроградский и КО : ООО Оракул, 1996. – 359 с.
 142. County Health Rankings 2010: Miami-Dade County [Electronic resource] / University of Wisconsin Population Health Institute. – Mode of access: https://www.miamidade.gov/greenprint/planning/library/milestone_one/2010_health_rankings.pdf.
 143. Canadian Institute of Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch. AB/NWT 2002, quoted in Kuznetsova D. (2012) Healthy places: Councils leading on public health. London: New Local Government Network [Electronic resource] – Mode of access: http://www.nlgn.org.uk/public/wp-content/uploads/Healthy-Places_FINAL.pdf.
 144. McGinnis J. M. The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion / J. M. McGinnis, P. Williams-Russo, J. R. Knickman // Health Affairs – Millwood va then Bethesda MA, 2002. – Vol. 21. – Part 2. – P. 78–93.
 145. Australia's health 2014: 14th biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare. [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/d2946c3e-9b94-413c-898c-aa5219903b8c/16507.pdf.aspx?inline=true>

146. Public Health in Minnesota. [Electronic resource] . – Mode of access: <http://www.health.state.mn.us/divs/opi/gov/chsadmin/intro.html>
147. McKeown . The modern rise of population. / T. McKeown. – London: Edward Arnold, 1976. – 168 p.
148. Лібанова Е. М. Нерівність в українському суспільстві: витоки та сучасність / Е. М. Лібанова // Економіка України : наук. журн. – 2014. – № 3. – С. 4–19.
149. Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу / за ред. Е. М. Лібанової. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, 2012. – 404 с.
150. Adler N. E. MacArthur Research Network on Socioeconomic Status and Health [Electronic resource] / N. E. Adler. – Mode of access: <http://www.macses.ucsf.edu/about/default.php>
151. Blane D. Social selection: what does it contribute to social class differences in health? / D. Blane, G. D. Smith, M. Bartley // *Sociology of Health and Illness*. – 1993. – № 15. – P. 1–15.
152. Evans T. Ethical dimensions of health equity / Evans T, Peters F. // *Challenging inequities in health: from ethics to action* / Evans T. [et al.]. – New York: Oxford University Press, 2001. – P. 24-34.
153. Немченко, А. С. Обґрунтування першочергових заходів та пріоритетних напрямків цінової політики підвищення доступності лікарських засобів / А. С. Немченко, К. Л. Косяченко, В. М. Назаркіна // Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи : матеріали наук. симпозіуму у рамках VIII Нац. з'їзду фармацевтів України, м. Харків, 15-16 верес. 2016 р. - Харків, 2016. - С. 24-29.
154. В Україні на 15-20% можуть подорожчати ліки. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://news.dks.com.ua/index.php/turizm/9689-v-ukrajini-na-15-20-mozhut-podorozhchati-lik>
155. Schulz A. Social determinants of health: implications for environmental health promotion / A. Schulz, M. E. Northridge // *Health Education & Behavior*. – 2004. – Т. 31. – №. 4. – P. 455-471.
156. Braveman P. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes / P. Braveman, L. Gottlieb // *Public health reports*. – 2014. – Т. 129. – №. 1_suppl2. – С. 19-31.

157. International Standard Classification of Education ISCED 2011 [Electronic resource]. – Montreal: UNESCO, Institute for Statistics. – 2012. – Mode of access: <http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf>
158. Модельний освітній кодекс для держав-учасниць Співдружності Незалежних Держав (загальна частина) . [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/997_g22
159. Social Determinants of Health: How Social and Economic Factors Affect Health [Electronic resource]. – Mode of access: http://publichealth.lacounty.gov/epi/docs/SocialD_Final_Web.pdf.
160. The Health of People and Communities A Way Forward: Public policy and the economic determinants of health. – Wellington: Public Health Advisory Committee, 2004. – 67 p.
161. Leisinger M. A. Effects of the British Columbia public health officer's health determinants on the Health Utility Index and the Richardson-Zumbo Health Profile [Electronic resource] / M. A. Leisinger. – Ottawa: The University of Northern British Columbia. – 84 p. – Mode of access: <http://www.nlc-bnc.ca/obj/s4/f2/dsk3/ftp05/MQ62482.pdf>

РОЗДІЛ II ІНФОРМАЦІЙНИЙ ТА МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ ОЦІНЮВАННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНО- ЕКОНОМІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

2.1. Інформаційне забезпечення вивчення соціально-економічних детермінант здоров'я населення

Важливим етапом дослідження впливу соціально-економічних детермінант (СЕД) на стан здоров'я населення є розробка інформаційного та методичного інструментарію.

Проте сучасна статистика здоров'я населення в Україні недостатньо комплексна, адже індикатори медичної, демографічної, соціальної, економічної, екологічної та інших напрямків статистики недостатньо пов'язані між собою і здебільшого мають відокремлений характер. За останні десятиріччя Україна поступово адаптує власну систему статистичного обліку до міжнародних та європейських стандартів і має у цьому напрямку певні успіхи. Про це свідчить, зокрема, оцінка національної статистичної системи України представниками Європейської комісії, Європейської асоціації вільної торгівлі та Економічної комісії ООН для Європи, проведеної наприкінці 2011 р., за якою статисти-

ка України визнана такою, що значною мірою відповідає європейським вимогам, а інформація, що виробляється органами державної статистики, є продуктом високої якості у більшості галузей статистичного виробництва [1]. Однак, незважаючи на певні успіхи, процес адаптації триває. Наприклад, в Україні відсутня статистика захворюваності за однорічними віковими інтервалами за рівнем освіти хворих, їхнім шлюбним станом, зайнятістю тощо. Запровадження такої статистики, хоч і не дасть змогу повністю розв'язати проблему обліку населення, яка суттєво залежить від рівня звернень, але певним чином покращить ситуацію.

Статистика смертності в Україні також є неповною, порівняно з європейськими стандартами. Зокрема її облік не враховує соціально-економічних характеристик, які мали померлі: освіту, рівень доходу тощо. Другою серйозною проблемою є те, що в Україні понад 15 років не проводився перепис населення. Це знижує достовірність як абсолютних, так відносних показників як стану здоров'я населення, так і соціально-економічних показників, які розраховуються на душу населення. Третьою, не менш гострою проблемою, є статистичний облік на тимчасово окупованих територіях АР Крим, частин Донецької та Луганської областей з 2014 р. Відсутність об'єктивної інформації з цих територій не дає змоги повноцінно оцінити ситуацію не тільки в них, а й створює труднощі у розрахунках загальноукраїнських показників. Через це не можливо порівняти інформацію за 2014–2106 рр. з попередніми роками.

За основу відповідно взято дані за 2013 р., а за 2014–2016 рр. інформація подана ілюстративно. Причому це стосується не тільки даних про смертність і захворюваність, а всіх статистичних даних, які використовувались у монографії.

Прогалини статистичного обліку створюють труднощі в дослідженні здоров'я населення, оцінюванні СЕД, розробці багатьох соціальних програм, у тому числі у сфері охорони здоров'я.

До позитивних тенденцій української статистики варто зарахувати щорічні комплексні обстеження домогосподарств, які здійснює ДССУ, у тому числі з метою самооцінки стану здоров'я населення та рівня доступності медичної допомоги. Дані цих досліджень доцільно використовувати під час оцінювання СЕД здоров'я населення разом з поточними офіційними даними.

Оцінювання СЕД та їхнього впливу на здоров'я населення має ґрунтуватись на первинних даних, які можуть бути отримані з різних джерел. Варто зауважити, що точність вибору визначальних СЕД залежить від автентичності та повноти даних, валідності методів їхньої обробки та способів використання. Важливим етапом оцінювання впливу СЕД на здоров'я населення є підбір та опрацювання статистичних, соціологічних та інших даних щодо стану, динаміки і тенденцій, а також виокремлення та розрахунок індикаторів, які найбільше його характеризують. На другому етапі здійснюється підбір та опрацювання даних про потенційні СЕД, підбір та групування їхніх індикаторів.

Третім етапом є виявлення взаємозв'язків між індикаторами стану здоров'я населення та індикаторами СЕД, що зумовлюють його нерівність, використовуючи методи кореляції, відношення шансів чи мікроімітаційного моделювання. Останній, четвертий, етап – виокремлення СЕД, які визначають здоров'я та нерівність щодо здоров'я певної категорії населення.

Перший етап. Джерела даних про здоров'я населення України, що їх використовували під час дослідження, можна поділити на дві основні групи: офіційні статистичні та вибіркові соціологічні обстеження (рис. 2.1). Перші опрацьовувалися переважно за допомогою статистичних та економіко-статистичних методів, другі – за допомогою соціологічних методів.

До офіційної статистики насамперед дані поточного обліку про стан і динаміку кількості населення, його смертності, загальна інформація щодо первинної захворюваності та поширеності хвороб, інвалідності тощо. Зокрема, це первинна інформація та такі публікації Державної служби статистики України (ДССУ), як «Демографічний щорічник населення України», «Населення України», «Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України», «Національні рахунки охорони здоров'я (НРОЗ) України», «Медико-демографічна ситуація та основні показники медичної допомоги населенню в регіональному аспекті» тощо; Центру медичної статистики МОЗ України – «База даних «Здоров'я для всіх. Україна». Важливим доповненням статистичної інформації щодо здоров'я населення України є дані міжнародних організацій та статистичних служб інших країн. Насамперед Всесвітньої організації охорони здоров'я та її Європейського бюро (Європейська база даних «Здоров'я для всіх»), Фонду народонаселення ООН («Народонаселення світу. Щорічник»), Всесвітній банк (База даних «Індикатори світового розвитку») та інші.

Однак офіційна статистика не в змозі охопити всі аспекти здоров'я населення України, що насамперед пов'язано, з одного боку, з обмеженими можливостями реєстрації хвороб (відсутність єдиного електронного реєстру, нестача даних про осіб, які не звертаються за медичною допомогою, наявність значної кількості осіб, які мають фіктивні хвороби для уникнення виконання військового обов'язку, отримання інвалідності або листка непрацездатності для покриття відсутності на роботі без поважних причин). Крім того, офіційна статистика не в змозі оцінити детермінованість здоров'я. З іншого боку, соціологічне дослідження завжди має елемент суб'єктивізму через обмежену кількість респондентів і те, що їхня оцінка є суб'єктивною, особливо на ті запитання анкети, які мають неформалізований характер.

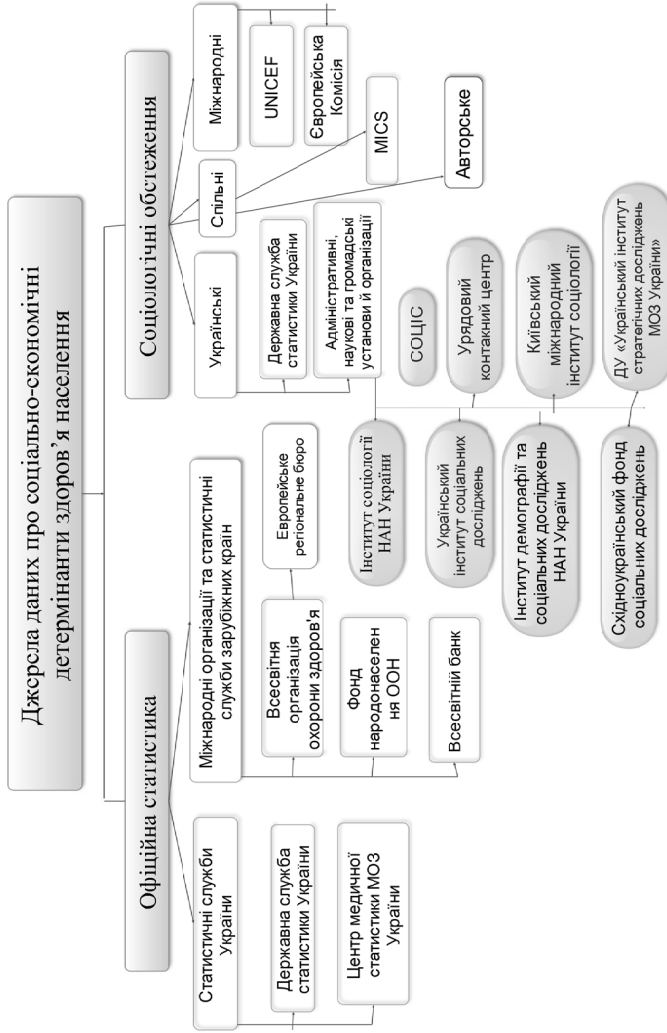


Рис. 2.1. Джерела даних про соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України

Джерело: власна розробка автора

Проте поєднання даних офіційної статистики та соціологічних обстежень забезпечує більш реалістичну оцінку стану здоров'я населення.

До соціологічних обстежень українських установ і організацій, які використано у монографії, належать обстеження Державної служби статистики України («Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги» та «Соціально-економічна характеристика домогосподарств», 2008–2016 рр.), Урядового контактного центру («Актуальні питання галузі охорони здоров'я та медичних закладів»; «Забезпечення населення лікарськими засобами», 2014 р.), Київського міжнародного інституту соціології («Самооцінка стану здоров'я населенням України», 2013–2016 рр.), Українського інституту соціальних досліджень ім. Олександра Яременка («Стан та чинники здоров'я українських підлітків», 2011 р.), Східноукраїнського фонду соціальних досліджень («Здоров'я населення України та політика у сфері охорони здоров'я», 2010 р.), Інституту соціології НАН України («Моніторинг пілотних проектів інформаційних кампаній за компонентами «Туберкульоз» та «ВІЛ/СНІД», 2006 р.) та інші. Найбільш масштабним зарубіжним обстеженням по Україні є соціопитування UNICEF («Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств», 2012 р.)¹.

Другий етап. Вихідна статистична інформаційна база для оцінювання СЕД, які можуть визначати здоров'я українців, є дещо обмеженою. Це стосується більшості з цих детермінант. За одними з них є офіційні статистичні дані, однак через суб'єктивні чи об'єктивні причини вони не відображають повною мірою реальної ситуації. Це насамперед стосується доходів та частково зайнятості населення, облік яких не досконалий, адже частина доходів приховується і значна частина тих осіб, які працюють, отримує доходи, більші за

¹ Спільно з Державною статистикою України.

офіційні. Частина працюючого населення взагалі не облікована та вважається незайнятою, хоча насправді це не так. Проте офіційні дані й надалі залишаються основним джерелом та є найбільш репрезентативними. Для оцінювання рівня доходів населення як складника СЕД його здоров'я, було використано збірники-щорічники: «Доходи та витрати населення за регіонами України», «Самооцінка домогосподарствами України рівня своїх доходів», «Соціальні індикатори рівня життя населення», «Регіони України»; для оцінювання рівня зайнятості: «Економічна активність населення України», «Праця України», «Ринок праці» та інші; для аналізу умов праці: «Стан умов праці найманих працівників» та «Праця України»; для визначення рівня умов проживання: «Житловий фонд України».

Деякі СЕД за допомогою офіційної статистики оцінити фактично неможливо, адже оперативної статистичної інформації за індикаторами, що їх характеризує, нема. Зокрема, це стосується рівня освіти, облік якого передбачений лише під час перепису населення (останній відбувся в Україні в 2001 р.). Поточний офіційний облік здійснюється тільки за показниками діяльності навчальних закладів, такими як: їхня кількість, кількість учнів (вихованців, студентів) та вчителів (вихователів, викладачів) у них тощо. Ці показники не надто інформативні з позиції оцінки впливу на здоров'я. Інформація щодо них відображена в офіційних виданнях ДССУ: «Основні індикатори діяльності вищих навчальних закладів України», «Загальноосвітні навчальні заклади України», «Підготовка наукових кадрів», «Продовження навчання та здобуття професії», «Дошкільна освіта України», «Національні рахунки освіти в Україні». Однак нині є суттєва нестача даних, за якими можна оцінити стан санітарної грамотності, що відіграє важливу роль у системі профілактики та збереження здоров'я населення.

Корисною для оцінювання здоров'я населення є інформація про умови раннього періоду життя (РПЖ) (до 18 років). Інформацію про умови, в яких зараз ростуть діти та підлітки, також отримано з джерел ДССУ: «Діти, жінки та сім'я в Україні», «Захист дітей, які потребують особливої уваги суспільства» тощо. Однак цю інформацію надає ДССУ лише останні 6 років. Відповідно інформацію для оцінювання впливу РПЖ на здоров'я у дорослому житті можна отримати лише за допомогою соціологічних методів.

Інформація ДССУ теж використана для оцінювання таких СЕД, як гендер (жінки і чоловіки в Україні, гендерні аспекти ринку праці), житлові умови (наявність та основні індикатори роботи споруд для приймання, пропуску, відведення та очищення стічних вод, житловий фонд, квартирний облік і кількість наданих квартир), місце проживання (розподіл населення за типом населених пунктів, регіональний людський розвиток, наявність соціальної інфраструктури, стан злочинності, екологічні індикатори (щорічні національні доповіді про стан навколишнього природного середовища в Україні)) та соціальний капітал (засоби масової інформації, соціальні індикатори рівня життя населення, соціальний захист населення), а також інших детермінант, які є визначальними для здоров'я населення, зокрема розвиток системи охорони здоров'я (заклади охорони здоров'я та національні рахунки охорони здоров'я України), культури (заклади культури, мистецтва, фізкультури та спорту України) тощо.

Однак про деякі детермінанти здоров'я населення розгорнутої офіційної статистичної інформації недостатньо. Зокрема, це стосується рівня корупції, у тому числі у сфері охорони здоров'я; ефективності регіонального державного управління; соціальної напруги, індивідуальної поведінки щодо здоров'я; а також деяких аспектів перелічених вище детермінант: рівня соціального капіталу (довіра і солідарність,

соціальні мережі) та умов раннього періоду життя (для осіб, які вийшли з цього періоду).

Під час дослідження СЕД здоров'я використано дані багатьох соціологічних досліджень, у тому числі тих, які регулярно здійснює ДССУ. До найбільш важливих досліджень, які використовувались автором, належать такі: «Самооцінка домогосподарствами рівня своїх доходів», «Доходи та витрати населення за регіонами», «Витрати і ресурси домогосподарств», «Витрати на робочу силу», «Соціально-демографічні характеристики домогосподарств» та інші.

Поміж соціологічних досліджень інших установ і організацій, які використовувались для оцінювання СЕД, необхідно виокремити такі:

1) «Стан корупції в Україні. Порівняльний аналіз загальнонаціональних досліджень: 2007–2009, 2011» (Європейська дослідницька асоціація у співпраці з Київським міжнародним інститутом соціології);

2) «Рейтинг сприйняття корупції» («Transparency International» і «GfK Ukraine», 2015 р.);

3) «Європейське соціальне дослідження «Проект S 130701» (СОЦІС – Центр соціальних та маркетингових досліджень) та інші.

З метою уточнення та доповнення даних про стан здоров'я населення України та СЕД, які його визначають, у серпні 2015 р. спільно з УЦВГД «Соціоінформ» було проведено моніторинг здоров'я населення України та детермінант, якій його визначають у формі формалізованого інтерв'ю. Проведення такого дослідження було зумовлено обмеженістю інформації про:

- стан захворюваності населення;
- рівень індивідуальної відповідальності населення за власне здоров'я;

– розподіл здорового/нездорового населення за соціальними групами, доходами, освітою та іншими ознаками;

– окремі аспекти індивідуальної поведінки щодо здоров'я (якість харчування, фізична активність, вживання алкоголю, ризикована сексуальна поведінка тощо);

– ранній період життя населення тощо.

Отримана інформація за результатами інтерв'ю дала змогу краще зрозуміти причини сучасного незадовільного стану здоров'я населення, причинно-наслідкові зв'язки між СЕД та нерівністю щодо здоров'я населення і на підставі цього посилити заходи з його збереження та поліпшення, виокремити пріоритетні напрямки соціально-економічної політики з урахуванням особливостей дії соціально-економічних та інших детермінант на здоров'я населення.

Основними гіпотезами для проведення обстеження були такі:

1) рівень захворюваності населення в Україні є високим;
2) дохід і зайнятість є провідними детермінантами серед тих, які визначають нерівність щодо здоров'я населення України. Вони також значною мірою обумовлюють індивідуальну поведінку щодо збереження власного здоров'я. Люди з високими доходами, стабільною зайнятістю на первинному ринку праці не тільки можуть дозволити собі більш якісне «здорове» харчування, комфортні житлові умови та більш екологічно чисту територію проживання, а й мають менше шкідливих звичок. За припущенням, між рівнем доходів населення, його соціально-економічним статусом (СЕС) та станом здоров'я є високий кореляційний зв'язок;

3) крім доходів і зайнятості, здоров'я населення України визначають інші СЕД, такі як:

- гендер – рівень захворюваності нижчий серед чоловіків, ніж серед жінок;

- місце проживання – рівень захворюваності нижчий у мешканців міських поселень, ніж тих, хто проживає у

сільській місцевості; населення, яке проживає на території з кращою екологічною обстановкою та нижчим рівнем злочинності;

- рівень освіти – рівень захворюваності нижчий серед осіб із вищою освітою;

- рівень культури – стан здоров'я кращий серед осіб, які мають високий рівень культури, зокрема культури здоров'я збереження, віруючих осіб;

- соціальний капітал – розвиток соціальних зв'язків, ефективність та адресність соціальної підтримки, згуртованість і соціальна активність населення позитивно впливають на здоров'я населення;

- рівень соціальної напруженості, що виражається у соціальних конфліктах і стресах, – населення, яке менш уразливе щодо цього, є здоровішим;

4) умови раннього періоду життя людини (як мінімум, до 18 років): рівень доходу в сім'ї, в якій виховувалася людина, якість харчування, можливість відвідувати спортивні гуртки і секції, санаторії та пансіонати для оздоровлення, рівень освіти та виховання є визначальним для її здоров'я впродовж усього майбутнього життя.

Цільова група для опитування охоплювала чоловіків і жінок, які проживають в Україні (за винятком окупованих територій АР Крим та м. Севастополя, а також прифронтової зони Донецької та Луганської областей), віком 18 років і старших. Респонденти, які брали участь в опитуванні, могли в будь-який час відмовитися від нього і не відповідати на запитання без зазначення вказівки причин. Однак таких випадків не було.

Методом дослідження було особисте формалізоване інтерв'ю згідно з анкетною (дод. А).

Розроблена анкета для дослідження містила такі основні блоки запитань:

- оцінювання ролі того чи іншого детермінанта для здоров'я респондента та визначення того, що найбільше вплинуло на стан його здоров'я;
- наявність (відсутність) інвалідності, хронічного чи нехронічного захворювання, його клас²;
- місце у соціальній ієрархії;
- доступність та якість медичних товарів і послуг;
- рівень фізичної активності, формування соціального капіталу;
- характеристика умов та місця проживання;
- наявність стресових ситуацій;
- якість харчування;
- наявність шкідливих звичок і ризикованість сексуальної поведінки;
- умови раннього періоду життя;
- соціально-демографічна характеристика респондента (вік, стать, шлюбний стан, освіта, дохід, зайнятість, національність, належність до релігійних конфесій).

Метод опитування, який був використаний під час проведення дослідження, – індивідуальний, у помешканні респондентів.

Вибірка обстеження – багатоступенева, стратифікована з використанням випадкового відбору респондентів на останньому щаблі. Квотами у вибірці були вік і стать.

Вибірка складалася з 1200 мешканців України віком від 18 років і старших, репрезентативна за статтю, віком, регіоном та розміром поселення. Багатоступеневий метод відбору був використаний за випадковим маршрутом.

Процедура збору даних. Дослідження проводилося по всій території України (за винятком окупованих територій: Криму і частини Донбасу) у серпні 2015 р.

² Спільно з Державною службою статистики України.

Організація опитування.

Перший етап: були визначені 25 офіційних адміністративних регіонів України (24 регіони України та м. Київ). У кожній області відібрано кількість респондентів, пропорційну до кількості населення.

Другий етап: відбір поселень на основі міст і сіл. Міста були згруповані за двома типами: міста, які є обласними центрами, та інші.

Міста і села були обрані за допомогою методу випадкової вибірки. Кількість обраних міст / сіл у кожному з регіонів була пропорційна до частки населення, яке проживає в містах / селах певного типу в кожному регіоні.

Третій етап: випадковим чином обиралась вулиця для проведення опитування.

Четвертий етап: випадково відбирали мешканців за пропорційно-квотною вибіркою. Квотами в дослідженні були такі дві соціально-демографічні характеристики: стать і вік.

Житлові будинки та квартири інтерв'юери мали право вибирати довільно, але з певними обмеженнями, яких інтерв'юери мали дотримуватись.

Інтерв'юери, отримавши завдання, мали провести опитування в певному районі, відбирати респондентів, які проживають на заздалегідь відібраних вулицях.

Опитування потрібно було проводити за місцем проживання респондентів, у тому числі в гуртожитках. Завітавши до оселі, інтерв'юери мали право опитувати будь-яку особу, яка постійно проживає в ній і характеристики якої збігаються із зазначеними у завданні. Наявність прописки, форма власності на це помешкання (господарі чи квартиронаймачі) не мали значення. Головна умова – фактичне місце проживання респондента у помешканні, де здійснювалось опитування.

В одній квартирі/одноквартирному будинкові або одному гуртожиткові мали право опитати тільки одну особу. В багатоквартирному будинку, що має до 50 квартир, мали право опитати не більше однієї особи. У багатоквартирному будинку, що має понад 50 квартир, мали право опитати не більш як одну особу на кожні 50 квартир. Інтерв'юери не мали права опитувати громадян інших країн, осіб без громадянства (для цього проводився скринінг), а також гостей, знайомих, родичів, які завітали до господарів.

Після закінчення фази поля був проведений контроль за роботою інтерв'юерів (10%). Відхилень у виконанні методології інтерв'ювання не виявлено.

Похибка не перевищує 3% для України загалом.

Результати інтерв'ю опрацьовані за допомогою програми «SPSS».

Охоплення вибірки та характеристики респондентів.
З 1200 опитаних респондентів було 657 жінок. Це становить 54,8%, що повністю відповідає офіційному середньоукраїнському показникові Державної служби статистики України (ДССУ) за станом на 1.08.2015 р. Було опитано 795 мешканців міських поселень (66,3% від загальної кількості, що лише на 3% менше від значення офіційного показника). Незначним є також відхилення від офіційних даних щодо розподілу респондентів за статтю, віком і типом поселення (табл. 2.1).

Загалом під час опитування збережено пропорції розподілу населення за регіонами України (областями та м. Київ). Суттєва відмінність простежується тільки по Донецькій і Луганській областях, оскільки це пов'язано з тим, що лише на частині цих територій здійснювалось обстеження.

Таблиця 2.1

Розподіл респондентів за статтю та типом поселень

Тип поселення	Одиниця виміру	Стать		Усього
		Чоловіча	Жіноча	
Міські поселення	Осіб	359	436	795
	% тип поселення	45,2%	54,8%	100,0%
	% стать	66,1%	66,4%	66,3%
Сільська місцевість	Осіб	184	221	405
	% тип поселення	45,4%	54,6%	100,0%
	% стать	33,9%	33,6%	33,8%
Разом	осіб	543	657	1200
	% тип поселення	45,2%	54,8%	100,0%
	% стать	100,0%	100,0%	100,0%

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Розподіл опитаних за статтю та віком, який представлений на рис. 2.2, демонструє незначні розходження із реальною статеві-віковою структурою населення України. Найбільша відмінність полягає у тому, що частка опитаних осіб, яким на час опитування було понад 69 років, дещо менша, ніж у реальній статеві-віковій структурі населення України (на 4,9%). Це пов'язано з доцільністю зосередження уваги на населенні працездатного віку.

Більшість опитаних мала середню та середньоспеціальну освіту (62,4%) (рис. 2.3). Порівняння з даними офіційної статистики по Україні щодо цього питання зробити неможливо

через відсутність даних, які характеризують рівень освіти населення. В останнє такі дані були зібрані під час Перепису населення України у 2001 р. і на даний час втратили актуальність. Цей факт збільшує цінність отриманих даних під час авторського дослідження.

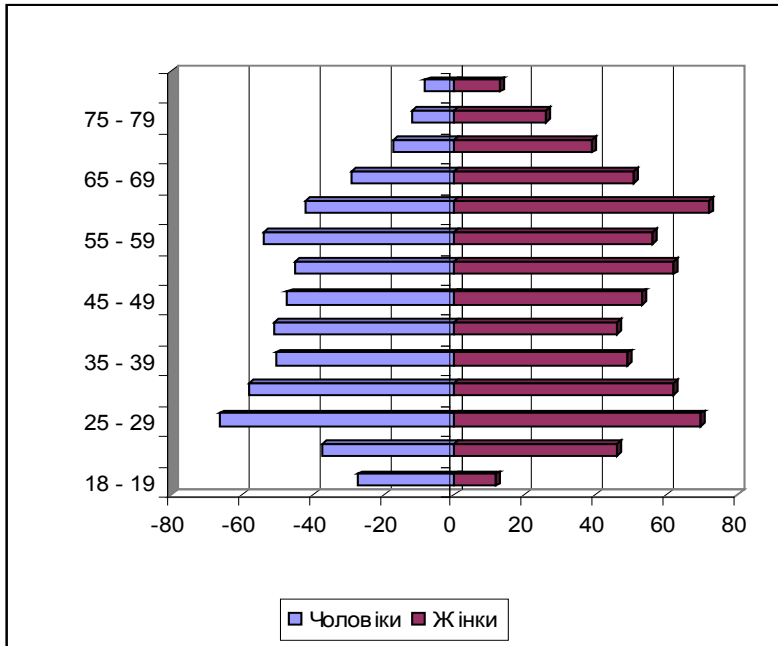


Рис. 2.2. Статтєво-вікова піраміда опитаних респондентів

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

За національним складом респондентів розподілено таким чином: 87,8% – українці, 7,8% – росіяни та 2,4% – особи інших національностей; за релігійним: 61,7% – православні, 11,2% – католики, 7,8% – атеїсти, 6,6 – представники інших конфесій, 7,8% – конфесійно не визначились. Розподіл за

релігійним і особливо національним складом, можливо, не настільки суттєво, як наприклад, розподіл за освітою, впливає на нерівність щодо здоров'я населення. Однак не враховувати їх не варто, адже, наприклад, певна частина досліджень [2; 3] вказує на існування взаємозв'язку на популяційному рівні належності до релігії і вищих показників здоров'я.

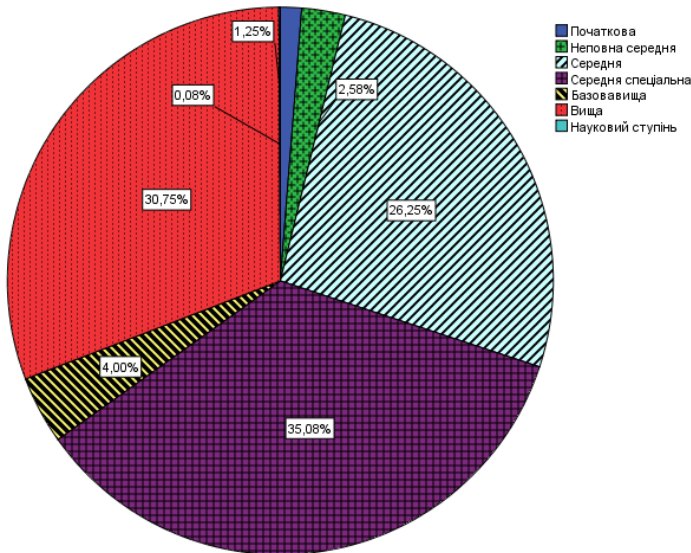


Рис. 2.3. Розподіл опитаних за рівнем освіти

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Отже, існує достатньо велика кількість джерел, які можна використовувати для оцінювання впливу СЕД на здоров'я та нерівність щодо здоров'я населення. Відсутність необхідної інформації з офіційних джерел доцільно доповнити соціологічними дослідженнями, зокрема авторським. Його можна розглядати як один з компонентів оцінювання якісного і кількісного впливу СЕД на здоров'я та нерівність щодо

населення, що відповідно є необхідним атрибутом сучасної політики охорони здоров'я.

2.2. Система індикаторів здоров'я населення та соціально-економічних детермінант, що його визначають

Враховуючи широкий спектр детермінант, які можуть зумовлювати нерівність у здоров'ї, та індикаторів, що їх характеризують, з одного боку, а також варіативність індикаторів власне здоров'я населення – з іншого, потрібно виважено підходити до відбору цих індикаторів. По-перше, первинні дані, на основі яких вони сформовані (джерела походження), мають мати високу надійність. По-друге, індикатор має бути ілюстративним і яскраво характеризувати об'єкт дослідження. Крім цього, під час розробки методологічних засад соціально-економічної детермінованості здоров'я важливим є системний підхід, який дає змогу розглядати соціально-економічне середовище та здоров'я населення як єдину взаємопов'язану і взаємозумовлену систему, в якій покращення одного з компонентів приводить до поліпшення іншого, й навпаки.

Відвибору індикаторів залежать масштаб та об'єктивність оцінки стану здоров'я населення та СЕД, що зумовлюють його нерівність серед населення на подальшому етапі дослідження та у підсумку, формування базисних принципів політики соціальної справедливості щодо здоров'я населення та розробка моделі розвитку системи охорони здоров'я на основі СЕД, які його визначають.

Беручи до уваги те, що здоров'я є інтегрованим показником стану людини (див. розділ 1), з метою діагностики стану здоров'я населення та його СЕД доцільно використовувати комплексний підхід з широким спектром індикаторів.

Проте відповідно до завдань дослідження, які пов'язані з визначенням детермінант здоров'я, що зумовлюють стан здоров'я населення певного віку, статі, регіону тощо, моніторинг СЕД здоров'я населення доцільно здійснювати в межах конкретної соціально-економічної системи: держави, регіону, поселення, соціальної групи. Важливим атрибутом такого моніторингу є не тільки традиційні індикатори його стану та динаміки (рівень смертності, захворюваності та інвалідності), а також ті, які пов'язані з соціально-економічною зумовленістю здоров'я населення (рівень доходів, зайнятості, освіти, СЕС, умови та місце проживання, доступність і якість медичного обслуговування тощо), індивідуальною відповідальністю за власне здоров'я (спосіб життя). Крім того, індикатори важливо розглядати за демографічними ознаками: вік, стать, шлюбний стан тощо.

Регіональним бюро ВООЗ затверджена нова європейська політика «Здоров'я – 2020», спрямована на поліпшення стану здоров'я, підвищення рівня добробуту населення, скорочення нерівності у здоров'ї і розвиток системи охорони здоров'я, орієнтованої на людину. В рамках цієї політики експертами Регіонального бюро ВООЗ було розроблено індикатори, за якими будуть оцінюватись цільові орієнтири політики [4]. До них, зокрема, належать такі:

- СКС (особи віком 30–70 років) для 5 груп основних неінфекційних захворювань: серцево-судинні захворювання, злоякісні новоутворення, цукровий діабет, хронічні респіраторні захворювання, хвороби органів травлення (з розбивкою за статтю);

- СКС від усіх зовнішніх причин і травм (з розбивкою за статтю);

- СКС від усіх причин (з розбивкою за віком і статтю);

- малюкова смертність на 1000 живонароджених (з розбивкою за статтю);

- середня очікувана тривалість життя при народженні (СОТЖ) (з розбивкою за статтю), кількість майбутніх років

здорового життя особи віком 65 років (СОТЗЖ) (з розбивкою за статтю);

- стандартизована за віком поширеність вживання тютюну на даний час (охоплює щоденне, нещоденне та епізодичне куріння) серед осіб віком 18 років і старших;

- загальне (враховане і невраховане) споживання алкоголю на душу населення віком 15 років і старших (у літрах чистого спирту) протягом календарного року;

- стандартизована за віком поширеність надлишкової маси тіла та ожиріння серед населення віком 18 років і старших (за можливістю з розбивкою за віком і статтю); окремо для показників, отриманих у результаті вимірювань і за самооцінкою;

- відсоток дітей, які вакциновані проти кору, поліомієліту (3 дози до моменту досягнення віку 1 року) і краснухи (1 доза до моменту досягнення дворічного віку);

- частка дітей у віці, який офіційно встановлений для проходження початкового шкільного навчання, які не відвідують школу (з розбивкою за статтю);

- рівень безробіття (з розбивкою за віком та статтю);

- наявність розробленої та задокументованої національної та/або субнаціональної політики щодо скорочення нерівності у здоров'ї;

- коефіцієнт Джині (розподіл доходу);

- задоволеність життям (з розбивкою за віком та статтю);

- можливість отримання соціальної підтримки;

- відсоток населення, що проживає у помешканнях із поліпшеними санітарними умовами;

- витрати домогосподарств на пряму оплату послуг як частка загальних витрат на охорону здоров'я;

- загальні витрати на охорону здоров'я (як відсоток від ВВП).

Серед індикаторів, які розглядалися попередньо, варто виокремити рівень злочинності та якість повітря. Групи експертів не змогли вибрати ці індикатори, оскільки не було

виявлено жодного джерела даних для достатньої кількості держав-членів.

Наведений перелік індикаторів, з одного боку, є підґрунтям для оцінювання стану здоров'я населення та його СЕД, а з іншого – для розробки цільових орієнтирів національних і регіональних програм охорони здоров'я та оцінювання ефективності їхньої реалізації. Звернення до цих індикаторів у дослідженні є необхідним та обґрунтованим з позиції розробки автором індикаторів, які дають змогу здійснити моніторинг стану здоров'я населення України та СЕД і визначити його нерівність на даний час та у майбутньому. Запропоновані індикатори мають, з одного боку, бути автентичними, тобто відповідати специфіці вітчизняної статистики, сучасній системі охорони здоров'я, соціально-економічній ситуації, рівню стратифікації населення, його ментальності та способу життя тощо. З іншого боку, беручи до уваги європейський вектор розвитку українського суспільства, розроблені індикатори мають враховувати пропозиції експертів ВООЗ, пов'язані з виокремленням системи індикаторів, за якими можна здійснювати моніторинг здоров'я населення європейського регіону.

Для відбору індикаторів, за якими буде здійснюватись оцінювання значущості тих чи інших СЕД для здоров'я населення, використано такі критерії і принципи:

- 1) відповідність індикаторів меті та завданню дослідження;
- 2) урахування систематичної доступності відповідних даних та їхньої непридатності для щорічних розрахунків;
- 3) надійність першоджерел інформації;
- 4) достатність статичної та динамічної варіації;
- 5) обмеження у кількості обраних індикаторів з метою покращення розрахунків та отримання надійних фактичних результатів;

6) використання індикаторів СЕД здоров'я населення крізь призму основних демографічних показників, у тому числі статево-вікової структури населення;

7) стандартизація за віком усіх значень індикаторів смертності населення;

8) розбивка індикаторів стану здоров'я населення за віком, статтю, типом місцевості, а також за соціально-економічними групами (за можливістю);

9) виокремлення у кожній підгрупі індикаторів, де їхній перелік становить більш ніж один, основних і додаткових. У разі наявності лише одного індикатора в групі вважати його основним. Основні індикатори є базовим мінімумом для проведення оцінювання на регіональному рівні, а додаткові – на національному, а також для можливого використання у майбутньому.

Варто зауважити, що в остаточному переліку індикаторів, який буде сформовано після проведення розрахунків, пов'язаних з оцінюванням впливу тих чи інших СЕД на стан здоров'я та нерівності щодо здоров'я, їхня кількість має бути мінімальною. В остаточний перелік мають увійти ті індикатори, детермінанти яких визначають здоров'я найбільше (мають найвищі значення кореляції чи оцінки шансів).

Оцінка СЕД нерівності у стані здоров'я населення містить дві групи індикаторів: індикатори стану здоров'я населення та індикатори СЕД, які зумовлюють його стан (рис. 2.4).

Індикатори стану здоров'я поділяють на п'ять підгруп: індикатори смертності (1), захворюваності (2) та інвалідності (3) населення, а також інтегральні індикатори (4), розраховані за таблицями смертності (СОТЖ та очікувана тривалість здорового життя (СОТЗЖ) і самооцінка стану здоров'я населенням (5).

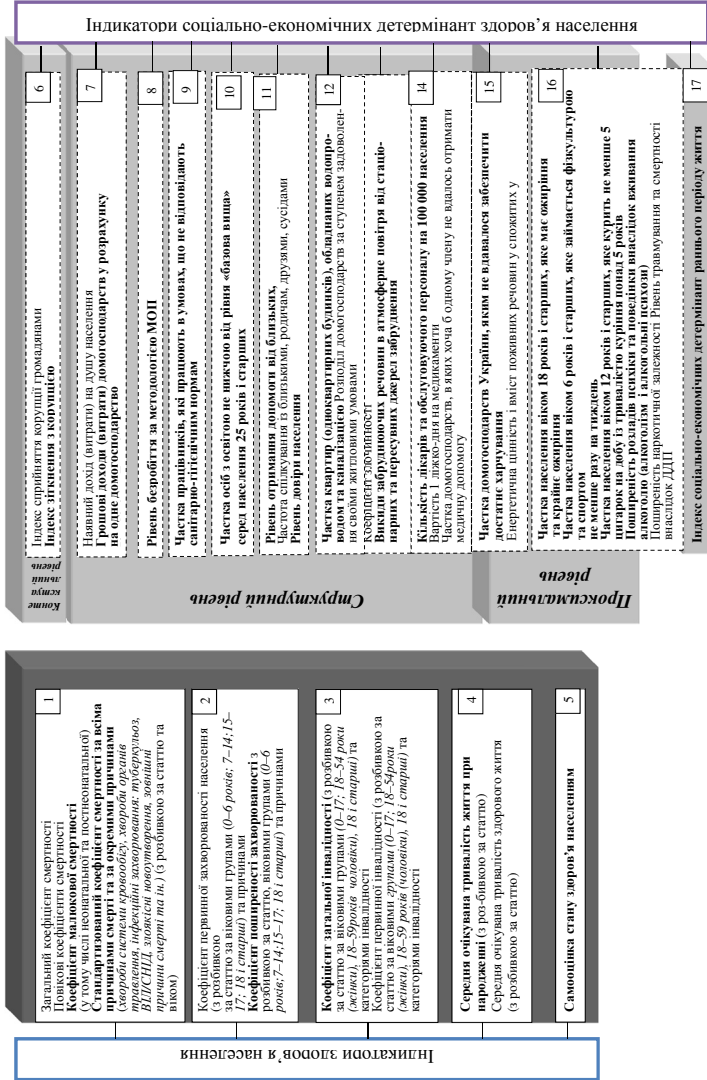


Рис. 2.4. Система індикаторів соціально-економічних детермінант здоров'я населення України

Джерело: власна розробка автора.

Група індикаторів СЕД значно ширша від попередньої та нараховує 12 підгруп, зокрема: доходу та його розподілу (6), зайнятості (7), умов праці (8), умов проживання (9), освіти (10), умов раннього періоду життя (11), соціального капіталу (12), місця (території) проживання (13), доступності та якості харчування (14), відповідальності та індивідуальної поведінки щодо власного здоров'я (15), доступності та якості медичних товарів і послуг (16) та суспільно-політичні (17).

Вважаємо, що рекомендовані індикатори є найбільш інформативними та здебільшого відповідають тим, які запропоновані експертами Регіонального бюро ВООЗ у політиці «Здоров'я – 2020». Так $\frac{3}{4}$ індикаторів, які представлені у програмному документі цієї політики, загалом вміщені у переліку тих, які виокремлені для оцінювання СЕД здоров'я населення України (див. рис. 2.4). Це важливо з позиції адаптації названої політики в Україні та активної участі нашої країни в її реалізації.

Індикатори здоров'я населення відображають його динаміку, тренди і стан на час дослідження. Необхідним аспектом, який зумовив вибір індикаторів здоров'я, є поєднання інформації не тільки про захворюваність та інвалідність, як це часто висвітлюється, зокрема у медико-соціальних дослідженнях [5; 6; 7], та не тільки інформацією про смертність з розрахунком інтегральних індикаторів (СОТЖ та СОТЗЖ³), на що здійснюється наголос у демографічних дослідженнях [8; 9], а їхнє поєднання, комплексне оцінювання та визначення на основі цього комплексного індикатора стану здоров'я населення. Останній дасть змогу оцінити регіональну диференціацію стану здоров'я населення, здійснити групування регіонів за цією ознакою та розробити регіональні програми охорони здоров'я

³ Можливе використання також інших інтегральних індикаторів, наприклад СОТЖ без інвалідності.

з урахуванням СЕД, які є визначальними для здоров'я населення в регіоні на даний час. Для цього необхідним атрибутом є наявність інформації та відбір індикаторів для окремих регіонів.

Крім цього, для більш ґрунтовного та об'єктивного оцінювання стану здоров'я населення та СЕД, які його визначають, необхідно розглядати їхні відмінності за статтю (за всіма індикаторами) та вікові (за індикаторами смертності, захворюваності та інвалідності⁴).

Незважаючи на те, що класичні показники, які характеризують стан здоров'я населення (смертність, захворюваність, інвалідність), за своїм змістом є протилежними поняттями щодо здоров'я і формують уявлення переважно про «нездоров'я», проте за допомогою них багато років оцінюють стан здоров'я населення. Така ситуація пояснюється тим, що облік смертей, інвалідів, хвороб та (або) хворого населення певним чином налагоджений. Методики оцінювання масштабів «здорового» населення немає. Це можливо здійснити лише суб'єктивно шляхом опитування або емпірично, ґрунтуючись на власному досвіді дослідника. Для розрахунків зв'язку «детермінанти – здоров'я населення» цього не достатньо. Для оцінювання СЕД нерівності у стані здоров'я населення пропонуємо застосовувати індикатори смертності, захворюваності та інвалідності з розбивкою за статтю, віком, основними причинами та регіонами.

Індикатори смертності населення. Смертність як індикатор здоров'я населення є, на думку М. Бідного, «... найважливішим та найбільш точним критерієм. За динамікою різних похідних смертності (середньої тривалості життя, числа доживаючих, повікових коефіцієнтів смертності, смертності від окремих причин і т. ін.) можна судити про життєвий по-

⁴ Захворюваність та інвалідність за віковими групами за даними стратегічного обліку.

тенціал населення, його працездатності і добробуту» [10, с. 22]. При цьому домінуючий вплив на динаміку показників смертності мають СЕД. Багато інших науковців із різних країн також розглядають смертність як невід'ємну складову оцінки стану здоров'я населення, зокрема С. Аллін [11], Н. Левчук [12], Е. Лібанова [8], Н. Петрова [13], Н. Рингач [14]. Такі дослідження, в яких стан здоров'я населення досліджується з урахуванням смертності є важливими, оскільки смертність як індикатор здоров'я населення дає змогу отримати більш реалістичну картину стану здоров'я населення, ніж оцінювання захворюваності.

З позиції оцінювання СЕД здоров'я населення дослідження повікових коефіцієнтів смертності та стандартизованих коефіцієнтів смертності за причинами смерті необхідно здійснювати з урахуванням того, що смертність, як і захворюваність, має ендегенне або екзогенне походження.

СЕД насамперед визначають рівень екзогенної смертності, яка пов'язана з впливом на організм людини зовнішнього середовища. При цьому ендегенна смертність, яка має спадково-генетичну природу або пов'язана з природним процесом розвитку і старіння організму, також частково визначається ними. Зокрема, ендегенну смертність поділяють на власне ендегенну та квазіендегенну [15; 185], зумовлену кумулятивними екзогенними чинниками. Ці чинники, наприклад, можуть впливати на майбутнє здоров'я людини, попередньо впливаючи на здоров'я її батьків, чи мати кумулятивний накопичувальний ефект протягом життя людини.

Відповідно індикатори квазіендегенної смертності в контексті дослідження СЕД мають важливу інформацію. Найбільш актуально це при дослідженні малюкової смертності, адже встановлено, що смертність дитини у різні періоди до одного року зумовлена різними детермінантами

(у неонатальному періоді переважають біологічні, у постнеонатальному – соціальні). Цим фактом зумовлена необхідність використання як індикаторів здоров'я не тільки коефіцієнта малюкової смертності, а окремо коефіцієнтів ранньої неонатальної, пізньої неонатальної та постнеонатальної смертності.

Стандартизовані коефіцієнти смертності (СКС) як за всіма, так і за окремими причинами смерті, можуть бути більш інформативними з позиції оцінки здоров'я за загальний чи повікові коефіцієнти смертності, адже нівелюють вплив статево-вікової структури населення на смертність і можуть бути використані для порівняння рівня смертності між Україною та іншими країнами, а також між регіонами України, мешканцями міських поселень та сільської місцевості, чоловіками та жінками тощо. Крім цього, СКС є найбільш оптимальним для побудови індексу здоров'я населення.

Індикатори захворюваності. Серед українського населення збільшується частка осіб, які страждають на різні захворювання, що не приводять протягом багатьох років до смертельних наслідків, особливо це стосується жінок. Як підсумок, відбувається зростання кількості хронічних хворих як в абсолютному, так і у відносному виразі. Отже, дослідження параметрів захворюваності, її динаміки та структури в окремих демографічних та соціальних групах, причин та детермінант є необхідною умовою для розробки заходів щодо покращення стану здоров'я населення.

Слід зауважити, що статистика захворюваності, особливо первинної, на відміну від смертності, не повною мірою відображає реальну картину стану здоров'я через широкий спектр причин:

– не всі хворі звертаються за медичною допомогою, а тому частина хвороб не обліковується. Наприклад, як правило, рідше звертається за медичною допомогою в разі

хвороби населення із більш низьким СЕС, чоловіки порівняно із жінками тощо;

- подекуди під час обліку захворюваності в сукупність хворих не зараховують людей, захворювання яких не діагностовано лікарем;

- масштаби звертань за медичною допомогою залежать від чинників, які не мають відношення до захворюваності (наприклад, територіальна доступність медичної допомоги або ступінь розвитку та спеціалізації лікувально-профілактичної мережі тощо);

- не всі приватні медичні установи подають повні відомості про звернення пацієнтів;

- можливі дублювання даних про пацієнтів з приводу однієї і тієї самої причини захворюваності, що може відбуватись при зверненні пацієнтів за медичною допомогою відразу в різні лікарняні установи;

- в Україні відсутня єдина база даних інформації про пацієнтів, яка б дала змогу більш повно відображати стан справ з первинною захворюваністю та поширеністю хвороб;

- в обласних центрах порівняно з районними центрами чи сільськими громадами звернень більше через наявність у них медичних закладів, які обслуговують населення області;

- зростання показників захворюваності іноді є наслідком поліпшення діагностики або широти охоплення населення диспансеризацією та інших причин.

У зв'язку з цим використання показників захворюваності як індикаторів здоров'я можливе лише за умови, коли її оцінюватимуть комплексно (первинна захворюваність та поширеність захворюваності; захворюваність на інфекційні та неінфекційні хвороби) з розбивкою на демографічні, соціальні та територіальні ознаки з різних джерел інформації: за узагальненими даними ДССУ на основі реєстрації захворювань, що здійснюється в державних лікувально-

профілактичних закладах, та за даними соціологічних обстежень, що проводяться як експертами ДССУ, так й іншими дослідниками.

Інтегральні індикатори. Найбільш поширеним інтегральним індикатором здоров'я населення є СОТЖ (*Life expectancy*), який відображає рівень загальної смертності населення та підсумовує переважаючі показники смертності за всіма віковими групами. За своєю інформативністю це один із базових індикаторів рівня добробуту держави та добробуту населення.

Можливість різних співвідношень значень СОТЖ і СОТЗЖ (*HALE*) або очікувана тривалість життя без інвалідності (СОТЖБІ) (*LEFD*) в динаміці дає змогу припустити три сценарії майбутнього здоров'я населення:

1. Якщо тривалість життя буде збільшуватися більш швидким темпом, ніж тривалість здорового життя, можна вести мову про посилення захворюваності та погіршення здоров'я живих.

2. Якщо тривалість життя буде збільшуватися повільніше, ніж тривалість здорового життя, це свідчатиме про зменшення захворюваності. Така ситуація спостерігається зараз у США.

3. Рівномірне збільшення тривалості життя і відтермінування всіх хворобливих станів у старший вік. Така рівновага індикаторів здоров'я населення спостерігається у Франції, де збільшення тривалості життя за останні десятиріччя супроводжувалося паралельним збільшенням тривалості життя без інвалідності за умови стабільності тривалості життя без хронічних захворювань [16; 17].

Від того, за яким сценарієм розвивається ситуація щодо співвідношення темпів зростання (скорочення) СОТЖ та СОТЗЖ (СОТЖБІ), залежить вироблення пріоритетних напрямків політики у сфері охорони здоров'я. Важливо захо-

пити як фатальні, так і нефатальні наслідки для здоров'я в узагальнюючому показнику середнього рівня здоров'я населення. Власне тому СOTЗЖ активно використовується ВООЗ і його підрозділом в Європейському Союзі (ЄС) для моніторингу ситуації у сфері здоров'я в різних країнах і розробки практичних рекомендацій щодо збільшення його середнього рівня, як і зменшення диференціації щодо нього. Відповідно при оцінюванні СЕД здоров'я населення як індикатор здоров'я доцільно використовувати, крім СOTЖ, такий інтегральний показник, як СOTЗЖ.

За визначенням ВООЗ, СOTЗЖ – це середня кількість років, які людина може прожити в стані «повного здоров'я», беручи до уваги роки, які прожиті у стані «неповного здоров'я» через хворобу і / або травми. При цьому єдиної думки щодо того, за якими критеріями обчислювати «нездоров'я», через яке скорочується СOTЗЖ, немає. А. Рамонов [18] використовує для цього репрезентативні для населення (регіону) дані опитувань, які містять питання про різні стани здоров'я індивіда. Експерти ВООЗ еквівалентні втрати здорових років, необхідних для розрахунку СOTЗЖ, оцінюють як суму всіх років, втрачених через інвалідність на душу населення з поправкою на незалежну коморбідність за віком, статтю та країною [19]. У цьому разі СOTЗЖ буде близькою за своїм значенням до СOTЖБІ. Інформація ж про рівень інвалідності не завжди відповідає реальності, адже питання про те, хто визначає і вимірює рівень інвалідності та яким чином це робиться, часто залишається відкритим. Зокрема, в Україні рівень інвалідності може бути завищений, оскільки оформлення стану інвалідності (а в деяких випадках лжеінвалідності) для багатьох українців є чи не єдиною можливістю отримати дохід. Крім цього, критерії визначення стану інвалідності та механізму призначення пенсії у зв'язку з інвалідністю є недосконалими, що також певним чином впливає на показники статистичних даних про інвалідність.

Однак спосіб визначення СОРЗЖ за оцінюванням втрачених років життя через інвалідність є більш об'єктивним, ніж за результатами суб'єктивних самооцінок населенням стану свого здоров'я. Отже, СОРЗЖ, які і коефіцієнти інвалідності (загальної інвалідності та первинної інвалідності), доцільно використовувати як індикатори стану здоров'я населення під час оцінювання його СЕД.

Як зазначалось, група індикаторів СЕД охоплює 12 підгруп. У зв'язку із цим та обмеженими рамками дослідження доцільно здійснити характеристику тільки основних індикаторів з цих підгруп.

Індикатори доходу та його розподілу. Доходи населення, їхня диференціація є одним із найважливіших соціально-економічних індикаторів, який характеризує ступінь нерівномірності розподілу матеріальних і духовних благ між членами суспільства і відповідно нерівномірність у стані фізичного та психічного здоров'я населення.

Найбільш поширеним показником оцінювання доходу населення та його розподілу в Україні є показник наявного доходу населення – максимального обсягу грошових доходів, які призначені для використання домашніми господарствами на придбання споживчих товарів та оплату послуг. Вони містять оплату праці, прибуток, змішаний дохід, сальдо доходів від власності, соціальні допомоги, інші одержані поточні трансферти в грошовій формі за винятком сплачених, зокрема поточних податків на доходи та майно [20]. Власне обсяг наявних доходів визначає можливість населення жити у комфортних умовах, забезпечити якісне харчування, придбати медичні товари тощо. Отже, показник наявних доходів на душу населення може бути індикатором СЕД нерівності щодо здоров'я.

Разом з цим, дедалі більше як серед зарубіжних, так і серед українських науковців, для оцінювання добробуту

населення використовуються показники не доходів, а витрат. Відповідно як індикатор СЕД нерівності у стані здоров'я населення варто використати показник грошових витрат домогосподарств у розрахунку на одне домогосподарство, які складаються з суми споживчих та неспоживчих грошових витрат. Грошові витрати містять суми, фактично сплачені домогосподарством за відповідними статтями, і не враховують вартість натуральних надходжень, безготівкові пільги та субсидії [21]. Для порівняння впливу останніх можна використати як індикатор сукупні витрати, які складаються з суми споживчих та неспоживчих сукупних витрат (фактично сплачені грошові витрати домогосподарства, вартість натуральних надходжень, суми пільг та безготівкових субсидій) [21]. Окремим важливим аспектом дослідження грошових витрат є витрати на освіту, охорону здоров'я, житло та інші складові СЕД здоров'я населення.

Третім індикатором обрано коефіцієнт Джині, який характеризує розподіл доходу, дає змогу отримати більш глибоке уявлення про соціальну нерівність загалом і у разі охорони здоров'я зокрема. За допомогою коефіцієнта Джині вимірюють ступінь розподілу доходів (або в деяких випадках споживчих витрат) серед окремих осіб або домогосподарств, що відхиляється від ідеально рівномірного [4, с. 46]. Розрахунок коефіцієнта Джині проводиться на підставі даних про розподіл домогосподарств за рівнем середнього на домогосподарство доходу. Після того, як сукупність одержувачів доходів буде поділена на 5 рівних квинтильних груп, визначається, якою часткою доходу володіє кожна група домогосподарств. Коефіцієнт Джині є одним з основних індикаторів нерівності, тому його доцільно використовувати для виявлення залежності між нерівністю у доходах та нерівністю у стані здоров'я населення (наприклад, нерівністю у СОТЖ).

Індикатори зайнятості. Найбільш інформативним та поширеним у використанні показником зайнятості в європейській статистиці є рівень безробіття, розрахований за методологією МОП. За допомогою нього можна порівняти рівень безробіття різних груп населення, у різні періоди та регіональні особливості безробіття. Абсолютна та відносна оцінка безробіття та запровадження заходів щодо його зниження є вагомим внеском у скорочення нерівності щодо здоров'я та покращення загальних показників здоров'я і добробуту [4, с. 46]. Враховуючи це, рівень безробіття, розрахований за методологією МОП, варто використати як індикатор оцінки впливу СЕД на стан здоров'я населення.

Індикатори умов праці. Значну частину свого життя людина проводить на роботі. Відповідно умови праці не можуть не впливати на стан здоров'я. Цей факт зумовлює введення умов праці в перелік СЕД здоров'я населення, а частку працівників, які працюють в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, – у реєстр індексів СЕД. До працівників, які працюють в умовах, які не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, зараховуються ті, які працюють на робочих місцях, де хоча б один шкідливий виробничий чинник перевищує гранично допустиму концентрацію (ГДК) або гранично допустимий рівень виробничого чинника, установлені санітарно-гігієнічними нормами відповідно до Гігієнічної класифікації праці [22, с. 10]. Зазначений показник найбільш оптимальний для використання як індикатора, адже комплексно характеризує стан умов праці та ступінь їхнього впливу на стан здоров'я працівників.

Індикатори комфортності житла. Житлові умови мають забезпечувати захист від небезпек для здоров'я, що пов'язані з довкіллям. Відповідне житло сприяє доброму фізичному і психічному здоров'ю. На даний час частина населення проживає в умовах, які здійснюють зворотний

ефект. Для оцінювання стану житлових умов пропонуємо два індикатори:

– частка квартир (одноквартирних будинків), обладнаних водопроводом та каналізацією (обчислено за даними ДССУ);

частка домогосподарств (населення), задоволених своїми житловими умовами (отримано із двох джерел: за результатами обстежень домогосподарств та авторського соціологічного дослідження⁵);

– розмір площі житлового приміщення, який припадає на одного мешканця.

Такий вибір зумовлений необхідністю врахування як санітарно-гігієнічних умов житлового приміщення, так і загального його комфорту. Санітарно-гігієнічне значення водопроводу та каналізації в життєдіяльності населення є надважливим. Їхня відсутність створює труднощі для підтримки у належному санітарному стані житла, предметів побуту тощо; негативно впливає на стан гігієни, умови відпочинку населення та рівень побуту. Особливо небезпечним є відсутність водопроводу та каналізації через ризик розвитку інфекційних захворювань.

Щодо загального стану житлових приміщень та задоволеності ними населення слід зазначити, що, наприклад, встановлено, що сирі й холодні приміщення відіграють негативну роль в етіології простудних захворювань, ангіни і ревматизму [23, с. 150]. Виникнення патологічних відхилень пояснюється зниженням життєдіяльності організму на ґрунті нервово-трофічних розладів, викликаних посиленням і нерівномірним охолодженням тіла. Недостатність житлової площі може призводити до поширення багатьох інфекційних захворювань через збільшення можливості передачі інфекції шляхом прямого контакту з хворими і бацілоносіями, а також через повітря, заражені предмети побуту та ін.

⁵ За обидвома джерелами здійснено незалежні розрахунки.

Індикатори освіти. Вибір індикатора освіти для України не є основним, оскільки облік населення за рівнем освіти здійснюється лише під час перепису населення, який останній раз проведений у нашій країні у 2001 р. Відповідно за цей проміжок часу структура населення за рівнем освіти суттєво змінилась.

Однією з альтернатив обліку рівня освіти, який здійснюється під час перепису, є його оцінювання шляхом державних вибіркового обстежень населення (домогосподарств). З огляду на це для оцінювання можливого впливу освіти на стан здоров'я населення як джерела доцільно використати інформацію зі щорічника «Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України» [24]. Індикатором при цьому пропонується частка населення з освітою за рівнем не нижчим від «базова вища» серед населення 22 років і старших. Для уточнення та доповнення даних щодо рівня освіти населення України варто також використати дані авторського та Європейського соціального дослідження (ESS).

Індикатори соціально-економічних умов раннього періоду життя. За теорією життєвого шляху необхідним і доцільним є дослідження впливу СЕД раннього періоду життя (РПЖ) на стан здоров'я населення у майбутньому. Це пов'язано з тим, що нерівність у РПЖ призводить до певної несправедливості у стані здоров'я у дорослому житті. Оцінювання такого впливу можливе тільки за допомогою соціологічного методу, оскільки офіційна статистика не має показників, які б могли охарактеризувати СЕД РПЖ. Тому одним із основних завдань проведення авторського соціологічного опитування було. Отримані результати можуть бути індикатором для оцінювання взаємозв'язку «СЕД РПЖ – стан здоров'я у дорослому житті». Для цього варто використати індекс, який розраховувався як середня

арифметична суми підіндексів⁶, що характеризують СЕД РПЖ:

$$I_{рпж} = \frac{I_d + I_{ск} + I_{сг} + I_{фа} + I_{оз} + I_{ях}}{6}, \quad (2.1)$$

де $I_{рпж}$ – інтегральний індекс СЕД РПЖ;

I_d – підіндекс добробуту у РПЖ;

$I_{ск}$ – підіндекс соціального капіталу РПЖ;

$I_{сг}$ – підіндекс санітарної грамотності у РПЖ;

$I_{фа}$ – підіндекс фізичної активності у РПЖ;

$I_{оз}$ – підіндекс профілактики хвороб та оздоровлення у РПЖ;

$I_{ях}$ – підіндекс якості харчування у РПЖ.

Кожний з підіндексів розраховується як середнє від суми добутків балів (які використовувались за бальної оцінки кожного підіндексу) та їхньої питомої ваги в сукупності опитаних:

1. Підіндекс добробуту у РПЖ:

$$I_d = \frac{1p_1 + 2p_2 + 3p_3 + 4p_4 + 5p_5 + 6p_6 + 7p_7}{7} \div 100\%, \quad (2.2)$$

де p_1 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «дуже низький»;

p_2 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «низький»;

p_3 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «нижчий від середнього»;

⁶Вага кожного підіндекса може змінюватися, залежно від фактичних результатів конкретного дослідження

p_4 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «середній»;

p_5 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «вищий від середнього»;

p_6 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «високий»;

p_7 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «дуже високий».

2. Підіндекс соціального капіталу РПЖ:

$$I_{CK} = \frac{1s_1 + 2s_2 + 3s_3 + 4s_4}{4} \div 100\%, \quad (2.3)$$

де s_1 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні стосунків у сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «кожний сам по собі»;

s_2 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні стосунків у сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «напружені»;

s_3 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні стосунків у сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «звичайні»;

s_4 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні стосунків у сім'ї, в якій вони виховувались, варіант відповіді «дружні».

3. Підіндекс санітарної грамотності у РПЖ:

$$I_{CG} = \frac{1g_1 + 2g_2 + 3g_3 + 4g_4}{4} \div 100\%, \quad (2.4.)$$

де g_1 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні повноти отриманої інформації щодо ризиків для їхнього здоров'я у віці до 18 років варіант відповіді «не отримав(ла) зовсім»;

g_2 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні повноти отриманої інформації щодо ризиків для їхнього здоров'я у віці до 18 років варіант відповіді «отримав(ла) недостатньо інформації»;

g_3 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні повноти отриманої інформації щодо ризиків для їхнього здоров'я у віці до 18 років варіант відповіді «отримав(ла) багато, але не повною мірою»;

g_4 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні повноти отриманої інформації щодо ризиків для їхнього здоров'я у віці до 18 років варіант відповіді «отримав(ла) доволі повну інформацію».

4. Підіндекс фізичної активності у РПЖ:

$$I\phi a = \frac{1f_1 + 2f_2 + 3f_3}{3} \div 100\%, \quad (2.5)$$

де f_1 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки регулярно вони у віці до 18 років відвідували спортивні секції, гуртки тощо, варіант відповіді «не відвідував(ла) зовсім»;

f_2 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки регулярно вони у віці до 18 років відвідували спортивні секції, гуртки тощо, варіант відповіді «інколи»;

f_3 – які обрали при оцінюванні того, наскільки регулярно вони у віці до 18 років відвідували спортивні секції, гуртки тощо, варіант відповіді «постійно».

Підіндекс профілактики хвороб та оздоровлення у РПЖ:

$$I_{\partial} = \frac{1z_1 + 2z_2 + 3z_3 + 4z_4 + 5z_5}{5} \div 100\%, \quad (2.6)$$

де z_1 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки часто вони у віці до 18 років перебували у санаторії, таборі відпочинку, відпочинку, з батьками на курорті тощо, варіант відповіді «жодного разу»;

z_2 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки часто вони у віці до 18 років перебували у санаторії, таборі відпочинку, з батьками на курорті тощо, варіант відповіді «один раз»;

z_3 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки часто вони у віці до 18 років перебували у санаторії, таборі відпочинку, відпочинку, з батьками на курорті тощо, варіант відповіді «два-три рази»;

z_4 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки часто вони у віці до 18 років перебували у санаторії, таборі відпочинку, відпочинку, з батьками на курорті тощо, варіант відповіді «три-чотири рази»;

z_5 – частка респондентів, які обрали при оцінюванні того, наскільки часто вони у віці до 18 років перебували у санаторії, таборі відпочинку, відпочинку, з батьками на курорті тощо, варіант відповіді «щороку».

5. Підіндекс якості харчування у РПЖ:

$$I_{\partial} = \frac{1x_1 + 2x_2 + 3x_3 + 4x_4 + 5x_5}{5} \div 100\%, \quad (2.7)$$

де x_1 – частка респондентів, які оцінили своє харчування у віці до 18 років як «дуже погане»;

x_2 – частка респондентів, які оцінили своє харчування у віці до 18 років як «погане»;

x_3 – частка респондентів, які оцінили своє харчування у віці до 18 років як «задовільне»;

x_4 – частка респондентів, які оцінили своє харчування у віці до 18 років як «добре»;

x_5 – частка респондентів, які оцінили своє харчування у віці до 18 років як «дуже добре».

При інтерпретації даних інтегрального індексу СЕУ РПЖ та його підіндексів слід враховувати, що його показник до 0,6 відповідає низькому значенню; 0,60 – 0,79 – середньому; 0,80 – 1,0 – високому. Також варто зауважити, що аналогів запропонованому індексу в науці та практиці немає, тому структура підіндексів та їх вага у загальному індексі може бути корегована залежно від отриманих розрахунків у п. 4.1.

Індикатори соціального капіталу. Поняття «соціальний капітал» останні десятиріччя активно використовується дослідниками здоров'я населення, у тому числі як можливої детермінанти, яка, поряд з іншими, може визначати здоров'я населення та нерівність у його стані [25–31].

Епідеміологи, соціологи, економісти та вчені інших напрямків, які здійснюють дослідження соціального капіталу і здоров'я населення, вказують на труднощі встановлення взаємозв'язків між соціальним капіталом і здоров'ям, навіть на територіях з високим рівнем обстеження стану здоров'я населення. Перша з обставин стосується розуміння сутності соціального капіталу та його меж. Друга – визначення системи індикаторів, які дають змогу оцінити стан соціального капіталу та його можливий вплив на здоров'я населення.

Із сучасних досліджень соціального капіталу одним з найбільш системних та комплексних, що поєднує деякі інші підходи (П. Бурдьє, Ф. Фукуяма), є праця Р. Патнема [32]. Він трактує соціальний капітал як сукупність норм, цінностей, відносин, зв'язків між людьми та зараховує до соціального капіталу такі елементи суспільної організації, як соціальні зв'язки, норми, довіра, що створюють умови для координації та кооперації заради взаємної вигоди між людьми.

Враховуючи результати дослідження [25–32], вважаємо за необхідне визначити чотири основні складові соціального капіталу: соціальні зв'язки (мережі), довіра та солідарність, соціальна підтримка та згуртованість і соціальна активність (рис. 2.5). Усі елементи соціального капіталу перебувають у взаємозв'язку між собою та гіпотетично можуть певним чином визначати стан здоров'я населення.

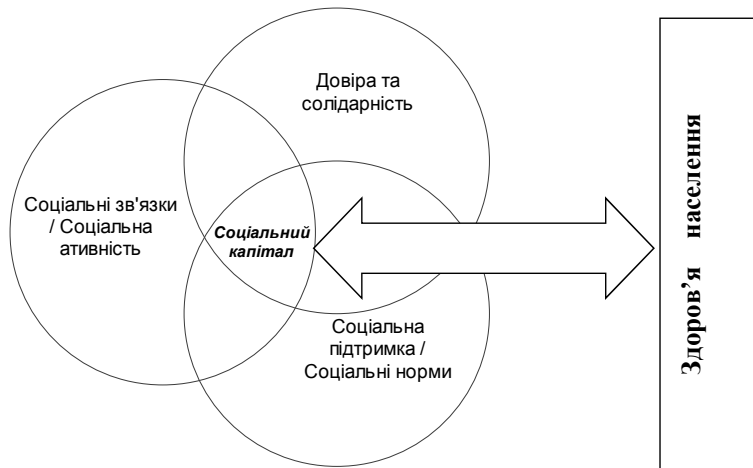


Рис. 2.5. Структура соціального капіталу як детермінанти здоров'я населення

Джерело: розроблено автором на основі [32].

На вищеназваних висновках ґрунтувався вибір таких індикаторів соціального капіталу для оцінювання його впливу на здоров'я:

- соціальна підтримка: рівень допомоги близьких людей;
- соціальні зв'язки (соціальна активність): частота спілкування з сусідами, родичами, друзями, знайомими;

– довіра та солідарність: рівень довіри населення громадським інститутам і рівень довіри населення один одному (2 індикатори).

Такі індикатори, як рівень допомоги близьких людей, частота спілкування з сусідами, друзями, знайомими, рівень довіри населення організаціям, довіра та солідарність, були відібрані за тим самим принципом, що й індикатори РПЖ, за даними соціологічних обстежень як авторського, так й Європейського соціального дослідження (ESS). Для інтерпретації їх доцільно поділити на підіндекси та розраховувати за аналогією проведення розрахунків підіндексів РПЖ (див. формули 2.1.–2.7) – як середнє від суми добутків балів а їхньої питомої ваги в сукупності опитаних.

При цьому індикатор довіри та солідарності складатиметься з двох частин, що, з одного боку, дасть змогу встановити рівень довіри до громадських інститутів (до Верховної Ради України, судово-правової системи, поліції, політиків, політичних партій та Європейського Парламенту [33]), а з іншого – серед громадян один до одному.

Зазначені індикатори дають можливість комплексно та ґрунтовно оцінити сучасний рівень розвитку соціального капіталу та його вплив на стан здоров'я населення.

Індикатори місця (території) проживання. Важливим аспектом дослідження стану здоров'я населення є його диференціація залежно від місця проживання. Ефекти простору чи місця відображаються у детермінантах, які містять інформацію про місця або оточення, а не лише про людей, які їх населяють [34]. Народження і подальше проживання людини в тій чи іншій місцевості накладає відбиток на її стан здоров'я. Для одних він буде позитивний, для інших – ні.

Вибір індикаторів, які можуть характеризувати місце проживання та зумовлювати нерівність у стані здоров'я населення, є складним завданням. Це пов'язано з тим, що умови, які визначають місце проживання, мають різну природу походження: природну (клімат), антропогенну (забруднення атмосфери, водних ресурсів тощо), соціальну (злочинність), економічну (розвиток інфраструктури) та інші. Індикаторів може бути більше, однак, враховуючи задекларовані принципи їхнього відбору з позиції комплексного дослідження впливу СЕД на здоров'я населення, їхня кількість має бути обмежена.

Запропоновано два основних індикатори, які характеризують соціальну напруженість та екологічну ситуацію: коефіцієнт злочинності і викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних та пересувних джерел забруднення у розрахунку на одну особу відповідно.

Індикатори доступності та якості харчування. Їжа є однією з основних потреб людини, тому харчування – це важлива детермінанта, що визначає стан здоров'я населення. Харчування істотно впливає на тягар хвороб не тільки у країнах, що розвиваються, а й в Європі. Велика частка (41%) втрачених років життя через передчасну смертність чи непрацездатність (DALY) – це хвороби системи кровообігу (ХСК), діабет II типу та онкологічні захворювання, всі з яких детерміновані харчуванням [35, с. 172].

Збалансоване харчування, яке позитивно впливає на стан здоров'я населення, залежить від багатьох чинників як на макро-, так і на мікрорівні. Необхідним атрибутом цього є продовольча безпека – ситуація, за якої всі люди в будь-який час мають фізичний, соціальний та економічний доступ до достатньої, безпечної та поживної їжі, що задовольняє їхні харчові потреби і смакові переваги для активного і здорового способу життя [36].

Отже, продовольча безпека має забезпечувати три основні рівні доступу до продуктів харчування: фізичний (пов'язаний з територіальним доступом у будь-який момент часу в необхідній кількості), економічний (залежить від співвідношення цін на продукти харчування та рівня доходів населення) та соціальний (характеризує рівень соціальної відповідальності виробників та імпортерів за якість харчових продуктів; розміщення реклами та популяризацію «здорового» харчування тощо).

Побутова продовольча безпека – це застосування цієї концепції на рівні сім'ї, домогосподарства, індивідуума.

Такий погляд на проблему детермінованості здоров'я від харчування дає змогу обрати як основний індикатор доступності харчування «частку домогосподарств України, яким не вдалося забезпечити достатнє харчування». Цей індикатор найбільш чітко дає можливість визначити рівень продовольчої безпеки, а отже і доступність продуктів харчування. Як додатковий індикатор, який певним чином дає змогу оцінити якість харчування серед населення, є «енергетична цінність спожитих у домогосподарствах продуктів харчування на душу населення». Для більш конкретного аналізу його варто доповнити оцінкою структури поживних речовин, які споживаються населенням з продуктами харчування (білки, жири та вуглеводи). Причому жири варто поділити на високо- та низькокалорійні, адже, наприклад, надмірне споживання висококалорійних жирів і цукру призводить до ожиріння та проблем із здоров'ям.

Індикатори відповідальності та індивідуальної поведінки щодо власного здоров'я. Кожна людина бажає бути здоровою, але не кожна прагне до цього. Значна частина населення не дотримується здорового способу життя, виявляючи низьку відповідальність за стан власного здоров'я. Частково це може бути пов'язано з освітою та

вихованням, отриманим у ранньому періоді життя, частково із СЕС людини, частково з іншими СЕД, у тому числі й контекстуального рівня.

Експерти ВООЗ зазначають, що особисту відповідальність за охорону власного здоров'я необхідно брати до уваги при визначенні напрямків реалізації програм охорони здоров'я, а також в оцінюванні прогресу країни щодо поліпшення стану здоров'я населення [37]. Використання індикаторів відповідальності та індивідуальної поведінки населення щодо збереження власного здоров'я для оцінювання СЕД та розробки напрямків політики у сфері охорони здоров'я є необхідним і важливим атрибутом.

Нижче наведено перелік особливостей індивідуальної поведінки, які характеризують низьку відповідальність населення за стан власного здоров'я та збільшують імовірність погіршення здоров'я, з відповідними індикаторами, які їх визначають:

- нераціональне харчування (частка населення віком 18 років і старших, які мають ожиріння та крайнє ожиріння);

- низька фізична активність (частка населення віком 6 років і старших, яке займається фізкультурою та спортом менше одного разу на тиждень);

- вживання шкідливих для організму речовин (частка населення віком 12 років і старших, яке курить не менше 5 цигарок на добу із тривалістю куріння понад 5 років; поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю; поширеність наркотичної залежності);

- порушення правил безпеки дорожнього руху (рівень травмування та смертності внаслідок ДТП);

- ризикована сексуальна поведінка (рівень використання презервативів серед сексуально активного населення, особливо у позашлюбних зв'язках). Визначений індикатор є надважливим, враховуючи зростаючі темпи захворюваності

на ВІЛ/СНІД та смертності від нього в Україні, і дає змогу оцінити рівень ризику сексуальної поведінки населення та його відповідальність за власне здоров'я.

Вибрані індикатори дають можливість виявити напрями протидії негативним для здоров'я особливостям індивідуальної поведінки та посилити відповідальність населення за власне здоров'я.

Індикатори доступності та якості медичних товарів і послуг (ДЯМТП). Численні дослідження підтвердили позитивний вплив своєчасної та якісної медичної допомоги на здоров'я пацієнтів та зв'язок доступності системи охорони здоров'я зі здоров'ям населення загалом [38–41]. Підвищення доступності (фізичної, фінансової тощо) медичної допомоги, якості товарів і послуг для населення є універсальною метою для розвитку всіх країн, незалежно від рівня їхнього соціально-економічного розвитку та досягнень у сфері охорони здоров'я [42].

Можна виділити певні аспекти, пов'язані з впливом ДЯМТП на стан здоров'я населення, які як безпосередньо стосуються СЕД, так і опосередковано:

– територіальний: просторове розташування закладів медичної допомоги та розселення населення, які разом визначають зручність отримання медичної допомоги та її своєчасність. Джерел, які можуть бути основою для індикатора, який характеризуватиме цей аспект, фактично немає. Для цього потрібні спеціальні дослідження. Однак певну суб'єктивну оцінку віддаленості медичних закладів від місця проживання населення можуть зберігати соціологічні дослідження. Зокрема, авторське соціопитування засвідчило, які категорії населення та в якій кількості не відвідують медичні заклади у разі хвороби саме з цієї причини;

– соціально-економічний: низький рівень доходів населення, який не дає змоги отримати якісні медичні товари

(насамперед ліки) та послуги. Одним з індикаторів оцінювання може бути «частка домогосподарств, у яких хоча б одному члену не вдалось отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя». Його джерелом є щорічне обстеження домогосподарств України, що проводить ДССУ. В умовах сучасної вітчизняної системи охорони здоров'я, коли частина медичних послуг є платною, а обов'язкове медичне страхування відсутнє, використання цього індикатора не лише доцільне, а й необхідне;

– організаційно-економічний: форми і методи організації системи охорони здоров'я, зокрема її фінансове та технічне забезпечення, визначають якість медичних послуг і певним чином їхню доступність. В Україні розповсюдженою є практика нерівномірного розподілу коштів на систему охорони здоров'я між регіонами та медичними закладами всередині регіонів. Це спричиняє нерівність у доступності медичних послуг та може бути однією з причин нерівності у стані здоров'я населення. Для виміру цієї нерівності пропонується такий індикатор: вартість 1 ліжка-дня на медикаменти у розрахунку на 1 особу у відділеннях стаціонару;

– кадровий: забезпечення кваліфікованим персоналом у необхідній кількості є проблемою для багатьох регіонів України, особливо сільських. Ситуацію ускладнює відсутність стратегічного кадрового планування, неефективність інвестиційних механізмів державної підтримки соціогуманітарної сфери [43]. Про існування проблем кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні свідчать дослідження багатьох науковців та практиків [44; 45]. Індикатором для оцінювання кадрового забезпечення системи охорони здоров'я та його впливу на стан здоров'я населення пропонується «кількість лікарів усіх спеціальностей в розрахунку на душу населення». Як доповнення може бути запропоновано такий індикатор, як «кількість молодшого медичного персоналу в розрахунку на душу населення»

Одним із найбільш складних є вибір суспільно-політичних індикаторів, які характеризують макроекономічну ситуацію в країні, як засобу оцінювання детермінант контекстуального рівня. Більшість детермінант цього рівня, як правило, не має суттєвої диференціації всередині країни, а переважно характеризує нерівність між країнами. За окремими детермінантами оцінювання можливе, наприклад, за рівнем корупції, яка, як з'ясовано в п. 1.3, впливає на здоров'я як опосередковано, зокрема через корупцію в системі охорони здоров'я, так й опосередковано, негативно відображаючись на інших детермінантах здоров'я. Загалом рівень корупції в Україні високий, але при цьому, за даними Київського міжнародного інституту соціології [46], існують регіональні відмінності як у розмірах корупції, так і у сприйнятті її громадянами. Так, для оцінювання впливу СЕД на здоров'я та нерівність щодо здоров'я населення обрано два індикатори, які характеризують корупцію як детермінанту здоров'я контекстуального рівня:

- індекс сприйняття корупції громадянами;
- індекс досвіду зіткнення з корупцією.

Корупція, у тому числі пов'язана з охороною здоров'я, є не тільки вітчизняною, а й глобальною проблемою. Для того, щоб бути ефективними, реформи, спрямовані на боротьбу з корупцією, мають ґрунтуватись на доказах і бути адаптовані до контексту. Наведені індикатори можуть бути основою для вирішення цієї проблеми.

Наведений перелік індикаторів СЕД здоров'я населення є достатньо широким. У ході емпіричного дослідження важливим завданням є виокремлення тих індикаторів, які відповідають СЕД, що визначають стан здоров'я зараз і у майбутньому. Використання зазначеного переліку індикаторів дасть змогу комплексно і системно оцінити вплив СЕД на нерівність у стані здоров'я населення України та виокремити

найбільш значущі з них, що необхідно для формування сучасного механізму охорони здоров'я.

2.3. Методологічні засади оцінювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення

Пошук методичних прийомів, які дадуть можливість найбільш точно встановити детермінанти, що визначають стан здоров'я населення конкретної країни чи регіону на певний період, є складною, але дуже актуальною проблемою, якій приділяють нині значну увагу експерти, науковці багатьох міжнародних інститутів і окремих країн.

При вивченні відповідних процесів – оцінюванні поточного стану, визначенні взаємозв'язку між детермінантами та ступеня їхнього впливу на нерівність щодо здоров'я населення, прогнозуванні майбутніх тенденцій, прямих і непрямих наслідків для політики у сфері охорони здоров'я – необхідно використовувати комплексний підхід, який охоплюватиме поряд із традиційними інноваційні методи дослідження. З традиційних методів вважаємо за доцільне застосувати насам-перед кореляційно-регресивний аналіз та метод логістичної регресії, зокрема бінарної логістичної регресії, результатом якої є показник відношення шансів (odds ratio). Нині накопичено досвід використання зазначених методів у практиці дослідження здоров'я населення. Однак їхнє застосування для оцінювання впливу детермінант на нерівність щодо здоров'я населення є досі актуальним. При цьому факт зміни масштабів впливу СЕД на здоров'я населення у часі та просторі потребує не тільки постійного моніторингу цього процесу, а й корегування методики дослідження.

При кореляційних зв'язках, характерних для оцінювання СЕД здоров'я населення, значенням однієї ознаки

відповідають різні значення інших ознак. При цьому основна дилема статистичного аналізу під час оцінювання впливу детермінант на здоров'я населення полягає у тому, що статистичний зв'язок, який виявляється за допомогою регресійного або кореляційного аналізу, не обов'язково відповідає причинно-наслідковому зв'язку. Якщо існує кореляція між двома пов'язаними між собою детермінантами, то в межах статистичного аналізу складно визначити, який з них є основною причиною, а який – другорядною.

Вважаємо, що для досягнення мети та завдань дослідження кореляційний аналіз найбільш доцільно задіяти у комплексі з елементами мікроаналітичної та економетричної методик для виявлення причинно-наслідкових зв'язків між детермінуючими і результируючими ознаками, для оцінювання впливу детермінант на рівень:

- захворюваності та поширеності хвороб (тільки за даними офіційної статистики);

- смертності населення загалом, а також за статевіковими групами, за місцем проживання та іншими ознаками.

Методом визначення коефіцієнта кореляції лоцільно обрано метод квадратів (Пірсона) та виконано за допомогою програми SPSS.

Для дослідження впливу СЕД на рівень захворюваності та поширеності хвороб за даними, які отримані в результаті вибірових обстежень, у тому числі авторського, доцільно застосувати метод логістичної регресії, зокрема бінарну логістичну регресію, що, як відомо, використовується для вивчення залежності дихотомічних змінних від незалежних змінних, які можуть бути різного типу. Її результатом є показник відношення шансів (odds ratio), Шанси події – це відношення кількості випадків появи події у вибірці до кількості випадків її неяви (до кількості «не-випадків»). Відповідно показник відношення шансів – це шанси події

в експонованій частині вибірки, поділені на шанси події в неекспонованій частині.

Показник відношення шансів обчислюється за формулою [47, с. 56]:

$$OR = (a \times d) / (b \times c), \quad (2.8.)$$

де a – кількість хворих серед осіб, схильних до впливу детермінанти;

b – кількість здорових серед осіб, схильних до впливу детермінанти;

c – кількість хворих серед осіб, не схильних до впливу детермінанти;

d – кількість здорових серед осіб, не схильних до впливу детермінанти;

$a + c$ – загальна кількість хворих (випадки);

$b + d$ – загальна кількість не хворих (контрольні).

Якщо OR перевищує 1, це означає, що шанси детермінації вищі в групі з наявністю результату, тобто чинник має прямий зв'язок з імовірністю настання результату.

Дуже важливо оцінити статистичну значущість виявленого зв'язку між результатом і детермінантою. Пов'язано це з тим, що навіть при невисоких значеннях показника відношення шансів, близького до одиниці, зв'язок, проте, може виявитися істотним і має враховуватися в статистичних висновках. І навпаки, при великих значеннях OR показник виявляється статистично незначним і, отже, виявленим зв'язком можна знехтувати.

Використання нетрадиційних, інноваційних методів для оцінювання СЕД зумовлено насамперед тим, що застосування традиційних методів не завжди дає змогу отримати інформацію, необхідну для розробки адекватних політичних рішень і простежити їхню дієвість й ефективність.

Сучасна методологія досліджень у сфері оцінювання здоров'я населення та детермінант впливу на нього дедалі більшою мірою спрямована на комплексне використання статистичних даних мікро-, мезо- та макрорівня, а також результатів соціологічних досліджень, що відображають особливості поведінки людей і домогосподарств. При цьому основними стають дані саме мікрорівня та інструменти, що ці дані використовують. Такі інструменти базуються на мікроімітаційних моделях (МІМД) основних процесів, що відображають динаміку зміни здоров'я окремих осіб протягом життя, вплив різноманітних чинників на стан здоров'я та ін.

Основна ідея мікроімітаційного моделювання (МІМ) полягає в тому, що соціально-економічні процеси на будь-якому рівні агрегації (макро-, мезо- або мікрорівні) найкращим чином можна пояснити через спостереження за цими одиницями на макрорівні, їхньою поведінкою та взаємодією. При цьому найважливішою особливістю МІМ є те, що моделювання на рівні осіб, сімей або домогосподарства здійснюється з урахуванням стохастичних закономірностей розвитку процесів та стохастичного характеру параметрів взаємодії одиниць сукупності.

Термінологічний апарат, який використовується при застосуванні зазначених підходів, не є загальноприйнятим і перебуває на стадії розвитку. Так, як синоніми використовуються такі терміни, як «мікроімітаційне моделювання», «мікросимуляція», «мікросимуляційний підхід» і т. ін. Причому іноді однакові терміни застосовуються для позначення моделей різного типу. Найважливішою особливістю цього підходу є те, що, як підтверджує формулювання кожного терміна, моделювання здійснюється на рівні одиниць мікрорівня – в соціальних науках такими одиницями є особи, сім'ї або домогосподарства. Вважаємо, що ефективність мікроімітаційного підходу пояснюється тим, що природним

є намагання описати складні соціальні й економічні процеси, що виявляються на макро- та мезорівні, на основі характеристик одиниць мікрорівня та «елементарних» процесів їхнього життя («функціонування») та взаємодії.

Важливо зазначити, що основними відмінностями імітаційного моделювання від звичайних, традиційних методів моделювання, заснованих на формалізованих моделях, тобто моделях, виражених математичними залежностями, зокрема математичних, статистичних та економетричних моделях, є те, що вони не потребують формалізації. Імітаційні моделі виражаються у формі алгоритмів та емпіричних взаємозв'язків, встановлених безпосередньо на основі існуючих даних і загалом не можуть бути безпосередньо та обґрунтовано поширені на інші випадки реалізації аналогічних процесів, що реалізуються за аналогічних умов. Це є значним недоліком імітаційних моделей, але суттєво розширює межі їхнього застосування. Крім того, за умови використання цього підходу на мікрорівні цей недолік значно пом'якшується [48]. Як свідчить досвід використання імітаційних моделей, вони можуть суттєво підвищити ефективність розробки та оцінювання політики, зокрема політики у сфері охорони здоров'я.

МІМД суттєво розрізняються за способом урахування поведінки одиниць: від простіших варіантів прямих реакцій на зміни стану одиниць (захворювання, зміна рівня доходів, поведінки, наприклад, початок або припинення паління тощо) до найскладніших моделей штучного інтелекту. Основними видами МІМД, які застосовуються на практиці, є статичні та динамічні моделі.

Статичні моделі найчастіше використовуються для імітації можливих короткострокових наслідків впливу СЕД на стан здоров'я населення. У статичних МІМД одиниці мікрорівня (особи) є переважно пасивними одиницями обліку. При цьому

особи чи домогосподарства, представлені в базі мікроданих, є лише одиницями обліку з необхідними характеристиками для розрахунку рівня захворюваності, структури населення, рівня користування певними медичними послугами тощо. Динамічні моделі застосовуються насамперед для визначення довгострокових наслідків такого впливу. Головна відмінність між цими підходами полягає в тому, що статичні моделі базуються на припущенні, що СЕД з часом суттєво не змінюються та відповідно здійснюють незмінний вплив на стан здоров'я населення. Динамічні ММД відображають трансформації у стані здоров'я – ступінь його покращення або погіршення – залежно від певних чинників, зокрема від ефективності регулювання СЕД.

Імітаційні моделі також мають набагато ширші межі застосування, оскільки вони не передбачають теоретичного обґрунтування та формалізації, а можуть базуватись на результатах практичних досліджень (встановлених емпіричних залежностях) або експертних оцінках, які мають вигляд алгоритмів. Саме завдяки цим специфічним властивостям ММ є ефективним інструментом розробки та аналізу політики у сфері охорони здоров'я [49, с. 130].

Обов'язковими умовами для застосування методології ММ у сфері оцінювання стану здоров'я населення, детермінант, які його визначають, та розробки заходів щодо охорони здоров'я населення, захворюваності є такі [50]:

– наявність масиву (масивів) первинних даних макrorівня, що містять відповідні характеристики осіб та можуть бути поширені на цільову сукупність населення;

– система правил, що описують переходи (транзити) одиниць між станами, наприклад, «діти – дорослі – особи похилого віку», «здорові – хворі» тощо;

– моделі зміни стану одиниць мікрорівня, моделі взаємозв'язків на мікрорівні, поведінкові моделі для одиниць макrorівня.

Масив первинних даних макрорівня, як правило, формується за результатами цільового обстеження (вибіркового або суцільного) осіб або за даними реєстрів, що містять необхідну інформацію. У сфері охорони здоров'я часто масиви мікроданих, що формуються в державних органах, містять як дані реєстрів, так і результати спеціальних обстежень. Масив даних має вигляд матриці даних (рис. 2.6), в якій рядки відповідають особам, а в графах містяться характеристики осіб, наприклад, регіон та місцевість проживання, демографічні характеристики, характеристики захворюваності, самооцінка стану здоров'я.

Y_1	Y_2	\dots	Y_Q	X_1	X_2	\dots	X_P
y_{11}	y_{12}	\dots	y_{1Q}	x_{11}	x_{12}	\dots	x_{1P}
y_{21}	y_{2q}	\dots	y_{2Q}	x_{21}	x_{22}	\dots	x_{2P}
\dots				\dots			
y_{nA1}	y_{nA2}	\dots	y_{nAQ}	x_{nA1}	x_{nA2}	\dots	x_{nAP}

Рис. 2.6. Загальний вигляд масиву первинних даних

Джерело: власна розробка автора.

Правила переходу відображаються співвідношеннями, наприклад, якщо вік людини становить більш як 18 років, то вона переходить у стан «доросла», або якщо є хронічне захворювання, то стан здоров'я особи – «хвора».

Моделі зміни стану одиниць на мікрорівні та моделі взаємозв'язків на макрорівні, як правило, будуються на основі масиву мікроданих і мають вигляд моделей взаємозв'язку:

$$y = f(x, z, \gamma), \quad (2.9)$$

де y – залежна (цільова) змінна, наприклад, характеристика стану здоров'я особи;

x – демографічні, соціальні характеристики особи;

z – змінні, які безпосередньо пов'язані з цільовою змінною (наприклад, самооцінка рівня здоров'я особи, ознаки паління, захворюваності тощо);

γ – параметри моделі;

u – похибка моделі.

Теоретично моделі макrorівня виду (2.9) можуть будуватися не лише за наявним масивом мікроданих, а й на основі інших даних, або можуть використовуватись моделі, побудовані іншими дослідниками. Однак на практиці може виникнути проблема, оскільки потрібно забезпечувати консистентність результатів моделювання.

Важливо зазначити, що при застосуванні мікроімітаційного підходу, як правило, використовується один масив мікроданих. При цьому правил і моделей мікрорівня може бути дуже багато – у масштабних моделях декілька сотень правил і десятки моделей.

У поведінкових моделях для одиниць макrorівня можуть застосовуватись як доволі прості моделі, що відображають лише прямі реакції одиниць мікрорівня на зміну їхнього стану, наприклад, захворювання або рівня доходів, так і моделі, які відображають непрямі реакції особи та опосередковані взаємозв'язки чинників з поведінкою людей.

Сукупність мікроімітаційних моделей доцільно розподілити на два основних типи: статичні та динамічні. З визначення цих типів моделей випливає, що у статичних не враховуються зміни характеристик одиниць та характеру взаємодії між одиницями у часі. Такі моделі застосовуються для

аналізу поточного стану явищ, процесів та взаємозв'язків, а також для оцінювання короткострокових наслідків зміни певних характеристик одиниць мікрорівня (осіб) або умов їхнього життя.

Динамічні мікроімітаційні моделі враховують зміни характеристик одиниць у часі, а також, за певних умов, зміну їхньої поведінки. Враховуючи складність та неоднозначність динамічних процесів, а також те, що статичні моделі можуть фактично розглядатися як окремих граничний вид динамічних моделей, інструментарій динамічного мікроімітаційного моделювання охоплює широкий спектр методів і моделей. При динамічному мікроімітаційному моделюванні встановлюють та використовують набір поведінкових взаємовідносин (подій), які можуть значно варіювати залежно від завдань дослідження. При цьому основними групами таких взаємовідносин є події, що відбуваються за певними закономірностями у часі (демографічні та соціальні події: одруження, розлучення, смерть, захворювання, отримання вищої або спеціальної освіти тощо; економічні події: втрата або отримання роботи, підвищення заробітної плати та ін.), та події, які є реакцією на зовнішні умови, зокрема на зміни в політиці.

Слід зазначити, що у розвинених країнах доволі тривалий період у сфері охорони здоров'я на офіційному рівні використовуються декілька мікроімітаційних моделей, що отримали визнання у світі. Серед таких моделей насамперед слід виокремити «CORSIM», «POHEM», «LifePaths» та «FAMSIM».

Однією з найбільш масштабних є модель «CORSIM», побудована у США. Блок змінних, що можуть визначати стан здоров'я, є лише одним з багатьох компонентів цієї моделі. При моделюванні характеристик та поведінки осіб розглядаються демографічні ознаки, чинники ризику – куріння, алкоголь, діабет. Крім того, моделюються сімейні зв'язки, процеси навчання, пошуку та отримання роботи, рівень життя та ін.

Метою розробки та використання мікроімітаційної моделі здоров'я населення «РОНЕМ» (Population Health Model) є прогнозування стану здоров'я та напрямів його зміни для населення Канади. У моделі визначаються та враховуються чинники ризику для здоров'я, оцінюються динаміка захворюваності, ефективність використання ресурсів охорони здоров'я, результативність лікування тощо.

Іншою моделлю, що побудована в Канаді, є «LifePaths» – динамічна МІМД для відображення та оцінювання поведінки людей та причинно-наслідкових взаємозв'язків у соціальних процесах. Ця модель передбачає імітацію нових осіб як сукупності населення для моделювання партнерських зв'язків. Модель відображає траєкторії життя від народження до смерті для всіх когорт народжених, починаючи з 1972 р.

Когортні вікові мікроімітаційні моделі, такі як «LifePaths», дають змогу відстежити життя окремих когорт населення (тобто сукупностей населення) від народження до смерті всіх її членів, змодельовати основні події в їхньому житті. Разом з такими моделями використовуються і моделі, що «працюють» не з сукупностями, а з особами, тобто репрезентують вікові, гендерні та інші демографічні й соціальні характеристики населення на мікрорівні, зокрема це моделі «HARDING» (Австралія) і «LIFEMOD» (Великобританія) [51].

Доцільно зауважити, що окремі обмеження когортних моделей усуваються у випадках моделювання всього населення, у тому числі демографічні зміни та розподіли між когортами. Це може стати важливою перевагою когортних моделей порівняно з моделями мікрорівня, які є більш складними і вимагають якісних даних. З огляду на це моделі мікрорівня у багатьох випадках будуються для підсукупностей населення, наприклад, жінок репродуктивного віку (FAMSIM) [52], осіб похилого віку (NCCSU) тощо.

У дослідженнях цього напрямку заслуговують на увагу методологічні підходи щодо так званого агентського моделювання. Група дослідників з Великобританії пропонує поєднати емпіричні дані та агентське моделювання випадково згенерованого (синтетичного) населення з простими правилами поведінки для з'ясування динаміки смертності в закритому населенні. Таке моделювання дає змогу поглибити знання про демографічні процеси, а також зрозуміти зв'язки між ефектами макрорівня та поведінкою на мікрорівні.

Відповідно до визначення, агентське моделювання є методологічним підходом, за яким дії і взаємодія автономно діючих агентів моделюються (імітуються) на основі спеціальних обчислювальних моделей. Як агенти можуть розглядатися особи або когорти, організації та інші підсукупності населення. Агентські моделі призначені для моделювання систем, яким властиві такі основні характеристики:

- система складається із взаємодіючих агентів;
- системі характерні емерджентні властивості: загальний їхній обсяг, як результат процесу взаємодії агентів, не є сумою цих властивостей кожного з агентів.

Агентське моделювання передбачає, що сукупність – це сукупність агентів, які незалежно оцінюють ситуацію та приймають рішення. Однак при цьому і оцінювання ситуації, і прийняття рішень здійснюються відповідно до визначених правил з обмеженими кількостями варіантів. Проте можливість встановлення різних наборів правил для різних сукупностей агентів суттєво збільшує кількість ступенів вільності системи і відповідно відкриває можливості для моделювання достатньо складних ситуацій: захворюваність, смертність тощо.

У найпростіших моделях агенти не можуть змінювати своєї поведінки, у більш складних вони навчаються і

змінюють поведінку, що є особливо цінним при моделюванні конкурентних умов. Основними перевагами АМ є ефекти емергентності (отримання нових властивостей систем, не закладених явно у поведінку агентів, та правила їхньої взаємодії), природний опис системи, гнучкість.

Нині, використовуючи потенціал потужних комп'ютерів та сучасні методи організації обчислень, агентське моделювання є популярним методом кількісних досліджень поведінки населення та виявів окремих чинників, що діють на мікро- та макрорівні або у середньо- і довгостроковій перспективі.

Найбільш обґрунтованим використання АМ може бути у випадках, коли взаємодія між агентами є складною, нелінійною та дискретною; простір має вирішальне значення і становище агентів у просторі може змінюватись; коли сукупність агентів є гетерогенною, а кожен агент (потенційно) відрізняється від іншого; топологія взаємодій є неоднорідною та складною; агенти демонструють складну поведінку, у тому числі навчання (еволюцію), адаптацію тощо.

При застосуванні методології МІМ доцільно розрізнити статистичні та власне імітаційні моделі. Відокремити статистичні моделі мікрорівня від імітаційних можна за формальною ознакою: статистичні виражаються рівняннями, а імітаційні – у вигляді комп'ютерних алгоритмів і не потребують формалізації та, що є більш важливішим, теоретичного обґрунтування.

МІМД доцільно розмежувати за метою використання. Зокрема, такі моделі можуть використовуватись для прогнозування наслідків реалізації окремих політичних заходів або дослідження та відображення певних соціальних феноменів. Відповідно до зазначених цілей використання виокремлюють емпіричні та абстрактні МІМД.

Емпіричні моделі застосовуються, як правило, для прогнозування наслідків реалізації заходів політики. Вони будуються переважно на емпіричних даних мікротамакрорівня. Абстрактні моделі застосовуються для дослідження теоретичних концепцій або припущень. Відповідно при абстрактному моделюванні можуть використовуватися штучні (модельні) сукупності населення та його штучні характеристики. За такого підходу моделі застосовуються для перевірки теорій. Абстрактні моделі набувають дедалі ширшого застосування у соціальних науках, оскільки із суспільством, окремими групами населення у загальному випадку не можна проводити експерименти, обираючи індивідів (агентів) з бажаними характеристиками та поведінкою. Відповідно процеси моделювання на штучних сукупностях забезпечують поле для перевірки існуючих теорій та формування нових.

Припущення стабільності властиві більшості моделей, особливо однокогортним. Вони є порівняльними («ідеальні») сценаріями в моделях, які побудовані на сукупностях осіб. У таких моделях особи визначеного віку існують у незмінних умовах середовища: економічного зростання, політики. При цьому поведінка осіб не змінюється під впливом когорти та часових ефектів. Оскільки на певний момент часу зріз населення не визначено результатом стабільного світу, поведінка індивідуума та соціо-економічні умови можуть також застосовуватись для виокремлення та дослідження майбутніх змін та явищ, які є результатами минулих змін.

Динамічні МІМ можуть бути неперервними та дискретними. Моделювання починається для кожної особи з певного моменту часу і далі генерується як події з урахуванням імовірності їхнього настання у часі та за існуючих умов. У дискретних моделях інтервали часу є порівняно великими і такими, що основні події певним чином розподіляються

за часовими інтервалами. У неперервних моделях часові інтервали є відносно незначними. І початок, і закінчення подій моделюються дуже точно. Події та процеси для окремої особи моделюються до моменту, коли для неї реалізується подія «смерть». Схема реалізації алгоритму розрахунків для дискретних моделей представлена на рис. 2.7.

Враховуючи розвиток комп'ютерної техніки, часові періоди в дискретних моделях стають короткотривалі та спостерігається тренд переходу від п'яти- і однорічних періодів до таких, тривалість яких становить місяць, а також коротших. Отже, дискретні моделі за характеристиками наближаються до неперервних. Австралійська модель «DYNAMOD» реалізує і неперервний, і дискретний підходи до мікромоделювання [53].

При оцінюванні підходів до дослідження динаміки соціально-демографічних процесів доцільно приділити увагу відносно новому підходу, а саме парадигмі «життєвого курсу», яка є домінуючою у демографії та соціальних науках. Ефективність цього підходу пояснюється насамперед експоненціальним зростанням потужності комп'ютерів та обчислювальних алгоритмів, яке спостерігається протягом останніх десятиріч [54; 55]. Поняття «життєвий курс» відображає основні концепції життя людини і її рух від народження до смерті серед найбільш імовірної послідовності демографічних і соціальних явищ і ролей людини [56]. На відміну від поняття «життєвий цикл», «життєвий курс» відображає зміну моделей поведінки особи, взаємодію між різними ймовірними життєвими шляхами, що реалізуються паралельно і взаємодіють: освіта, зайнятість, захворюваність, старіння тощо. Всі індивідуальні траєкторії взаємодіють одна з одною. При цьому вважається, що індивідуальний життєвий курс визначається чотирма детермінантами: місцезнаходження; соціальна інтеграція; цільова орієнтація; стратегічна адаптація.



Рис. 2.7. Схема алгоритму дискретного динамічного мікроімітаційного моделювання

Джерело: власна розробка автора.

Місцезнаходження особи у часі та просторі є першою детермінантою, яка визначає індивідуальний життєвий курс. З урахуванням предмета дослідження береться за основу припущення, що життєві події, зокрема захворювання та стан здоров'я, можуть бути ретроспективно пов'язані з чинниками, що діяли на попередніх етапах життя людини.

Друга детермінанта життєвого курсу – соціальна інтеграція – відображає ефекти когорти. Належність особи до певної когорти, яка виокремлюється і демографічними ознаками, і у загальному випадку іншими характеристиками, встановленими з урахуванням мети дослідження, значною мірою визначає типові життєві траєкторії, принаймні на окремих їхніх відрізках.

Цільова орієнтація відображає вплив на рішення особи щодо подальших дій у певній точці життєвого циклу її попередньої частини життєвої траєкторії та можливих і найбільш імовірних траєкторій у майбутньому. Так, цільова орієнтація – це інтегральний ефект попереднього досвіду, індивідуальних мотивів і зовнішніх умов.

Стратегічна адаптація, або розподіл подій у часі, визначає можливості адаптації особи для досягнення індивідуальних або колективних цілей. Наприклад, здобуття вищої освіти може бути відтерміновано бажанням заробити гроші, одруження та народження дітей – необхідністю «встати на ноги» і т. ін. Визначення часу запровадження здорового способу життя, позбавлення шкідливих звичок також є стратегічною адаптацією [54].

Незважаючи на складність розглянутих концепцій, при МІМ явищ і процесів обсяг сукупності одиниць, для яких здійснюється моделювання, як правило, є обмеженим і визначається чисельністю населення або розміром певної його частки, коли дані отримані за результатами вибіркового обстежень [57]. Крім того, значна частина змінних у моделі

є категоріальною, що суттєво зменшує кількість можливих станів системи і забезпечує МІМ достатню ефективність як інструменту проведення досліджень.

У монографії, враховуючи наявне інформаційне забезпечення, використані елементи статистичного та динамічного МІМ, а також певним чином агентське моделювання та концепція життєвого курсу.

Вважаємо за доцільне для оцінювання потенційних результатів застосування розглянутих підходів до дослідження актуальних проблем здоров'я комплексне використання методу синтетичних сукупностей населення та макроекономічних моделей, зокрема таблиць смертності, для визначення детермінант, що впливають на здоров'я населення. Зазначимо, що в цьому разі йтиметься про емпіричні ймовірності бути здоровими.

Розглянемо окремі аспекти оцінювання різних детермінант. Актуальним напрямом досліджень є вивчення процесів втрати здоров'я населенням, що має значний вплив на всі сфери суспільного життя: економіку, політику, соціальну сферу. У теперішній час важливим для прийняття політичних рішень у цій сфері є оцінювання потенційного економічного зростання за умов покращання здоров'я людей, підвищення тривалості життя на основі зміни системи охорони здоров'я та соціального забезпечення (збільшення інвестицій у цій сфері). Дослідники Дж. Стілвеллі, М. Кларк пропонують здійснити таке оцінювання шляхом визначення зазначених ефектів кількісно та порівняння їх зі стратегіями – зберегти або покращити здоров'я. В їхньому дослідженні на основі макромоделювання проаналізовано три основних параметри: середня очікувана тривалість життя (СОТЖ), середня очікувана тривалість здорового життя (СОТЗЖ) і середня очікувана тривалість працездатного життя (СОТПЖ). Різні гіпотези впливають зі зміни цих параметрів. Наприклад,

«найгіршим» сценарієм може бути подальше зростання СОТЖ при невідповідному збільшенні СОТЗЖ або СОТПЖ. Це може значно підвищити ризик для здоров'я з відповідним зниженням рівня життя і зростанням чисельності населення через підвищення попиту на працю мігрантів. «Найкраща» гіпотеза («активне старіння») – це звуження розриву в СОТЖ і СОТЗЖ та збільшення СОТПЖ. Це приведе до підвищення рівня життя і послабить тиск міграції. Результатом моделювання є висновок, що стратегія «накопичення років здорового життя» є доцільнішою, ніж «накопичення років нездорового життя», але СОТЗЖ має змінюватись швидше, ніж показник «загальне старіння населення» (збільшення СОТЖ) [58].

У монографії методологія мікроімітаційного моделювання застосовується також для оцінювання показників диференціації здоров'я населення та визначення впливу основних детермінант здоров'я.

Перш ніж розглянути методологічні засади побудови та використання моделі, доцільно навести опис інформаційної бази досліджень.

Синтетична модель сукупності населення сформована на основі репрезентативних масивів даних державних вибірових обстежень умов життя домогосподарств та економічної активності населення. З цих масивів отримані соціально-демографічні характеристики осіб, зокрема дані про стать, вік, сімейний стан, рівень освіти, територіальне розміщення тощо. Крім того, для побудови моделей мікрорівня використані масиви мікроданих Мультиіндикаторного кластерного обстеження 2012 р. та Медико-демографічного обстеження 2013 р. При формуванні загального масиву мікроданих застосовуються як методи дублювання записів, так і акумуляції записів за декілька років.

Сформований масив мікроданих коригується на основі даних макрорівня, зокрема таблиць смертності та оцінок

щодо захворюваності населення. Результатом коригування є репрезентативна для населення загалом синтетична сукупність (мікродані), в якій пропорції населення (також чисельності населення) і рівні його захворюваності за статеві-віковими групами та типом місцевості проживання відповідають наявним оцінкам макрорівня.

Таким чином, ідея методу відповідає сучасним підходам до дослідження процесів на основі синтетичних сукупностей. Основними припущеннями є такі:

- результати вибіркового обстеження як базові характеристики наявного населення репрезентативно відображають процеси смертності та захворюваності різних груп населення, що спостерігаються у поточному році;

- дані вибіркового обстеження репрезентативно відображають структуру населення щодо рівня освіти, сімейного стану тощо;

- урахування даних макрорівня для поточного року забезпечує нівелювання впливу на структуру поточного (статичного) населення процесів народжуваності та міграції для відповідних статеві-вікових груп;

- для двох суміжних статеві-вікових груп відмінностями у розподілі населення за певними характеристиками (рівнем освіти та сімейним станом) можна знехтувати.

Отже, як у таблиці смертності відображається динаміка зменшення (саме через смертність) чисельності умовної групи населення, що характеризується статтю, віком і місцевістю проживання, так і скоригований синтетичний масив даних, виражають співвідношення чисельності аналогічних груп населення (чисельність цих груп розрізняють саме через смертність населення), але з урахуванням, окрім зазначених ознак, також рівня освіти, сімейного стану тощо.

Як свідчать результати виконаних досліджень, використання даних макрорівня при формуванні репрезентативної синтетичної сукупності населення дає можливість достатньо

точно відобразити процеси смертності та захворюваності за певними групами населення. На основі показників синтетичної сукупності населення, сформованої з урахуванням даних коротких таблиць смертності за типами поселень і статтю, а також його захворюваності за цими групами, можна отримати результати оцінювання впливу основних СЕД на стан здоров'я населення.

У дослідженні основним інструментом МІМ є статичні моделі. При використанні статичних моделей з урахуванням соціально-демографічних характеристик населення, як правило, приймається, що зазначені ознаки є фіксованими. Це не слід вважати значним недоліком у моделюванні динамічних процесів на відносно короткотривалих проміжках часу, оскільки при цьому великі зміни щодо інтенсивності цих процесів або структурні зрушення населення малоімовірні. Однак це може призвести до певного зміщення оцінок при реалізації таких процесів, як масштабна епідемія, різкі зміни у складі домогосподарств, виникнення «буму» народжуваності, або за необхідності середньострокового прогнозування відповідних процесів. Останнє є можливим у разі, коли модель використовується для аналізу впливу поточної політики або запланованих на найближчий період реформ.

Одним із дієвих способів урахування змін у статичних мікроімітаційних моделях є застосування процедури переважування мікроданих – коригування, калібрація моделі сукупності населення. Переважування здійснюється з використанням такого підходу, як калібрація статистичних ваг обстеження, та дає можливість привести мікродані у відповідність до зовнішніх, агрегованих на макро- або мезорівні оцінок показників. За цією процедурою змінюється тільки статистична вага особи, а всі інші показники залишаються незмінними. Як приклади застосування калібрації за МІМ, можна визначити такі моделі:

– поведінкові моделі для вивчення наслідків старіння населення для державної податкової системи та витрат в Австралії [59];

– моделі для прогнозування впливу старіння на розподіл населення між поколіннями та всередині поколінь до 2021 р. у Бельгії.

Як потенційне джерело інформації для врахування демографічних змін на перспективу ефективним є використання демографічних прогнозів, зокрема прогнозів чисельності населення за статеві-віковими групами. При побудові МІМД для України можуть сформуватися можливості для проведення міжрегіональних порівнянь, але для цього потрібно розробити актуальні демографічні прогнози та передбачити використання іншої якісної зовнішньої інформації, наявної як на національному, так і на регіональному рівнях.

Хоча процедура переважування забезпечує коригування даних з урахуванням прогнозованої структури населення та використання існуючих баз даних для попереднього аналізу, слід взяти до уваги можливість виникнення певних проблем. По-перше, за певних умов при переважуванні система статистичних ваг може бути значно викривлена, тобто вона відповідатиме новим прогнозованим оцінкам, але первинні оцінки, що закладались при формуванні масиву мікроданих, не будуть задовольнятися, а основні розподіли населення можуть суттєво змінитися. По-друге, виникає питання порівнянності даних обстеження. В оригінальному масиві мікроданих забезпечується узгодженість ваг і оцінок рівня респондентів та домогосподарств, яка після переважування може бути порушена.

Якщо є потреба відповідності змін у прогнозованому періоді (наприклад, 2017 – 2025 рр.) порівняно з базовим роком (2015 р.), то як контрольні змінні треба обирати ті показники, які впливатимуть на результати МІМ. Однак

розмах та варіація ваг можуть зростати зі збільшенням кількості контрольованих змінних, а занадто велика кількість таких змінних може навіть призвести до ситуації, коли дані у процедурі переважування взагалі не збігатимуться.

Як свідчать результати проведеного аналізу, найбільш часто використовуються для переважування такі змінні: статеві-вікова структура, склад сім'ї, тип місцевості, регіон проживання тощо. Таким чином, для ефективного застосування розроблених у ході дослідження МІМД та врахування демографічних змін пропонуємо використовувати процедуру калібрації статистичних ваг осіб у моделях відповідних синтетичних сукупностей. Для забезпечення зазначених умов оптимальним вважаємо застосування таких контрольних змінних:

- статеві-вікова структура населення;
- склад сім'ї (зокрема, кількість домогосподарств, що складаються з 1, 2, 3, 4 і більше осіб, кількість домогосподарств з дітьми і т. ін.);
- частка економічно активного населення.

Демографічний прогноз чисельності населення України до 2060 р. дає можливість контролювати розподіл чисельності населення за однолітніми статеві-віковими групами, що на практиці є занадто детальним розподілом. Для цілей моделювання доцільним є використання більш великих вікових груп з обмеженням їхнього віку, наприклад, вилученням у ході розгляду вікової категорії дітей до 5 років та осіб віком 80 років і старших. Для забезпечення порівнянності зовнішніх даних та даних обстеження замість абсолютних величин оцінок за статеві-віковими групами варто використовувати їхні співвідношення щодо оцінок базисного року.

При застосуванні процедури калібрації ваг слід звертати особливу увагу на те, щоб ступінь коригування статистичних ваг був відносно незначним. Це зумовлено важливістю відображення дизайну вибірки кінцевими вагами.

Інформацію щодо складу сім'ї у майбутньому неможливо отримати за даними демографічного прогнозу. Відповідно така інформація у загальному випадку є невідомою. Проте нехтування контролем за структурою домогосподарств може призвести до зміщень оцінок відповідних процесів. Наприклад, ваги домогосподарств із великою кількістю дітей можуть бути завищені, хоча темпи народжуваності при цьому будуть зростатимуть, що може призвести до переоцінки відповідних показників. Таким чином, необхідно контролювати зміни у складі домогосподарств, здійснюючи обережні припущення для забезпечення, щоб мати можливість інтерпретувати результати.

Інтуїтивне припущення щодо невідомих процесів, таких як майбутня динаміка змін у складі домогосподарств, базується на незмінності основних характеристик у часі. Однак припущення, що склад домогосподарств є фіксованим протягом довго тривалого проміжку часу, не може бути правдоподібним. Такий процес, як старіння населення, тобто збільшення чисельності осіб похилого віку та зменшення чисельності дітей, передусім вплине як на середній розмір домогосподарства, так і на його склад. За відсутності зовнішньої інформації щодо прогнозованих змін у структурі домогосподарств, можна зробити логічне припущення щодо незмінності в часі тільки частки людей, що живуть у сім'ях з певними характеристиками. Наприклад, передбачається, що частка самотніх осіб певного віку залишатиметься незмінною при зміні загальної чисельності осіб цього віку. Із зазначених причин доцільним також є контроль за часткою осіб, які проживають у домогосподарствах із дітьми та без дітей.

Можливим також є здійснення контролю щодо змін частки дорослих осіб, які живуть у сім'ях без дітей:

- частки однаків, молодших від осіб пенсійного віку;
- частки однаків пенсійного віку;
- частки осіб, що живуть у парі;

– частки осіб, що живуть у домогосподарстві з більш ніж двома дорослими.

У цьому разі є також можливість контролювати кількість домогосподарств одинаків, якщо їхня чисельність зростатиме серед осіб похилого віку у зв'язку зі старінням населення (збільшення кількості вдівців), а також дорослих, що проживають у домогосподарствах, які складаються з двох осіб та більше. Частка одинаків віком 65 років і вище залишатиметься сталою, хоча їхня чисельність зростатиме через збільшення чисельності населення у цій віковій групі. Слід враховувати, що самотні люди більш уразливі до бідності, і це обумовлює доцільність контролю за цією групою населення.

Третім чинником, який пропонується контролювати при калібрації МІМД з метою урахування змін соціально-демографічних процесів, є частка економічно активного населення. У МІМД за умовами внутрішньої узгодженості рівень зайнятості, як правило, визначається на основі даних щодо відпрацьованого часу. Крім того, зайнятих і незайнятих осіб можна розподілити за статтю та віковими групами. Слід взяти до уваги, що загальний рівень зайнятості може істотно змінитися через структурні зміни (економічні причини), тоді як у межах статево-вікових груп він буде фіксованим.

Узагальнена схема авторського методологічного підходу до МІМ для визначення впливу основних СЕД на стан здоров'я населення України представлена на рис. 2.8.

Доцільно навести характеристику вибірових обстежень, які є джерелом даних для МІМ стану та СЕД здоров'я населення. Державні вибірові обстеження населення, що проводяться на постійній основі (щорічно, щоквартально, щомісячно), є відносно новим напрямом статистичних спостережень в Україні. Сьогодні ці обстеження формують систему, яка постійно удосконалюється й ускладнюється. Доцільно зазначити, що вибірові обстеження домогосподарств – найбільш поширений

і визнаний у світі спосіб одержання статистичної інформації. Можливість надійного вимірювання комплексної системи показників за відносно невисокої вартості обстеження є перевагою цього методу.

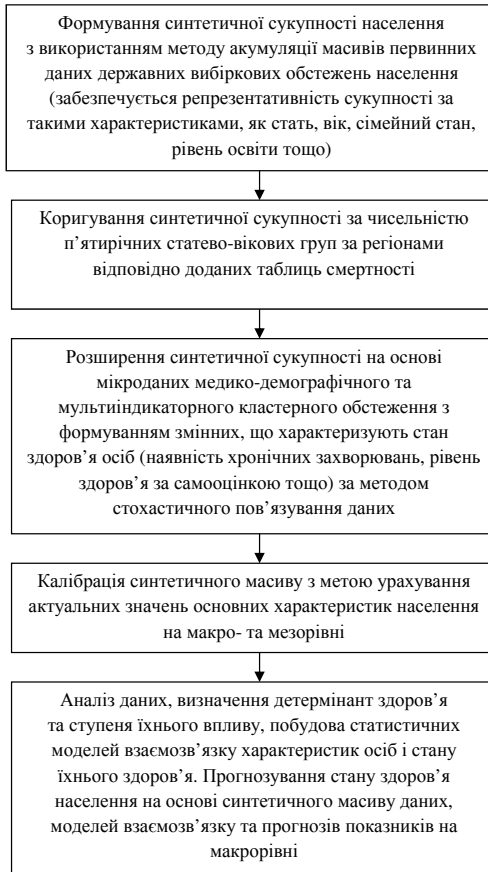


Рис. 2.8. Схема методології мікроімітаційного моделювання соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення України

Джерело: власна розробка автора.

Із 1999 р. систему державних вибірових обстежень домогосподарств становлять обстеження умов життя домогосподарств (далі – ОУЖД) та обстеження населення з питань економічної активності (далі – ОЕАН). З метою забезпечення можливості поліпшення результатів зазначених обстежень з 2004 р. їхні програми гармонізовано.

Гармонізація системи вибірових обстежень передбачає здійснення таких заходів:

- проведення обстежень на єдиній вибірці територій та єдиною мережею інтерв'юерів – гармонізованість за охопленням;

- дані обстежень, а саме їхня гармонізована частина, мають відображати один період – гармонізованість за періодом спостереження;

- інформація, отримана за результатами обстежень, має характеризувати одні й ті самі одиниці спостереження (неінституційне населення, домогосподарства України) – гармонізованість за одиницями спостереження;

- у програмі кожного з обстежень має міститися блок гармонізованих, уніфікованих показників щодо соціально-демографічних характеристик домогосподарств та респондентів – гармонізованість за ознаками і показниками.

Незалежно від цільової групи обстеження, інформація щодо гармонізованого та уніфікованого блоку показників збирається за відібраними домогосподарствами та їхніми членами. До цього блоку належать такі ознаки домогосподарств:

- кількість членів домогосподарства;
- родинні стосунки між членами домогосподарства;
- дата народження респондента;
- стать респондента;
- рівень освіти респондента (для осіб віком 6 років і старших);

- код обстеження;
- порядковий номер обстеження;
- код території;
- код місцевості (міська, сільська);
- дата опитування;
- статистична вага домогосподарства або респондента та ін.

Результати вибірових обстежень можуть бути представлені у вигляді мікрофайлів, де інформація наявна для найнижчого рівня агрегації даних – рівня осіб та домогосподарств. Саме ця особливість вибірових обстежень визначає їх як незамінне джерело інформації для МІМ. Окрім того, вибірові обстеження проводяться з певною періодичністю, що дає змогу відстежити необхідні закономірності у динаміці.

З метою наближення результатів вибірового обстеження до наявної зовнішньої інформації та підвищення рівня надійності оцінювання показників, які визначають у вибіровому спостереженні, до статистичних ваг була застосована процедура калібрації. Для ОУЖД процедура калібрації передбачає коригування системи статистичних ваг з метою узгодження певних показників обстеження з інформацією двох зовнішніх джерел:

1) даними демографічної статистики за станом на початок звітного року щодо:

- чисельності постійного населення за регіонами та типами місцевості;
- статево-вікової структури населення за регіонами відповідно до укрупнених вікових груп (до 18 років, 18 – 35 років, 36 – 54 роки – для жінок та 36 – 59 років – для чоловіків, старших щодо працездатного віку);

2) даними статистичної звітності стосовно населення, яке перебуває в інституційних закладах.

Медико-демографічне обстеження населення України – це вибірове обстеження, спрямоване на забезпечення інформацією

про населення України та його стан здоров'я. Обстеження проведене у другій половині 2007 р. Метою обстеження було надання оновленої інформації про народжуваність, планування сім'ї, дитячу смертність, годування немовлят і дітей на практиці, здоров'я матері та дитини, обізнаність про туберкульоз і ВІЧ/СНІД, а також про насильство у родині, статус жінки у родині, торгівлю людьми й охорону здоров'я. Обстеження охоплювало 6841 жінку і 3178 чоловіків віком від 15 до 49 років. Вибіркова сукупність цього обстеження забезпечує отримання репрезентативних даних для національного рівня та п'яти основних територіальних районів. Упродовж медико-демографічного обстеження також фіксувалась інформація про наявність у домогосподарстві осіб, які працювали за кордоном на момент обстеження або у будь-який час за останні три роки.

Мультиіндикаторне кластерне обстеження (MICS4) в Україні проведене як загальнонаціональне вибіркоче обстеження населення (домогосподарств, жінок віком 15 – 49 років, чоловіків, дітей віком до 5 років та дітей інших вікових груп). Обстеження розроблене для оцінювання показників, що відображають основні чинники впливу на умови життя та здоров'я дітей, дитячу смертність, і деяких інших показників здоров'я та добробуту сімей та їхніх членів. Обстеженню підлягають члени домогосподарств, випадково відібраних зі спеціально сформованих та відібраних територіальних одиниць вибірки. Безпосередньо перед проведенням обстеження склався повний перелік адрес домогосподарств, які проживають у кожній відібраній територіальній одиниці. Перелік адрес домогосподарств, складений за кожною територіальною одиницею, використано як основу вибірки для формування вибіркової сукупності домогосподарств для MICS4.

Генеральною сукупністю є всі неінституційні домогосподарства України та особи, які проживають в них, за

винятком домогосподарств й осіб, які проживають у першій і другій зонах радіоактивного забруднення внаслідок аварії на Чорнобильській атомній станції. Обсяг вибірки становив близько 12,5 тис. домогосподарств.

Доменами, за якими забезпечувалося оцінювання основних показників MICS4, є такі:

- Україна;
- міські поселення з населенням 100 тис. осіб і більше;
- міські поселення з населенням менше 100 тис. осіб;
- сільська місцевість;
- Північний район (м. Київ, Київська область, Житомирська область, Сумська область, Чернігівська область);
- Центральний район (Черкаська область, Полтавська область, Кіровоградська область, Вінницька область);
- Східний район (Дніпропетровська область, Донецька область, Запорізька область, Луганська область, Харківська область);
- Південний район (Автономна Республіка Крим, м. Севастополь, Одеська область, Миколаївська область, Херсонська область);
- Західний район (Івано-Франківська область, Хмельницька область, Чернівецька область, Львівська область, Рівненська область, Тернопільська область, Волинська область, Закарпатська область).

Одним із джерел для MIM стану та СЕД здоров'я населення також є дані авторського соціологічного дослідження, методика проведення та основні характеристики якого наведено у п. 2.1.

Отже, від вибору методу дослідження впливу СЕД на стан здоров'я населення залежить об'єктивність отриманих даних. Специфіка MIM полягає у тому, що за допомогою нього можна навіть за обмежених інформаційних ресурсів виокремити детермінанти здоров'я різних груп населення:

за статевими, віковими, децильними, освітніми та іншими ознаками. Це пов'язано з тим, що при МІМ результуючі процеси від реалізації та взаємодій великої кількості цих процесів на мікрорівні найкращим чином можна пояснити через спостереження за цими одиницями та їхньою поведінкою. Розроблений методологічний підхід дослідження впливу СЕД на стан здоров'я є комплексним і системним, враховує наявне інформаційне забезпечення, базується на використанні елементів статистичного та динамічного МІМ, а також певним чином агентському моделюванні та концепції життєвого курсу.

На базі сформованого за описаною вище методологією масиву синтетичних даних у монографії здійснено оцінювання впливу основних детермінант на здоров'я населення – чисельності здорового населення за віковими та гендерними групами з урахуванням соціально-економічних характеристик осіб. Результати оцінювання відображені у наступних розділах дослідження.

Таким чином слід констатувати, що незважаючи на достатньо великий масив інформації про СЕД здоров'я населення, які наводять різні джерела: як офіційні, так і неофіційні, їх якість та кількість недостатні для ґрунтового аналізу. Це стосується як статистичних даних про здоров'я населення, так і даних про його детермінанти: дохід, освіту, соціальний капітал тощо.

Проблеми інформації щодо здоров'я населення насамперед стосуються обліку захворюваності. Він недосконалий та відповідно необ'єктивний через низку причин. По-перше через те, що за існуючої системи організації надання медичної допомоги захворюваність обліковується за місцем звернення, що часто не відповідає місцю проживання хворого, адже основні провідні медичні установи знаходяться в обласних центрах та м. Києві. По друге, реєстрація хвороби здійснюється за фактом звернення населення до медичної установи. При цьому

частина хворих навіть за наявності хвороби не звертається по медичну допомогу, а інші особи, навпаки звертаються без гострої на то необхідності. По-третє, в силу низької мотивації медичних працівників, на яких покладено обов'язки обліку захворюваності, останні не завжди роблять це пунктуально. У результаті не певним чином спотворює облік.

Не такі значні, але існують проблеми з обліком смертності та інвалідності. Справа у тому, що не завжди встановлюється причина справжньої причини смерті через відсутність розтину тіла померлого або низьку кваліфікацію персоналу, який його здійснює. Також з'ясовано, що частина офіційно зареєстрованих інвалідів в Україні насправді не є такими. Через низький рівень доходів частина населення прагне отримати інвалідність, щоб покращити своє матеріальне становище, а корумпованість у медицині цьому сприяє. Натомість люди, як насправді потребують статусу інваліда, не завжди його отримують.

Частково розв'язати існуючий комплекс проблем дозволяють опитування населення, які регулярно здійснюють статистичні, соціологічні та наукові центри. Вирішенню цього завдання присвячено й авторське соціологічне дослідження, результати якого розширюють інформацію про стан здоров'я населення та його СЕД. Особливу увагу у даному дослідженні було присвячено оцінюванню ролі детермінант РПЖ у формуванні здоров'я населення.

Важливим кроком для досягнення об'єктивності інформації про стан здоров'я населення має стати запровадження єдиного електронного обліку хворих та загальнообов'язкового медичного страхування.

Недостатнім є й облік СЕД. Наприклад, обліковуються не всі доходи населення. Частина з них знаходиться в тіні, незважаючи на посилення з боку держави відповідальності роботодавців за приховання доходів працівників. Значну частину доходів населення отримує за кордоном і ці доходи

також не обліковується. Таким чином, пов'язати стан здоров'я із рівнем доходу достатньо складно. Частково цю проблему може компенсувати проведення соціологічного опитування, але й при цьому респонденти не завжди правдиво вказують рівень своїх доходів.

У зв'язку з цим необхідно ретельно підходити до виокремлення індикаторів СЕД здоров'я населення. Зокрема джерела їхнього походження мають мати високу надійність, а сам індикатор бути ілюстративним і яскраво характеризувати об'єкт дослідження. Крім цього, під час розробки методологічних засад соціально-економічної детермінованості здоров'я важливим є системний підхід, який дає змогу розглядати соціально-економічне середовище та здоров'я населення як єдину взаємопов'язану і взаємозумовлену систему, в якій покращення одного з компонентів приводить до поліпшення іншого, й навпаки.

Від вибору індикаторів залежать масштаб та об'єктивність оцінки стану здоров'я населення та СЕД, що зумовлюють його нерівність серед населення на подальшому етапі дослідження та у підсумку, формування базисних принципів політики соціальної справедливості щодо здоров'я населення та розробка моделі розвитку системи охорони здоров'я на основі СЕД, які його визначають. Наведений у розділі перелік індикаторів відповідає цим вимогам і включає в себе безпосередньо індикатори здоров'я населення та індикатори СЕД здоров'я населення. Залежно від рівня оцінювання останні поділені на три підгрупи: контекстуальні, структурні, процесуальні.

Класичний методологічний апарат оцінювання здоров'я населення та його детермінант, який включає методи кореляції, регресії та відношення шансів, доцільно доповнити МІМ, завдяки якому соціально-економічні процеси на будь-якому рівні агрегації можна пояснити через спостереження за цими одиницями на макрорівні, їхньою поведінкою та взаємодією.

При цьому найважливішою особливістю МІМ є те, що моделювання на рівні осіб, сімей або домогосподарства здійснюється з урахуванням стохастичних закономірностей розвитку процесів та стохастичного характеру параметрів взаємодії одиниць сукупності. У даному випадку МІМ використовується для оцінювання показників диференціації здоров'я населення та визначення впливу основних детермінант здоров'я.

Література до 2 розділу

1. Стратегія розвитку державної статистики на період до 2017 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/telefon/ukr/strateg2012.htm>.
2. Chatters L. M. Religion and health: Public health research and practice / L. M. Chatters // Annual review of public health. – 2000. – Т. 21, № 1. – Р. 335–367.
3. Idler E. L. Religion as a social determinant of public health / E. L. Idler. – Oxford : University Press, 2014. – 445 p.
4. Targets and indicators for Health 2020. Version 3 [Електронний ресурс]. – WHO: Regional Office for Europe. – 2016. – 114 p. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/317936/Targets-indicators-Health-2020-version3.pdf?ua=1.
5. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підруч. / за ред. Ю. В. Вороненка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. – 332 с.
6. Шевчук Л. Т. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу: регіональний аналіз і прогноз / Л. Т. Шевчук. – Львів, 2003. – 489 с.
7. Очередыко О. М. Медико-соціальні основи збереження здоров'я сільських мешканців (наукова розробка соціометричних моделей для основних типів сільських населених пунктів) : дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / О. М. Очередыко ; Вінницький держ. медичний ун-т ім. М. І. Пирогова. – К., 2001. – 338 с.
8. Смертність населення України у трудоактивному віці : моногр. / відп. ред. Е. М. Лібанова. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 211 с.

9. Вітковська К. В. Методологічні аспекти побудови регіональних таблиць смертності за причинами : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : 08.00.10 / К. В. Вітковська ; ДВНЗ «Київ. нац. екон. ун-т ім. В. Гетьмана». – К., 2011. – 20 с.
10. Бедный М. С. Демографические процессы и здоровье населения / М. С. Бедный // *Общественные науки здравоохранения*. – М., 1987. – С. 165.
11. Allin S. Examining the Role of Amenable Mortality as an Indicator of Health System Effectiveness [Електронний ресурс] / S. Allin, M. Gring // *Healthcare Policy*. – 2014. – № 9 (3). – Р. 12–18. – Режим доступу: https://www.researchgate.net/profile/Sara_Allin/publication/261607457_Examining_the_Role_of_Amenable_Mortality_as_an_Indicator_of_Health_System_Effectiveness/links/53d992100cf2631430c7d51b.pdf.
12. Левчук Н. М. Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в Україні / Н. М. Левчук // *Демографія та соціальна економіка*. – 2007. – № 1. – С. 12–27.
13. Петрова Н. Г. Смертность как показатель здоровья населения и критерий качества медицинской помощи : автореф. дис. на соискание науч. степени д-ра. мед. наук / Н. Г. Петрова. – СПб., 2000. – 38 с.
14. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки : моногр. / Н. О. Рингач. – К. : НАДУ, 2009. – 296 с.
15. Демографія : учеб. [для ВУЗов] / под ред. Н. А. Волгина, Л. Л. Рыбаковского. – М. : РАГС, 2003. – 384 с.
16. Robine J. M. Health expectancy indicators / J. M. Robine, I. Romieu, E. Cambois // *Bull. WHO*. – 1999. – V. 77, – P. 181–185.
17. Пряткин О. П. Сучасні індикатори здоров'я населення [Електронний ресурс] / О. П. Пряткин // *Медичні новини*. – 2000. – № 10. – Режим доступу : <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=3054>.
18. Рамонов А. В. Ожидаемая продолжительность здоровой жизни как интегральная оценка здоровья россиян / А. В. Рамонов // *Экономический журнал Высшей школы экономики*. – 2011. – Т. 15, №. 4. – С. 497–518.
19. Healthy life expectancy (HALE) at birth [Електронний ресурс] // WHO. – Режим доступу : http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=66

20. Методологічні пояснення з організації державного статистичного спостереження «Доходи населення» [Електронний ресурс] / ДССУ. – Режим доступу : https://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2005/gdn/Metod_gdn.htm.
21. Методологічні коментарі для користувачів щодо програми та системи показників вибіркового обстеження умов життя домогосподарств [Електронний ресурс] / ДССУ. – Режим доступу : https://ukrstat.org/uk/metod_polog/metod_doc/koment/koment_dom_gosp.htm.
22. Методологічні положення з організації державного статистичного спостереження «Умови праці на підприємствах» [Електронний ресурс] / ДССУ. – Режим доступу : https://ukrstat.org/uk/metod_polog/metod_doc/2013/340/met_polog.zip.
23. Загальна гігієна з основами екології : підруч. / В. А. Кондратюк, Б. Р. Сергета, Б. Р. Бойчук [та ін.] ; за ред. В. А. Кондратюка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2003. – 592 с.
24. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України [Електронний ресурс] / ДССУ. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/zb/07/zb_sdhdg_2016pdf.zip.
25. Giordano G. N. Social capital and self-rated health – a study of temporal (causal) relationships / G. N. Giordano, J. Björk, M. Lindström // *Social Science & Medicine*. – 2012. – № 75. – P. 340–348.
26. Helliwell J. F. Well-being, social capital, and public policy: what's new? / J. F. Helliwell // *The Economic Journal*. – 2006. – № 116. – С. 34–С45.
27. Kawachi I. Social capital and health: a decade of progress and beyond // I. Kawachi, S. V. Subramanian, D. Kim. – New York : Springer, 2008. – 291 p.
28. Social capital and health promotion: a review / P. Hawe, A. Shiell, // *Social science & medicine*. – Eindhoven, The Netherlands, 2000. – Oct. – P. 871–886.
29. Social capital as a health resource in later life: the relevance of context / Fredrica Nyqvist, Anna K. Forsman editors. – Dordrecht : Springer, 2015. – 267 p.
30. The economics of social capital and health : a conceptual and empirical roadmap / Edited by Sherman Folland. – New Jersey : World Scientific, 2014. – 220 p.

31. Левчук Н. М. Соціальний капітал та здоров'я населення в Україні / Н. М. Левчук // Демографія та соціальна економіка. – 2011. – № 1. – С. 47–56.
32. Democracies in flux: the evolution of social capital in contemporary society / edited by Robert D. Putnam. – Oxford : Oxford University Press, 2002. – 516 p.
33. European Social Survey [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.europeansocialsurvey.org/data>.
34. Macintyre S. Place effects on health: how can we conceptualize, operationalize and measure them? / S. Macintyre, A. Ellaway, S. Cummins // Social Science & Medicine. – 2002. – № 55. – P. 125–39.
35. Marmot M. Social Determinants of Health, 2nd Edition / Edited by M. Marmot, R. Wilkinson. – Oxford : University Press, 2006. – 376 p.
36. The state of food security in the world : [Електронний ресурс] / FAO, 2015. – Режим доступу : <http://www.fao.org/3/a-i4646e.pdf>.
37. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. – WHO, 2009. – 62 p.
38. Guagliardo M. F. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges [Електронний ресурс] / Mark F. Guagliardo // International Journal of Health Geographics. – 2004. – Режим доступу : <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1476-072X-3-3>.
39. Ken S. Socio-economic and locational determinants of accessibility and utilization of primary health-care / S. Ken, J. David // Health & Social Care in the Community. – 2002. – Vol. 9, iss. 5. – P. 294–308.
40. Панова Л. В. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи [Електронний ресурс] / Л. В. Панова, Н. Л. Русинова. – Режим доступу : <http://ecsocman.hse.ru/data/748/928/1219/127-Panova.pdf>.
41. Москаленко В. Ф. Принципи побудови оптимальної системи охорони здоров'я: український контекст : моногр. / В. Ф. Москаленко. – К. : Книга плюс, 2008. – 320 с.
42. Evans D. B. Universal health coverage and universal access [Електронний ресурс]. / D. B. Evans, J. Hsu, T. Voerma. – WHO : Geneva. – Режим доступу : <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/13-125450/en/>.

43. Заяць Г. С. Кадрове забезпечення охорони здоров'я України: аспекти модернізації [Електронний ресурс] / Г. С. Заяць. – Режим доступу : <http://esj.oa.edu.ua/articles/2013/n23/7.pdf>.
44. Худоба О. В. Оцінка кадрового потенціалу системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / О. В. Худоба. – Режим доступу : <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/tpdu/2010-4/doc/4/06.pdf>.
45. Калініченко О. О. Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я на сучасному етапі / О. О. Калініченко // Вісник ЖДТУ. – 2013. – № 1 (63). – С. 248–250.
46. Стан корупції в Україні: Порівняльний аналіз загальнонаціональних досліджень: 2007, 2009, 2011 та 2015 / Київський міжнародний інститут соціології. – К., 2015. – 68 с.
47. Епідеміологія : базовий підруч. [для студ. вищих мед. навч. закладів] / М. А. Андрейчин, З. П. Василюшин, Н. О. Виноград [та ін.] ; за ред. І. П. Колеснікової. – Вінниця : Нова книга, 2012. – 576 с.
48. Klevmarken N. A. Behavioral Modeling in Micro Simulation Models A Survey / N. A. Klevmarken // Working Paper, Department of Economics, Uppsala University, 1997. – 54 p.
49. Саріогло В. Г. Модернізація інформаційного забезпечення соціальної політики на основі мікроімітаційного моделювання / В. Г. Саріогло // Демографія та соціальна економіка. – 2011. – № 2. – С. 128–135.
50. Comas-Herrera A. Who will pay for long-term care in the UK? / R. Hancock, A. Comas-Herrera, R. Wittenberg, R. Pickard // Institute for Fiscal Studies. – 2003. – Vol. 24, N. 4. – P. 387–426.
51. Falkingham J. Poverty Alleviation Versus Social Insurance Systems: A Comparison of Lifetime Redistribution / J. Falkingham, A. Harding // NATSEM, University of Canberra. – 1996. – 46 p.
52. Spielauer M. Microsimulation of Life Course Interactions between Education, Work, Partnership Forms and Children in Five European Countries / M. Spielauer // IIASA Interim Report IR-00-032. – International Institute for Applied Systems Analysis, Laxenburg, Austria, 2000. – 47 p.
53. Galler H. P. Discrete-Time and Continuous-Time Approaches to Dynamic Microsimulation Reconsidered / H. P. Galler // Technical

- Paper 13. National Centre for Social and Economic Modeling (NATSEM), University of Canberra. – 1997. – 47 p.
54. Elder G. H. Methods of Life Course Research: Qualitative and Quantitative Approaches / Giele J. Z., G.H. Jr. Elder // SAGE Publications. – 1998. – 344 p.
55. Cain L. D. Life course and social structure / L. D. Cain // Handbook of Modern Sociology. – Chicago : Rand McNally, 1964. – P. 272–309.
56. Elder G. H. Age differentiation and life course / G. H. Elder // Annual Review of Sociology. – 1975. – № 1. – P. 165–190.
57. Imhoff E. V. Microsimulation Methods for Population Projection / E. V. Imhoff, W. Post // New Methodological in the Social Sciences. – 1998. – P. 97–138.
58. Population Dynamics and Projection Methods. Understanding population Trends and Processes / 4. Edited by J. Stillwell, M. Clark. – 2011. –Vol. 4. – 226 p.
59. Cai L. Accounting for Population Ageing in Tax Microsimulation Modelling by Survey Reweighting // L. Cai, J. Creedy, G. Kalb // Australian Economic Papers. – 2006. – Vol. 45 (1). – P. 18–37.

РОЗДІЛ 3

ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: СТАН, ДИНАМІКА ТА СТРУКТУРНО- ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ З КРАЇНАМИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ

3.1. Оцінювання смертності та середньої очікуваної тривалості життя

Визначення соціально-економічних та інших детермінант здоров'я населення України, має базуватись на оцінюванні передумов його формування, сучасного стану і трендів розвитку. Тільки ґрунтовне дослідження глибинних причин існуючих тенденцій дасть можливість виробити ефективні заходи збереження та покращення стану здоров'я населення.

Більшість науковців та практиків, які досліджують здоров'я населення в Україні [1–4], доходять висновків про повільну динаміку його покращення за останні десятиріччя, а сучасний стан оцінюють як незадовільний. Можна констатувати, що проблеми із здоров'ям населення мають системний характер. Разом із тим, доводиться визнати, що драматичні події на сході країни, погіршення політичної та економічної ситуації за останній період тільки посилюють попередні тенденції та ускладнюють становище.

Для обґрунтування ролі соціально-економічних детермінант (СЕД) у здоров'ї населення України передусім потрібно:

1. Виявити тенденції та оцінити стан індикаторів здоров'я населення України, перелік яких подано вище (п. 2.2, рис. 2.4). При цьому принциповим є врахування:

– демографічних особливостей формування здоров'я за віком та статтю. Аналіз цих особливостей дасть можливість оцінити ступінь диференціації у стані здоров'я чоловіків і жінок з урахуванням вікових змін. Особливу роль у цьому разі відіграватиме вивчення стану здоров'я особи у ранньому періоді життя (0–18 років);

– територіальних диспропорцій у стані здоров'я населення, у тому числі між представниками міських поселень і сільської місцевості. Оцінка регіональних відмінностей має стати підґрунтям для дослідження ступеня залежності (кореляції) між здоров'ям населення та детермінантами, які його визначають, що дасть змогу окреслити пріоритети політики щодо збереження здоров'я населення в окремих територіальних одиницях чи населених пунктах;

– суб'єктивних та об'єктивних чинників, від яких залежить достовірність статистичної інформації про здоров'я та використаних даних із різних джерел.

Такий підхід до оцінювання сучасного стану здоров'я населення дає змогу виокремити основні причини смертності, захворюваності та інвалідності за статеві-віковими і територіальними групами населення, що є підґрунтям для оцінки СЕД здоров'я населення.

2. Здійснити порівняльний аналіз показників здоров'я населення України та країн Європи для визначення рівня масштабу проблем із станом здоров'я. Середньоевропейські показники у цьому разі є стандартом, з яким зіставляються дані про здоров'я населення України. Здійснення такого порівняння доцільне також тому, що метод стандартизації, з наукової точки зору, є одним із найбільш інформативних у демографічній статистиці.

Демографічна ситуація в Україні тривалий період залишається доволі складною. За станом на 1.01.2017 р. чисельність наявного населення України становила 42,6 млн. осіб¹, тобто на 9,2 млн. осіб менше, ніж у 1990 р. За період з 1990 по 2013 р. чисельність населення країни зменшилась на 6,4 млн. – з 51,8 до 45,4 млн. Процес депопуляції населення має кілька складових.

Перша – це природне зменшення населення через зниження рівня народжуваності (таке явище було характерним до 2001 р. та з 2013 р.) та зростання смертності (особливо з 1998 по 2005 р.) (рис. 3.1). Згідно з офіційними даними, 94,0% депопуляції населення в Україні за останні 25 років (6,1 млн. осіб) зумовлено природним зменшенням його чисельності.

Друга складова – негативне сальдо міграції². Згідно з офіційними даними Державної служби статистики, за останні 25 років через міграцію Україна втратила дещо більше 0,5 млн. осіб. Однак, на думку експертів [5; 6], ця кількість значно більша і обчислюється кількома мільйонами. Варто врахувати, що міграція суттєво може впливати на зміни вікової структури населення і відповідно посилювати демографічну кризу. Так, більшість емігрантів (близько 90%) – це населення віком до 65 років, що істотно знижує загальні показники стану здоров'я (передусім смертності та захворюваності, а також інвалідності). За кордон виїжджає переважно здорове населення, а це означає, що рівень здоров'я частини населення, яке залишається, у статистичному вимірі буде нижчим. Наприклад, рівень інвалідності у країні (загалом серед населення чи відповідно до його вікових груп) може зростати не тільки за умов підвищення чисельності інвалідів, а й через зменшення чисельності населення при високій його емігра-

¹ Без урахування населення тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим і м. Севастополя.

² У цьому разі йдеться не про офіційні джерела, а про експертні висновки.

ції. Так, емігрантів-інвалідів суттєво менше, ніж емігрантів із відповідно добрим станом здоров'я.

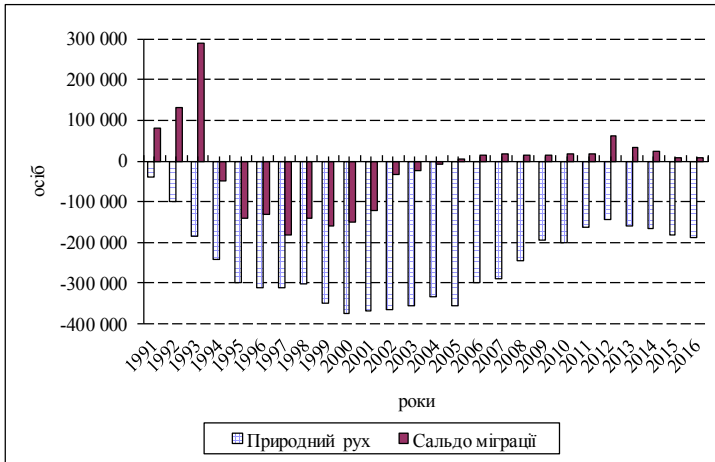


Рис. 3.1. Природний та механічний рух населення України у 1991–2016 рр.

Джерело: [7; 8, с. 41].

Серед демографічних проблем в Україні особливо гострою є висока **смертність населення** як одного з індикаторів його стану здоров'я. Високий рівень смертності – це один з головних чинників природного зменшення чисельності населення. За останні два десятиріччя в Україні щороку помирає щонайменше 660 тис. осіб. З 1989 по 2016 р. простежуємо коливання загального коефіцієнта смертності (ЗКС) від мінімального його значення 11,6‰ у 1989 р. до 16,9‰ у 2005 р. У 2016 р. цей показник становив 14,7‰. Причому від 2013 р. припинилась тенденція тривалого зниження ЗКС. Причин для цього може бути декілька. Насамперед це погіршення суспільно-політичної та соціально-економічної ситуації. Наслідком цього є зменшення державних витрат на соціальну сферу, у

тому числі на систему охорони здоров'я, зниження рівня зайнятості, суттєве скорочення рівня доходів населення, збільшення стресових ситуацій тощо. Лише усунення цих та інших чинників впливу дасть змогу подолати тенденцію до зростання рівня смертності.

Оскільки ЗКС є корисним у порівняльній статистиці, але не надто інформативним з позиції демографічного та економіко-статистичного аналізу, адже може бути спотворений змінами загальної чисельності чи статеві-вікової структури населення, у подальшому аналізі використовуватимемо спеціальні або стандартизовані показники, зокрема стандартизований коефіцієнт смертності (СКС), розрахований прямим методом стандартизації за європейським стандартом чисельності населення (ESP2013) [12], що найточніше відображає поточну європейську структуру населення.

СКС від усіх причин смерті в Україні залишається одним із найвищих в Європі (вищий лише в Білорусі та Росії) (рис. 3.2). І це незважаючи на те, що з 2005 р. коефіцієнт стабільно знижувався і у 2013 р. досягнув значення 1076,3 на 100 000 осіб, що було нижчим, ніж у 1986 р., коли цей показник був рекордно низьким для України (1086,4). Як і в разі з ЗКС, на СКС вплинули політичні та соціально-економічні катаклізми у 2014–2016 рр., тому його показник зріс (рис. 3.3–3.4). При цьому слід зауважити, що ДССУ України працює в специфічних умовах, коли інформація з окупованої території Донецької та Луганської областей потребує уточнення. Відповідно офіційні статистичні дані за 2014–2016 рр. можуть мати значну похибку. Емпіричний погляд на ситуацію, що склалась, спонукає до висновків, що скоріше за все у майбутньому відбудуватиметься зростання показників смертності, ніж їхнє зниження чи стабілізація.

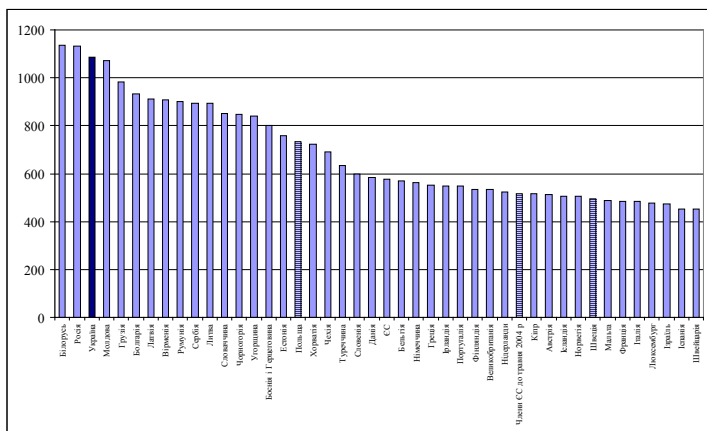
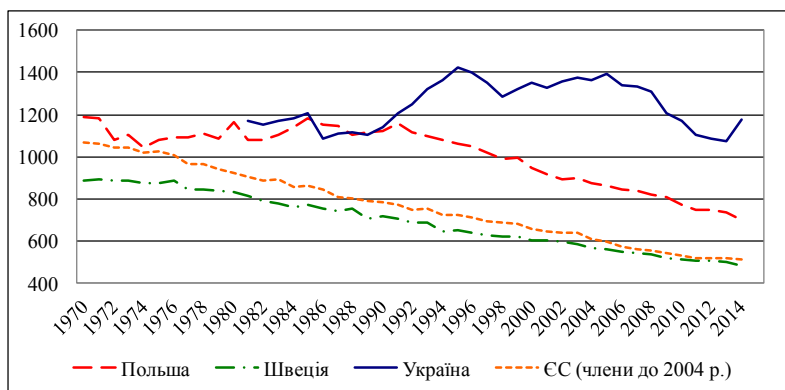


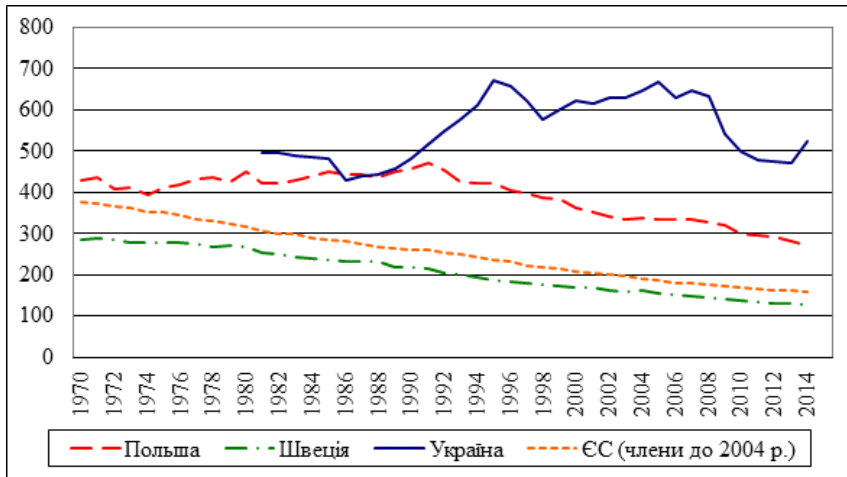
Рис. 3.2. Стандартизований коефіцієнт смертності від усіх причин смерті країн Європи (за європейським стандартом), 2013 р. (на 100 000 осіб)

Джерело: [9].



а) все населення

Рис. 3.3. Стандартизований коефіцієнт смертності від усіх причин смерті (за європейським стандартом) у 1970–2014 рр. (на 100 000 осіб)



б) населення віком 0–64 років

Рис. 3.4. Стандартизований коефіцієнт смертності від усіх причин смерті (за європейським стандартом) у 1970–2014 рр. (на 100 000 осіб відповідного віку)

Джерело: [9; 13].

За умови, що СКС від усіх причин смерті в Україні перебував на рівні значення показника по ЄС, значних втрат населення можливо було б уникнути. Зокрема, за розрахунками автора, втрати через високу смертність за 1990–2014 рр. в Україні становили 9,3 млн. осіб (табл. 3.1), що фактично є половиною з усіх померлих за цей період. Хоча подані розрахунки мають більш ілюстративний характер, оскільки вони не здійснені за віковими коефіцієнтами смертності, їх не варто недооцінювати. Втрати через надсмертність у країні є дуже значними.

Таблиця 3.1

**Демографічні втрати через
надсмертність населення в Україні**

	Кількість померлих (Україна), осіб	СКС, всі причини, на 100 000 осіб		Стандартизований показник кількості померлих (Україна), осіб	Втрати через надсмертність, (Україна) осіб
		Україна	ЄС		
1	2	3	4	5	6
1989	600590	1102,5	790,2	430474	170116
1990	629602	1141,5	780,8	430676	198926
1991	669960	1206,7	771,2	428171	241789
1992	697110	1247,5	749,7	418921	278189
1993	741662	1323,2	752,2	421587	320075
1994	764669	1364,0	725,9	406947	357722
1995	792587	1422,2	722,3	402513	390074
1996	776717	1397,2	709,7	394529	382188
1997	754151	1353,7	691,1	384978	369173
1998	719954	1286,3	688,1	385164	334790
1999	739170	1318,3	679,5	380993	358177
2000	758082	1349,4	656,3	368702	389380
2001	745952	1327,9	641,7	360449	385503
2002	754911	1358,2	637,8	354525	400386
2003	765408	1372,9	641,2	357515	407893
2004	761261	1364,5	605,5	337827	423434
2005	781961	1395,6	595,7	333752	448209
2006	758092	1337,1	570,6	323495	434597
2007	762877	1336,0	562,0	320927	441950
2008	754460	1308,1	554,2	319654	434806
2009	706739	1204,2	541,7	317950	388789
2010	698235	1171,1	529,8	315865	382370

Продовження табл. 3.1

1	2	3	4	5	6
2011	664588	1102,0	517,4	312025	352563
2012	663139	1087,4	516,8	315168	347971
2013	662368	1076,3	516,4	317799	344569
2014	632667	1179,0	512,0	274746	357921
Разом	18756912			9415351	9341561

Джерело: розраховано автором за [8; 9; 13].

Більш точно демонструють ситуацію щодо смертності показники СКС за віковими групами. Враховуючи більш високі показники смертності населення після 65 років, частково їхній природний характер та рекомендації щодо розрахунку СКС Євростату, паралельно із СКС для усього населення доцільно здійснити оцінювання СКС серед населення віком 0–64 роки. В Україні цей показник за останній період відображає подібну тенденцію, що й СКС для населення загалом. Однак порівняння із країнами Європи дає підстави для висновків, що СКС у цьому віковому інтервалі є вищим в Україні за середньоєвропейський його показник і СКС загалом (див. рис. 3.4).

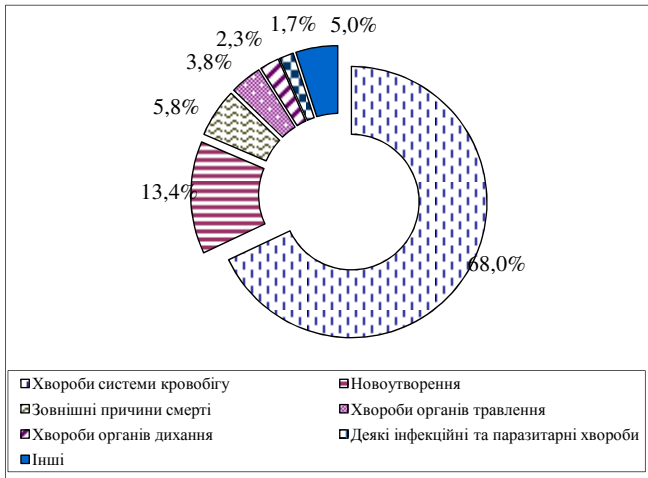
Зокрема, якщо СКС для всього населення України вищий за цей коефіцієнт країн ЄС у 2,44 разу, то його показник серед населення віком 0–64 роки – відповідно у 3,32 разу. Такий розрив у значеннях коефіцієнтів свідчить, що більш високі показники смертності українського населення порівняно із багатьма країнами Європи пов'язані з ранньою смертністю. Ця диференціація у показниках також дає підстави стверджувати, що не біологічні чинники є основною причиною високої смертності в Україні, а викликана вона СЕД та індивідуальною поведінкою щодо власного здоров'я. Їхнє покращення відповідно дасть можливість знизити показники смертності та зменшити їхній розрив із загальноєвропейськими коефіцієнтами. Здійснити на практиці це доволі складно, адже неможли-

во водночас змінити суспільну свідомість, традиції, соціальні установки, активізувати роботу соціальних ліфтів і т. ін., як і раптово реанімувати економічну систему, без чого покращення СЕД нереальне.

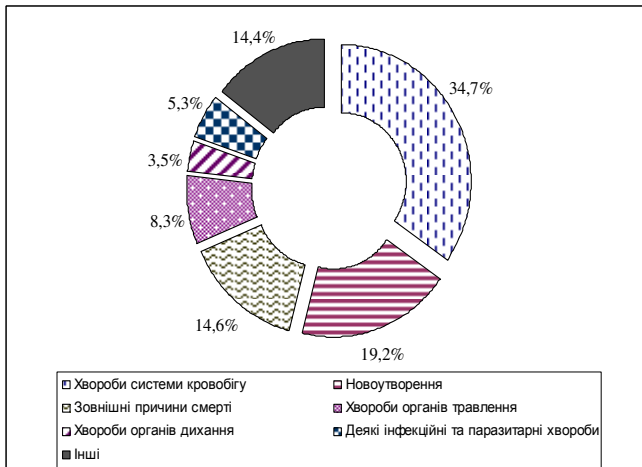
Про довготривалість такого процесу свідчать дані про динаміку СКС Польщі. Наприкінці 80-х рр. ХХ ст. Польща та Україна мали приблизно однакові показники СКС населення віком 0–64 роки. Ці показники в 1,6–1,7 разу перевищували відповідні коефіцієнти у країнах Західної Європи. Нинішні СКС населення Польщі віком 0–64 роки є, хоч і не такими, як у країнах ЄС, але на 2/3 нижчими за ті, які визначено 25 років назад. Це пов'язано з тим, що темпи зниження СКС населення віком 0–64 роки у Польщі за цей період приблизно відповідали тим, які були в західноєвропейських країнах. Однак, незважаючи на це, значення СКС населення віком 0–64 роки у Польщі зараз є вищим, ніж, наприклад, у Швеції у 1970 р.

Структурний аналіз смертності пов'язаний із вивченням її *причин*. Такий аналіз має практичне значення, оскільки дає змогу встановити не тільки домінуючі причини смерті, а й детермінанти, які їх зумовлюють. Окрім того, визначення основних причин смерті та причин, рівень смертності від яких в Україні суттєво вищий за європейський, дасть можливість звузити коло дослідження детермінант до найбільш значущих для здоров'я за сучасних умов.

Переважаючою причиною смертності населення в Україні є хвороби системи кровообігу (68,0%). Високий відсоток також припадає на такі причини: новоутворення (13,4), зовнішні (5,8), хвороби органів травлення (3,8) (рис. 3.5). Проте структура причин смерті населення віком 0–64 роки дещо інша. У цьому віці основною причиною смерті також є хвороби системи кровообігу, однак їхня частка становить 34,7%. При цьому суттєво більша частка померлих від новоутворень – 19,2% та зовнішніх причин – 14,6%; дещо більша від ХОТ – 8,3% та інфекційних і паразитарних хвороб – 5,3%.



а) все населення



б) населення віком 0–64 роки

Рис. 3.5. Структура смертності населення України за причинами смерті у 2015 р.

Джерело: [9].

Структура смертності з причин смерті змінюється з часом. Такі зміни, на думку автора, пов'язані із зміною детермінант, які впливають на стан здоров'я населення. У 1990 р. структура і ступені впливу детермінант були одні, зараз – зовсім інші. Причому дія біологічних детермінант приблизно однакова, а зміни можуть зумовлювати тільки СЕД, такі як рівень доходів, освіти, розвиток системи охорони здоров'я, а також зміни в статеві-віковому складі населення. За період від 1990 р. і донині в структурі смертності як усього населення, так і населення віком 0–64 роки, суттєво зросла частка смерті від інфекційних і паразитарних хвороб (на 120% та 290% відповідно) і хвороб органів травлення (на 61% та 122%) (рис. 3.6). Особливе занепокоєння викликає значне зростання частки інфекційних і паразитарних хвороб, серед яких понад 90% припадає на туберкульоз та ВІЛ. Це соціально спричинені хвороби, пов'язані з впливом СЕД та недостатньою відповідальністю осіб за власне здоров'я. З огляду на це дослідження ступеня цієї зумовленості має пріоритетне значення.

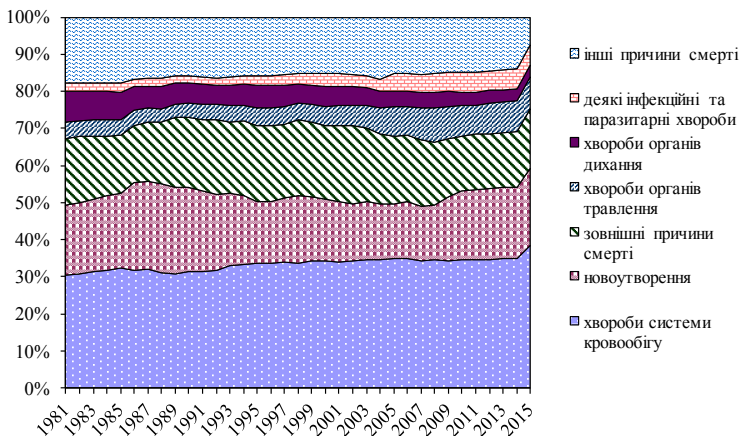


Рис. 3.6. Структура смертності населення України віком 0–64 роки за причинами смерті у 1981–2015 рр.

Джерело: [9].

Необхідним атрибутом дослідження стану здоров'я населення є оцінка смертності та захворюваності за окремими причинами, оскільки детермінованість багатьох хвороб різна. Зміни СКС за окремими причинами смерті за останні 25 років відображено на рис. 3.7. За цей період знизились СКС від хвороб органів дихання (на 62%), зовнішніх причин (21%) та новоутворень (17%), хоча істотно зросли від інфекційних і паразитарних хвороб (майже в два рази) та від хвороб органів травлення (на 68%). На основі наведених даних можна зробити такі висновки:

– по-перше, високий рівень смертності населення від зовнішніх причин простежується в Україні за часів радянської доби. Саме у той період були закладені сучасні тренди рівня смертності за вказаними вище та іншими причинами;

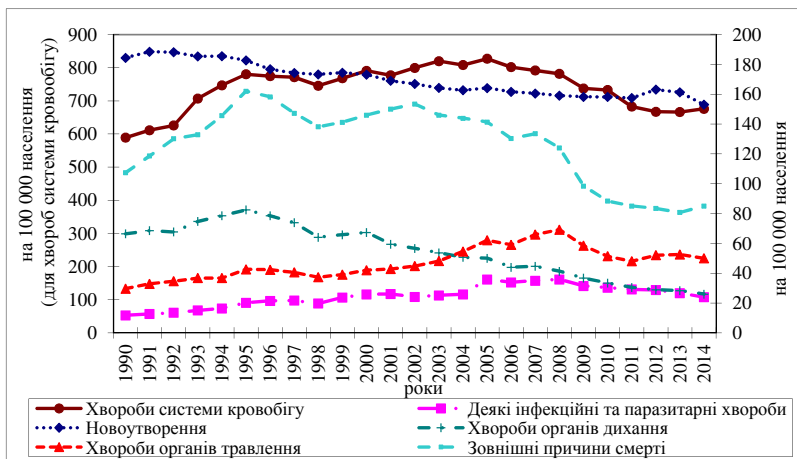


Рис. 3.7. Стандартизовані коефіцієнти смертності населення України за окремими класами хвороб у 1990–2014 рр.

Джерело: [13].

– по-друге, суспільна думка про те, що в нашій країні на-
явні надвисокі темпи зростання смертності від новоутворень,
переважно злякисних, не відповідає дійсності. Насправді

найвищі показники смертності населення від злоякісних новоутворень зафіксовані в Україні на початку 90-х рр. ХХ ст., після чого спостерігається тенденція до їхнього зниження;

– по-третє, СКС від хвороб системи кровообігу залишається стабільно високим, тому його зниження є одним із найбільших резервів скорочення смертності населення країни;

– по-четверте, зростання СКС від інфекційних і паразитарних хвороб є загрозливою тенденцією, адже найвища смертність у цьому класі хвороб – від туберкульозу та СНІДу як одних із найбільш соціально небезпечних.

Визначити ступінь того, наскільки високим чи низьким є СКС з тої чи іншої причини смерті, можна методом його порівняння з аналогічними коефіцієнтами по країнах ЄС. Особливо ілюстративними є СКС, які не враховують смертність у старших вікових групах (65 років і старші), тобто серед населення віком від 0 до 64 років. Розрахунки таких коефіцієнтів наведені в табл. 3.2.

Практично за всіма причинами смерті СКС в Україні вищі за відповідні коефіцієнти країн Європи, особливо це стосується інфекційних та паразитарних хвороб і хвороб системи кровообігу. Винятком є СКС від злоякісних новоутворень (окрім СКС від злоякісного новоутворення шлунка). Це свідчить про те, що смертність від злоякісних новоутворень в Україні не слід вважати надкритичною, хоча це не означає, що проблеми не існує. Питання високої смертності від цього класу хвороб постає перед усіма без винятку країнами світу, в тому числі й економічно розвиненими. Однак в останніх це найбільше стосується населення старших вікових груп (65 років і старші). У молодших вікових групах у цих країнах за останній період досягнуті певні успіхи у зниженні рівня смертності від практично всіх видів злоякісних новоутворень, особливо від онкозахворювання молочної залози. При цьому варто зауважити, що існує проблема реєстрації за деякими причинами смерті, зокрема це стосується злоякісних новоутворень, СНІДУ,

цукрового діабету та інших. Наприклад, Україна входить до переліку країн з найбільшою кількістю хворих на цукровий діабет, маючи один з найнижчих реєстрованих рівнів смертності від нього, що як раз свідчить про проблеми реєстрації причин смерті.

Таблиця 3.2

Стандартизований коефіцієнт смертності за основними причинами в Україні та Європейському Союзі у 2013 р. (вибірково)

Причина смерті	Вікові групи	СКС (на 100 000 осіб)				Різниця між СКС України та країнами ЄС (разів)		
		Україна	Польща	Швеція	ЄС	Польща	Швеція	ЄС
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Усі причини	все населення	1179	786,0	561,4	560,1	1,5	2,1	2,1
	0–64	475	296,9	131,9	163,8	1,6	3,6	2,9
Хвороби системи кровообігу	все населення	676,3	322,0	173,4	157,3	2,1	3,9	4,3
	0–64	167,3	79,7	25,3	26,6	2,1	6,6	6,3
Ішемічна хвороба серця	все населення	458	84,8	73,9	58,0	5,4	6,2	7,9
	0–64	100	24,4	12,7	13,2	4,1	7,9	7,6
Цереб्रो-васкулярні хвороби	все населення	139,2	60,5	34,2	54,5	2,3	4	4
	0–64	35,9	15,0	4,2	5,1	2,4	8,5	7
Новоутворення	все населення	153	191,3	127,5	152,6	0,8	1,2	1
	0–64	96,1	87,4	45,8	64,1	1,1	2,1	1,5
Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів та легенів	все населення	29,7	49,5	27,0	37,1	0,6	1,1	0,8
	0–64	15,7	22,4	7,9	15,4	0,7	2	1

Продовження табл. 3.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Злоякісне новоутворення шлунка	все населення	53	29,4	4,1	10,6	1,8	13	5
	0-64	32,6	17,2	1,7	4,7	1,9	19	7
Злоякісне новоутворення молочної залози	все населення	24	20,0	18,5	21,8	1,2	1,3	1,1
	0-64	16,7	11,9	10,4	11,9	1,4	1,6	1,4
Зовнішні причини смертності	все населення	85	53,1	35,4	30,4	1,6	2,4	2,8
	0-64	79,1	46,5	25,5	21,4	1,7	3,1	3,7
Навмисне самоушкодження	все населення	18,5	15,4	11,6	9,7	1,2	1,6	1,9
	0-64	16,7	15,2	10,4	8,4	1,1	1,6	2
Травми, пов'язані з ДТП	все населення	11,2	10,2	3,2	5,1	1,1	3,5	2,2
	0-64	10,5	7,5	2,7	4,4	1,4	3,9	2,4
Хвороби органів травлення	все населення	50	33,3	16,1	23,8	1,5	3,1	2,1
	0-64	42,6	20,3	6,1	9,7	2,1	7	4,4
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	все населення	24,0	5,3	11,4	9,2	4,5	2,1	2,6
	0-64	30,7	3,1	2,2	3,1	9,9	14	9,9
Туберкульоз	все населення	12,0	1,3	0,2	0,3	9,3	76,9	35,3
	0-64	10,8	0,8	0,1	0,2	13,5	135	45
Хвороба, зумовлена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ)	все населення	11,3	0,3	0,1	0,7	33,2	94,2	15,1
	0-64	11,2	0,3	0,1	0,7	36,1	93,3	16,0
Хвороби органів ди- хання	все населення	26	32,5	28,9	37,1	0,8	0,9	0,7
	0-64	15,6	9,8	4,0	6,5	1,6	3,9	2,4

Джерело: [9; 13].

Те, що в Україні *смертність від злоякісних новоутворень* не є надвисокою, пов'язують з тим, що зараз частина «потенційних жертв» новоутворень помирає від серцево-судинної патології, таким чином знижуючи онкологічну смертність [14, с. 38]. Незважаючи на це, аналіз вікових особливостей смертності населення від злоякісних новоутворень в Україні засвічує, що вона у нашій країні суттєво «молодша» порівняно з європейською. У групі населення від 0 до 64 років від цих хвороб помирають частіше, ніж в Європі. Особливо високий в Україні показник СКС від злоякісних новоутворень у віковій групі 30–44 роки – це найвищий коефіцієнт серед країн Європи загалом (рис. 3.8). Доволі високий у цій віковій групі порівняно із середньостатистичним показником в ЄС СКС від злоякісних новоутворень шлунка, молочної залози, шийки та тіла матки, прямої кишки і підшлункової залози. Суттєві відмінності у показниках можуть свідчити про те, що в Україні профілактика та лікування онкологічних захворювань є недостатньо ефективною, тому летальність від цих хвороб вища, ніж у європейських країнах.

Структуру рівня смертності від злоякісних новоутворень серед населення віком від 0 до 64 років наведено на рис. 3.9. Найбільша частка припадає на злоякісні новоутворення трахеї, бронхів та легенів. Однак, як було з'ясовано, СКС від цих хвороб не є високим та загалом відповідає середньоєвропейському показнику, хоча й у два рази цей коефіцієнт вищий, ніж у Швеції. Останній факт свідчить, що резерви для зниження рівня смертності від цієї хвороби в Україні нині наявні.

Найбільш високим показником серед різних причин смертності від злоякісних новоутворень порівняно з європейськими країнами є рівень смертності від злоякісних новоутворень шлунка (див. табл. 3.2). СКС від названої хвороби в Україні вищий за середній по ЄС у 5 разів (населення загалом) та в 7 разів (серед населення віком 0–64 роки). Базуючись на фактичних даних про основні чинники ризику виникнення раку шлунка [15; 16, с. 97], можна констатувати, що детермінантами здоров'я у цьому разі можуть бути такі: відмова від тютюнопаління, споживання міцних алкогольних напоїв, великої кількості вуглеводної та солоної їжі, а також необхідність споживання у великій кількості свіжих фруктів і овочів, цитрусових та інших антиоксидантів і в достатньому обсягу продуктів, що містять вітаміни А та Е. Крім цього, суттєву роль у виникненні злоякісними новоутвореннями шлунка відіграє бактерія *Helicobacter pylori* [17], виникнення якої пов'язують із СЕД [18].

Третє місце за причинами смертності від злоякісних новоутворень в Україні займає злоякісне новоутворення молочної залози. Хоча рівень смертності від цієї хвороби в Україні не надто перевищує показники європейських країн, зокрема порівняно із злоякісними новоутвореннями шлунка, проте він залишається доволі високим, особливо в осіб віком до 64 років (вищий, як у країнах ЄС, більш ніж на 40%) (рис. 3.10). Поряд з генетичними причинами, на які припадає 20–25% смертності від злоякісного новоутворення молочної залози, суттєву роль також відіграють СЕД та індивідуальна поведінка населення: тютюнопаління; зловживання алкоголем; вживання екзогенних гормонів тощо.

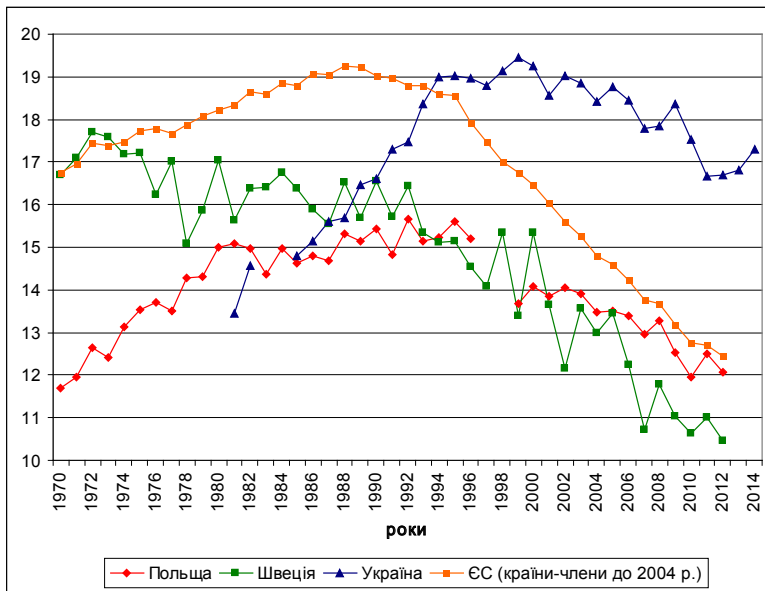


Рис. 3.10. Стандартизований коефіцієнт смертності від злоякісного новоутворення молочної залози населення віком 0–64 роки у 1970–2014 рр. на (100 000 осіб)

Джерело: [9].

Слід також зауважити, що в Україні порівняно з країнами ЄС, суттєво вищий показник смертності від злоякісного новоутворення шийки матки. По-перше, в Україні цей показник один з найвищих в Європі а, по-друге, перевищує показники європейських країн у 4 рази, а у віковій групі 30–44 роки – у 6 разів. Саме у цій віковій групі СКС онкозахворювання шийки матки серед українських жінок найвищий в Європі.

Найбільш поширеними причинами смерті в Україні тривалий час і зараз є *хвороби системи кровообігу*. З них на ішемічну хворобу серця та цереброваскулярні захворювання припадає 88,3% (від кількості населення загалом) та 81,2%

(населення віком від 0 до 64 років), тобто вони становлять більшість серед причин смертності. Тенденції до зниження СКС від цих хвороб, які спостерігаються з 2005 р., не можуть ліквідувати значного розриву між показниками рівня смертності в Україні та країнах ЄС (рис. 3.11). Особливо це стосується ішемічної хвороби серця, смертність від якої в Україні вища за ЄС майже у 8 разів (рис. 3.12). При цьому за даними досліджень, проведених під егідою Світового банку, в Україні за допомогою профілактичних та лікувальних заходів можна запобігти щонайменше 17% смертей, спричинених ішемічною хворобою серця [19]. Варто також звернути увагу, що у 2014 р. зафіксовано зростання СКС від ішемічної хвороби серця.

Церброваскулярні хвороби належать до переліку причин смерті, яким можна запобігти. Однак у нашій країні від них помирають частіше, ніж в ЄС, у 4 рази, а серед населення віком від 0 до 64 – у 7 разів. Загалом смертність від інсульту та ішемічної хвороби серця є характерною та дуже негативною ознакою смертності молодого населення в Україні, яка з'явилась за останні десятиріччя.

Чинники ризику зазначених хвороб дуже подібні та певною мірою описані науковцями. Вони мають як соціально-економічну, так й психологічну природу. В цьому разі до них належать ожиріння, діабет, підвищений загальний вміст холестерину, високий кров'яний тиск; ризикований спосіб життя, зокрема паління, надмірне вживання алкоголю, а також моделі поведінки, такі як фізична пасивність та неправильне харчування [4, с. 23]. Так, більшість із них пов'язана з індивідуальною поведінкою населення щодо збкркження власного здоров'я. Разом з тим, як зазначалось, базисом цієї поведінки є СЕД.

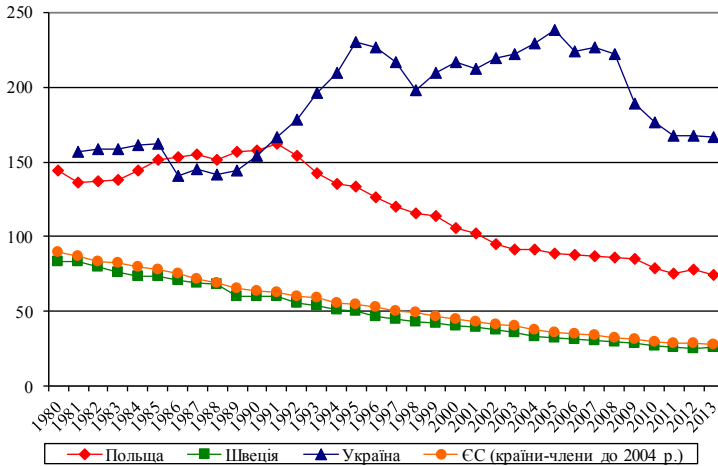


Рис. 3.11. Стандартизований коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу у 1980–2013 рр. (на 100 000 осіб)
Джерело: [9].

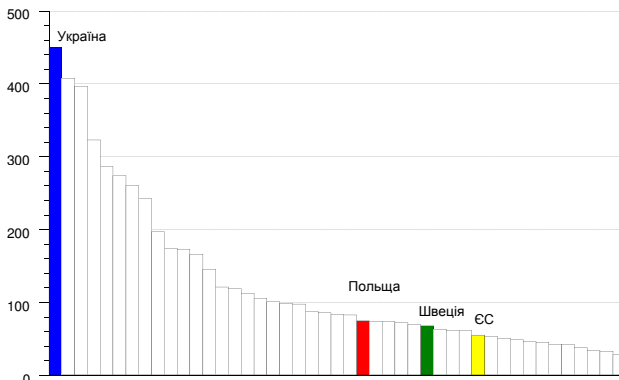


Рис. 3.12. Стандартизований коефіцієнт смертності від ішемічної хвороби серця країн європейського регіону у 2013 р. (на 100 000 осіб)
Джерело: [9].

З іншого боку, рівень смертності від хвороб системи кровообігу суттєво залежить від своєчасно наданої кваліфікованої медичної допомоги. В Україні така допомога не завжди надається, особливо це стосується сільської місцевості. Крім цього, важливим медичним аспектом зазначеної проблеми є те, що високий рівень смертності від зазначених захворювань зумовлений недостатнім рівнем виявлення хвороб на ранніх стадіях, незадовільною організацією процесу діагностики та лікування, обмеженою доступністю сучасних методів лікування, низьким рівнем оснащення закладів охорони здоров'я необхідним обладнанням, недостатньою поінформованістю населення про чинники ризику та можливості запобігання хворобам системи кровообігу [16, с. 81].

Третьою за вагою причиною смерті в Україні є *смертність від травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин* (далі – зовнішні причини). Втрати, яких зазнає Україна від причин смерті цього класу, не менші, як серед осіб віком до 70 років. Вони також набагато вагоміші, ніж втрати від злоякісних новоутворень (серед чоловіків віком до 45 років навіть більші, ніж від хвороб системи кровообігу) [14, с. 38]. Разом з цим, різниця показників рівня смертності від зовнішніх причин в Україні та країнах ЄС не настільки велика, як за причинами, про які йшлося попередньо, але вона доволі суттєва і становить 2–3 рази (рис. 3.13). Причому найбільший цей показник для населення віком 0–64 роки, зокрема із Швецією значення різниці дорівнює 3,5 разу. Необхідно також зазначити, що період з 2002 по 2013 р. характеризувався стабільним зниженням СКС від зовнішніх причин смерті в Україні, однак у 2014 р. відбулось його суттєве зростання (на 5,8%). При цьому спостерігалось зростання СКС унаслідок транспортних нещасних випадків і нападу з метою убивства або нанесення тілесних ушкоджень (рис. 3.14). Необхідно та-

кож зазначити, що статистику нещасних випадків, отруєнь і травм в Україні не можна вважати об'єктивною та достовірною, оскільки певна їхня частина прихована в інших класах причин смерті, насамперед у класі неуточнених та невідомих причин [16, с. 88].

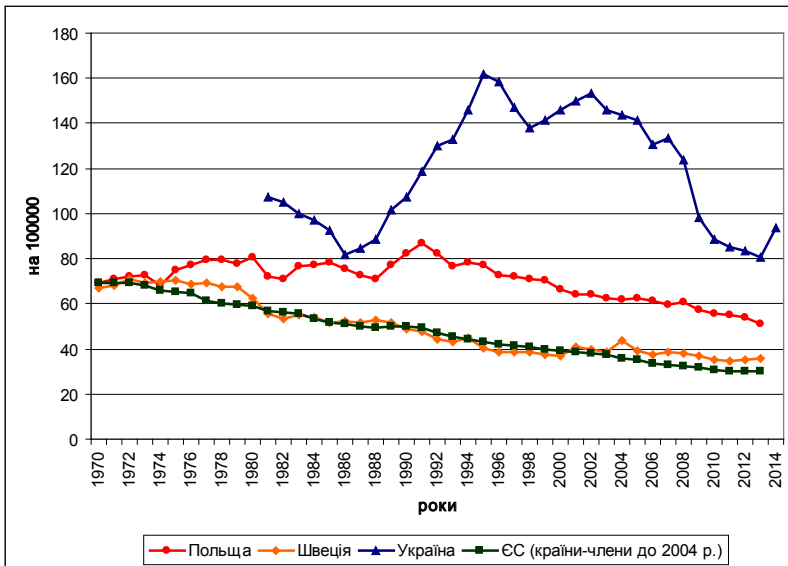


Рис. 3.13. Стандартизований коефіцієнт смертності від зовнішніх причини в Україні та ЄС (вибірково) у 1970–2014 рр. (на 100 000 осіб)

Джерело: [9].

Зростання СКС від зовнішніх причин у 2015 р., як і від інших хвороб, про які йшлося вище, можна пов'язати із загостренням суспільно-політичної, соціально-економічної ситуації та проведенням антитерористичної операції на сході країни (АТО). Щодо цього доречно провести аналогію з 90-ми рр. ХХ ст., коли глибока криза в Україні призвела до

стрімкого і тривалого зростання СКС від зовнішніх причин. З огляду на це встановлено зворотний кореляційний зв'язок між темпами зростання (спадання) ВВП та зниження (зростання) СКС від зовнішніх причин за 1991–2014 рр. ($r = -0,896$ ($-0,824 - (-0,954)$), $p < 0,01$, 95% CI), що підтверджує вагомий вплив СЕД на здоров'я населення загалом і рівень смертності від зовнішніх причин зокрема.

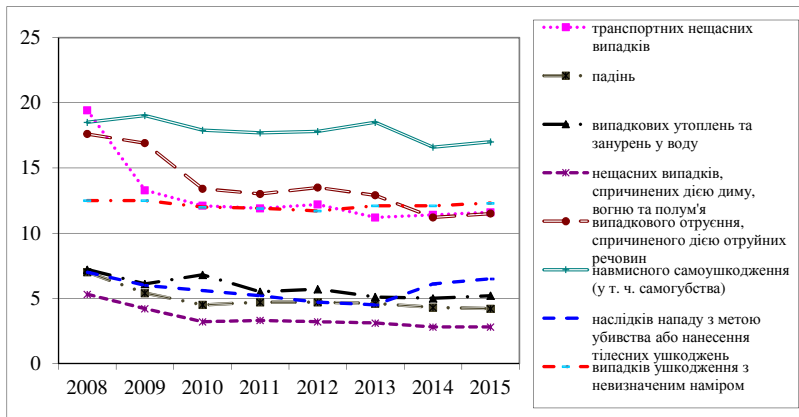


Рис. 3.14. Стандартизований коефіцієнт смертності від зовнішніх причин в Україні у 2008–2015 рр. (на 100 000 осіб)

Джерело: [7; 8; 13].

Серед зовнішніх причин смертності перше місце посідає навмисне самоушкодження (21,2% випадків) (рис. 3.15). Одним із чинників ризику навмисних самоушкоджень науковці [20–22] визначають соціально-економічну та політичну нестабільність, що призводить до соціальних стресів (зростання безробіття, злочинності, катастроф та ін.). В Україні СКС від названої причини суттєво зріс у 90-х рр. ХХ ст. та, не-

зважаючи на зниження впродовж 2000–2013 рр., простежуємо зростання цього коефіцієнта саме у 2014–2015 рр., коли соціально-економічна та політична нестабільність була важливим чинником впливу, що доводить припущення про соціально-економічну природу смертності від самоушкоджень.

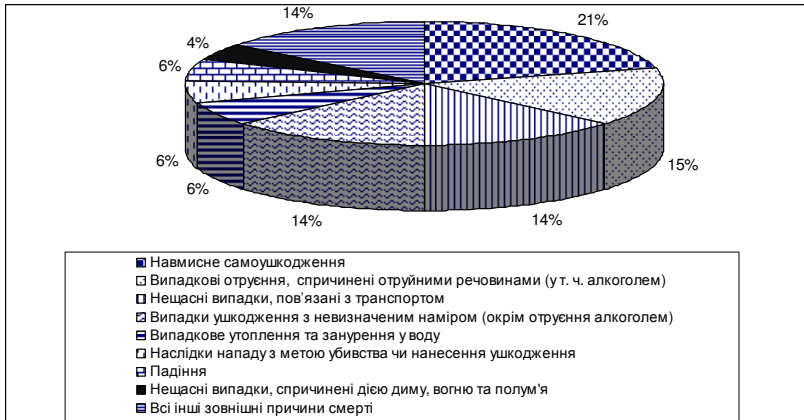
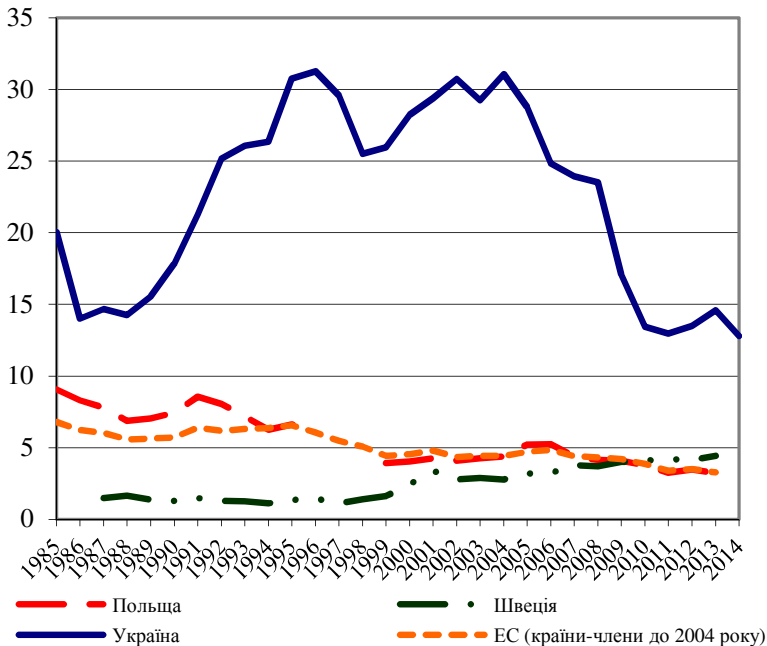


Рис. 3.15. Структура смертності від зовнішніх причин в Україні у 2015 р.

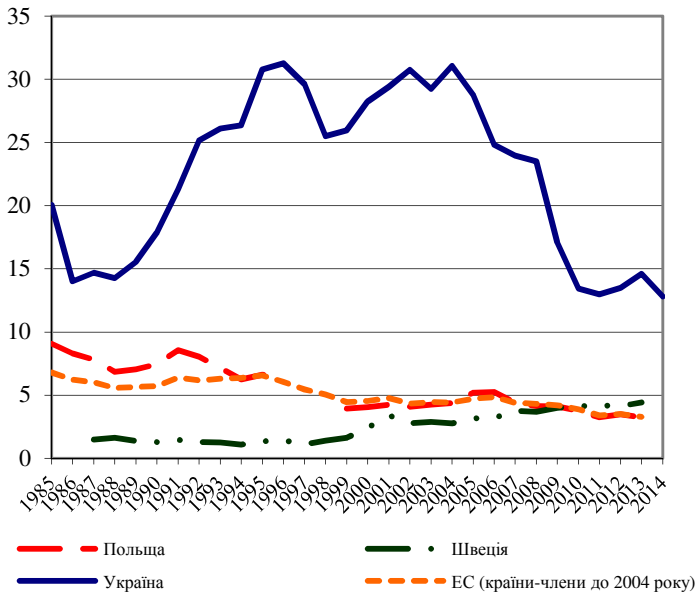
Джерело: [8].

Друге місце серед зовнішніх причин смертності посідають випадкові отруєння, спричинені отруйними речовинами. На них припадає 15,1% смертей від усіх зовнішніх причин. Важливим є те, що 2/3 випадкових отруєнь викликані алкоголем. Різниця у показниках смертності від випадкових отруєнь між Україною та країнами ЄС є значною, хоча суттєво зменшилась за 2004–2011 рр. (рис. 3.16). Покращенню ситуації сприяло посилення державного контролю за виробництвом і обігом спирту та алкогольних напоїв [23; 24]. Цей факт доводить значимість державного управління у формуванні здоров'я населення та його індивідуальних патернів.

Загалом детермінанти випадкових алкогольних отруєнь, як і більшості причин смерті, мають три рівні: контекстуальний (державне управління, рівень корупції та інші, які визначають доступність і якість алкогольної продукції), структурний (сприйняття або несприйняття алкоголю у соціумі, соціальні катаклізми, освітній рівень населення, рівень виховання, культури, релігійності тощо), проксимальний (індивідуальні патерни щодо споживання алкоголю, психологічні та біологічні детермінанти). Погоджуємося з думкою тих науковців, які провідну роль серед перелічених детермінант відводять соціально-економічним [25–27].



СКС всіх випадкових отруєнь



СКС випадкових отруєнь алкоголем

Рис. 3.16. Стандартизований коефіцієнт смертності від випадкових отруєнь, спричинених отруйними речовинами (на 100 000 осіб)

Джерело: [9].

Окремо варто звернути увагу на вікові особливості смертності від випадкових отруєнь алкоголем. Перша особливість пов'язана з тим, що впродовж 2004–2011 рр. у всіх без винятку вікових групах спостерігалось суттєве зниження СКС від випадкових отруєнь алкоголем. Особливо це характерно для населення вікових груп 20–29 та 60–69 років (зменшення показника становило понад 2/3) (рис. 3.17). Друга особливість впливає із попередньої і полягає у тому, що відбувається зменшення амплітуди смертності з її концентрацією у віковій групі 45–54 роки.

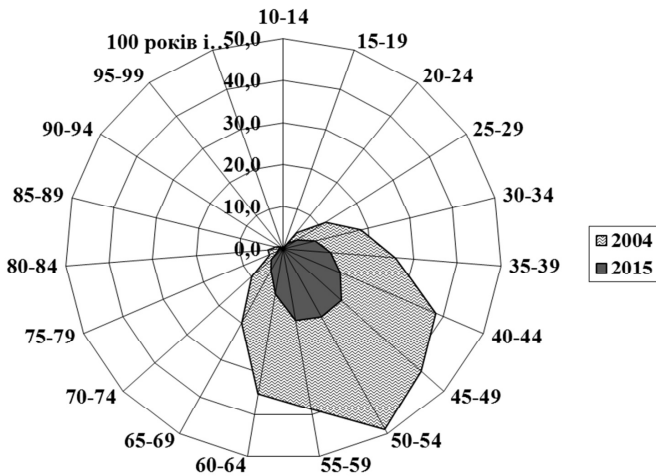


Рис. 3.17. Стандартизований коефіцієнт смертності від випадкового отруєння та дії алкоголю за віковими групами, у 2004 та 2015 р.

Джерело: [13].

Надзвичайно важливим для збереження людських і фінансових ресурсів держави є скорочення смертності та збереження здоров'я у молодому та середньому віці від причин, пов'язаних із шкідливими звичками. Відповідно зниження зазначеного показника у віковій групі 20–29 років є дуже позитивним трендом.

Важливу роль у зниженні смертності відіграє зменшення кількості нещасних випадків, пов'язаних із транспортом, на які припадає 13,7% смертей від зовнішніх причин. Смертність з цієї причини можна звести до мінімуму шляхом розширення просвітницької діяльності, покращення стану доріг та вулиць³, посилення відповідальності за правопорушення, уникнення корупції в дорожній поліції та підвищення рівня

³Через вказану причину в 2015 р. загинуло 33 та травмовано 106 осіб.

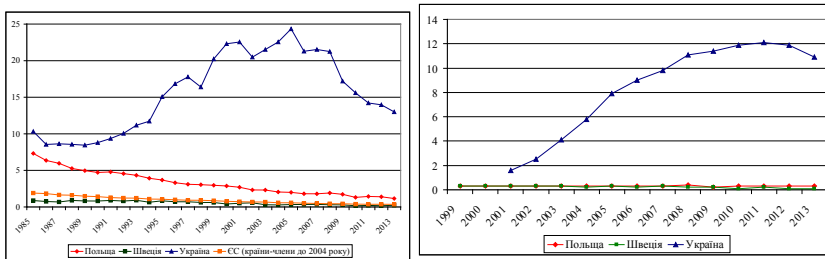
громадської свідомості. Особливу увагу слід приділити зменшенню вживання алкоголю населенням і посиленню привентивних заходів керування автотранспортним засобом у нетверезому стані, адже щороку через це в Україні гине понад 300 осіб та понад 3000 травмується (у 2015 р. відповідно 317 та 3203 особи) [28]. Саме в цьому напрямку для України є потужні резерви. Щоб зростання СКС від зовнішніх причин, зафіксоване у 2014 р., не набуло системного характеру, необхідно вжити максимальних заходів для його стабілізації.

Наступною гострою причиною смертності в Україні є інфекційні та паразитарні хвороби. Смертність цього класу хвороб на 49% викликана туберкульозом і на 41% СНІДом. Надвисокий порівняно із середньоєвропейським рівень захворюваності та смертності з цих хвороб потребує уточнення детермінант, які їх спричиняють, і вжиття заходів, які б дали змогу їх скоротити.

СКС від туберкульозу в Україні зростав з 1990 по 2005 р., досягнувши значення 24,3 особи на 100000 населення в 2005 р., який можна вважати піком епідемії на цю хворобу в нашій країні. Починаючи з 2006 р., завдяки програмам боротьби із цим захворюванням, покращенню соціально-економічного становища населення вдалось суттєво зменшити смертність від цієї хвороби. Однак темпи цього скорочення щороку знижуються. У 2014 р. СКС від туберкульозу становив 13 осіб на 100000 населення, що є значно вищим, коефіцієнтом ніж 30 років тому, та суттєво більшим за показники країн ЄС. Нині Україна вступає в стадію боротьби із смертністю від туберкульозу, що важливо з кількох позицій. По-перше, з боку держави та громадськості важливо зберегти існуючі тенденції щодо її скорочення. При цьому необхідне розуміння того, що темпи зниження смертності від туберкульозу надалі не будуть такими високими, як з 2006 по 2011 р., і щораз знижуватимуться. Це пов'язано з тим, що чисельність хворих на туберкульоз є значною і зменшується приблизно

такими темпами, як смертність. Серед населення України існує достатньо велика група ризику, для якої ймовірність захворіти на туберкульоз є високою, насамперед до неї належать маргінальні верстви. Погіршення життєвого рівня населення за останній період не дає підстав вважати, що чисельність зазначеної категорії населення зменшиться, а темпи зниження СКС від туберкульозу будуть доволі високими. Практично більшість науковців [29; 30], у тому числі й експерти ВООЗ [31], вказують вирішальну роль у захворюваності на туберкульоз СЕД. Зокрема, до десяти фактів, які стосуються несправедливості щодо здоров'я, та їхніх причин ВООЗ зараховує той, що туберкульоз є хворобою бідних верств населення. Близько 95% смертей від туберкульозу припадає на країни, що розвиваються. Ці смерті забирають здебільшого молодих людей у найбільш продуктивному віці.

По-друге, захворюваність на туберкульоз і смертність від нього взаємопов'язують із захворюванням на ВІЛ, адже такі хворі більш вразливі, а отже, частіше хворіють на туберкульоз. Чисельність ВІЛ-інфікованих в Україні зростає, як і смертність від цієї хвороби. На даний час рівень смертності від СНІДу в рази перевищує показники країн ЄС (рис. 3.18).



Туберкульоз

СНІД

Рис. 3.18. Стандартизований коефіцієнт смертності від деяких інфекційних хвороб в Україні у 1999–2014 рр.

Джерело: [13].

По-третє, лікування туберкульозу потребує значних державних видатків. Окрім того, 56% хворих на повторному лікуванні мають мультирезистентність. Саме ця форма туберкульозу є найбільш небезпечною, високовартісною в лікуванні, яке має надзвичайно низьку ефективність. Варто зауважити, що висока летальність на туберкульоз в Україні частково пояснюється тим, що ефективність лікування цієї хвороби в нашій країні становить лише 34% [32].

По-четверте, облік хворих на туберкульоз є неповним. Незважаючи на заходи, спрямовані на протидію поширенню туберкульозу в Україні [33], виявлення хворих на туберкульоз є недостатнім. Частина хворих просто не знає, що є носіями хвороб.

Отже, незважаючи на те, що туберкульоз – це інфекційна хвороба, яка передається через повітря, високі показники захворюваності та смертності від неї свідчать про значний рівень бідності й незадовільний соціально-економічний стан у країні. Суттєвий вплив на епідеміологічний стан із захворюваності та смертності на туберкульоз має розвиток системи охорони здоров'я: доступність і якість медичної допомоги, поєднання профілактичних і лікувальних заходів. Проте останнє в Україні здійснюється недостатньо.

Остання причина смертності, через яку її рівень в Україні є стабільно високим та суттєво вищий, ніж у країнах ЄС, – це хвороби органів травлення. СКС від цього класу хвороб в Україні становить 50,1 особи на 100000 населення. Більшість померлих – це особи до 64 років. Для населення цього вікового інтервалу СКС становить 43,0 особи на 100000 населення (рис. 3.19). На відміну від багатьох інших класів хвороб, найвищий показник СКС від органів травлення зафіксовано у 2008 р., а не наприкінці 90-х рр. ХХ ст. Високий рівень смертності від цієї причини переважно зумовлений зовнішніми детермінантами, пов'язаними із індивідуальною відповідальністю за стан власного здоров'я: вживання недоброякісних продуктів харчування, зловживання алкогольними напоями, тютюнопаління, стресові ситуації тощо.

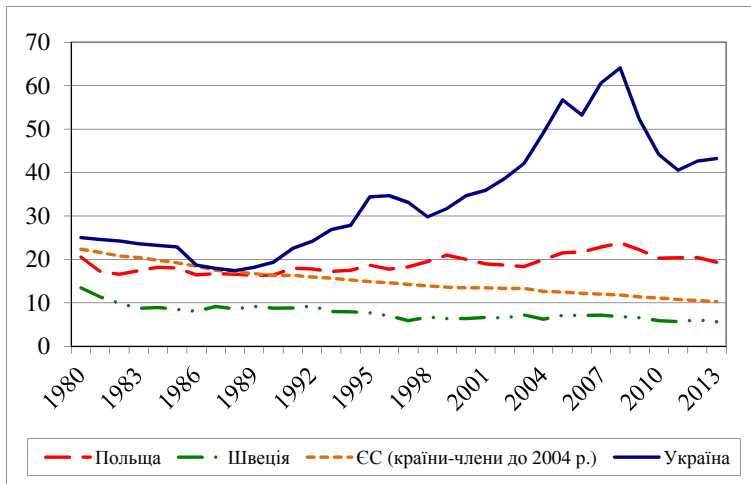


Рис. 3.19. Стандартизований коефіцієнт смертності від хвороб органів травлення серед населення віком 0–64 роки у 1980–2014 рр.

Джерело: [13].

З метою оцінювання здоров'я населення та можливих СЕД, які його визначають, доцільним є дослідження вікових особливостей смертності. За 1990–2005 рр. в Україні смертність знизилась лише серед дітей та підлітків до 19 років. У всіх інших вікових категоріях вона зросла (рис. 3.20). Взагалі за останні 25 років найбільше скорочення рівня смертності в усіх вікових групах відбулось у 2009–2011 рр. Однак позитивна динаміка цих років була порушена у 2012 р. та особливо загострилась у 2014–2015 рр. Такі коливання можуть лише частково бути наслідком інших демографічних процесів (насамперед народжуваності). Відповідно вони не пов'язані з біологічними особливостями. Передусім значні коливання пов'язані з покращенням життєвого рівня населення, рівня розвитку системи охорони здоров'я та іншими СЕД. Той факт, що покращення показників припало на 2009–2011 рр., які ха-

рактизувалися зниженням макроекономічних значень коефіцієнтів, та доходів населення (у валютному еквіваленті) через міжнародну фінансову кризу 2008 р., свідчить про те, що вплив СЕД на смертність населення не завжди є моментальним, особливо щодо її скорочення, а може мати пролонговану дію із наслідками через кілька років. Більш детальні результати аналізу зміни вікових показників смертності населення України та їх залежність від СЕД наведені в наступних параграфах.

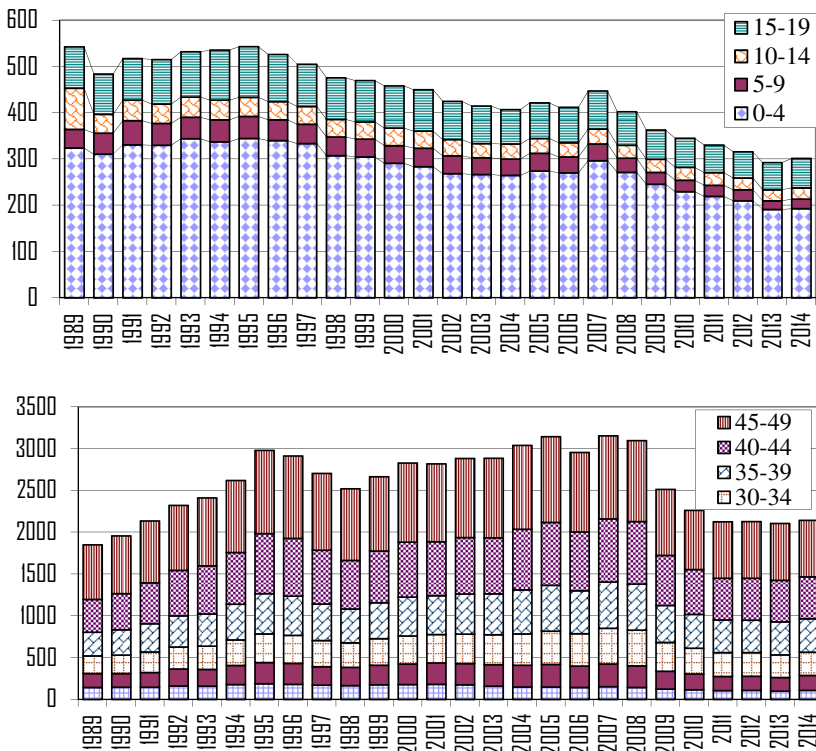


Рис. 3.20.1. Вікові коефіцієнти смертності населення в Україні у 1980–2014 рр. (на 100000 осіб відповідної вікової групи (0–24 та 25–44 роки))

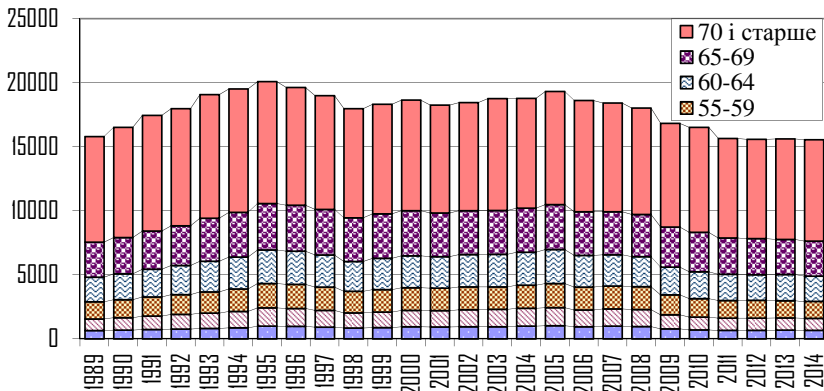


Рис. 3.20.2. Вікові коефіцієнти смертності населення в Україні у 1980–2014 рр. (на 100000 осіб відповідної вікової групи (45 років і старших))

Джерело: [7; 8].

Відмінності у показниках смертності між віковими групами пояснюються не тільки фізіологічними причинами, а й нерівністю у СЕД. Важливість завдання дослідження посилюється тим, що різниця у показниках смертності між представниками різних вікових груп пояснюється не тільки фізіологічними причинами, а й СЕД. Доказом цього є відмінності в рівні смертності за віковими групами у різних країнах і місцевостях. Зокрема, в табл. 3.3 представлені вибіркові дані щодо смертності населення віком 40–44 роки по країнах, які були обрані для порівняння стану здоров'я населення України: Польщі та Швеції. Таке порівняння доцільне також тому, що в цих країнах немає істотних етнічних та расових відмінностей. За наведеними у табл. 3.3 даними можна зробити висновок, що суттєві відмінності у рівні смертності між країнами є не тільки серед населення загалом, а й за окремими його віковими групами, зокрема у представленій групі осіб віком

40–44 роки. Для одних видів хвороб ці відмінності більш значні, зокрема для ішемічної хвороби серця (між Україною та Швецією різниця становить 85 разів), для інших – менш помітні, як наприклад, для цукрового діабету. Однак у будь-якому разі вони існують у всіх вікових групах і значною мірою пов'язані з СЕД. З огляду на це можна припустити, що смертність серед населення різних вікових груп, по-перше, зумовлена не одними і тими самими СЕД і по-друге, якщо СЕД однакові, то ступінь їхнього впливу на вікові групи неоднаковий, що є питанням для подальшого дослідження.

Таблиця 3.3

Коефіцієнт смертності населення віком 40–44 роки від окремих хвороб (вибірково) у 2013 р. (на 100 000 осіб)

		Україна	Польща	Швеція
1	Злоякісне новоутворення шлунка	6,02	3,43	0,31
2	Злоякісні новоутворення трахеї, бронхів і легенів	7,05	3,98	2,34
3	Цукровий діабет	2,59	2,58	1,5
4	Ішемічна хвороба серця	52,93	2,15	0,62
5	Пневмонія	14,21	2,00	0,16

Джерело: [9; 13].

Грунтовне дослідження динаміки повікових показників смертності населення України за 1992–2015 рр. дало змогу визначити їхні суттєві коливання (табл. 3.4). За цей період змінювались не тільки темпи, а й тенденції смертності: максимально виражені позитивні тенденції смертності у дитячому та підлітковому віці знижувались з часом. При цьому за стабільного зниження рівня смертності у дитячому та підлітковому віці в Україні в 1992–2013 рр. компенсувалася надвисока смертність у працездатному віці.

Таблиця 3.4

**Повікові коефіцієнти смертності населення України
у 1992–2015 рр. (на 100000 населення)**

Вікові групи	Роки							2015 до 2013	2013 до 1992
	1992	2001	2005	2010	2013	2014	2015		
0	1444,5	1135,7	1006,3	910,5	791,9	781,9	810,9	1,02	0,55
1–4	98,6	72,1	75,6	49,0	35,7	40,8	35,0	0,98	0,36
5–9	46,5	39,4	38,7	24,7	18,7	20,6	18,3	0,98	0,40
10–14	42,6	37,2	31,8	27,9	24,1	24,2	23,9	0,99	0,57
15–19	95,7	89,4	77,3	63,0	58,3	63,8	58,5	1,00	0,61
20–24	156,3	179,5	148,6	114,7	99,6	109,2	94,1	0,94	0,64
25–29	200,3	257,1	269,4	188,9	163,1	179,2	144,2	0,88	0,81
30–34	268,9	340,4	397,1	310,1	271,1	276,3	222,5	0,82	1,01
35–39	377,8	464,2	549,3	404,6	394,9	399,9	346,2	0,88	1,05
40–44	553,5	645,2	753,0	535,4	495,7	502,9	463,9	0,94	0,90
45–49	808,3	931,9	1026,1	709,1	681,1	676,0	619,5	0,91	0,84
50–54	1168,4	1286,1	1421,2	997,4	950,0	922,3	874,8	0,92	0,81
55–59	1607,8	1748,0	1882,1	1448,3	1355,3	1334,4	1 199,3	0,88	0,84
60–64	2302,1	2461,7	2649,8	2096,7	2046,6	1963,4	1 850,6	0,90	0,89
65–69	3226,5	3414,8	3517,8	3084,4	2745,4	2750,2	2 478,6	0,90	0,85
70–74	3701,8	5073,1	5160,7	4625,3	4239,5	4254,9	4 343,2	1,02	1,15
75–79	6065,6	7484,9	7736,4	7277,8	6465,4	6593,0	6 134,6	0,95	1,07
80–84	10025,4	12038,2	11808,4	11510,6	10780,7	10665,3	10046,3	0,93	1,08
85 і старші	14626,9	24189,6	23093,3	20251,7	18260,7	18515,0	11906,7	0,65	1,25
Разом	1383,7	1539,9	1666,4	1528,2	1461,9	1476,2	1 397	0,96	1,06

Джерело: [7; 8].

Саме у вікових групах, які в Україні визначають працездатне населення, зафіксовані як найвищі коефіцієнти смертності, так й найбільші їхні коливання. Так, з 1992 по 2001 р. серед населення працездатного віку спостерігалось суттєве зростання рівня смертності, а з 2002 по 2013 р. – його зниження. Вважаємо, що показники повікової смертності за 2014–2016 рр., які і середньостатистичні значення коефіцієнтів по Україні, не відповідають дійсності і є занижені. Це пов'язано з тим, що статистичний облік у Донецькій та Луганській областях з 2014 р. не здійснюється в повному обсязі. Насправді рівень смертності загалом і за певними віковими групами зокрема вищий, що зумовлено різними причинами, серед яких проведення АТО на сході країни, що, крім безпосередніх військових втрат, посилює соціально-економічну та політичну напругу, погіршує соціально-психологічний клімат, знижує купівельну спроможність населення, спричинює зростання бідності тощо. За таких умов держава має обмежені можливості щодо фінансування системи охорони здоров'я, а населення – низький рівень реальних доходів. Все це загострює проблему нерівності, у тому числі щодо можливостей для збереження власного здоров'я.

Одним із важливих моментів оцінювання смертності працездатного населення також є те, що в цій віковій категорії зміни її рівня не були однаковими. Дещо вищою була динаміка серед населення віком до 24 та після 50 років. Найбільш критична ситуація характерна для таких вікових груп населення: 30–34 та 35–39 років. Сучасні показники смертності в цих групах є вищими за їхні значення в 1992 р., що не характерно для будь-яких інших вікових груп. Оцінювання цих диспропорцій у динаміці вікових коефіцієнтів смертності представлено на рис. 3.21.

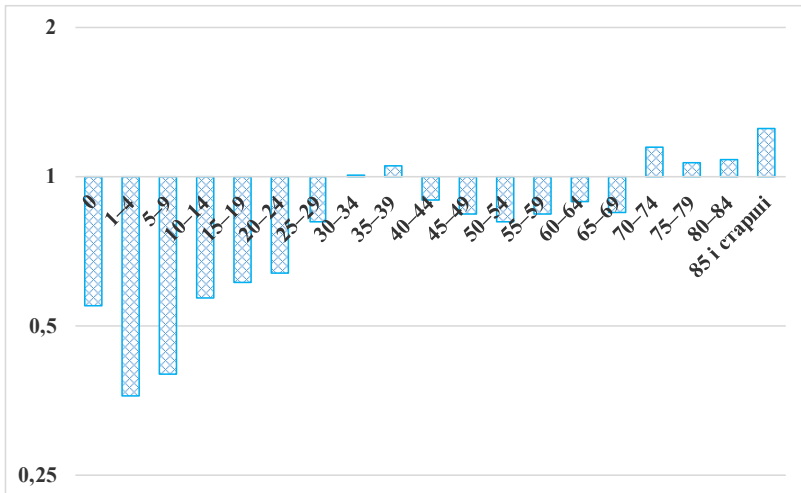


Рис. 3.21. Темпи зміни вікових коефіцієнтів смертності населення України за 1992–2013 рр., років

Джерело: розраховано автором за: [8; 13].

З метою оцінювання ступеня надсмертності в різних вікових групах населення здійснено порівняння повікових коефіцієнтів смертності в Україні та Швеції. Аналіз підтвердив, що у всіх вікових групах до 80 років в Україні рівень смертності вищий, як у Швеції, не менш ніж у 2 рази. Це свідчить про системні проблеми в питанні збереження здоров'я населення. Однак найбільш проблемною є ситуація у віковому інтервалі від 30 до 49 років. Коефіцієнти смертності населення цієї вікової групи перевищують шведські аналоги у 4,5–6,1 разу (рис. 3.22).

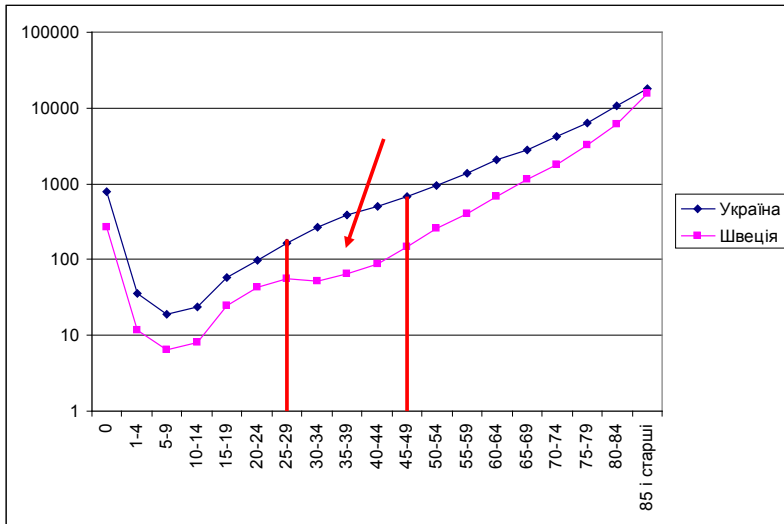


Рис. 3.22. Вікові коефіцієнти смертності населення України та Швеції у 2013 р. (логарифмічна шкала) (на 100 000 населення)

Джерело: розраховано автором за : [9; 13].

Вищезазначене дає змогу зробити висновок, що зусилля держави, науковців і практиків мають бути спрямовані на зменшення рівня смертності населення віком 30–49 років і для цього необхідно окреслити медичні причини смертності у цьому віковому інтервалі та детермінанти, які їх визначають.

Структурний аналіз смертності за віком і причинами смертності дає підстави стверджувати, що існує кілька класів захворювань, через які рівень смертності населення віком 30–49 років є надвисоким. Це, зокрема, зовнішні причини, хвороби системи кровообігу, інфекційні та паразитарні хвороби, злоякісні новоутворення і хвороби органів травлення (рис. 3.23).

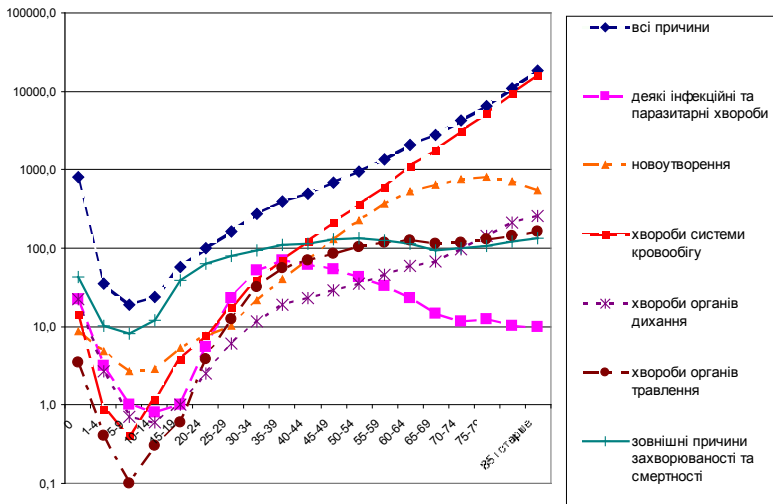


Рис. 3.23. Розподіл стандартизованого коефіцієнта смертності за причинами смерті та віком в Україні, у 2013 р. (логарифмічна шкала) (на 100 000 осіб)

Джерело: розраховано автором за: [13].

Враховуючи спільні та відмінні риси в структурі причин смертності населення за віком, їх доцільно об'єднати в п'ять таких груп: від 0 до 19 років; 20–29 років; 30–49 років; 50–64 роки; 65 та старші.

Основними причинами смертності населення до 19 років є зовнішні (екзогенні) (54,1%), а також злякисні новоутворення (11,5%) та природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (9,1%)⁴. У цьому разі як смертність від зовнішніх причин, так і частково від злякисних новоутворень, зумовлена певними СЕД, які визначимо надалі.

Головна причина смертності осіб віком 20–29 роки, як і в попередньому віковому інтервалі, – це зовнішні ушкоджен-

⁴ Вказані дані не позначено на графіку (рис. 3.23)

ня (51,7%). Друге місце посідає смертність від інфекційних і паразитарних хвороб (13,6%), майже половина з яких – це туберкульоз та СНІД, тобто хвороб, які мають соціальну природу. Наступні за вагою причини смерті в цій віковій групі мають приблизно однакове значення (6–8%): хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення та хвороби органів травлення. І в тому разі перелік причин смерті у вказаній групі значною мірою визначається СЕД.

У найбільш проблемній групі 30–49 років, як і в попередньо описаних, зовнішні причини смертності є на першому місці (25,2%). Далі визначено хвороби системи кровообігу (22,7%). Приблизно однаковий відсоток (12–14%) припадає на інфекційні та паразитарні хвороби, злоякісні новоутворення та хвороби органів травлення. Коефіцієнти смертності з усіх перерахованих причин є суттєво вищими за аналогічні показники країн ЄС, особливо смертності від хвороб системи кровообігу. Як зазначалось, рівень захворюваності та смертності через цю причину залежить від ступеня відповідальності населення за власне здоров'я, на що впливають СЕД.

Структура причин смертності населення віком 50–65 років не настільки суттєво, як у молодших вікових категоріях, але відрізняється від аналогічної структури країн ЄС, зокрема Швеції. Виняток становить лише надвисока смертність від хвороб системи кровообігу. З цієї причини у цій віковій групі в Україні вмирають найчастіше (КС в Україні – 46,8%, у Швеції – 24,1%).

В останній віковій групі (65 років і старші) смертність від хвороб системи кровообігу є домінуючою (КС дорівнює 79,8%). Враховуючи фізіологічні процеси людини, це є логічним. При цьому в Швеції аналогічний показник становить 39,5%. Якщо не брати до уваги біологічні чинники, можна припустити, що це пов'язано із зростанням очікуваної тривалості життя та розвитком інших хвороб у старшому віці,

таких як розлади психіки та поведінки (в Україні – 0,1%, Швеції – 7,3%).

Отже, КС є високим у всіх без винятку вікових групах, однак для населення віком 30–49 років він надвисокий.

Основна проблема, через яку загальний рівень смертності в Україні є високим, пов'язана із смертністю від зовнішніх причин, таких як навмисні самоушкодження, випадкові отруєння, нещасні випадки, пов'язані з транспортом тощо. Друга проблема – це надвисока смертність від хвороб систем кровообігу у вікових групах від 30 до 49 років. Третя проблема – це високий рівень смертності від інфекційних і паразитарних хвороб.

Загалом проблеми надвисокої смертності у працездатному віці, особливо серед чоловіків, давно досліджують українські науковці [10], однак суттєвого зниження її рівня не досягнуто. Однією з причин такого явища є низькоефективна державна політика у сфері охорони здоров'я населення, побудована з недостатнім урахуванням першопричин смертності, які на макрорівні визначаються СЕД проксимального рівня. Крім цього, у працездатному віці на здоров'я активно починають впливати ті умови, в яких зростала і виховувалась людина, тобто її РПЖ, що також потребує уваги під час вироблення демографічної та соціально-економічної політики.

Логічним продовженням аналізу сучасного стану здоров'я населення є оцінювання середньої очікуваної тривалості життя (СОТЖ), значення якої розраховується за таблицями смертності. Загальновідомо, що СОТЖ в Україні нижча, ніж в економічно розвинених країнах, і є однією із найнижчих в Європі (найменше її значення встановлено лише в Білорусі та Росії). Передусім це стосується СОТЖ чоловіків. У 2014 р. розрахункові показники СОТЖ в Україні становили: 71,37 – для населення загалом, 66,25 – для чоловіків. Після 2010–2011 рр., коли темпи зростання СОТЖ були

доволі високими, особливо серед чоловіків, у 2012–2013 рр. вони дещо знизились, а у 2014 р. зростання не відбувалось.

Зростання СОТЖ при народженні в 2006–2013 рр. відбувалося переважно за зниження смертності населення працездатного віку, на відміну від періоду 1996–1998 рр., коли це зростання було пов'язано переважно зі зниженням смертності дітей і літніх людей, тоді як тривалість життя чоловіків віком 15 років залишалася незмінною. Навпаки, у 2006–2013 рр. СОТЖ 15-річних зроста майже так само, як віком 0 років. До особливостей цього періоду можна зарахувати і той факт, що майже 3/4 зростання тривалості життя у чоловіків припадало на вік 30–74 роки, а у жінок – 45 років і старших. У чоловіків на зростання тривалості життя найбільше вплинуло зниження смертності у віці 45–59 років, а у жінок рівною мірою – у 60–74 і 45–59 років [1, с. 30].

Проведемо розрахунок майбутніх втрат років СОТЖ в Україні через надвисоку смертність за причинами смерті. За стандарт взято значення СОТЖ (81,63 року для населення загалом) та вікові коефіцієнти смертності населення Швеції. Розрахунки здійснено за такою формулою:

$$L^r = \frac{\sum_x^{64} (q_{xj}^r - q_{xj}^{st}) / \sum_x^{64} (q_x^r - q_x^{st})}{\sum_x^{64} (e_x^r - e_x^{st})}, \quad (3.1)$$

де q_{xj}^r та q_{xj}^{st} – таблична ймовірність смерті за причиною j у віці x досліджуваного регіону r та регіону стандарту st ;

q_x^r та q_x^{st} – таблична ймовірність смерті за усіма причинами у віці x досліджуваного регіону r та регіону стандарту st ;

e_x^r та e_x^{st} – СОТЖ у віці x смертності з причин смерті СОТЖ для віку (x) досліджуваного регіону (r) та регіону стандарту (st).

Результати обчислень подано в табл. 3.5. На основі отриманих даних можна зробити висновок, що найбільшими є втрати СОТЖ через передчасну смертність від хвороб систем кровообігу – 4,56 року.

Таблиця 3.5

Втрати років середньої очікуваної тривалості життя через передчасну смертність за класами хвороб в Україні

	Причини смертності	Втрати років СОТЖ через передчасну смертність, років
1	Хвороби системи кровообігу	4,56
	<i>у т. ч. ішемічна хвороба серця</i>	2,83
	<i>цереброваскулярні хвороби</i>	1,02
2	Зовнішні причини захворюваності та смертності	1,92
3	Злоякісні новоутворення	1,08
4	Хвороби органів травлення	1,02
5	Інфекційні та паразитарні хвороби	0,91
6	Хвороби органів дихання	0,31
7	Інші причини	0,42
	Разом	10,22

Джерело: розраховано автором.

Крім СОТЖ, проведено оцінювання СОТЖБІ, що базувалася на визначенні середньої кількості років, які людина може прожити без інвалідності, якщо нинішні тенденції смертності та інвалідності зберігатимуться. Це статистичний показник, який визначається, як і показник СОТЖ, методом демографічних таблиць на основі існуючих вікових рівнів смертності, вікових показників поширеності інвалідизації або тимчасової інвалідизації. Варто зауважити, що цей показник майже не використовується для аналізу стану здоров'я

населення в Україні, однак упродовж кількох десятиріч є одним з індикаторів здоров'я населення в європейських та інших країнах. Проведене оцінювання за цим показником в Україні підтвердило, що показник СОРЖБІ менший від показника СОРЖ на 8,38 року і становить 62,99 року. Це означає, що ймовірна тривалість здорового життя новонародженого в Україні в 2014 р. становитиме 62,99 року, а 8,38 року він проживе з інвалідністю (відповідно чоловіки 57,29 та 8,96, жінки – 68,50 і 7,87).

Основна причина низької СОРЖ в Україні пов'язана з передчасною смертністю, яка безпосередньо не залежить від віку, тобто не детермінована процесом старіння. Так, резервами продовження СОРЖ є скорочення рівня смертності населення молодого працездатного віку від причин екзогенної етіології – інфекційних патологій, хвороб органів травлення, захворювань органів дихання та зовнішніх причин [10, с. 31].

Отже, незважаючи на певні позитивні моменти, пов'язані із незначним зниженням за останні роки в Україні смертності від деяких хвороб, зокрема системи кровообігу, органів дихання, зовнішніх причин, а також зростання СОРЖ, ситуація залишається дуже складною та загрожує національній безпеці країни. Як загальні, так і вікові показники смертності, у тому числі за різними класами хвороб, є суттєво вищими, ніж у країнах ЄС. Це насамперед пов'язано із СЕД та зумовленою ними індивідуальною відповідальністю населення за власне здоров'я. Ступінь та структура цього впливу розглянуто у наступних розділах.

3.2. Характерні ознаки захворюваності та поширеності хвороб

Важливим складником оцінювання стану і трендів здоров'я населення є показники *захворюваності*, які характеризують рівень різних захворювань та їх структури серед усього населення або окремих його груп на даній території.

Основні методи вивчення захворюваності передбачають використання таких даних:

- звернень за лікарською допомогою в медичні заклади;
- медичних оглядів окремих груп населення;
- про причини смерті;
- опитування населення;
- спеціальних вибіркового досліджень.

Усі перераховані методи мають позитивні сторони і недоліки, які враховують в практичній діяльності. Жоден з них не дає вичерпного уявлення про захворюваність населення. Тому для отримання найбільш повної та об'єктивної інформації доцільне їх поєднання. При цьому найбільш прийнятним є метод вивчення захворюваності за зверненнями за медичною допомогою, адже він передбачає обов'язкову реєстрацією захворювань, що здійснюється в державних лікувально-профілактичних закладах. Але повнота даних, про захворюваність населення за цим методом також обмежена. Справа у тому, що показники захворюваності формуються на підставі звернень населення у державні медичні заклади, де всі випадки підлягають реєстрації та подальшому кількісному обліку, тоді як випадки звернень у приватні установи статистика не враховує. Крім цього показники захворюваності відображають число звернень з приводу хвороби, а не кількість хворих. Тому показник захворюваності може перевищувати чисельність населення, тоді як справжня кількість хворих невідома.

Також число звернень залежить від низки інших чинників, зокрема:

- рівня санітарної грамотності населення та його відповідальності за власне здоров'я;
- недостатньої доступності медичних товарів та послуг (особливо в сільській місцевості);
- низької довіри населення медичному персоналу або системі охорони здоров'я загалом.

Також під час оцінювання показників захворюваності необхідно враховувати, що на них впливають критерії і методи діагностики. Справа у тому, що використання ультразвукової діагностики, комп'ютерної, магнітно-резонансної томографії та інших засобів суттєво скоригувало показники захворюваності за різними причинами, знизивши одні з них та збільшивши інші. Тому під час аналізу змін показників захворюваності населення необхідно враховувати нові можливості діагностики.

Динаміку структури та рівня первинної захворюваності та поширеності хвороб за класами хвороб і окремими захворюваннями в Україні за період з 2003 по 2016 р. наведено на рис. 3.24. На підставі цих даних можна зробити кілька висновків. По-перше, за 2003–2011 рр. показник поширеності хвороб в Україні постійно зростав, в 2012–2013 рр. залишався стабільно високим, а в 2014–16 рр. зріс. Це може бути пов'язано з високим рівнем первинної захворюваності населення за ці роки. Однак суттєвих коливань показника первинної захворюваності за вказані роки не спостерігалось. Крім того, за 2010–2014 рр. рівень первинної захворюваності населення знизився. Відповідно зростання поширеності хвороб може свідчити про підвищення частки населення, в якого хвороби мають хронічний перебіг. Це негативне явище, оскільки вказує на недостатню увагу як з боку медицини, так і з боку самого населення щодо профілактики захворюваності. Крім того, зростання частки хронічних хвороб може бути викликане несвоєчасним лікуванням або недостатньою його якістю через такі причини: відсутність коштів на лікування, значна відстань до медичного закладу, відсутність необхідних препаратів чи обладнання для лікування, низький рівень санітарної грамотності чи відповідальності за власне здоров'я серед населення тощо. Вони розглянуті у дослідженні як СЕД, а це доводить важливість їхнього вивчення, поліпшення та потреби врахування наслідків їхнього впливу у політиці охорони здоров'я.

По-друге, зниження показників первинної захворюваності населення не обов'язково є безпосереднім результатом реального зменшення захворюваності. Це може бути викликано скороченням звернень населення за медичною допомогою, можливі причини яких були зазначені вище. Часто люди уникають звернення за медичною допомогою, навіть якщо вони підозрюють, що це може бути необхідним.

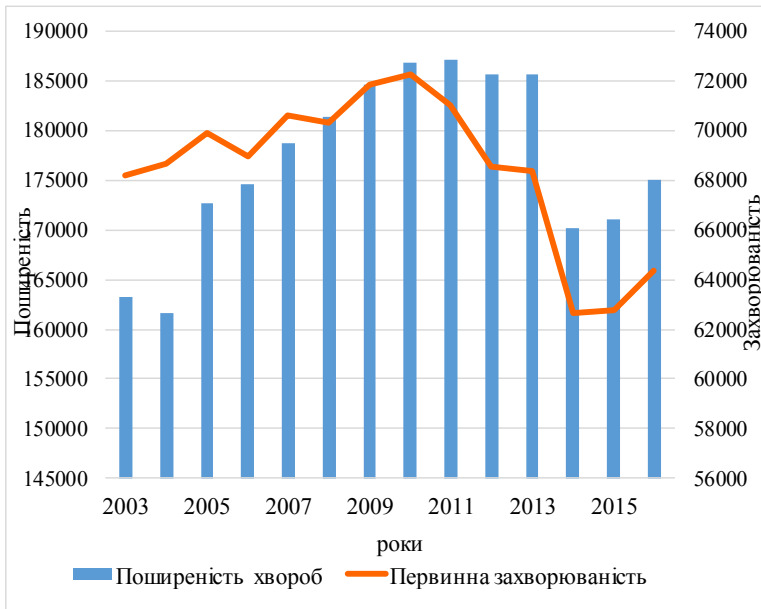


Рис. 3.24. Захворюваність та поширеність хвороб серед населення України у 2003–2016 рр. (на 100 тис. населення)

Джерело: [13; 34].

Підтвердженням викладеного вище є результати проведеного авторською опитування населення України. Зокрема, на запитання «У разі хвороби як часто Ви звертаєтесь за допомогою до медичних працівників?» 5% респонден-

тів відповіли, що вони ніколи не звертаються за медичною допомогою, 22% – переважно не звертаються (рис. 3.25), а 33% – інколи не звертаються, адже це залежить від обставин. Так, можемо стверджувати, що більшість дорослого населення України не завжди звертається за медичною допомогою у разі хвороби. Відповідно наявні дані про зниження первинної захворюваності населення можуть не відповідати дійсності. Крім того, припускаємо, що наявна ситуація з низькою зверненістю населення за медичною допомогою позначається на високому рівні поширеності хвороб (хронічних захворювань), інвалідності та смертності серед населення, адже несвоєчасне звернення у багатьох випадках ускладнює перебіг хвороби та знижує шанси людини на одужання.

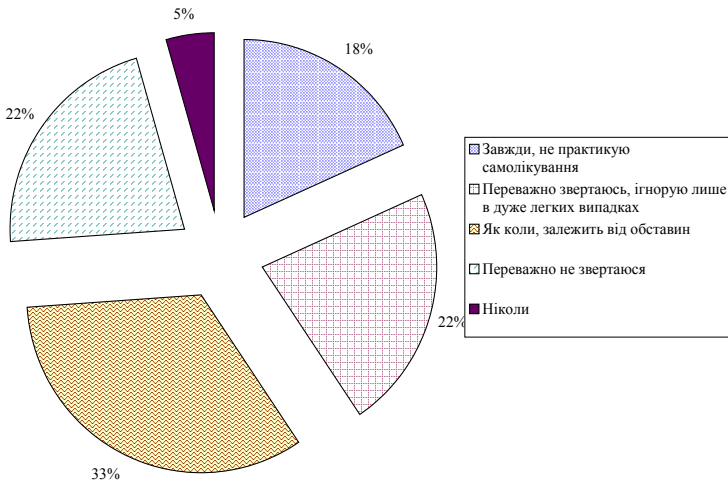


Рис. 3.25. Частота звернень за допомогою до медичних працівників у разі хвороби населення України

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Ситуація, за якої населення не завжди звертається по медичну допомогу характерна не тільки для України, але й для всіх розвинених країни. Так, третина респондентів в недавньому національному огляді США повідомили, що уникають лікарів [35]. Результати цього дослідження також засвідчують що уникають звернення за медичною допомогою навіть ті особи, які мають серйозні проблеми зі здоров'ям. Наприклад, 17% пацієнтів з діагнозом ректальних пухлин повідомили, що вони чекали рік або більше, щоб отримати медичну консультацію після помічених симптомів, а деякі – до п'яти років. Таким чином рівень уникнення звернення за медичною допомогою в Україні приблизно такий самий, як і в США. Хоча таке порівняння є відносним через те, що сучасна система охорони здоров'я України суттєво відрізняється від розвинених країни, насамперед тим, що в нашій країні не розвинена страхова медицина.

За результатами авторського опитування, основними причинами незвернення населення за медичною допомогою у разі хвороби є: скрутне матеріальне становище, нестача коштів на лікування (низький рівень доходів) – 22,2%, обмеженість часу, необхідність вистояти черги (низький рівень організації СОЗ) – 17,3%, самолікування (низький рівень відповідальності або, навпаки, високий рівень санітарної грамотності) – 14,5% та сумніви щодо кваліфікації медичного персоналу (низький рівень довіри населення до системи охорони здоров'я (СОЗ)) (табл. 3.6).

За даними соціопитування у США [35] більше третини тих осіб, які уникали звернення за медичною допомогою учасників робили це через несприятливі результати пошуку медичної допомоги, зокрема чинниками, пов'язаними з лікарями, організаціями охорони здоров'я та афективними проблемами. По-друге, 4,0% респондентів повідомили, що низький рівень звернень був пов'язаний з очікуваннями того, що

їх хвороба або симптоми поліпшуються з часом. По-третє, багато учасників опитування про традиційні перешкоди для медичного обслуговування (58,4%), такі як висока вартість (24,1%), відсутність медичної страховки (8,3%) та часові обмеження (15,6%).

Таблиця 3.6

Причини незвернень населення України за медичною допомогою у разі хвороби

	Відповіді		% спостережень
	N	%	
1. Немає потреби у листку непрацездатності (на роботі його не оплачують)	139	11,8	20,4
2. Маю сумніви щодо кваліфікації медичного персоналу	162	13,8	23,8
3. Віддаю перевагу «народним засобам», народній медицині	147	12,5	21,6
4. Медичний заклад знаходиться далеко від дому	59	5,0	8,7
5. Через обмеженість часу, необхідність вистоювати черги	204	17,3	30,0
6. Через скрутне матеріальне становище, нестачу коштів на лікування	261	22,2	38,4
7. Добре знаю, як себе лікувати	170	14,5	25,0
8. Інше	34	2,9	5,0
Разом	1176	100,0	172,9

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Інакше кажучи, причини низького рівня звернень до медичних працівників (установ) за допомогою є подібними для України та США та значною мірою пов'язані з такими СЕД: дохід, освіта, доступність та якість медичних товарів і послуг, індивідуальна відповідальність за власне здоров'я тощо. З огляду на це зниження рівня життя та погіршення

забезпеченості закладів охорони здоров'я ускладнюватимуть ситуацію зі зверненням населення за медичною допомогою.

По-третє, у 2014 р. Державна служба статистики України зафіксувала суттєве зниження показників як первинної захворюваності населення, так і поширеності хвороб, на 8,4% кожний. Враховуючи суспільно-політичну ситуацію та проведення АТО, ці дані найімовірніше є недостатньо об'єктивними. Здійснюючи аналіз, їх відповідно не взято до уваги.

Щодо основних причин захворюваності зазначимо, що існують певні відмінності у структурі первинної захворюваності та поширеності хвороб. Серед первинної захворюваності суттєво переважає причина, пов'язана із хворобами системи органів дихання (44,3%, 2015 р.), оскільки найбільш розповсюдженими хворобами в Україні є гострі респіраторні захворювання та вірусні інфекції органів дихання, що підтверджено авторським соціологічним дослідженням (64,6% від усіх первинних захворювань). При цьому переважно ці захворювання, з одного боку, мають тимчасовий характер і в подальшому не мають таких наслідків, як хронічні хвороби, інвалідність чи смертність. У цьому разі можна вести мову про негативні наслідки, пов'язані із захворюваністю працездатного населення та втратами через його тимчасову непрацездатність. З іншого боку, як підтверджує авторське дослідження, зазначені хвороби менше пов'язані з СЕД порівняно із тими, які мають хронічний характер. Іншими вагомими причинами первинної захворюваності населення є хвороби системи кровообігу (7,3%), травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх причин (6,7%), хвороби сечостатевої системи (6,6%) (рис. 3.26). Власне хвороби системи кровообігу в подальшому найчастіше переходять у хронічний стан.

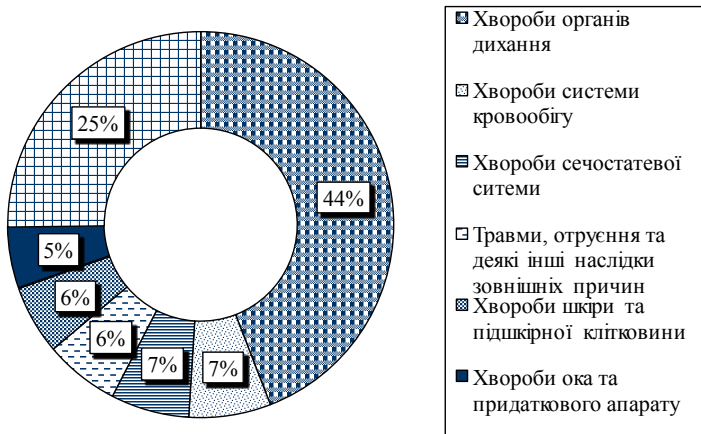


Рис. 3.26. Структура первинної захворюваності населення України у 2015 р., %

Джерело: [13].

За період 2005–2015 рр. рівень захворюваності за різними класами хвороб не зазнав суттєвих змін. Переважно відбувалося незначне скорочення рівня захворюваності за всіма класами хвороб (крім хвороб ока та придаткового апарату, інфекційних і паразитарних хвороб). Найбільше за означений період скоротилась первинна захворюваність за хворобами органів травлення (8,1%). Якщо порівняти більш тривалий період (1995–2015 рр.), то можна простежити, що лише за одним класом хвороб є позитивні зрушення – це зовнішні причини (травми, отруєння та деякі інші наслідки зовнішніх причин). За іншими класами хвороб сучасні показники рівня захворюваності суттєво вищі за аналогічні показники 1995 р. Насамперед це хвороби системи кровообігу та сечостатевої системи.

Структура поширеності хвороб певним чином відрізняється від структури первинної захворюваності, зокрема вищою часткою хвороб систем кровообігу, які в цій структурі

посідають перше місце (32%) та суттєво нижчою часткою хвороб систем дихання (19%) (рис. 3.27). З очевидних причин у цій структурі немає травм, отруєнь та деяких інших наслідків зовнішніх причин, які не можуть мати хронічний характер. Натомість третє місце серед найпоширеніших хвороб займають хвороби органів травлення (10%). Рівень захворюваності на хвороби систем кровообігу та органів травлення є вищим за цей показник у країнах ЄС. Крім того, як зазначалося вище, власне смертність від хвороб системи кровообігу є однією з найбільших проблем для сучасної України, і тому зниження поширеності цих хвороб – це одне з головних завдань політики у сфері охорони здоров'я.

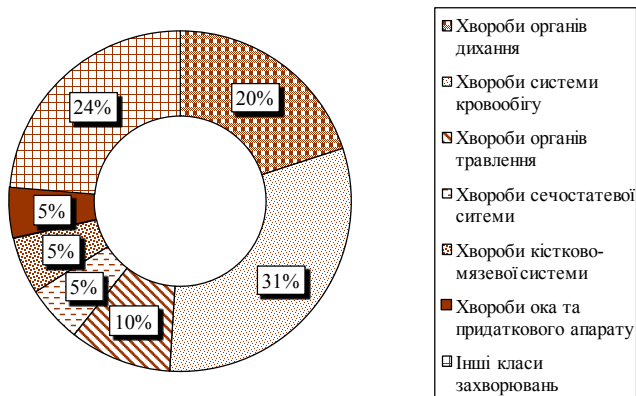


Рис. 3.27. Структура поширеності хвороб населення в Україні у 2015 р., %

Джерело: [13].

Варто зауважити, що описана структура поширеності хвороб населення в Україні, за даними ДССУ, відповідає даним авторського соціологічного дослідження (табл. 3.7). Відмінністю є дещо вища, за результатами дослідження,

частка хвороб органів травлення (2-ге місце, 18%) та хвороб кістково-м'язової системи (3-тє місце, 14,5%). Дещо менша за дані офіційної статистики серед опитаних є частка хворих із хронічними хворобами дихання (4-те місце, 11,0%). Необхідно також зазначити, що структура поширеності хвороб серед населення працездатного віку майже аналогічна до наведеної структури населення загалом. Виняток становить лише частка тих, хто хворіє на хвороби системи кровообігу. Їх серед працездатного населення менше – 24,2%. Однак для цієї категорії населення це є високим показником.

Таблиця 3.7

Структура поширеності хвороб населення в Україні, %

	Відповіді		% спостережень
	N	%	
1. Хвороби системи кровообігу (наприклад, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця)	263	28,6	43,5
2. Хвороби органів дихання	101	11,0	16,7
3. Хвороби органів травлення	165	18,0	27,3
4. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	79	8,6	13,1
5. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	133	14,5	22,0
6. Хвороби сечостатевої системи	58	6,3	9,6
7. Хвороби нервової системи	56	6,1	9,3
8. Розлади психіки та поведінки	7	0,8	1,2
9. Новоутворення	9	1,0	1,5
10. Інші	57	6,2	9,4
Разом	937	100,0	152,9

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Більш ґрунтовної вікової характеристики захворюваності, крім поділу на допрацездатний, працездатний та післяпрацездатний вік, державна статистика не відображає. За даними авторського соціологічного дослідження, поширеність хвороб систем кровообігу стабільно збільшується з віком, особливо після 40 років (табл. 3.8). Після цього віку також збільшується рівень поширення хвороб органів травлення та кістково-м'язевої системи. У цілому слід констатувати, що загалом характер захворюваності в Україні «молодий».

Таблиця 3.8

Вікові коефіцієнти поширеності основних класів хвороб (на 10000 опитаних)

Роки	Хвороби системи кровообігу	Хвороби органів дихання	Хвороби органів травлення	Хвороби ендокринної системи	Хвороби кістково-м'язевої системи	Хвороби сечостатевої системи
до 25	32,8	98,4	57,4	8,2	6,9	24,6
25–29	22,1	73,5	88,2	29,4	7,4	0,0
30–34	41,7	50,0	83,3	58,3	58,3	50,0
35–39	58,6	101,0	70,7	60,6	20,2	70,7
40–44	113,4	82,5	144,3	41,2	72,2	41,2
45–49	140,0	120,0	200,0	80,0	90,0	40,0
50–54	243,0	56,1	112,1	59,4	158,9	74,8
55–59	309,1	90,9	163,6	127,3	218,2	72,7
60–64	421,1	122,8	219,3	87,7	193,0	87,7
65–69	500,0	100,0	225,0	112,5	200,0	75,0
70–74	535,7	91,4	160,7	125,0	178,6	71,4
75–79	657,9	105,3	236,8	105,3	184,2	135,9
80 і старші	619,0	95,2	238,1	238,1	285,7	142,9
Разом	219,2	84,2	137,5	65,8	110,8	48,3

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Актуальним є також оцінювання захворюваності на хвороби, які мають високу летальність. Найвища лікарняна летальність (відношення (в процентах) числа померлих в лікарні від якої-небудь хвороби до загального числа вибулих за той же період хворих тієї ж хворобою); останніми роками фіксується за деякими інфекційними і паразитарними хворобами (4,7%), хворобами системи кровообігу (3,7%) та новоутвореннями (2,7%). В Україні як лікарняна летальність, так і летальність загальна, мають доволі високі показники, суттєво вищі за країни ЄС.

Проведені розрахунки кореляцій між захворюваністю (ЗХ), поширеністю хвороб (ПХ) (за 2009–2015 рр.) та детермінантами, які їх визначають у регіонах України, свідчать, що, крім СЕД, вагому роль у поширеності деяких хвороб відіграють екологічні детермінанти. Зокрема, висока захворюваність органів дихання визначається, по-перше, рівнем споживання алкоголю [36] (ПХ – $R = 0,550$, $p \leq 0,01$; ЗХ – $R = 0,524$, $p \leq 0,01$), по-друге, викидами в атмосферне повітря [37] (ПХ – $R = 0,548$, $p \leq 0,01$; ЗХ – $R = 0,488$, $p \leq 0,05$).

Визначення причин і детермінант захворюваності не можна обмежувати лише оцінюванням офіційних даних, оскільки вони через об'єктивні та суб'єктивні причини не завжди відображають реальний стан справ (див. п. 2.1). З огляду на становище, що склалося, існує гостра потреба у соціологічних дослідженнях детермінованості захворюваності. Відповідно за результатами авторського дослідження здійснено розрахунки оцінки шансів поширеності хвороб за причинами залежно від детермінант, які їх визначають. Зокрема, вони доводять, що поширеність хвороб органів дихання залежить від:

– РПЖ. Шанси мати хронічне захворювання органів дихання у дорослому віці серед тих, хто мав погане або дуже погане здоров'я у віці до 18 років достатньо високі: $OR = 2,462$, $p \leq 0,001$;

– екологічних детермінант. Шанси мати хронічне захворювання органів дихання серед тих, хто проживає у районі із незадовільним станом атмосферного повітря становить: $OR = 1,690, p \leq 0,05$;

– індивідуальної поведінки. Шанси мати хронічне захворювання органів дихання серед тих, хто має низьку фізичну активність (проводить у сидячому положенні понад 5 год. на день) становить: $OR = 2,298, p \leq 0,05$.

Загалом захворюваність населення на органи дихання в Україні значно вища за більшість країн Європи. Одним із показників, який характеризує рівень захворюваності, є кількість вибулих зі стаціонару на 100 тис. населення. В Україні кількість тих, які вибули зі стаціонару із захворюваннями на органи дихання впродовж 1987–2013 рр., удвічі перевищила аналогічний показник у країнах ЄС. Причому тенденцій до його скорочення немає (рис. 3.28). Так, цей показник не відображає повністю стану справ, пов'язаних із захворюваністю, оскільки не враховано тих, хто лікується через поліклініку, займається самолікуванням, тощо. Однак порівняльне оцінювання зазначеного показника важливе, оскільки це здебільшого демонструє кількість тих хворих, в яких хвороби органів дихання мають важкий перебіг.

Узагальнивши всі розрахунки, можна підсумувати, що рівень захворюваності та поширеності хвороб на органи дихання суттєво не змінюється впродовж останніх 20 років. Він залежить від стану атмосферного повітря (екологічні детермінанти) та індивідуальної поведінки населення щодо власного здоров'я (споживання алкоголю та фізична активність). Аргументовано також можна констатувати, що поширеність хвороб у дорослому віці суттєво визначають детермінанти РПЖ та стану здоров'я у дитячому та підлітковому віці. Це доводить, що у процесі онтогенезу дитячий та підлітковий періоди є надзвичайно напруженими етапами морфофункціональних перебудов [38, с. 28], що може вплинути на стан здоров'я у майбутньому.

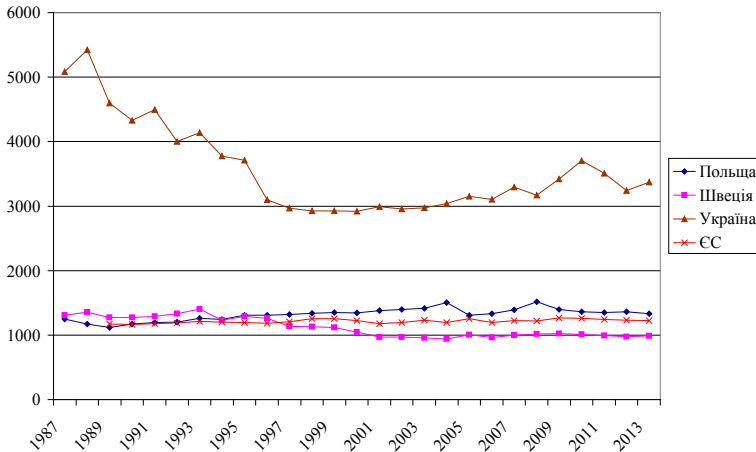
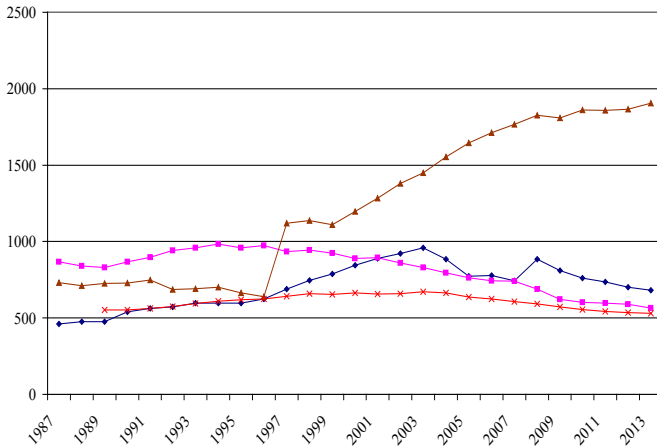


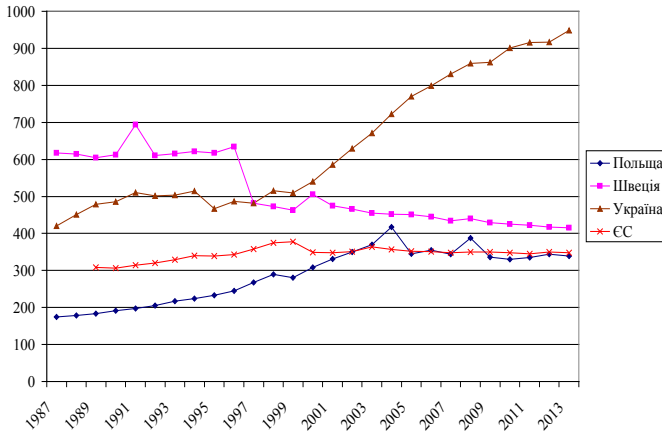
Рис. 3.28. Кількість тих, які вибули зі стаціонару із захворюваннями на органи дихання (на 100 тис. населення) у 1987–2013 рр.

Джерело: [13].

Найпоширенішими в Україні є хвороби системи кровообігу, які, як було зазначено, є головною причиною смертності серед населення. Незважаючи на скорочення показників захворюваності та поширеності на цей клас хвороб за 2009–2013 рр., вони залишаються надвисокими. Зокрема, за останні роки їх реєструють у 2,2–2,4 разу більше, ніж у 1990 р. Крім того, рівень захворюваності на хвороби системи кровообігу в Україні суттєво вищий, ніж в Європі. Зокрема, кількість тих, які вибули зі стаціонару з ішемічною хворобою та цереброваскулярними захворюваннями, на 100 тис. населення в Україні у 2013 р. є вищою за ЄС утричі та стабільно зростає (рис. 3.29).



Ішемічна хвороба серця



Цереброваскулярні захворювання

Рис. 3.29. Кількість осіб, які вибули зі стаціонару із захворюваннями системи кровообігу, у 1987–2013 рр. (на 100 тис. населення)

Джерело: [13].

Структуру захворюваності на хвороби системи кровообігу наведено на рис. 3.30. Найбільша частка припадає на гіпертонічну хворобу (45 та 40% відповідно). Існують певні умови, що впливають на її виникнення і розвиток. Близько 60% дорослих людей мають ті чи інші чинники ризику гіпертонії, причому в половини з них наявні більш як один чинник, в результаті чого сумарний ризик захворювання значно збільшується. Наступні у структурі хвороб системи кровообігу – це ішемічна хвороба серця та цереброваскулярні захворювання (чинники ризику в них подібні).

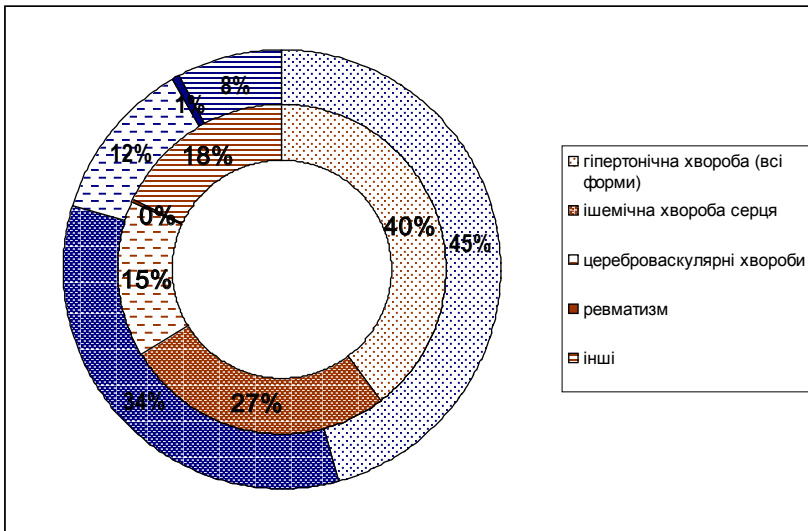


Рис. 3.30. Структура первинної захворюваності та поширеності захворювань на хвороби системи кровообігу в Україні у 2015 р.

Джерело: [13].

Як зазначалось, виокремлюють такі чинники ризику хвороб системи кровообігу: тютюнопаління, зловживання алкоголем, неправильне харчування, малорухливий спосіб життя тощо. Визначають також вплив таких СЕД: бідність, низький рівень освіти, стрімкі темпи урбанізації, постаріння населення [39]. Можна погоджуватись або заперечувати такий перелік, однак оцінювання зв'язку між потенційними детермінантами, які можуть впливати на рівень захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу, за даними офіційної статистики, не підтверджує щільних кореляційних зв'язків між перерахованими вище ризиками та детермінантами безпосередньо. Хоча це вказує, що захворюваність вища в тих регіонах, де населення більше страждає від ожиріння ($R = 0,544$, $p \leq 0,01$). Відповідно ожиріння є похідним від неправильного харчування, недостатньої фізичної активності та шкідливих звичок. Отже, характер харчування впливає на ризик захворюваності на серцево-судинні паталогії як через такі чинники ризику, як рівень холестерину у крові, артеріальний тиск, маса тіла і цукровий діабет, так і незалежно від них.

Авторське соціологічне дослідження дало змогу виявити більш широкий спектр детермінант, які визначають наявність хронічних хвороб системи кровообігу. Ці дані висвітлено в наступних розділах

Значного поширення в Україні набули також хвороби органів травлення. Ними хворіє 10% населення України, або понад 7 млн. осіб. Щороку реєструють понад 800 тис. нових діагнозів хвороб на органи травлення. При цьому рівень захворюваності на ці хвороби за період з 2005 по 2015 р. скорочується (рис. 3.31). Варто також звернути увагу на цікаву деталь, пов'язану з лікуванням хвороб органів травлення. Так, що, починаючи з 1991 р., чисельність тих, хто захворів на ці хвороби, перевищує кількість осіб, які проходили лікування і відповідно були виписані з медичного закладу. Це доводить,

що частина населення несерйозно ставиться до цього класу хвороб і не завжди звертається до медичних працівників за лікуванням. При цьому показник рівня тих, хто виписаний з лікарні із захворюваннями органів травлення, в Україні є вищим за країни ЄС більш ніж на 20%, Швецію – вдвічі (рис. 3.32). Це свідчить про високий рівень захворюваності на органи травлення в Україні.

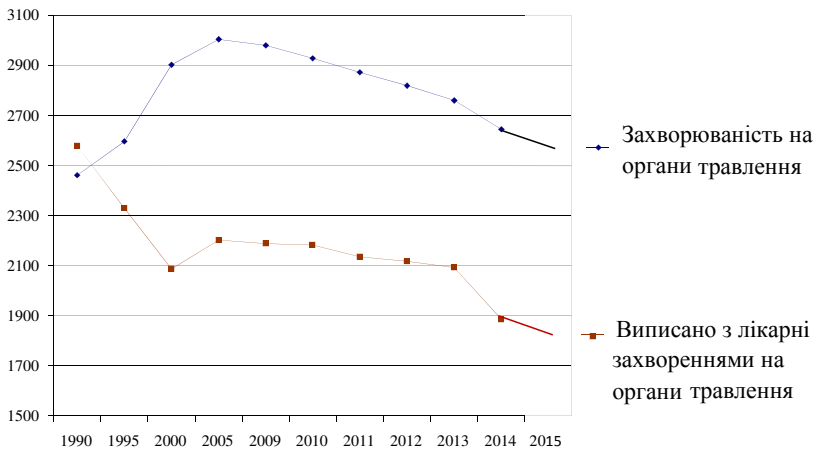


Рис. 3.31. Захворюваність та кількість осіб, вибулих із лікарні із захворюваннями на органи травлення в Україні, у 1990–2015 рр. (на 100 тис. населення)

Джерело: [13].

Деякі науковці до чинників (детермінант) хвороб органів травлення зараховують неякісне харчування, недієтичне харчування при захворюванні, а також психологічні чинники, стреси, проблеми на роботі, зниження життєвого рівня тощо [40–41]. Однак, як і в разі з іншими захворюваннями, ці детермінанти змінюються у часі та просторі й не можуть бути прийняті як аксіома.

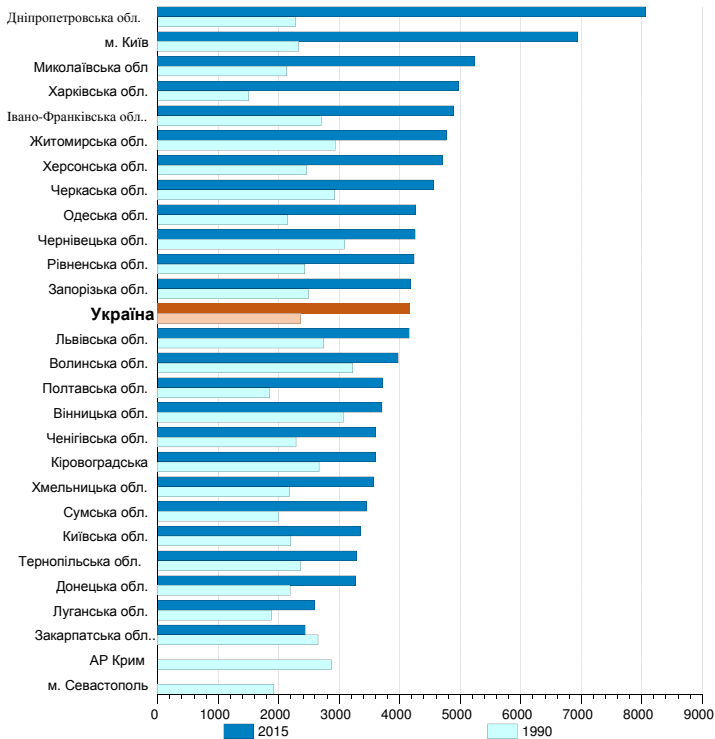


Рис. 3.32. Первинна захворюваність на хвороби сечостатевої системи

Джерело: [13].

Заслужує на увагу оцінювання захворюваності та поширеності хвороб сечостатевої системи, оскільки по-перше, їхня частка у загальній захворюваності та поширеності хвороб достатньо висока (5% та 7% відповідно). Лише один клас хвороб має більший показник – це хвороби системи кровообігу. По-друге, рівень захворюваності на цей клас хвороб у 2013 р. був у 1,92 разу вищий, ніж у 1990 р. По-третє, за період від 1990 р. в Україні суттєво

посилилась регіональна диференціація рівня захворюваності на ці хвороби. Так, у 1990 р. різниця між регіонами з найвищим рівнем захворюваності (Волинська обл. – 3219 хворих на 100000 населення) та найнижчим (Харківська – 1500) становила 2,14 разу, а в 2015 р. – 2,75 разу (найвищий показник у Дніпропетровській області – 7532, найнижчий у Закарпатській – 2730) (рис. 3.32). Такі негативні зміни потребують пояснення та вирішення.

Однією з особливостей захворюваності органів сечостатевої системи в Україні є те, що вона більш характерна для міських поселень (поширеність: $R = 0,573$, $p \leq 0,01$; захворюваність: $R = 0,466$, $p \leq 0,05$). Вважаємо, що насамперед це пов'язано з низькою якістю питної води у містах порівняно із сільською місцевістю. Незадовільний технічний стан водопровідних мереж і водоочисних споруд, постійне відімкнення водопроводів від електропостачання, подача води за графіками призводять до її бактеріального забруднення, створюють небезпечну епідемічну ситуацію [42]. Це припущення підтверджує також той факт, що більше на органи сечо-статевої системи хворіє населення у містах, яке проживає у квартирах, обладнаних водопроводом (поширеність: $r = 0,501$, $p \leq 0,01$; захворюваність: $r = 0,494$, $p \leq 0,01$). Загалом проблема якості питної води є дуже гострою по Україні та в окремих регіонах, особливо у Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Луганській та Одеській областях. У цих регіонах смертність від хвороб сечостатевої системи значно вища.

Особливої уваги у ході дослідження впливу СЕД на здоров'я населення потребують «соціально небезпечні» інфекційні захворювання (СНХ): туберкульоз, гепатити, ВІЛ/СНІД, деякі венеричні захворювання. По-перше, варто зазначити, що в структурі смертності від інфекційних хвороб в Україні переважна частка припадає на туберкульоз (54,1%) та СНІД (35,1%). По-друге, між усіма СНХ наявний стійкий зв'язок (табл. 3.9). Високі показники захворюваності однієї із зазначених хвороб означають, як правило, високий рівень

інших. І навпаки, є регіони з низьким рівнем захворюваності на всі СНХ. Найтісніший взаємозв'язок між захворюваністю на гепатити В та С ($r = 0,901$), що, з одного боку, є логічним, а з іншого – небезпечним явищем, враховуючи високі темпи зростання захворюваності на них.

Високою також є кореляція між захворюваністю на гепатити В і С та ВІЛ/СНІД, туберкульозом і ВІЛ/СНІД. В Україні з 1999 р. почали реєстрацію ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу. На сьогодні існує проблема своєчасного виявлення туберкульозу у ВІЛ-позитивних осіб, яка пов'язана як з ідентичною клінічною симптоматикою обох захворювань, так і з клінічними особливостями перебігу туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції [43; 44].

Як було з'ясовано, смертність від туберкульозу в Україні є однією з найвищих в Європі та перевищує показники країн ЄС у 35 разів. Захворюваність на туберкульоз також є дуже високою (59 осіб на 100 тис. населення) і перевищує у 8 разів показники країн ЄС (7,4 осіб на 100 тис.) (рис. 3.33). Захворюваність на туберкульоз в Україні стабільно і доволі високими темпами зростала впродовж 1991–2005 рр. Це явище зумовлювало зубожіння населення, різке скорочення фінансування медицини та виникнення інших чинників на початку та в середині цього періоду. Незважаючи на це, у Польщі, яка на початку 1990-х рр. мала дещо вищий рівень захворюваності на туберкульоз, він стабільно знижувався і зараз наблизився до середньоєвропейських показників. Чинників, які сприяли покращенню ситуації із захворюваністю та смертністю від туберкульозу, в Польщі є кілька. Це поліпшення добробуту населення, збільшення соціальних інститутів, які контролюють та надають допомогу маргінальним верствам населення, вдосконалення медичних технологій і покращення медичного обслуговування. Надважливими при цьому є заходи із профілактики цього захворювання. На думку Е. Корбет, масові профілактичні заходи – це «...єдина стратегія, яка може знизити передачу туберкульозу, захворюваність та інкубаційний період» [45].

Таблиця 3.9

Кореляційна матриця між соціально небезпечними хворобами та їхніми детермінантами в Україні (у середньому за 2010–2014 рр., на 100 000 населення)

	Захворюваність на туберкульоз	Поширеність генатиту В	Захворюваність на генатиту В	Захворюваність на генатиту С	Поширеність ВЛІ	Поширеність СНІД	Частка міського населення, %	Рівень злочинності	Рівень наркотикизації
Захворюваність на туберкульоз	1	p<0,01	p<0,05	p<0,01	p<0,001	p<0,001	0,661 [†]	0,572 [‡]	0,247
Поширеність генатиту В	0,540 [†]	1	0,777 [‡]	0,800 [‡]	0,572 [‡]	0,490 [†]	0,233	0,356	0,560 [‡]
Захворюваність на генатиту В	0,459 [†]	0,777 [‡]	1	0,583 [‡]	0,901 [‡]	0,810 [‡]	0,262	0,081	0,602 [‡]
Поширеність генатиту С	0,021	p<0,001	1	p<0,01	p<0,001	p<0,001	p<0,001	0,080	p<0,001
Захворюваність на генатиту С	0,537 [‡]	0,800 [‡]	0,583 [‡]	1	0,471 [†]	0,398 [†]	0,375	0,588 [‡]	0,649 [‡]
Захворюваність на генатиту С	0,515 [†]	0,688 [‡]	0,901 [‡]	0,749 [‡]	p<0,001	0,793 [‡]	0,065	p<0,01	p<0,001
Поширеність ВЛІ	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	1	p<0,001	p<0,001	p<0,01	p<0,001
Поширеність СНІД	0,661 [†]	0,572 [‡]	0,718 [‡]	0,696 [‡]	0,912 [‡]	0,912 [‡]	0,573 [‡]	0,394	0,654 [‡]
Частка міського населення, %	0,247	0,233	0,502 [‡]	0,375	0,580 [‡]	0,580 [‡]	0,755 [‡]	0,724 [‡]	0,755 [‡]
Рівень злочинності	0,273	0,356	0,357	0,588 [‡]	0,345	0,755 [‡]	0,755 [‡]	0,818 [‡]	0,818 [‡]
Рівень наркотикизації	0,187	0,081	0,602 [‡]	0,649 [‡]	0,663 [‡]	0,654 [‡]	0,724 [‡]	0,818 [‡]	0,818 [‡]
Кореляція	p<0,05	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001

⁷ Кількість зареєстрованих злочинів на 10 тис. осіб.

⁸ Чисельність наркоманів на 10 тис. осіб.

⁹ Кореляція значима на рівні 0,05 (2-стор.).

¹⁰ Кореляція значима на рівні 0,01 (2-стор.).

Джерело: розраховано автором за [7; 13; 36]

Суттєво значущих кореляцій між захворюваністю на туберкульоз та чинниками, які можуть її визначати між регіонами України, за останні роки не виявлено. Слабка кореляція простежується тільки з рівнем наркотизації населення ($R=0,443, p \leq 0,05$). Так, захворюваність населення незначно може залежати від рівня наркотизації в регіоні. Враховуючи зв'язок між ВІЛ/СНІД з наркотизацією, з одного боку, та ВІЛ/СНІД з туберкульозом – з іншого, такі висновки є обґрунтованими.

Разом з тим, смертність та відповідно захворюваність на туберкульоз найпоширеніші серед бідних верств населення. Проблема із захворюваністю та смертністю від туберкульозу залишається відкритою. Заходи, що їм вживає Уряд України, лише частково поліпшують ситуацію. Про це свідчать як міжнародні [10], так й українські дослідження [3; 5; 7].

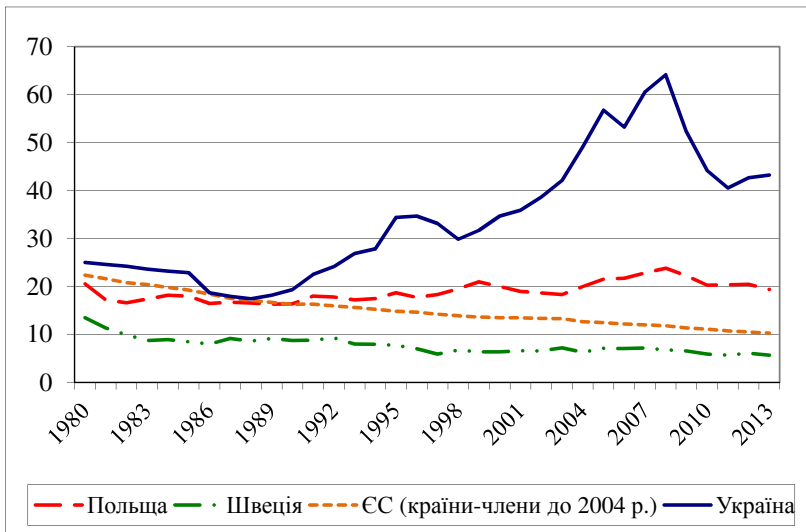


Рис. 3.33. Захворюваність на туберкульоз в Україні та ЄС у 1980–2014 рр. на 100 тис. осіб

Джерело: [9; 13].

З огляду на вищеподане варто зазначити, в європейському регіоні у країнах із нижчим ВВП на душу населення захворюваність на туберкульоз вища ($R = -0,626$, $p \leq 0,01$) (рис. 3.34).

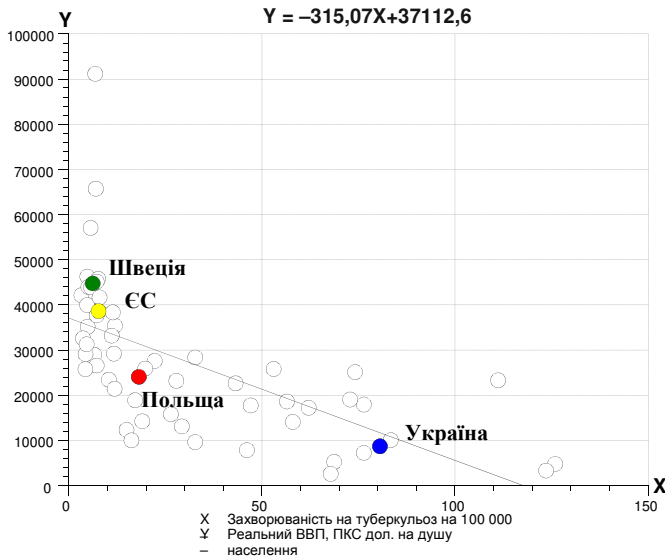


Рис. 3.34. Кореляція між захворюваністю на туберкульоз та реальним ВВП на душу населення у країнах європейського регіону, 2013 р.

Джерело: розраховано за [9].

Відповідно боротьба з туберкульозом матиме перманентний і тривалий характер із локальними успіхами доти, поки не буде подолано бідність серед населення. Однак бідність в Україні на сьогодні тільки зростає. За даними Світового банку, рівень бідності (частина населення, яке отримує менш ніж 5 дол. США на день) за 2014–2016 рр. в Україні зріс у тричі

(з 1,9% до 6%). За таких умов боротьба з туберкульозом та й багатьма іншими захворюваннями буде важкою.

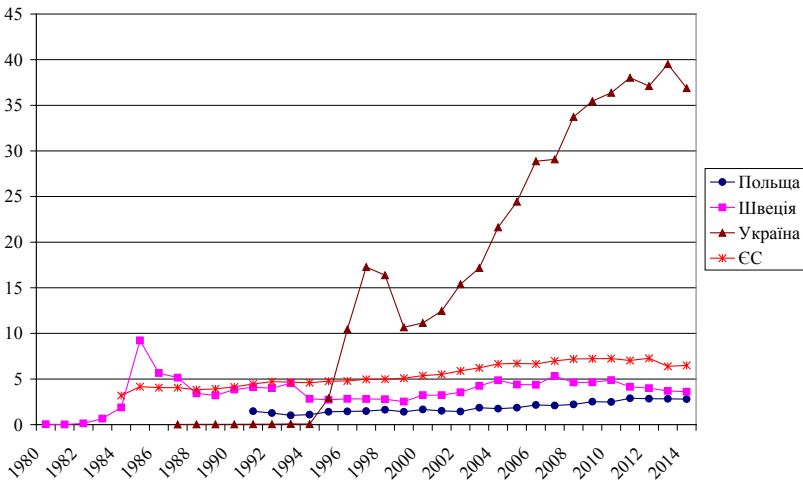
Однією із соціально небезпечних хвороб також є гепатит. Особливо гостро в останні роки постало питання розповсюдження гепатиту С. На сьогодні в Україні інфіковано понад 2 млн. осіб, або майже 5% населення [46]. Такі дані свідчать про характер епідемії цієї хвороби в країні. При цьому масштаби цієї епідемії щороку зростають. Серед деяких груп населення рівень інфікування значно вищий. Так, за даними Центру моніторингу та контролю за захворюваністю МОЗ України [47], хворі, які часто перебувають на стаціонарному лікуванні, мають показник інфікованості близько 12%, а пацієнти наркодиспансерів – до 67% . Проведені розрахунки також підтверджують залежність захворюваності та поширеності захворювань на гепатити В та С від рівня наркотизації. Наприклад, коефіцієнт кореляції між рівнем наркотизації та захворюваністю на гепатит С становить 0,663 ($p \leq 0,001$).

Військові дії та погіршення соціально-економічної ситуації є одними з чинників поглиблення епідемії на вірусні гепатити в Україні. У липні-вересні 2015 р. вперше у 23-х областях в Україні та м. Київ проводилося тестування 4367 учасників АТО (військовослужбовців ЗСУ, бійців Нацгвардії/МВС) на базі 68 лікувальних та інших закладів Міноборони, МВС та МОЗ України. Майже у 4% бійців результати тесту на вірусний гепатит С виявилися позитивними [48], тобто у групу ризику потрапляють і військовослужбовці.

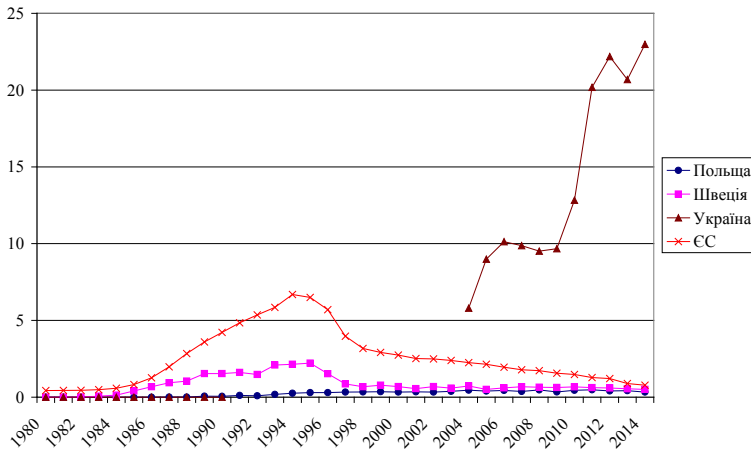
Ускладнює проблему і низький рівень фінансування лікування хворих на вірусні гепатити. Держава покриває лікування лише 20% хворих, які цього потребують. Це є однією з причин високої порівняно з європейською летальності від цих хвороб.

Однак найнебезпечнішим для України є поширення ВІЛ/СНІДу. Це проблема світового масштабу і понад 30 років за-

лишається актуальною для всіх країн. У багатьох економічно розвинених країнах епідемію поширення ВІЛ/СНІДу було призупинено на початку нового тисячоліття. За даними рис. 3.35 можна простежити, що суттєве зростання рівня захворюваності на СНІД у країнах ЄС з 1986 по 1995 р. (з 0,86 до 6,69 осіб на 100 тис. населення) було припинено та зведено до мінімуму у 2014 р. (0,78). Захворюваність на ВІЛ-інфекцію також у більшості країн Європи не набула характеру епідемії, а в деяких країнах істотно знизилась. Наприклад, Естонія, яка у 2004 р. мала найвищий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед європейських країн (55,07 осіб на 100 тис. населення), знизила його за 10 років більш ніж удвічі (24,66 осіб у 2013 р.).



ВІЛ



СНІД

Рис. 3.35. Захворюваність на ВІЛ/СНІД в Україні та ЄС у 1980–2014 рр. (кількість нових випадків на 100 тис. населення)

Джерело: [9, 13].

Україна на цьому фоні має дуже незадовільні показники. Рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію в Україні вищий за країни ЄС в 5,7 разу і становить 36,88 осіб на 100 тис. населення у 2014 р., а рівень захворюваності на СНІД вищий у 29,5 разу і дорівнює 22,98 осіб на 100 тис. населення. Темпи динаміки рівня захворюваності на ці хвороби в Україні також є вражаючими: за останні 10 років рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію зріс в 1,7 разу, на СНІД – у 4,0 разу (див. рис. 3.35).

Загалом суттєво більші темпи зростання захворюваності на СНІД порівняно з ВІЛ-інфекцією свідчать про недостатню профілактику ВІЛ/СНІДу, а також що значна частина хворих не знає свого діагнозу. За станом на 1 жовтня 2015 р. в Україні на обліку перебуває 127 377 ВІЛ-позитивних пацієнтів [49]. Однак, за оцінками експертів UNAIDS [50], в Україні

з ВІЛ-інфекцією живуть близько 290 тис. осіб. Отже, лише кожен другий знає про свій діагноз, а тому частково епідемія має прихований характер.

Незважаючи на те, що, як і раніше, існує кореляція між рівнем наркотизації та захворюваністю (поширеністю) ВІЛ-інфекції ($R = 0,654$, $p \leq 0,001$) та СНІД ($R = 0,561$, $p \leq 0,01$), її значення за останні роки знижуються. Це пов'язано з тим, що, починаючи з 2008 р., українці найчастіше інфікуються не через кров, а через незахищений секс. Якщо в 2005 р. через сексуальні контакти інфікувалися 33% населення, то в 2012 р. ця частка зросла до 51% (рис. 3.36). У цей період уперше більшість нових випадків передачі ВІЛ-інфекції відбулося через незахищений секс. У 2015 р. цей показник становив 60%. Це підтверджує висновки експертів ВООЗ, які зараховують небезпечний секс до п'яти глобальних детермінант, що найбільше впливають на здоров'я. Зауважимо, що йдеться не тільки про ВІЛ-інфекцію, а й інші хвороби, які передаються статевим шляхом, у тому числі вірусні гепатити.

Враховуючи, що більшість випадків інфікування ВІЛ в Україні нині реєструють серед молодих людей віком від 15 до 30 років, варто здійснювати посилений моніторинг захворюваності та її профілактики для цієї вікової категорії населення. За результатами соціологічного опитування, проведеного в Україні у межах міжнародного проекту ВООЗ «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» у 2014 р., досвід статевих стосунків на момент опитування мали 54,9% хлопців та 33,9% дівчат віком 17 років. Більшість з них – 74,8% хлопців і 64,4% дівчат – використовувала презервативи під час останнього статевого акту. Однак решта нехтувала цим запобіжним заходом, що не може не викликати занепокоєння, особливо за поширення епідемії ВІЛ/СНІД.

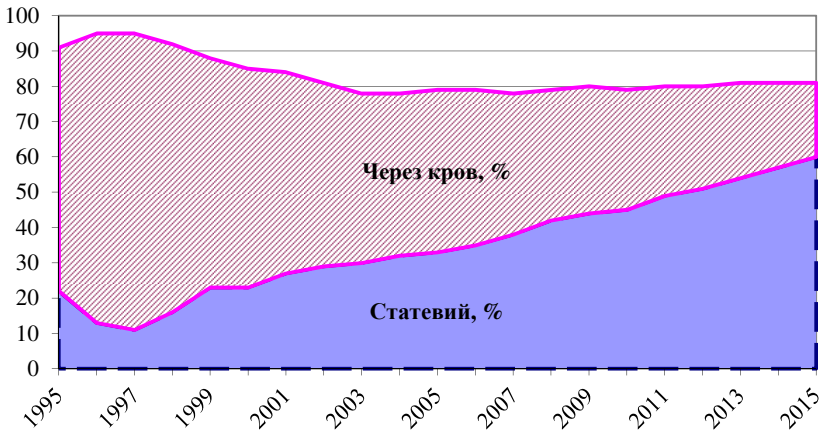


Рис. 3.36. Основні шляхи передачі ВІЛ-інфекції в Україні, %

Джерело: [51].

Особливо викликають занепокоєння дані щодо знань підлітків про шляхи передачі ВІЛ/СНІДу. За даними дослідників, відсоток молодих людей віком 15–24 років, які правильно визначають шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та знають, як вона не передається, становить 24,1% (36,3% серед хлопців та 22,2% серед дівчат) [52]. Позитивним моментом є те, що цей показник дещо вищий порівняно з даними минулої хвили дослідження (2010 р. – 17,2%), однак він і досі залишається низьким.

Серед дорослого населення рівень грамотності щодо шляхів передачі ВІЛ-інфекції та масштабів розповсюдження хвороби, а також ступеня відповідальності за власне здоров'я у зв'язку з цим, залишаються на низькому рівні. Авторське соціологічне опитування підтвердило, що лише 17,5% неодружених чоловіків та 12,5% незаміжніх жінок, які живуть статевим життям регулярно, використовують презервативи (рис. 3.37). Це свідчить про недостатність інформації з боку

засобів масової інформації, медичних працівників, громадськості та інших джерел щодо небезпеки незахищеного сексу в умовах епідемії ВІЛ/СНІДу.

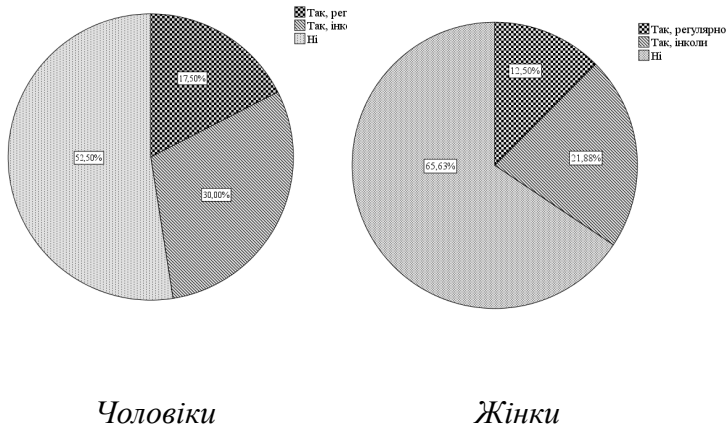


Рис. 3.37. Використання презервативів неодруженими чоловіками та жінками, які живуть статевим життям в Україні

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Однією з особливостей розповсюдження ВІЛ/СНІДу в Україні також є його більша локалізація у міських поселеннях, ніж у сільській місцевості. Точної статистики щодо цього питання немає, оскільки реєстрація ВІЛ-інфікованих здійснюється лише у спеціальних центрах, які розташовані у містах. Проте наші розрахунки доводять, що існує кореляція між часткою міського населення та поширеністю ВІЛ/СНІДу в регіонах і становить відповідно ($r = 0,573$, $p \leq 0,01$) та ($r = 0,581$, $p \leq 0,001$). Хоча варто зазначити, що показники кореляції за останні роки знижуються, що свідчить про поширення епідемії ВІЛ/СНІДу у сільській місцевості.

Отже, сучасний стан смертності й захворюваності на СНХ в Україні залишається епідеміологічно критичним і загрожує національній безпеці. При цьому наявний взаємозв'язок між поширенням таких СНХ, як туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити В і С, що свідчить про необхідність вироблення комплексного підходу до боротьби з ними.

Визначальними детермінантами поширення СНХ в Україні є такі: соціально-економічні (дохід, освіта, місце проживання, злочинність) та пов'язані з ними індивідуальна поведінка щодо власного здоров'я (вживання наркотиків, незахищений секс та інші) і доступність та якість медичної допомоги.

3.3. Соціально-економічні особливості інвалідації населення

Інвалідність – це не лише проблема зі здоров'ям. Це складний феномен, що відображає взаємодію між особливостями людського організму й суспільства, в якому ця людина живе [53]. За Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), інвалідність визначено як «...парасольковий термін для позначення порушень, обмежень у діях і участі» [54].

За законодавством України інвалідність – це міра втрати здоров'я через захворювання, травму (її наслідки) або вроджені вади, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист [55]. Таким чином, всі трактування інвалідності акцентують увагу на зовнішніх детермінантах, які з нею пов'язані.

За оцінюванням ВООЗ, понад мільярд людей, або близько 15% населення світу, живуть з будь-якою формою інвалідності [56]. Це вищий показник від того, який наводився за даними попереднього оцінювання, проведеного в 1970-х рр. – 10%. Отже, чисельність інвалідів щораз зростає. Це відбувається у зв'язку зі старінням населення – літні люди більшою мірою схильні до ризику інвалідності, а також через глобальне зростання хронічних станів, таких як діабет, хвороби системи кровообігу та психічні захворювання. У країнах із низьким і середнім рівнем доходу на частку хронічних хвороб припадає близько 66,5% від загальної кількості років, які прожиті з інвалідністю.

Це означає, що високий рівень інвалідності населення значною мірою зумовлений СЕД. Зокрема, в Україні високий рівень захворюваності, низький рівень зверненості за медичною допомогою значної частини населення при перших ознаках хвороби, що відповідно пов'язано зі СЕД, є причинами доволі високого рівня інвалідизації населення, особливо серед осіб допрацевоздатного та працевоздатного віку.

Логічним вважаємо висновки, що військові дії на сході України з 2014 р. мали би спричинити суттєве збільшення кількості інвалідів як серед цивільного населення Донецької та Луганської областей, так і серед українських військових. Однак, за даними Міністерства соціальної політики України, за станом на 1.01.2016 р. загальна чисельність осіб з інвалідністю в нашій країні (без урахування тимчасово окупованих територій Криму та м. Севастополя) становила 2 614,1 тис. (або 6,1% від загальної чисельності населення), у тому числі: з інвалідністю I групи – 250,3 тис. осіб; II групи – 919,0 тис. осіб; III групи – 1291,2 тис. осіб; дітей – 153,5 тис. осіб (44% – дівчата, 56% хлопці) [57]. Рівень інвалідності у 2014-2015 рр. знизився, що можна лише пояснити проблемами з ведення обліку інвалідності.

Як і в разі із статистикою захворюваності та смертності, нині існують проблеми із веденням статистики людей з ін-

валідністю, особливо за категоріями захворювання. Держава фактично не володіє інформацією про інвалідизацію населення на тимчасово непідконтрольній уряду території окремих районів Донецької та Луганської областей [58] і частково володіє такою інформацією щодо внутрішньо переміщених осіб. За офіційними даними Міністерства соціальної політики України, за станом на 22.06.2015 р. з тимчасово окупованої території та районів проведення АТО операції до інших регіонів мігрувало 56859 людей з інвалідністю [59].

Саме тому офіційна інформація щодо обсягів та рівня інвалідності по Україні загалом може бути занижена. Існують й інші недоліки обліку. Зокрема, за даними Національної асамблеї інвалідів України, за умови дотримання міжнародних класифікацій кількість людей з інвалідністю значно вища за показники офіційної статистики – до 15% українців [60].

Статистичні дані до 2014 р. відображають динаміку зростання загальної чисельності осіб з інвалідністю в Україні, починаючи з 2009 р. (на 401 тис. осіб). Рівень інвалідності також підвищився за цей період (рис. 3.38). Такі високі темпи зростання зумовлені стрімким збільшенням чисельності інвалідів III групи. За останні 15 років їхня чисельність зросла більш ніж на 0,5 млн. осіб, а частка серед інвалідів збільшилася із 29,6% до 49,4%. Отже, в Україні існує стійка тенденція до акумуляції середніх форм втрати загального рівня здоров'я чи працездатності.

Однак варто зауважити, що серед офіційно зареєстрованих інвалідів наявна частина тих, які отримали інвалідність через сфальсифіковані дані про свою хворобу і насправді не є інвалідами. Про такі факти свідчать джерела, які переважно є неофіційними [62; 63]. Найбільше лжеінвалідів налічується серед інвалідів III групи. Це пов'язано з тим, що «технічно», з медичної точки зору, цю групу отримати найпростіше. З огляду на це понад 15 років існує тенденція до зростання частки інвалідів, зокрема III групи.

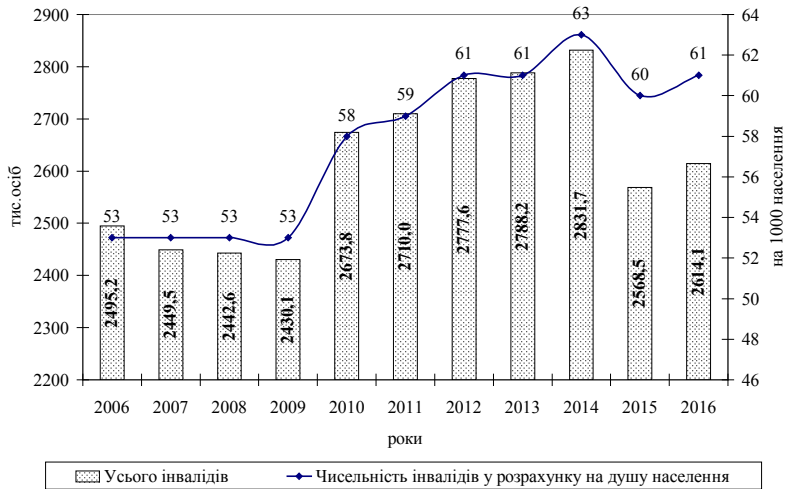


Рис. 3.38. Кількість інвалідів в Україні у 2006–2016 рр.

Джерело: [7; 61].

Водночас частина інвалідів, які мають мати відповідний статус, його не мають. Особливою проблемною є відсутність статистики щодо кількості осіб з інвалідністю за категоріями захворювання. До того ж недосконалим і недостатнім є ведення та наповнення Центрального банку даних інвалідності внаслідок неналежного ресурсного забезпечення. Розгляд статистичних даних про розподіл людей з інвалідністю за групами інвалідності, крім іншого, свідчить про домінування в Україні медичної моделі інвалідності, а не про задекларовану соціально-правову модель інвалідності [64, с.159].

Вважаємо, що поглиблення соціально-економічної кризи лише погіршує ситуацію. Доказом цього є дуже суттєве зростання чисельності інвалідів у 2009 р. після фінансово-економічної кризи наприкінці 2008 р. Інфляція, зростання безробіття та зменшення реальних доходів населення спричинили хвилю

звернень до медичних закладів з метою отримання статусу інваліда, оскільки пенсія через інвалідність дорівнює мінімальній заробітній платі, а інколи й перевищує її показник і є чи не єдиним джерелом доходу не тільки пенсіонера, а й домогосподарства, в якому він мешкає. З цього ж року збільшується кількість оскаржень рішень первинних МСЕК, зокрема у 2014 р. підтверджено рішення у 86,0% випадків, а кількість скасувань попередніх рішень збільшилася до 14,0% порівняно з 2013 р.

Таким чином, недостатньо об'єктивна статистична інформація прямо впливає на планування та реалізацію державних програм і державної політики, зокрема щодо надання послуг людям з інвалідністю.

Відповідно виникають питання щодо необхідності вдосконалення законодавства з метою диференціації пенсій через інвалідність, їхнього співвідношення з оплатою праці та можливостей поєднання роботи та отримання пенсії, особливо стосовно інвалідів III групи. Крім цього, потребують посилення контролю процедура та об'єктивність призначення статусу інваліда, зокрема III групи інвалідності. Однак усі заходи будуть низькоєфективними доти, поки населенню буде вигідніше отримати статус інваліда, ніж працювати.

Рівень первинної інвалідності у 2014 р. становив 352,0 осіб на 100 тис. населення. Однак у попередні роки цей показник перевищував 400. Порівняно з Польщею та Швецією рівень первинної інвалідності в Україні вищий: у 3,7 та 2,4 разу відповідно (2013 р.). Проте 2000 р. показники в усіх перелічених країнах були практично ідентичні (рис. 3.39). У Польщі рівень первинної інвалідності стабільно знижувався, а у Швеції спочатку стрімко зріс, а потім так само стрімко зменшився. На цьому фоні рівень первинної інвалідності в Україні залишався стабільно високим без суттєвих коливань (за винятком 2004 р.). Отже, серед країн, з якими здійснюється порівняння, в Україні рівень інвалідності високий.

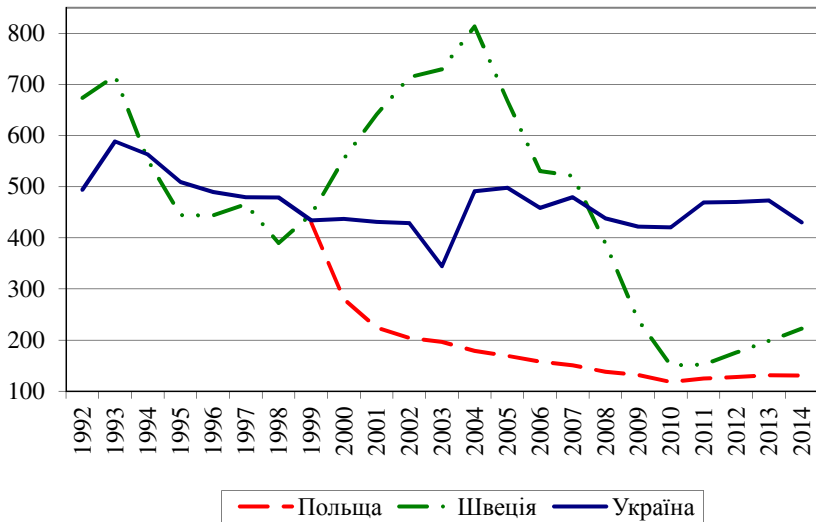


Рис. 3.39. Кількість нових випадків інвалідності в Польщі, Україні та Швеції у 1992–2014 рр. (на 100 тис. населення)

Джерело: [9; 13].

Протягом 2006–2015 рр. в Україні спостерігалась тенденція, за якою серед уперше визнаних інвалідами особи працездатного віку переважали над чисельністю осіб у віці, старшому за працездатний. Така ситуація негативно впливає на трудовий потенціал населення країни, призводячи до його втрат. У 2015 р. серед осіб, яких уперше визнано інвалідами, особи працездатного віку становили більшість – 80%. Це значно вище, ніж у країнах ЄС, де на населення віком 15–64 роки припадає менше 55% осіб з інвалідністю [65]. Разом з тим, особи з інвалідністю віком 15–64 становлять 11% представників цієї вікової групи в ЄС, тоді як в Україні інвалідність працездатного населення досягає значення 7,8%.

Ці дані свідчать, по-перше, що загальний рівень інвалідності в Україні нижчий, ніж у середньому по ЄС (насамперед це пов'язано із більш низькою СОТЖ і відповідно меншою часткою населення похилого віку, серед якого рівень інвалідності найвищий); по-друге, незважаючи на доволі високу частку в загальній чисельності населення осіб з інвалідністю працездатного віку, в цій віковій групі їхня частка в Україні менша, ніж у країнах ЄС.

Інше питання полягає у тому, що в ЄС більш ніж половина всіх інвалідів економічно активна, а рівень їхньої зайнятості відповідає стандартам Міжнародної організації праці (МОП) (50% від загальної чисельності інвалідів у країні) і становить 47,3% [66], тоді як в Україні – лише 24,4% (652,9 тис. осіб, у тому числі 470,1 тис. осіб працездатного віку) [64]. І це незважаючи на певні заходи, які вживає держава щодо залучення інвалідів до праці. Зокрема, відповідно до ст. 19 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [67], для підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств громадських організацій інвалідів, фізичних осіб, які використовують найману працю, з чисельністю 8 та більше осіб, які працюють, встановлюється норматив робочих місць у розмірі 4,0% від середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу на рік, а якщо працює від 8 до 25 осіб – у кількості одного робочого місця. Норматив робочих місць поширюється як на державний, так і на приватний сектори економіки, а також на підприємства й організації громадських організацій інвалідів. Є й інші законодавчі акти, які регулюють зайнятість інвалідів. Однак за умов жорсткої конкуренції на ринку праці та зростання безробіття не всі вони діють. Недостатньо ефективно використовуються також кошти, які виділяються на підтримку осіб з інвалідністю, оскільки щороку на трудову та професійну реабілітацію людей з інвалідністю з державного бю-

джету витрачається близько 1 млрд. грн. За таких обставин варто погодитись із думкою аналітиків [57; 68] щодо необхідності покращення окресленої ситуації. Зокрема, одним із напрямків визначено заміну штрафних санкцій обов'язковими внесками працедавців до Фонду соціального захисту інвалідів. За такої ситуації держава б мала гарантований ресурс для створення робочих місць для інвалідів без судової тяганини із працедавцями. Це також дало б змогу підвищити її відповідальність за виконання вимог закону щодо створення належних умов для працевлаштування інвалідів. Крім цього, заходи з реабілітації інвалідів мають бути диференційовані залежно від індивідуальних можливостей і потреб кожної конкретної особи з інвалідністю, надаватися своєчасно та у повному обсязі.

Особи з інвалідністю в Україні є неоднорідною соціальною групою: вони значно відрізняються між собою за видами, причинами захворювання, тяжкістю (групою) інвалідності, місцем проживання (сільська місцевість чи міське поселення) тощо. Тому, важливим аспектом оцінювання інвалідності є розподіл інвалідів за окремими категоріями та причинами інвалідності. Варто зауважити, що у 2014 р. 83,6% первинної інвалідності припадало на інвалідність внаслідок загального захворювання, 9,2% – на інвалідність із дитинства, 4,7% – на інвалідність військовослужбовців, 2,2% – на інвалідність унаслідок аварії на ЧАЕС та 1,4% – на інвалідність через нещасний випадок на виробництві чи професійне захворювання. Найбільше за 2014 р. зросла кількість інвалідів серед військовослужбовців, що було прогнозованим через проведення АТО. Загалом названі співвідношення за останні 10 років суттєво не змінювались.

За останній період в Україні спостерігається зростання частки інвалідності серед дорослого населення через новоутворення та ендокринні хвороби, розлади харчування та пору-

шення обміну речовин (рис. 3.40). Взагалі найпоширенішими класами хвороб, що призводять до інвалідності дорослого населення, є такі: хвороби системи кровообігу (22,3%); новоутворення (22,0%); хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (КМССТ) (11,3%); травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (11,0%); розлади психіки та поведінки (5,9%); хвороби нервової системи (4,9%); ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (4,8%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (4,8%). Отже, як і в структурі причин смертності населення України, найбільшу частку становлять хвороби системи кровообігу та новоутворення, що підтверджує гостру необхідність пошуку інноваційних заходів на зниження захворюваності, інвалідності та смертності на хвороби цього класу, особливо серед населення працездатного віку. Крім цього, за останні роки зросла частка тих, хто був уперше визнаний інвалідом через новоутворення, хвороби КМССТ та ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин.

Серед нозологічних форм захворюваності найвищий рівень інвалідності населення працездатного віку спричиняють цереброваскулярні хвороби (4,0 осіб на 10 000 населення працездатного віку); ішемічна хвороба серця (3,7); туберкульоз (2,0); деформуючий артроз (1,9), остеохондроз хребта (1,9) та цукровий діабет (1,6). Викликає стурбованість «омолодження» інвалідів, які страждають цими захворюваннями. За даними авторського соціологічного дослідження, вікова структура осіб з інвалідністю, старших 18 років, є такою: 33% – особи віком від 18 до 50 років, 35% – від 50 до 60 років і 32% – старші 60 років.

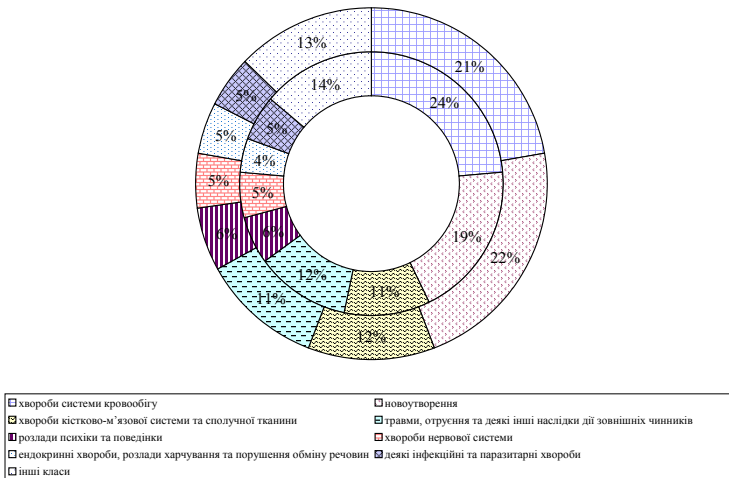


Рис. 3.40. Структура первинної інвалідності населення працездатного віку в Україні за причинами (класами хвороб) у 2009 р. (внутрішнє коло) та 2015 р. (зовнішнє коло)

Джерело: [7; 59].

Значну частку в структурі осіб з інвалідністю становлять діти-інваліди – понад 150 тис. осіб, або 2% від дитячого населення загалом. Серед причин інвалідності дітей на першому місці – вроджені аномалії, деформації та хромосомні відхилення (30,0%), на другому – хвороби центральної нервової системи (17,9%), на третьому – розлади психіки й поведінки (13,9%).

Важливим аспектом дослідження інвалідності населення є її розподіл між представниками міських поселень і сільської місцевості. В 2015 р. серед населення віком 18 років і старших уперше визнано інвалідами 90,3 тис. осіб, або 65,3%, які мешкали у містах, і 47,9 тис. осіб, або 34,7%, – у сільській місцевості. За останній період частка осіб, первинно визнаних інвалідами, у сільській місцевості незначно зни-

жується. Зокрема, їхня частка у 2000 р. становила 29,1%. При цьому рівень інвалідизації вищий у сільській місцевості: 44,7 первинно визнаних інвалідами на 10000 населення (серед дорослого населення) проти 37,0 та 58,3 (серед населення працездатного віку) проти 47,6 у міських поселеннях. Таку ситуацію можна пояснити такими основними причинами:

1) кількість звернень населення у МСЕК для встановлення групи інвалідності більша у сільській місцевості, ніж у містах, оскільки у селах більш суттєвими є проблеми з працевлаштуванням.

2) більш низький рівень медичної допомоги в сільській місцевості порівняно з міськими поселеннями.

Для оцінювання детермінант, які визначають рівень інвалідності населення, необхідно встановити соціально-економічний та демографічний профіль особи з інвалідністю в Україні. Враховуючи, що в нашій країні відсутня статистична інформація щодо таких соціально-демографічних характеристик, як чисельність інвалідів за віковими групами, працездатних інвалідів у працездатному віці, освітньо-кваліфікаційний рівень інвалідів тощо, такий профіль може бути побудований за даними авторського соціологічного дослідження.

Місце проживання. Згідно з результатами дослідження, офіційні дані про місце проживання осіб з інвалідністю підтверджуються: 61,9% осіб-інвалідів проживають у міських поселеннях, а 38,1% – у сільській місцевості. Однак це приблизно відповідає співвідношенню розподілу всього населення в Україні, тому ймовірність бути інвалідом у місті чи в селі є приблизно однаковою. Щодо міських поселень загалом найбільша частка інвалідів (76,9%) припадає на міста із населенням понад 100 тис. осіб, у тому числі 53,8% – на обласні центри (також належить м. Київ). Однак рівень інвалідиза-

ції, як і за даними офіційної статистики, вищий у сільській місцевості (насамперед через нижчий рівень інвалідності в малих містах).

Демографічний профіль. Чисельність чоловіків-інвалідів більша за чисельність жінок-інвалідів лише на 5%: 52,4% та 47,6% відповідно. Отже, стверджувати, що ймовірність мати інвалідність більша в чоловіків чи жінок не можна. Серед населення працездатного віку 33% інвалідів припадає на осіб віком 18–49 років, а 67% – віком 50–59 років. Це означає, що шанси стати інвалідом після 50 років зростають у 2,6 разу (табл. 3.10). Більшість інвалідів перебуває у зареєстрованому шлюбі – 71,4%.

Ранній період життя. Більшість осіб з обмеженими можливостями мала в ранньому періоді життя відмінний або добрий стан здоров'я (81%), інвалідами з дитинства були тільки 4,8% таких осіб. Однак оцінювання шансів мати інвалідність у дорослому віці при поганому стані здоров'я у РПЖ засвічує, що її значення є високим: $OR = 5,3$. Це підтверджують й інші дані опитування, за якими детермінанти РПЖ накладають відбиток на подальше життя людини та ймовірність отримати статус інваліда.

Зокрема, це стосується добробуту. Серед інвалідів практично немає осіб, які зростали в сім'ях, де добробут був дуже високого рівня (0%) та вищим від середнього (4,8 %). Відповідно 28,6% інвалідів оцінили рівень добробуту сім'ї, в якій вони виховувались, як низький чи нижчий від середнього. Це значно нижчий показник, ніж аналогічна оцінка опитаних загалом. Таким чином, добробут сім'ї певною мірою впливає на ймовірність отримати інвалідність у майбутньому ($OR = 4,5$). Це пов'язано з тим, що у сім'ях із низьким рівнем добробуту батьки, як правило, не можуть забезпечити повноцінне харчування дитини, відвідування спортивних секцій,

гуртків, лікування та відпочинок у санаторіях, таборах тощо. Такі припущення підтверджено даними, отриманими в результаті авторського соціологічного дослідження.

Таблиця 3.10

Основні детермінанти інвалідності населення

	OR	CI	p
Ранній період життя			
Як би Ви оцінили стан власного здоров'я у період до 18 років?	5,316	1,173–20,642	$p \leq 0,05$
Як би Ви оцінили рівень добробуту сім'ї, в якій Ви виховувались?	7,168	0,905–154,033	$p \leq 0,05$
Наскільки повну інформацію щодо ризиків для здоров'я, на Вашу думку, Ви отримали до 18 років (школа, сім'я)?	3,202	1,410–7,407	$p \leq 0,01$
Чи регулярно у віці до 18 років Ви відвідували спортивні секції, гуртки тощо?	3,234	0,974–11,843	$p \leq 0,05$
Скільки разів до 18 років Ви перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо?	3,365	0,908–14,732	$p \leq 0,05$
Чи палив хтось із батьків/опікунів у сім'ї, в якій Ви виховувались?	0,620	0,242–1,585	ns
Як би Ви оцінили своє харчування у період до 18 років?	0,879	0,299–2,462	ns
Місце проживання (місто/село)	1,212	0,456–3,155	ns
Стать (чоловіки/жінки)	1,338	0,524–3,426	ns
Вік (50–60 /18–49)	2,605	0,977–7,716	$p \leq 0,05$
Освіта (початкова, середня / вища)	0,547	0,155–1,741	ns
Дохід (1–2 дохідна група / 9–10 дохідна група)	4,489	1,107–30,598	$p \leq 0,05$
Харчування (погане та дуже погане / добре та дуже добре)	12,445	1,195–50,853	$p \leq 0,001$

Примітка: «ns» – статистично незначущі шанси

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування

Так, 23,8% респондентів-інвалідів оцінили своє харчування у РПЖ як «задовільне», а 4,8% – як «погане» і лише 9,5% – як «дуже добре», а 57,1% – як «добре». Отже, можна зробити висновок про важливість харчування в ранньому періоді життя, але не вирішальну, оскільки розрахунок оцінки шансів не вказав на зв'язок між «поганим» харчуванням у ранньому житті та інвалідністю у дорослому. Хоча щодо окремих хвороб можна про це стверджувати. Зокрема, структурний аналіз причин інвалідності засвідчив, що особи, які мали «погане» або «задовільне» харчування в дитинстві, частіше є інвалідами, які страждають хворобами системи кровообігу (66,7%), а також ендокринними хворобами (цукровий діабет) та хворобами кістково-м'язевої системи (остеохондроз).

Значно суттєвішу роль для збереження здоров'я у майбутньому та зниження ймовірності бути інвалідом відіграє відпочинок у ранньому віці в санаторіях, таборах та інших закладах. Серед респондентів-інвалідів 66,7% не перебували до 18 років у таких закладах жодного разу, а 4,8% – лише раз. Водночас 57,1% опитаних-інвалідів зовсім не були, а 23,8% – лише інколи відвідували спортивні секції, гуртки тощо. Отже, отримані дані підтверджують, що активний спосіб життя, відпочинок у ранньому періоді життя значно знижують імовірність інвалідності, особливо за загальним захворюванням, і навпаки (OR = 3,365).

Вагомим для забезпечення майбутнього здоров'я загалом та відсутності інвалідності зокрема є заняття фізичною культурою та спортом. Серед опитаних-інвалідів 57% осіб у ранньому віці зовсім не відвідували спортивних секцій і гуртків, а 23,8% – лише інколи. Відповідно існує певна залежність між тим, наскільки людина приділяє увагу заняттям з фізкультури та спортом у ранньому віці та її можливою інвалідністю у майбутньому (OR = 3,3). Однак статистика в Україні свідчить

про скорочення як кількості дитячих санаторно-курортних і оздоровчих закладів, закладів фізичної культури і спорту, так і чисельності дітей, які в них перебувають.

Гіршою серед інвалідів також є ситуація щодо повноти інформації про ризики для здоров'я, яку вони отримали до 18 років у школі та сім'ї. Зокрема, такої інформації не отримали зовсім 28,6% інвалідів (12,7% серед усіх опитаних осіб), недостатній обсяг – 28,6% (24,5%), отримали багато, але не повною мірою, – 42,9% (31,4%). Ніхто з респондентів-інвалідів не вказав, що він отримав інформацію повною мірою (серед усіх опитаних таких осіб 26,3%). Як підсумок, шанси стати інвалідом у дорослому житті, не отримавши достатньої інформації про ризики для здоров'я у ранньому віці, є доволі високими (OR = 3,2).

З'ясовано, що мікроклімат у сім'ї, в якій виховувалась людина, як і кількість дітей у ній, суттєво не впливають на майбутню інвалідність особи.

Соціально-економічний профіль. Інваліди в Україні мають низький соціальний статус. Так, 81% опитаних-інвалідів визначили своє перебування на першій-третій сходинках із десяти основних, які відображають становище людини у суспільстві. Вище п'ятої сходинки не визначив своє місцезнаходження ніхто з інвалідів (рис. 3.41). Очевидним вважаємо факт, що інваліди через стан власного здоров'я та інші причини не можуть перебувати на верхніх шаблях ієрархічної драбини. Однак наведені дані також свідчать, що інваліди є недостатньо захищеними верствами населення, насамперед матеріально і недостатньо залучені до громадської діяльності.

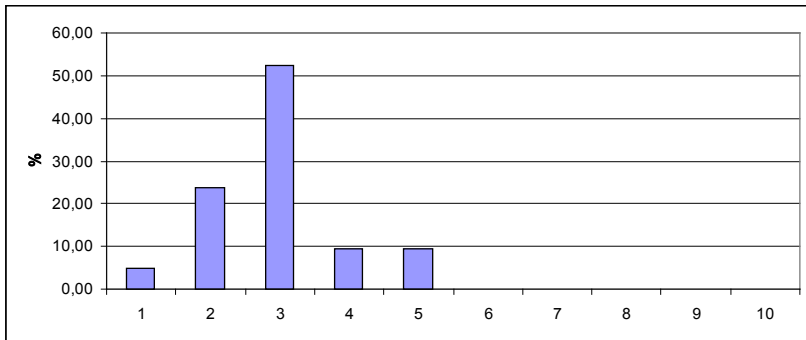


Рис. 3.41. Ієрархічна драбина, що відображає соціальне становище інвалідів в Україні

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування

Однією з вагомих причин низького соціального статусу інвалідів є їхні незначні доходи (OR = 8,5). Так, 95,2% інвалідів зазначили, що дохід на одного члена їхньої сім'ї у середньому становить до 2000 грн. на місяць, а 4,8% – від 2000 до 3000 грн. Понад 3000 грн. середньодушового доходу не було визнано в жодній сім'ї респондента-інваліда. Це закономірно, оскільки середньомісячний розмір пенсійної виплати через настання інвалідності в Україні на початок 2016 р. становив 1331,01 грн. Відповідно такий рівень доходів не може забезпечити елементарних засобів для існування інвалідів, значна частина яких потребує особливих умов і додаткових витрат на медичну допомогу, допоміжні засоби або особисту підтримку, реабілітацію тощо. Через додаткові витрати інваліди, як правило, є біднішими за людей без інвалідності, хоча мають дохід такий самий або нижчий.

Слід зауважити, що 71,4% опитаних-інвалідів визнали, що за останні 12 місяців одним із найбільших стресів, яких вони зазнали, було зростання цін на медичні товари та послуги.

ги. Так, середньозважена вартість однієї проданої упаковки ліків в Україні за останні роки стабільно зростає, особливо у 2008–2009 та 2014–2016 рр. та становить 48,3 грн. (рис. 3.42). Зростання вартості саме у ці періоди зумовлено насамперед зниженням цінності гривні. Враховуючи, що значна частина ліків імпортується, це суттєво впливає на обсяги їхніх продажів. Разом з цим, обсяги продажу у натуральному виразі у 2014 р. суттєво зменшилися (рис. 3.43), зокрема це стосується імпортованих лікарських засобів. Це призводить до зниження їхньої доступності не тільки для інвалідів, а й для населення загалом. Крім цього, цей факт не означає, що в Україні знизилась захворюваність і зменшився попит на ліки, а лише те, що доволі більша частина населення країни не має змоги придбати ліки через складне фінансове становище. Наслідком цього є збільшення хронічних захворювань, летальності захворюваності та погіршення становища інвалідів.

Зайнятість серед інвалідів низька. За інформацією Міністерства соціальної політики, працюючими вважаються 730 тис. осіб з інвалідністю, що становить 30% від їхньої загальної кількості. За даними авторського опитування, не працює 88,4% інвалідів віком від 18 до 60 років. Отже, єдиним джерелом доходів для багатьох інвалідів залишається пенсія. При цьому на матеріальний добробут як основну детермінанту здоров'я вказують 47,6% респондентів.

При цьому державою фактично не створюються умови для зайнятості інвалідів. Окрім зобов'язувального нормативу щодо кількості робочих місць, жодні інші заохочувальні заходи або відсутні, або їхня реалізація майже неможлива [64].

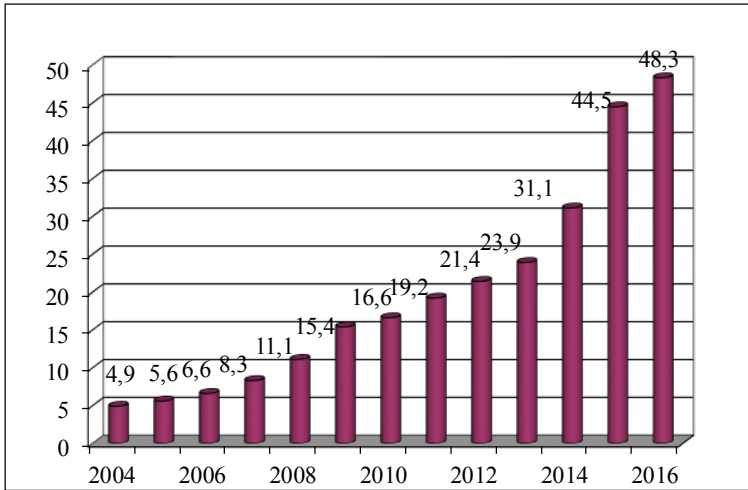
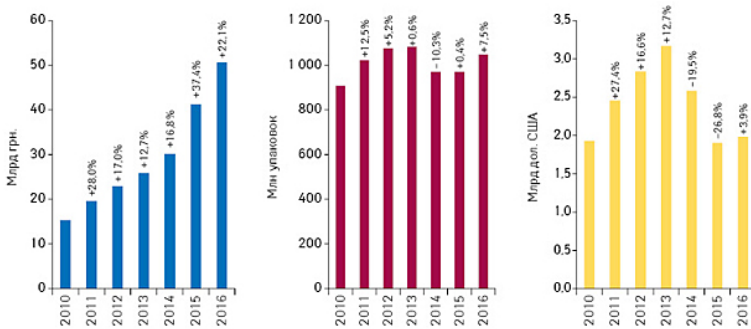


Рис. 3.42. Середньозважена вартість однієї проданої упаковки лікарських засобів в Україні у 2004–2016 рр.

Джерело: [69; 70].



Грошовий вираз Натуральний вираз Доларовий еквівалент

Рис. 3.43. Обсяг роздрібної реалізації лікарських засобів у грошовому і натуральному виразах, а також у доларовому еквіваленті, за 2010–2016 рр. із зазначенням темпів приросту / скорочення порівняно з попереднім роком

Джерело: [69].

Серед осіб з інвалідністю найнижчими є показники щодо оцінювання якості власного харчування ($OR = 12,4$). Так, 76,2% опитаних-інвалідів зазначили, що їхнє харчування задовільної якості (одноманітне, з недостатнім споживанням овочів, фруктів, риби, м'яса, без дотримання режиму харчування), 14,3% визначили якість свого харчування як «погана» (незначний обсяг споживання овочів, фруктів, риби, м'яса з перевагою дешевих продуктів) і 4,8% як «дуже погана» (недоїдання). «Дуже добра» якість харчування серед інвалідів відсутня. Ці дані доволі суттєво відрізняються від даних цього опитування серед населення загалом (рис. 3.44), що свідчить про суттєву нерівність у харчуванні інвалідів та інших категорій населення.

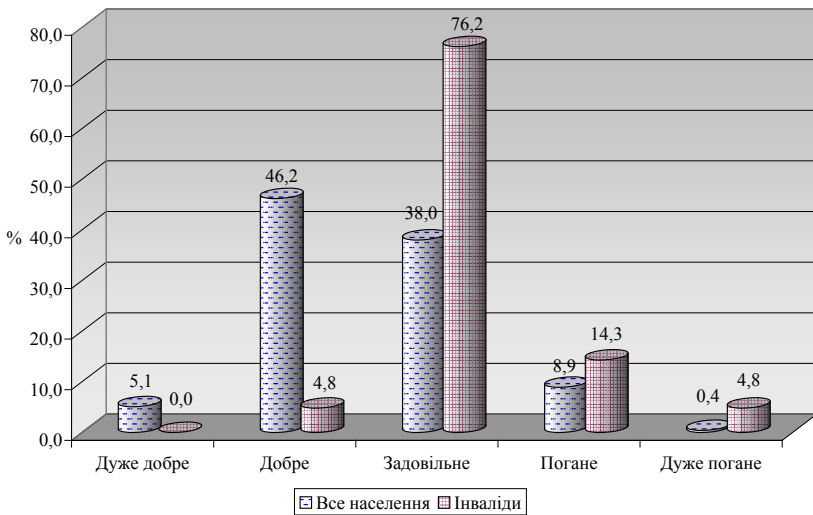


Рис. 3.44. Оцінювання респондентами якості їхнього харчування (порівняння оцінки всіх опитаних та інвалідів)

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Нерівність між інвалідами та іншими категоріями населення спостерігається також за показниками освіченості. Рівень освіти інвалідів суттєво нижчий: 85,7% з них мають середню та середню спеціальну освіту. Вищу освіту (повну та базову) здобули тільки 9,5% інвалідів, тоді як серед населення загалом цей показник становить 30,8%. Разом з цим, залежність показника інвалідності від рівня освіти особи не виявлено. Інвалідність характерна для осіб із різним рівнем освіти приблизно однаковою мірою. Для інвалідів в Україні не створено достатніх умов не стільки для навчання у вищій школі, скільки можливостей працевлаштування за фахом після здобуття освіти. Це є однією з причин нижчих показників освіченості інвалідів порівняно з іншим населенням.

Незважаючи на формальне запровадження інклюзивного навчання, кількість дітей, що навчаються в інклюзивних умовах, є низькою. Із 151 000 дітей з інвалідністю 2700 навчається в інклюзивних класах, 5 200 – у спеціальних класах, майже 40 000 – в інтернатах, 55 000 перебувають на індивідуальному навчанні. Більшість загальноосвітніх шкіл і надалі залишається архітектурно недоступною. Із 17 000 загальноосвітніх шкіл лише 91 має доступ до другого поверху для дітей, що рухаються за допомогою інвалідних візків, 25% немає доступу навіть до першого поверху [63].

Низький рівень освіченості відповідно виявляється в санітарній грамотності, що згідно із законами логіки також буде нижчою серед осіб з обмеженими можливостями. Хоча має бути навпаки, адже інвалідам потрібно оволодіти більш значним обсягом інформації щодо своєї хвороби, її можливих наслідків, детермінант, які її зумовлюють, та ризиків, що нею пов'язані.

Високий рівень інвалідності також негативно впливає на тривалість життя, суттєво її знижуючи, оскільки у середньому особи з інвалідністю живуть менше (див. п. 3.1). В Україні показники СОТЖБІ як чоловіків, так і жінок, є одними з найнижчих в Європі (рис. 3.45). Це пов'язано як з низькими показниками СОТЖ, так з доволі високим рівнем інвалідності.

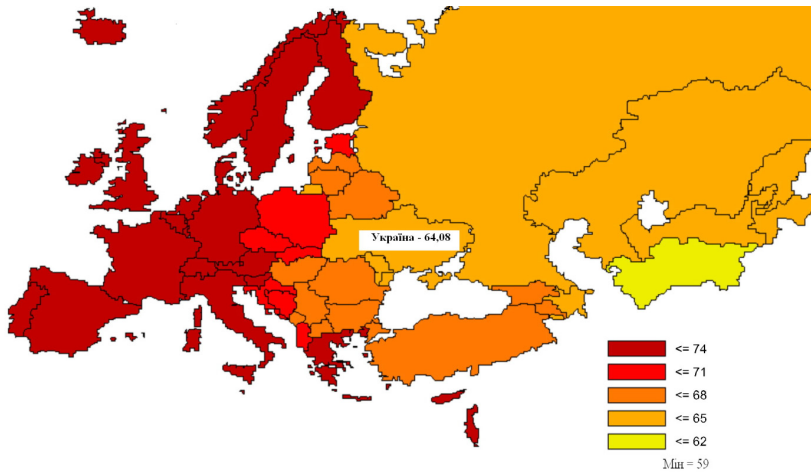


Рис. 3.45. Середня очікувана тривалість життя без інвалідності (європейський регіон), 2014 р.

Джерело: [9].

Кореляційний аналіз середньозваженого показника рівня інвалідності за регіонами України в 2010–2014 рр. і потенційних детермінант, які можуть її визначати, дав змогу отримати певні результати (табл. 3.11). За одержаними даними, найбільш визначальними детермінантами, які впливають на рівень інвалідності, є місце проживання, індивідуальна поведінка та умови праці.

Таблиця 3.11

Вплив основних детермінант на рівень інвалідності в Україні

	Місце проживання			Умови праці		Індивідуальна поведінка			
	Частка міського населення	Екологія			4	5	6	Вживання алкогольних напоїв	
		1	2	3				7	8
R	0,670	0,612	0,791	0,712	0,520	0,553	0,564	0,434	0,740
p	p ≤ 0,001	p ≤ 0,001	p ≤ 0,001	p ≤ 0,001	p ≤ 0,01	p ≤ 0,01	p ≤ 0,01	p ≤ 0,05	p ≤ 0,001

Примітка: 1. Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних і пересувних джерел забруднення, на душу населення. 2. Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних і пересувних джерел забруднення, на км². 3. Наявність відходів на душу населення. 4. Частка штатних працівників, зайнятих на роботах зі шкідливими умовами праці. 5. Частка штатних працівників, які працюють під впливом перевищення ГДР, ГДК пилу переважно фіброгенної дії. 6. Чисельність дорожньо-транспортних пригод з постраждалими на душу населення. 7. Частка витрат на алкогольні напої домогосподарствами, у % до грошових витрат. 8. Вживання міцних алкогольних напоїв на душу населення.

Джерело: розраховано [28; 35; 36; 71–74].

За місцем проживання встановлено зв'язок з рівнем інвалідності за такими показниками:

– більша частка міського населення ($R = 0,670$). Це тільки підтверджує встановлений факт, що у міських поселеннях рівень інвалідності вищий і порівняно із сільською місцевістю, оскільки в містах значно гірші екологічні умови, складні умови праці та вищий рівень ДТП;

– наявність викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних і пересувних джерел забруднення. За даними ВООЗ, від рівня забруднення повітря залежить рівень захворюваності та інвалідності на такі хвороби, як

інсульт, хвороби серця і онкозахворювання легенів, а також хронічні й гострі респіраторні захворювання, в тому числі астма [75]. В Україні рівні викидів в атмосферне повітря залишаються стабільно високими (за винятком 2014 р.), хоча не критичними;

– вживання міцних алкогольних напоїв на душу населення ($R = 0,740$). За даними досліджень, у тому числі й проведених експертами ВООЗ, споживання алкоголю підвищує ймовірність смерті та інвалідності, особливо на ранніх стадіях життя. Дослідники припускають, що існує причинно-наслідкові зв'язки між споживанням алкоголю і виникненням більше 60 видів захворювань і травм, які обумовлюють інвалідність [76];

– значна чисельність ДТП з постраждалими на душу населення також є ваговою детермінантою інвалідності, однак визначає її меншою мірою, ніж попередні детермінанти;

– суттєве зниження рівня травматизму, пов'язаного з виробництвом. В Україні за останні 25 років пом'якшився негативний вплив умов праці на здоров'я працівників, особливо на рівень їхньої інвалідності, пов'язаний із роботою. Це підтверджують розрахунки, за якими відсутній стійкий взаємозв'язок між показниками травматизму на виробництві та рівнем інвалідності населення у 2013 р. ($R = 0,323$), тоді як у 1995 р. між ними спостерігалася кореляція ($R = 0,602$). Проте шкідливі умови праці і надалі залишаються тими детермінантами, які, хоч і практично, але також визначають рівень інвалідності, насамперед за такими класами хвороб, як хвороби системи кровообігу, дихання та новоутворення.

У ході дослідженні цього питання було використано два основних показники: частка штатних працівників, зайнятих на роботах зі шкідливими умовами праці ($R = 0,553$), та частка штатних працівників, які працюють під впливом перевищення ГДР, ГДК пилу переважно фіброгенної дії ($R = 0,520$).

Значення кореляцій за цими показниками за останні 20 років також зазнали змін у напрямку їхнього зниження. Однак негативний вплив шкідливих умов праці не ліквідовано.

Отже, оцінювання ситуації стосовно людей з інвалідністю в Україні дає змогу зробити висновки про її негативний вплив на стан їхнього здоров'я. Нерівний доступ до освіти та зайнятості, з одного боку, створює перешкоди до їхнього активного життя. З іншого боку, СЕД значною мірою визначають рівень насамперед набутої інвалідності населення. До них належать детермінанти раннього періоду життя (отримання інформації щодо ризиків для здоров'я, харчування, фізична активність, оздоровлення), якість харчування, рівень доходів тощо. Вищою є інвалідність серед населення міських поселень, що частково пов'язано з гіршим станом довкілля, більш небезпечними умовами праці та аварійністю на дорогах у містах, порівняно із сільською місцевістю.

Отже, одним з основних завдань політики збереження здоров'я та зниження рівня інвалідизації населення є покращення СЕД. Це можливо за умови розвитку міжсекторної взаємодії, пов'язаної із структурами державного та регіонального рівнів, у межах компетенції яких перебувають правові, економічні, соціальні, демографічні, екологічні та інші питання.

Важливо, щоб в майбутньому своєчасним і дієвим медичним та соціальним заходам втручання, спрямованим на запобігання та зниження інвалідності, забезпечувався належний ступінь пріоритетності. Для поліпшення якості оцінювання функціонального стану і різних форм інвалідності та визначення ефекту втручання на популяційному рівні потрібна адекватна система моніторингу цих станів.

На рівні місцевих громад слід докладати більше зусиль для того, щоб використовувати наявні знання і підвищити увагу щодо запобігання інвалідності та підтримки задовільного функціонального стану населення. При цьому ефек-

тивні стратегії мають містити програми сприяння здоровим формам поведінки, таким як регулярна фізична і громадська активність, і використання відповідних нових технологій, завдяки чому зміцнюватиметься система надання послуг як відповідь на потреби людей. Більш детально заходи щодо зниження рівня захворюваності та запобігання інвалідності розглянуто в наступних розділах.

3.4. Самооцінка стану здоров'я населенням

Об'єктивні показники стану здоров'я населення, які відображені офіційною статистикою, необхідно доповнювати суб'єктивними, отриманими в результаті опитування населення з метою самооцінки стану власного здоров'я та рівня захворюваності. Важливість отримання такої інформації обумовлена багатьма обставинами, насамперед недосконалістю офіційного статистичного обліку захворюваності, про що йшла мова у п. 2.1. При цьому, незважаючи на дискусію про рівень суб'єктивності даних самооцінки стану здоров'я, численні дослідження доводять їх надійність [77 – 79].

До потенційних переваг самооцінки стану здоров'я населенням можна віднести те, що під час такої оцінки використовуються досить прості та доступні для подальшого аналізу показники. В той же час, таке оцінювання стикається з трьома критичними обмеженнями. Перша проблема – це складність виміру нерівності у стані здоров'я [77]. Друга проблема полягає в тому, що різні групи населення можуть використовувати різні порогові рівні, коли їх просять оцінити своє здоров'я. Зокрема, надійність результатів оцінки гірше для уразливих демографічних та соціально-економічних груп (наприклад пенсіонери, безробітні), що потенційно впливають на оцінку нерівності у стані здоров'я [79]. Останнє питання стосується достовірності наданих відповідей. Питання тут полягає в тому,

чи існує велика помилка вимірювання, коли люди повинні самостійно оцінювати свій рівень здоров'я. Ступінь надійності отриманих результатів у кінцевому рахунку залежить не тільки від вибору методів дослідження, але й від масштабу виборки, процедури опитування тощо.

Поєднання даних офіційної статистики і з даними самооцінки дозволять об'єктивно оцінити стан здоров'я населення та визначити оптимальні заходи щодо його охорони. При цьому, для більшої об'єктивності, вважаємо за доцільне розглянути результати декілька досліджень із самооцінки:

- самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги: вибіркове опитування домогосподарств ДССУ, 2009–2015 р. [80];

- європейське соціальне дослідження (ССД), 2002–2014 [81];

- самооцінка стану здоров'я населенням України: опитування громадської думки, Київський міжнародний інститут соціології (КМІС), 1995–2015 [82];

- самооцінка населенням стану здоров'я та соціально-економічні детермінанти, які визначають його нерівність, авторське дослідження (див. Дод. А).

За даними [80] кожен другий опитаний оцінив стан свого здоров'я як «добрий». «Поганий» стан здоров'я у 10% населення. Варто зауважити, що з 2007 по 2013 рр. спостерігалась позитивна динаміка самооцінки, коли частка тих, хто оцінював стан свого здоров'я як «добрий» зростала, а тих, хто оцінював як «погане» зменшувалась. У 2014–2015 рр. змінилась на діаметрально протилежну.

Найкраще оцінює своє здоров'я діти до 14 років, підлітки та молодь у віці 18–29 років, частка, хто оцінює своє здоров'я як «добре» серед них складає 78–75% (рис. 3.46). Як «погане» оцінили стан свого здоров'я лише 1–2% респондентів цього віку. Така ситуація є цілком логічною, такою, що відповідає фізіологічним особливостям розвитку людини.

Серед населення у працездатному віці добрий стан здоров'я зазначили 54% чоловіків та 47% жінок, практично стільки ж вважають свій стан здоров'я задовільним. 7% чоловіків та 5% жінок у цьому віці визначають стан свого здоров'я як «поганий», що є посереднім показником. Загалом «поганий» стан здоров'я назвала кожна десята особа. Знов ж таки, логічним є те, що найбільша частка населення, яке погано себе почувало, спостерігалася серед осіб непрацездатного віку: так оцінили стан свого здоров'я кожен четвертий чоловік і практично кожна третя жінка.

Визначити, на скільки високими чи низькими є зазначені показники можливо через порівняння з аналогічним опитуванням у країнах Європейського Союзу [83]. Там, 67% населення у віці 18 років і старшому оцінили стан свого здоров'я як «добрий», 23% та 10% зазначили свій стан здоров'я відповідно як «задовільний». У Швеції ці показники ще кращі (табл. 3.12). Результати самооцінки стану здоров'я в Україні суттєво гірші за шведські чи середньоєвропейські і частково гірші (за оцінкою «добре» та «задовільно») за польські.

Цікавим з позиції оцінювання детермінант здоров'я є результати даного обстеження щодо розподілу відповідей щодо самооцінки стану здоров'я за різними децильними групами населення. Ці результати є дещо суперечливими, адже за ними добрий стан здоров'я серед осіб першої децильної групи вищий за тих, хто перебуває у десятій групі (58,2% та 50,9% відповідно). На зважаючи на те, що «поганий» стан здоров'я все-таки вищий у першій децильній групі, ніж у десятій (7,5% проти 6,4%), вважаємо, що оцінювання стану здоров'я населенням нижчих децильних груп є більш суб'єктивним в силу того, що . як правило населення цих груп менш відповідальні та уважні до власного здоров'я. Частина населення, особливо цих груп в силу низького рівня санітарної грамотності та інших чинників, вважають нормою нездоровий стан, а тому не завжди можуть об'єктивно оцінити стан власного здоров'я.

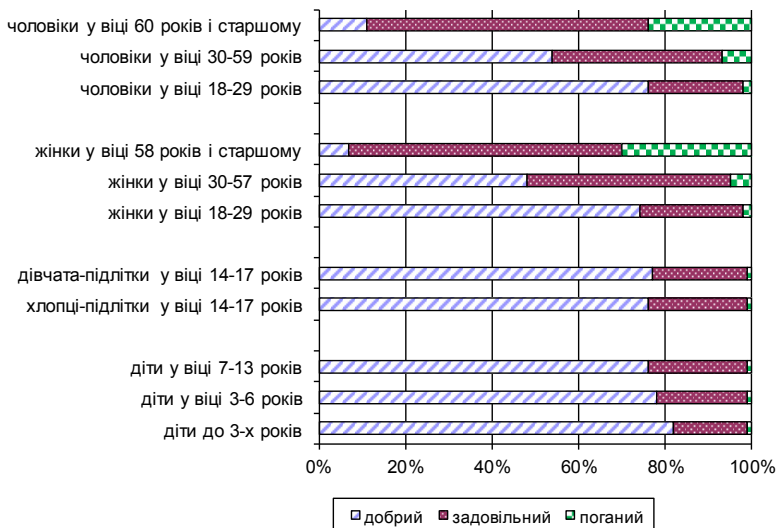


Рис. 3.46. Розподіл населення за самооцінкою здоров'я залежно від статі та віку

Джерело: [80]

Таблиця 3.12

Розподіл населення країн ЄС та України за самооцінкою стану здоров'я

	Частка населення у віці 18 років і старше, яке оцінило стан свого здоров'я як			Частка населення у віці 16 років і старше, яке має хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям
	добрий	задовільний	Поганий	
ЄС	66,8	23,3	9,9	32,6
Польща	57,3	28,7	14,0	34,0
Швеція	79,7	16,2	4,0	34,9
Україна	43,3	45,0	11,7	41,8

Джерело: [80; 83]

Заслуговує на увагу розподіл відповідей респондентами щодо наявності у них хронічних захворювань або проблеми зі здоров'ям. Таких виявилось 36%, що порівняно з 2009 р. більше на 2%. Найбільш поширеними визнані хвороби системи кровообігу (71,4% від усіх зафіксованих класів хвороб), зокрема гіпертонія та хвороби серця. За період 2009-2015 частка осіб, хворих на гіпертонію зросла з 37,5 до 42,1, що підтверджує дані офіційної статистики та черговий раз засвічує гостроту проблеми, пов'язану із поширенням захворюваності та високим рівнем смертності населення від хвороб системи кровообігу.

Також, результати обстеження засвідчили тенденцію до зростання рівня хронічної захворюваності на хвороби органів травлення (з 11,2% у 2009 р. до 13,3% у 2015 р.), таких як хронічний гепатит, жовчокам'яна хвороба, холецистит, холангіт, цироз печінки, виразку шлунка або 12-палої кишки.

Найвища частка хронічних хворих або осіб, які мають проблеми зі здоров'ям, спостерігалася серед жінок та чоловіків непрацездатного віку (відповідно 83% та 73%), жінок 30–57 років та чоловіків у віці 30–59 років (36% та 30% відповідно). Такі хронічні захворювання, як гіпертонія, серцеві захворювання, інсульт, артроз, артрит, катаракта, остеохондроз, остеопороз, виразка шлунка або дванадцятипалої кишки більш притаманні особам старших вікових груп. Діти та підлітки у віці до 18 років, які мають хронічні захворювання, по 22% хворіють на хронічний бронхіт та мають алергію (за винятком алергічної астми), а 8% мають серцеві захворювання. Серед чоловіків у віці 30–59 років, які повідомили, що мають хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям, чверть страждає на гіпертонію, 18% мають серцеві захворювання, 12% – остеохондроз, 11% хворіють на артроз, артрит, десята частина має виразку шлунка або дванадцятипалої кишки, 9% – хронічний гепатит, хронічну травму чи інші наслідки дії зовнішніх при-

чин тощо. Серед жінок у віці 30–57 років, які повідомили, що мають хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям, третина потерпає від гіпертонії, 16% мають серцеві захворювання, 13% хворіють на остеохондроз, по 10% страждають від мігрені або частого головного болю та мають хвороби печінки тощо [80].

У країнах Європейського Союзу частка осіб у віці 16 років і старшому, які мають захворювання або проблеми зі здоров'ям, менша, ніж в Україні – 32,1% (див. табл. 3.12). При цьому вікова структура тих, хто має хронічні хвороби в Європі і в Україні різна. Хвороби в нашій країні є «молодшими», порівняно з європейськими., що підтверджує тривожні висновки про те, що стан здоров'я населення в Україні незадовільний (п.3.1–3.2).

За даними Європейського соціального дослідження лише 36,6 % опитаних віком 15 років та старших оцінили стан свого здоров'я як добрий, у т. ч. 3,7 % як дуже добрий. Натомість 15,3 % визначають стан свого здоров'я як поганий, у т. ч. 3,5 як дуже поганий (рис. 3.47). Порівняно з країнами ЄС, за даними цього опитування, стан здоров'я населення України також можна вважати незадовільним. Усі показники самооцінки в нашій країні гірше. Причому це стосується і вікової групи 15-60 років (табл. 3.13).

Виявлено, що 38,6% опитаних українців у тій чи іншій мірі відчувають труднощі або обмеження у повсякденному житті через хронічну хворобу, інвалідність, фізичні вади, фізичну слабкість або ж проблеми із психікою. У ЄС таких людей знано менше – 26,9% (табл. 3.14). З одного боку, така різниця свідчить про більш високі показники захворюваності та інвалідності в Україні порівняно з ЄС, а з іншого боку, про низьку доступність якісної медичної допомоги хворих та інвалідів тощо.

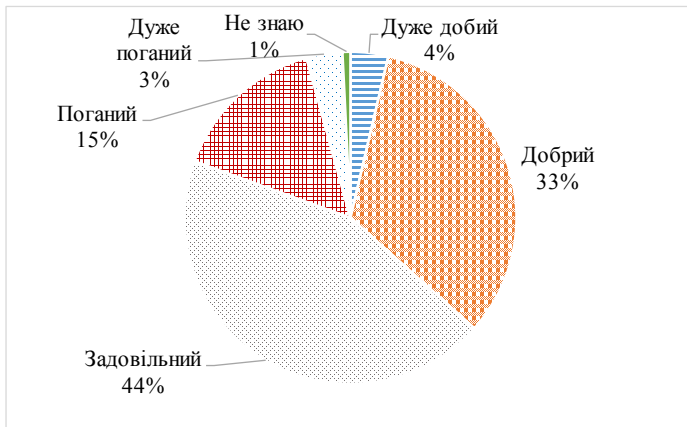


Рис. 3.47. Самооцінка стану власного здоров'я населенням України

Джерело: [81]

Дані, отримані в результаті опитування населення Київським міжнародним інститутом соціології (табл. 3.15). При цьому загалом вони демонструють хоч і повільну, але позитивну динаміку щодо покращення стану здоров'я населення країни. Цікавим аспектом даного дослідження є визначення впливу рівня освіти осіб на стан їхнього здоров'я. Виявлено чітку закономірність: чим вищий рівень освіти, тим кращий стан здоров'я. Зокрема серед респондентів із неповною вищою освітою здорових виявилось 12%, із середньою спеціальною – 34%, повною загальною середньою – 37%, з вищою освітою – 54%. Варто зауважити, що у цьому випадку не здійснено одночасний розподіл за віковими групами, освітою та станом здоров'я. Тому, наприклад низький стан здоров'я осіб із неповною вищою освітою може бути пояснений тим, що найвища їх частка серед населення старших вікових груп, які у свою чергу є менш здоровими. Разом з цим, незважаючи на такі неточності, виходячи з результатів даного дослідження, можна вести мову про позитивний вплив освіти на стан здоров'я населення.

Таблиця 3.13

**Розподіл населення країн ЄС та України
за самооцінкою стану здоров'я**

	Частка населення, яке оцінило стан свого здоров'я як				
	дуже добрий	добрий	задовільний	поганий	дуже поганий
у віці 15 років і старше					
ЄС	24,2	42,5	25,5	6,3	1,4
Польща	17,5	43,9	28,4	8,7	1,4
Швеція	30,9	46,5	18,3	2,8	1,2
Україна	3,7	32,9	43,9	15,2	3,5
Різниця між ЄС та Україною	-20,5	-9,6	18,4	8,9	2,1
у віці 25-60 років					
ЄС	27,3	46,7	20,7	4,3	0,9
Польща	18,2	52,8	23,7	4,6	0,5
Швеція	35,8	47,5	13,0	2,7	1,0
Україна	3,5	39,3	47,3	7,4	1,6
Різниця між ЄС та Україною	-19,8	-7,4	26,4	3,1	0,7

Джерело: [82]

Таблиця 3.14

**Розподіл населення країн ЄС та України за відчуттям
труднощів або обмеження у повсякденному житті через
хронічну хворобу, інвалідність, фізичні вади, фізичну
слабкість або ж проблеми із психікою**

	Частка населення у віці 15 років і старше, яке визнало, що:		
	відчувають багато труднощів або обмежень	відчувають деякі труднощі або обмеження	не відчувають труднощів або обмежень
ЄС	6,6	20,3	72,9
Польща	6,9	22,4	69,8
Швеція	5,6	24,7	69,6
Україна	9,4	29,2	59,2

Джерело: [81]

Таблиця 3.15

**Розподіл населення України віком 18 років і старших
за самооцінкою стану здоров'я у 1995-2015 рр., %**

	1995	1998	2001	2005	2009	2013	2015
Дуже добре	1,3	1,6	1,4	4,7	3,8	5,5	3,7
Добре	21,1	18,2	17,8	26,4	31,8	33,3	36,8
Посереднє	45,1	50,6	49,2	42,9	41,8	42,9	40,7
Погане	22,8	21,0	21,9	21,3	17,3	14,4	15,1
Дуже погане	8,6	7,1	9,5	4,2	4,0	3,3	2,6
Важко сказати	1,1	1,5	0,2	0,4	1,4	0,8	1,0

Джерело: [82]

Авторським соціологічним опитуванням не було передбачено суб'єктивної оцінки респондентами свого стану здоров'я на «добрий» / «поганий». У даному випадку оцінювання стану здоров'я здійснювалось шляхом наявності того чи іншого хронічного захворювання, або відсутність жодного з них. Відповідно жодного хронічного захворювання не мали 45,8% опитаних (табл. 3.16). Найвищий цей показник серед чоловіків віком 18-24 роки – 83,3%. Загалом результати авторського дослідження засвічують більш поганий стан здоров'я населення, ніж дані офіційної статистики.

Таблиця 3.16

**Розподіл населення у віці 18 років і старше,
яке немає жодного хронічного захворювання
за віком і статтю, самооцінка %**

	Вік				
	18 років і старше	18-24	25-49	50-59	60 років і старше
Все населення	45,8	78,0	58,9	29,0	15,2
Чоловіки	53,5	83,3	63,2	39,4	18,5
Жінки	36,5	70,7	53,9	20,3	13,4

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Підсумовуючи усі дослідження, пов'язані із самооцінкою стану здоров'я населення (табл. 3.17), можна зробити висновок про те, що суттєвих відмінностей між ними немає, а тому їх можна використовувати в якості альтернативи для аналізу стану здоров'я населення та розробці напрямків політики щодо його збереження та покращення.

Отже, проведений аналіз стану, динаміки та тенденцій стану здоров'я населення України дозволяє зробити такі висновки:

– після суттєвого зростання у 90-х роках ХХ ст. приблизно з 2006 р., більшість показників смертності в Україні зменшувались. Позитивна динаміка була порушена у 2013–2014 рр., коли вони несуттєво зросли. На жаль, статистичні дані за 2015–16 рр. не можуть бути використані для порівняння через суттєву похибку по Донецькій та Луганській областях.

Таблиця 3.17

Розподіл населення України віком 18 років і старших за самооцінкою стану здоров'я ї (узагальнена характеристика)

Показник самооцінки		ДССУ	ЕСО ¹	КМІС	Авторське соціологічне опитування
Частка населення, яке оцінило стан свого здоров'я як	добрий	49,8	36,6	40,5	–
	задовільний	40,5	43,9	40,7	–
	поганий	9,7	18,7	17,7	–
Частка населення, яке має хронічні захворювання		41,8 ²	48,6	–	54,2

Примітка: 1. 15 років і старше;

2. 16 років і старше.

Джерела: [80–82], авторське соціологічне опитування

– порівняльний аналіз стандартизованих коефіцієнтів смертності України та країн ЄС, демонструє суттєву дифе-

ренціацію між ними (в 2,3 раза серед населення загалом та 2,9 раза серед населення 0-64 роки). Це свідчить, по-перше, що в нашій країні рівень смертності надвисокий, по-друге, смертність в Україні «молодша» за середньоєвропейську, а по-третє, зазначена різниця може бути пояснена дією соціально-економічних детермінант, соціальними патернами індивідуальної поведінки населення щодо власного здоров'я та екологічними чинниками, а не генетичною обумовленістю.

– серед причин смертності найбільша диференціація стандартизованих коефіцієнтів між Україною та ЄС по хворобах системи кровообігу, особливо по ішемічній хворобі (в 4,4 раза серед населення загалом та 6,0 разів серед населення 0-64 роки). Іншими причинами смертності, показники яких суттєво перевищують середньоєвропейські, є зовнішні причини смерті, інфекційні хвороби та хвороби органів травлення. Особливе занепокоєння викликає смертність від випадкових отруєнь, особливо алкоголем, туберкульозу та хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини. Усі вони мають соціальну природу, тобто викликані соціально-економічними детермінантами та рівнем відповідальності за власне здоров'я і тому у майбутньому при адекватних заходах можуть бути знижені до мінімуму. Однак низька ефективність заходів щодо усунення детермінант зазначених причин смертності може лише погіршити епідеміологічну ситуацію.

– рівень захворюваності населення також залишається високим, про що особливо свідчать у т.ч. дані самооцінки стану здоров'я населення. Особливо небезпечним є високі показники захворюваності на соціально-небезпечні інфекційні захворювання, хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення та хвороби органів травлення. Також особливістю поширення хвороб в Україні є їх відносно «молодий» характер, особливо у порівнянні із країнами ЄС;

– на заваді об'єктивного оцінювання рівня захворюваності та інвалідності населення в країні залишається відсутність їх повноцінного обліку. Це є перешкодою для формування ефективної політики в сфері охорони здоров'я.

– одним з визначальних шляхів збереження та покращення здоров'я населення України є запровадження ефективних заходів щодо покращення його детермінант, насамперед соціально-економічних, що дозволить зменшити нерівність щодо здоров'я; підвищення профілактики захворювань; розширення можливостей зниження до мінімально можливого рівня хронічних хвороб та інвалідності. Також обґрунтовано висновки про те, що немає жодного правильного способу підвищення здоров'я населення або зменшення нерівності здоров'я. У будь-якому випадку стратегія має поширюватись як у горизонтальній (детермінанти), так й вертикальній (регіони) площині, тобто мати міжсекторальний характер. Щоб більше цілеспрямована і інтегрована буде ця стратегія, то більша ймовірність, що стан здоров'я і його розподіл буде змінюватися в бажаному напрямку.

Література до 3 розділу

1. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В. В. ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2016. – 452 с.
2. Смертність населення України у трудоактивному віці : моногр. / відп. ред. Е. М. Лібанова. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 211 с.
3. Рингач Н. О. Втрачені роки потенційного життя внаслідок передчасної смертності в Україні: обсяг і структура / Н. О. Рингач, А. О. Керецман // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1 (59). – С. 36–41.
4. Основні причини високого рівня смертності в Україні. – К. : ВЕРСО-04, 2010. – 60 с.

5. Позняк О. В. Оцінювання наслідків зовнішньої трудової міграції в Україні / О. В. Позняк // Демографія та соціальна економіка. – 2016. – № 2. – С. 169-182.
6. Романюк М. Д. Міграційні загрози національній безпеці України: сучасні виклики, проблеми подолання / М. Д. Романюк // Демографія та соціальна економіка. – 2015. – № 3. – С. 99-111.
7. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
8. Населення України за 2015 рік : демографічний щорічник / відп. за вип. М. Б. Тімоніна. – К. : Держ. служба статистики України, 2016. – 119 с.
9. European health for all database (HFA-DB) [Електронний ресурс]. – WHO: Europe. – 2016 February. – Режим доступу : http://data.euro.who.int/hfadb/shell_en.html.
10. Лібанова Е. М. Новітні тенденції смертності населення України / Е. М. Лібанова // Демографія та соціальна економіка. – 2006. – № 1. – С. 23-37.
11. Рингач Н. Вплив глобальної економічної кризи на здоров'я населення України і завдання державного управління охороною громадського здоров'я Н. Рингач // Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президенті України. – 2009. – № 1. – С. 236-247.
12. Age-standardised rates [Електронний ресурс]. – Office for National Statistics: Crown Copyright, 2014. – Режим доступу : <http://www.ons.gov.uk/ons/guide-method/user-guidance/health-and-life-events/age-standardised-mortality-rate-calculation-template-using-the-2013-esp.xls>.
13. Українська база медико-статистичної інформації [Електронний ресурс] / ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». – Режим доступу : <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html>.
14. Чепелевська Л. А. Сучасні тенденції смертності населення України / Л. А. Чепелевська, О. П. Рудницький, А. А. Крапівіна // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – № 1. – С. 33-39.
15. Brenner H. Epidemiology of stomach cancer / H. Brenner, D. Rothenbacher, V. Arndt // Cancer Epidemiology. – Humana Press, 2009. – С. 467-477.
16. Смертність населення України у трудоактивному віці : моногр. / відп. ред. Е. М. Лібанова. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 211 с.

17. Зак М. Ю. Рак желудка: роль инфекции *H.pylori* / М. Ю. Зак, Л. Н. Мосийчук // Сучасна гастроентерологія – 2007. – № 5. – С. 80–84.
18. Everhart J. E. Seroprevalence and ethnic differences in *Helicobacter pylori* infection among adults in the United States / J. E. Everhart et al. // *The Journal of infectious diseases*. – 2000. – Т. 181, – № 4. – Р. 1359–1363.
19. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи / підгот. : Рекха Менон, Емре Озалтін, Світлана Понякіна [та ін.]. –К. : Версо-04, 2009. – 72 с.
20. Женунтій В. І. Причини самогубства в Україні / В. І. Женунтій, Л. М. Шестопалова // Науковий вісник Юридичної академії Міністерства внутрішніх справ. – 2003. – №2 (11). – С. 256–268.
21. Ying Y. H. Study of suicide and socioeconomic factors [Електронний ресурс]/Y. H. Ying, K. Chang–Режим доступу : https://www.researchgate.net/profile/Koyin_Chang/publication/26292751_A_Study_of_Suicide_and_Socioeconomic_Factors/links/547f0c3f0cf2c1e3d2dc3a63.pdf?inViewer=0&pdfJsDownload=0&origin=publication_detail.
22. Lorant V. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study / [V. Lorant, A.-E. Kunst, M. Huisman, G. Costa and ect.] // *The British Journal of Psychiatry*. – 2005. – № 187 (1). – Р. 49–54.
23. Про посилення державного контролю за виробництвом і обігом спирту, алкогольних напоїв та тютюнових виробів, забезпечення захисту життя і здоров'я громадян : Указ Президента України [Електронний ресурс] // Законодавство України. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/266/2004>.
24. Про внесення змін до деяких законів України щодо впорядкування обігу спирту, алкогольних напоїв і тютюнових виробів : Закон України [Електронний ресурс] // Законодавство України. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2189-15>.
25. Левчук Н. М. Демографічні наслідки зловживання алкоголем в Україні / Н. М. Левчук // Демографія та соціальна економіка. – 2005. – № 1. – С. 46–56.
26. Loring B. Alcohol and inequities Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm [Електронний ресурс] / B. Loring. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf.

27. Heilbronn C. Social determinants, drinking and chronic disease: The role of social determinants of health in alcohol consumption and alcohol-related chronic disease in Victoria / C. Heilbronn, S. Matthews, B. Lloyd. – Published by Turning Point, 2014. – 339 p.
28. Статистика аварійності в Україні [Електронний ресурс] // Управління безпеки дорожнього руху. – Режим доступу : <http://www.sai.gov.ua/ua/ua/static/21.htm>.
29. Сучасні проблеми епідемії туберкульозу в Україні: причини та шляхи її подолання [Електронний ресурс] // Здоров'я України: ІНФОРМАЦІЯ. – 27.03.2015. – Режим доступу : <http://health-ua.com/article/2977.html>.
30. Мельник В. М. Туберкульоз як медико-соціальна і політична проблема : доповідь на нараді в Київській обласній державній адміністрації 2 березня 2005 року [Електронний ресурс] / В. М. Мельник. – Режим доступу : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/people/msprob.htm>.
31. Tuberculosis is a disease of poverty [Електронний ресурс] // 10 Facts on health inequities and their causes. – WHO. – Режим доступу : http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/facts/en/index3.html.
32. Богомолец О. Україна входить в п'ятірку країн з найвищим рівнем захворюваності на туберкульоз [Електронний ресурс] // Персональний сайт Ольги Богомолец. – Режим доступу : <http://bogomolets.com/ua/news/1706-olga-bogomolets-ukrajina-vkhodit-v-p-yatirku-krajin-z-najvishchim-rivnem-zakhvoryuvanosti-na-tuberkuloz>.
33. Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки : Закон України [Електронний ресурс] // Законодавство України. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/5451-17>.
34. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2014–2015 роки. – К. : МОЗ України ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2016. – 325 с.
35. Taber J.-M. Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data / J.-M. Taber, B. Leyva, B. A Persoskie, A. Persoskie // J Gen Intern Med. – 2015. – № 30(3):– P. 290–297.

36. Витрати і ресурси домогосподарств України : стат. зб. 2009–2015 рр. [Електронний ресурс]. – ДССУ. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_vrd_zb.htm.
37. Регіони України : стат. зб. 2009–2015 рр. [Електронний ресурс] / ДССУ. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/Arch_reg.htm.
38. Осадчук Н. І. Фізичний розвиток дітей і підлітків та сучасні підходи до оцінки його гармонійності : моногр. / Н. І. Осадчук, І. В. Сергета. – Вінниця, 2014. – 188 с.
39. Гандзюк В. А. Динаміка захворюваності та поширеності хвороб системи кровообігу серед населення України на сучасному етапі : національний та регіональний аспекти / В. А. Гандзюк // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 2. – С. 74–78.
40. Філіппов Ю. О. Захворюваність основними хворобами органів травлення в Україні: аналітичний огляд офіційних даних Центру статистики МОЗ України / Ю. О. Філіппов, І. Ю. Скирда, Л. М. Петречук // Гастроентерологія. – 2007. – Вип. 38. – С. 3–15.
41. Беляева Ю. Н. Медико-соціальна характеристика факторів, впливаючих на захворюваність болезнями органів пищеварення взрослого населения Саратова / Ю. Н. Беляева, О. П. Юрлова // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – Вып. № 5, т. 4. – С. 608–610.
42. Інформація про якість питної води в Україні [Електронний ресурс] // МОЗ України. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20110602_5.html.
43. Процюк Р. Г. Актуальні питання ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ/СНІД в Україні / Р. Г. Процюк // Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2016. – №. 1. – С. 24.
44. Світлична Т. Г. Туберкульоз в поєднанні з ВІЛ-інфекцією: особливості діагностики та лікування в умовах туберкульозного стаціонару [Електронний ресурс] / Т. Г. Світлична. – Режим доступу : <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/07/pdf07-4/14.pdf>.
45. Corbett E.L. HIV-1/AIDS and the control of other infectious diseases in Africa / E. L. Corbett // The lancet.– ISSU 9324. – 2002. – P. 2177–2187.

46. Смертельная эпидемия: более 2 миллионов людей живут с гепатитом С в Украине. Сколько из них спасет государство в этом году? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.unian.net/society/1275338-smertelnaya-epidemiya-bolee-2-millionov-lyudey-jivut-s-gepatitom-s-v-ukraine-skolko-iz-nih-spaset-gosudarstvo-v-etom-godu.html>.
47. Центр моніторингу та контролю за захворюваністю МОЗ України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://cses.gov.ua>.
48. Врятувати рядового захисника: оприлюднені результати першого всеукраїнського тестування учасників АТО на гепатит С [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20151013_c.html.
49. Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ucdc.gov.ua>.
50. UNAIDS: Official site [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.unaids.org>.
51. СНІД в Україні: статистика на 01.01.2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.antiaids.org/ukr/news/aids_stat/spid-v-ukraine-statistika-na-01.01.2016-10757.html.
52. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, Д. М. Павлова та ін.; наук. ред. О. М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. – 156 с.
53. Борисов А. А. Основные вопросы инвалидности в современном мире / А. А. Борисов, Л. П. Борисова // Молодой ученый. – 2014. – №3. – С. 752–754.
54. Международная классификация функционирования, ограниченной жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://who-fig.ru/icf>.
55. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України № 2961 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2961-15>.
56. Disability and health: Fact sheet [Електронний ресурс]. / WHO. – Режим доступу : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en>.
57. Національна доповідь про вжиті заходи, спрямовані на здійснення Україною зобов'язань у рамках виконання Конвенції про права інвалідів [Електронний ресурс] / Міністерство соціальної політики України, 2015. – Режим доступу : http://www.mlsp.gov.ua/labour/control/uk/publish/category?cat_id=167313.

58. Мойса Б. Права людей з інвалідністю [Електронний ресурс] / Б. Мойса ; Українська Гельсінська спілка з прав людини. – Режим доступу : <https://helsinki.org.ua/wp-content/uploads/2016/02/Prava-lyudej-z-invalidnistyu-Mojsa.doc>.
59. Міністерство соціальної політики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.mlsp.gov.ua>.
60. Національна асамблея осіб з інвалідністю України. Всеукраїнське громадське об'єднання: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://naiu.org.ua>.
61. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2015 рік : аналіт.-інформ. дов. / за ред. начальника відділу організації соціальної допомоги окремим категоріям громадян, а також питань МСЕК МОЗ України С. І. Черняка. – Дніпропетровськ : Акцент ПП, 2016. – 162 с.
62. Воронович З. Країна інвалідів [Електронний ресурс] / З. Воронович // Високий замок. – 2013. – 11 квіт. – Режим доступу : <http://wz.lviv.ua/economics/122670>.
63. Власенко А. Кожен другий керівник на Вінниччині має інвалідність, а серед депутатів таких до 80% [Електронний ресурс] / А. Власенко. – Режим доступу : http://antikor.com.ua/articles/99211kohen_drugij_kerivnik_na_vinnichchini_maje_invalidnistj_a_sered_deputativ_takih_do_80.
64. Права людини в Україні: перше півріччя 2015 [Електронний ресурс] / за ред. А. Б. Благої, О. А. Мартиненка ; Українська Гельсінська спілка з прав людини. – К., 2015. – 184 с. – Режим доступу : <http://helsinki.org.ua/files/docs/1442348382.pdf>.
65. Disability statistics – prevalence and demographics [Електронний ресурс]. – European statistics. Statistics Explained. – Режим доступу : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_prevalence_and_demographics.
66. Disability statistics – labour market access [Електронний ресурс]. – European statistics. Statistics Explained. – Режим доступу : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Disability_statistics_-_labour_market_access.
67. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні : Закон України № 875 // Законодавство України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/875-12>.

68. Сікора І. Працевлаштування інвалідів «на папері» [Електронний ресурс] / І. Сікора. – Режим доступу : http://www.irf.ua/about/news_new/pratsevlashtuvannya_invalidiv_na_paperi/.
69. Аптечный рынок Украины по итогам 2016 г.: Helicopter View [Електронний ресурс] // Аптека. – 2017. – № 2 (1073). – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/398728>.
70. Аптечный рынок Украины по итогам 2016 г.: Helicopter View [Електронний ресурс] // Аптека. – 2014. – № 5 (926). – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article/271004>.
71. Умови праці найманих працівників у 2015 році : стат. бюл. [Електронний ресурс] / відп. за вип. І. В. Сенік. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/bl/04/bl_upnp_2015pdf.zip.
72. Умови праці найманих працівників: Статистичний бюлетень. – 2010-2014 рр. – ДССУ. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
73. Праця України у 2015 році : стат. бюл. [Електронний ресурс] / відп. за вип. І. В. Сенік. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/zb/08/zb_pu15pdf.zip.
74. Праця України : стат. бюл. 2010–2014 рр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
75. Ambient (outdoor) air quality and health [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/en>.
76. Murray C. J.-L. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study [Електронний ресурс] / C. J.-L. Murray, A. D. Lopez. – Режим доступу : apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf.
77. Vaillanta N. On the reliability of self-reported health: Evidence from Albanian data / N. Vaillanta, F.-C. Wolff // Journal of Epidemiology and Global Health. –2012. – Vol. 2, is. 2. – P. 83–98.
78. Validity and reliability of a self-report instrument to assess social support and physical environmental correlates of physical activity in adolescents [Електронний ресурс] / A. K. Reimers, D. Jekauc, F. Mess, N. M [and ect.] // BMC Public Health. –2012. – Режим доступу : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-705>.
79. Zajacova A. Reliability of Self-rated Health in US Adults / A. Zajacova, J. B. Dowd // American Journal of Epidemiology. – 2011. – Vol. 174, is. 8. – P. 977–983.

80. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 р. : Стат. зб. (за даними вибіркового опитування домогосподарств) [Електронний ресурс] / ДССУ. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/zb/03/Zb_snsz15pdf.zip.
81. Європейське соціальне дослідження [Електронний ресурс] / Центр «СОЦІС», 2014. – Режим доступу : <http://www.europeansocialsurvey.org/data/country.html?c=ukraine>.
82. Самооцінка стану здоров'я населенням України [Електронний ресурс] / Київський міжнародний інститут соціології, 2015. – Режим доступу : <http://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=537>.
83. Eurostat: Official Sites [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants/data/database>.

РОЗДІЛ IV

СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

4.1. Ранній період життя крізь призму життєвого курсу: наслідки для здоров'я

Формування каркасу здоров'я на все життя відбувається на ранньому етапі розвитку людини. У дослідженні розглянуто ранній період життя (РПЖ) як етап від народження людини до досягнення нею 18 років. Погляди науковців щодо верхньої межі цього періоду розходяться. Вона коливається від 15 до 20 років. За схемою, ухваленою на VII Всесоюзній конференції з проблем вікової морфології, фізіології і біохімії (1965 р.), верхньою межею підліткового віку, яким завершується РПЖ, людини прийнято вважати 16 років для хлопців та 15 для дівчат [1, с. 16]. Відомий психолог Е.-Х. Еріксон визначає, що (РПЖ) завершується у 18 років [2]. Такої самої думки дотримуються й інші науковці [3–6]. Оскільки експерти ВООЗ [7] визначити вік 19 років верхньою межею РПЖ (підліткового віку), така думка є найпоширенішою серед науковців і практиків у світі [8]. Враховуючи, що за законодавством України повноліття досягають у віці 18 років (Конституція України, Цивільне законодавство України, Сімейний кодекс України та ін.), а також той факт, що статистика захворюваності населення в Україні здійснюється

за віковим групами 0 – 17 років (або окремо: захворюваність новонароджених дітей, захворюваність дітей 0–14 років і підлітків 15–17 років) та від 18 років і старших, у дослідженні визначено РПЖ від народження до 18 років.

У будь-якому разі, незважаючи на певні розбіжності щодо визначення терміну завершення РПЖ, він є фундаментальною базою для розвитку людини у взаємопов'язаних сферах соціального, емоційного, мовного, когнітивного та фізичного розвитку. Причому початок цього періоду можна фіксувати не від народження, а від зачаття дитини. Під час зачаття закладаються генетичні основи здоров'я (ендогенні чинники), які протягом подальшого життя доповнюються і здебільшого пов'язані із впливом зовнішніх чинників. Дитина народжується з мільярдами клітин мозку, які становлять розумовий потенціал людини. Для розкриття до максимально можливого рівня клітини мозку мають з'єднатися одна з одною. Чим потужніша стимуляція здійснюється із зовнішнього середовища, в якому зростає дитина, тим більш позитивні зв'язки формуються в її головному мозку і тим краще вона розвивається фізично, емоційно, соціально та має здатність виражати себе і застосовувати надбані знання, у тому числі щодо збереження здоров'я. Відповідно у процесі онтогенезу РПЖ є надзвичайно напруженим проміжним часом для морфофункціональних перебудов. Водночас період життя до 18 років характеризується впливом комплексу соціальних умов і частою їхньою зміною (ясла, садок, школа, професійне навчання, трудова діяльність) [9]. Отже, від соціально-економічних та інших умов, в яких зростає і виховується дитина, навичок мотивації щодо охорони власного здоров'я, ведення здорового способу життя, що їй прививаються, значною мірою залежить стан її здоров'я у майбутньому.

Дослідження підтвердили, що значна кількість проблем у дорослому житті, зокрема психологічні та психічні розлади, ожиріння, росту, хвороби серця, злочинність, освіченість,

започаткована в ранньому дитинстві [10, с. 175]. Економісти за наявними доказами стверджують, що інвестиції в період РПЖ є найпотужнішими інвестиціями, які суспільство може здійснити [11]. Вони є дуже ефективними, особливо для дітей, які виховуються у бідних родинах або без батьків. Протягом життя людини ці інвестиції суттєво окуповуються. З огляду на це Уряду України необхідно вжити заходів для стійкого поліпшення детермінант РПЖ населення курсом впровадження політики щодо покращення на цьому етапі умов життя, харчування, навчання тощо.

Оскільки харчування і фізичний розвиток у цьому разі є основними, діти мають виховуватись також у сприятливих соціально-психологічних умовах, які забезпечуватимуть їхній захист від небажаного осуду чи (та) покарання. Так, здоровий початок життя дає кожній дитині більші шанси бути здоровим у дорослому віці [12].

У ранньому дитинстві одну з основних ролей відіграє система охорони здоров'я, доступність та якість медичних послуг. Від них залежить, яким буде перший контакт дитини з навколишнім світом. Від того, наскільки цей контакт вдалий, суттєво залежить стан здоров'я дитини не тільки в цей момент, а й у майбутньому. Рівень медичного обслуговування також може бути підґрунтям для отримання інших послуг у цьому періоді. Для забезпечення високої ефективності надання медичних послуг, їхня організація на всіх рівнях не тільки має бути скоординованою, а перебувати у центрі уваги для вироблення відповідних цілей та рішень. Політика і практика, які базуватимуться на такому постулаті, крім користі для дітей у реальному та майбутньому періодах, забезпечать економічну користь для суспільства загалом. Адже суспільства, в яких стан здоров'я населення кращий, мають значно менші витрати на медицину.

Для дітей початкового та середнього шкільного віку важливими для збереження здоров'я є соціальні та емоційні

аспекти навчання, пізнавальний і фізичний розвиток, забезпечення рівних можливостей в отриманні якісної освіти та медичних послуг.

4.1.1. Оцінювання стану та тенденцій здоров'я дітей та підлітків

Чисельність дітей та підлітків віком 0–17 років в Україні (далі – діти) за період з 1993 по 2013 р. зменшилась більш ніж на 5 млн. та становила 8 009 тис. осіб (рис. 4.1). Враховуючи, що загальна чисельність населення країни за цей період зменшилась на 6536,2 тис. осіб, можна зробити висновок, що понад 2/3 від значення цього показника припадає на дітей. Як підсумок, частка дітей у загальній чисельності населення України суттєво зменшилась із 25,3% у 1993 р. до 17,6% у 2013 р. Відповідно Україна втрачає не тільки трудовий потенціал, а підриваються основи національної безпеки держави. За 2014–2015 рр. офіційна статистика зафіксувала зменшення чисельності дітей на 395,9 тис. осіб, однак це насамперед пов'язано із відсутністю обліку по АР Крим.

За умов, коли кількість дітей у країні щораз зменшується, особливо важливим є питання охорони їхнього здоров'я та покращення соціально-економічних детермінант (СЕД), які його визначають. Вирішення цих питань дасть змогу насамперед знизити рівень захворюваності та інвалідності серед дітей.

За таких умов, коли кількість дітей у країні щораз зменшується, особливо важливим є питання охорони їхнього здоров'я та покращення соціально-економічних детермінант (СЕД), які його визначають. Вирішення цих питань дасть змогу насамперед знизити рівень захворюваності та інвалідності серед дітей.

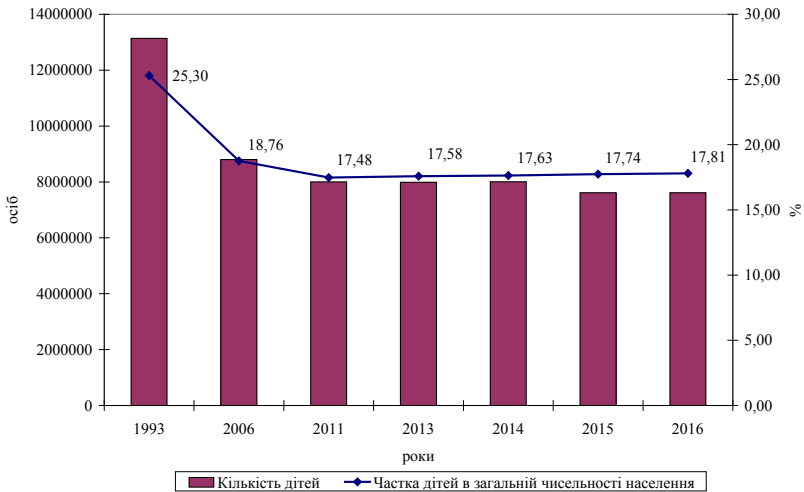


Рис. 4.1. Кількість дітей в Україні та їхня частка в загальній чисельності населення

Джерело: [13].

Міжнародна спільнота, європейська зокрема, приділяє значну увагу охороні здоров'я дітей та підлітків. Серед останніх ухвалених стратегічних документів варто виокремити Глобальну стратегію охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків на 2016–2030 рр. Вона є основою для здійснення заходів, спрямованих на досягнення Цілей у галузі сталого розвитку, зокрема 4-ої та 5-ої: зменшення дитячої смертності та поліпшення охорони материнства, що має забезпечити жінкам і дітям можливість реалізації права на найбільш досяжний рівень здоров'я.

Асамблея охорони здоров'я ухвалила зобов'язання щодо здійснення Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків і запропонувала державам-членам її реалізувати відповідно до національних планів і забезпечити посилення підзвітності та подальшої діяльності.

Європейська стратегія ВООЗ «Здоров'я та розвиток дітей і підлітків» була схвалена в 2005 р. державами-членами європейського регіону ВООЗ, які продемонстрували велику зацікавленість щодо використання запропонованого комплексного підходу [14]. З часу схвалення стратегії ВООЗ надала пряму підтримку понад 15 країнам, у тому числі Україні. На сучасному етапі Європейський регіональний комітет ВООЗ розробив Європейську стратегію охорони здоров'я дітей і підлітків «Інвестування у майбутнє дітей» на 2015–2020 рр. Метою цього документа є сприяння тому, щоб діти і підлітки в європейському регіоні ВООЗ повною мірою реалізовували власний потенціал здоров'я, розвитку і добробуту; а також зменшення тягаря захворюваності, якій можна запобігти, та смертності серед них [15].

В Україні нині немає діючої стратегії (програми) охорони здоров'я дітей і підлітків, що певним чином гальмує процес зменшення захворюваності та смертності дитячого населення. У контексті основних положень Європейської стратегії охорони здоров'я дітей і підлітків Україні необхідно визначити завдання, які відповідатимуть специфічним потребам, насамперед:

- стимулювати стратегічне керівництво, партнерство і міжсекторальні дії на всіх рівнях суспільства;
- зміцнити орієнтовані на людину систему охорони здоров'я і потенціал суспільної охорони здоров'я для поліпшення показників здоров'я та розвитку дітей і підлітків;
- впливати на СЕД здоров'я, а також на проблему нерівності щодо дітей, підлітків, батьків та опікунів

Традиційно у демографії оцінювання дитячої смертності здійснюють за віковими групами. Окрему групу при цьому становлять діти віком до 1 року (далі – смертність немовлят). Це пов'язано з тим, що у цьому віці коефіцієнт смертності набагато перевищує аналогічний показник смертності не тільки в інших дитячих вікових групах, а й деяких вікових групах

серед дорослого населення. Цей показник відрізняється від інших вікових коефіцієнтів за соціальним значенням. За рівнем смертності немовлят, як і за величиною тривалості життя, оцінюють загальний стан здоров'я і якість життя населення, а в більш широкому сенсі – рівень економічного розвитку та соціального добробуту суспільства, оскільки такий показник реагує на зміни соціально-економічних параметрів, особливо у випадках, коли їхня динаміка набуває різких негативних або кризових коливань [16, с. 160]. Такі висновки ґрунтуються насамперед на тому, що дитина віком до 1 року найменш захищена від несприятливих впливів зовнішнього середовища і тому дуже залежна від зовнішніх умов, пов'язаних із суспільством та сім'єю. Проте частково рівень смертності немовлят залежить від стану репродуктивного здоров'я населення. Це означає, що ймовірність бути здоровою висока у дитини, батьки якої є здоровими, і навпаки. Відповідно репродуктивне здоров'я певним чином визначається СЕД і насамперед добробутом сім'ї. Отже, вплив СЕД на здоров'я дитини та рівень смертності немовлят має двохвекторний характер: детермінанти безпосередньо впливають під час народження та розвитку й опосередковано через здоров'я батьків.

Важливим індикатором смертності немовлят є також ефективність діяльності системи охорони здоров'я, доступність медичних товарів і послуг, що залежать від соціально-економічних умов. Варто зауважити, що зростання захворюваності новонароджених певною мірою може бути пов'язано з розвитком медицини, що забезпечує виживання недоношених дітей, дітей з низькою вагою та важкою перинатальною патологією.

Показник захворюваності дітей віком до 1 року за 1999–2013 рр. в Україні зменшився на 28%: у 2013 р. його значення становило 1450,82 на 1000 дітей цього віку; у 1999 р. – 2004,5. Структура захворюваності цієї вікової категорії за вказаний

період не змінилася. Найбільше серед немовлят зафіксовано випадків хвороб органів дихання (53%), а також хвороб, пов'язаних з окремими станами перинатального періоду (10%), хвороб крові та кровотворних органів (6%). При цьому летальність найбільша через окремі стани перинатального періоду та деякі інфекційні та паразитарні хвороби.

Оцінювання динаміки смертності немовлят в Україні, починаючи з 1980 р., засвічує, що з 1980 по 1990 р. її рівень знижувався, однак у 1991–1993 рр. зазнав суттєвого підвищення (рис. 4.2). Причиною цього є насамперед кризові соціально-економічні явища, пов'язані із розпадом радянської системи. Після цього рівень смертності немовлят мав стійку тенденцію до зниження, за винятком кількох років (1995, 1999, 2005, 2007 та 2015 р.). У 2015 р. коефіцієнт смертності немовлят становив 7,9 особи на 1000 живонароджених. Побудована на рис. 4.2 експоненційна крива свідчить про те, що у майбутньому тенденції до зниження смертності немовлят в Україні зберігатимуться. Відповідно така позитивна тенденція має налаштовувати тільки на отримання вагомих результатів, однак ситуація є дещо іншою.

По-перше, проведені дослідження засвічують, що рівень смертності немовлят є найвищим для матерів віком до 18 років і найнижчим для матерів віком від 30 до 34 років [17]. Цей факт підтверджено Мультиіндикаторним кластерним обстеженням домогосподарств України (MICS) [18]. Згідно з результатами обстеження, найвищий коефіцієнт смертності немовлят у країні серед матерів віком до 20 років становить 19,7‰ (табл. 4.1).

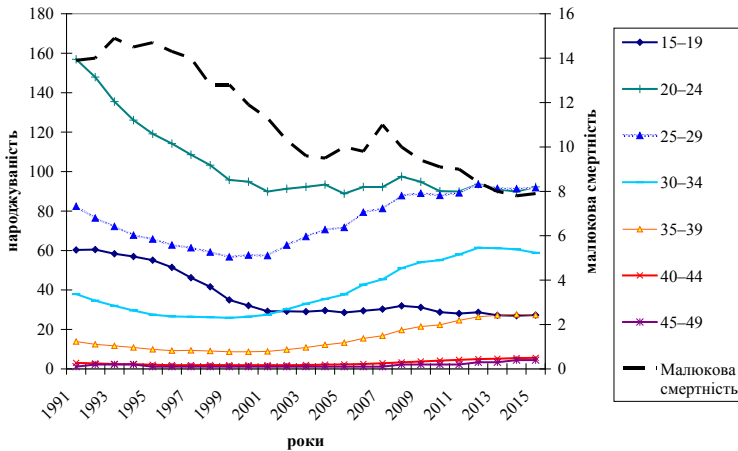


Рис. 4.2. Вікові коефіцієнти народжуваності (кількість живонароджених на 1000 жінок відповідного віку) та смертності немовлят (кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 живонароджених) в Україні за 1990–2015 рр.

Джерело: [13].

Таблиця 4.1

Співвідношення між смертністю немовлят і віком матерів при народженні дитини

			Вік матері при народженні дитини			Разом
			35+	<20	20–34	
Дитина жива	Так	Осіб	1689	8426	476	10591
		%	98,0%	99,0%	99,0%	98,8%
	Ні	Осіб	34	86	5	125
		%	2,0%	1,0%	1,0%	1,2%
Разом %		Осіб	1723	8512	481	10716
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Джерело: розраховано за [18].

Враховуючи цей факт та наявність певних зрушень у віковій моделі народжуваності в Україні, пов'язаних із зростанням середнього віку матері при народженні дитини за останні 25 років (з 23,8 року у 1990 р. до 27,4 року у 2015 р.), це могло позитивно вплинути на зниження смертності немовлят. Певним доказом цього є порівняння динаміки зниження смертності немовлят і змін показників народжуваності матерів таких вікових груп, як 15–19, 20–24, 25–29, 30–34 роки (див. рис. 4.2). Співвідношення між ними відображають дані табл. 4.2. Згідно з цими даними, існує доволі висока пряма кореляційна залежність між зниженням смертності немовлят і зменшенням коефіцієнта народжуваності матерів віком 15–19 та 20–24 роки, а також обернена кореляційна залежність між зниженням смертності немовлят і зростанням коефіцієнта народжуваності матерів віком 25–29 та 30–34 роки. Це відповідно дає змогу зробити висновок, що зниження рівня смертності немовлят за останні 20 років частково зумовлено структурними демографічними чинниками.

Таблиця 4.2

Співвідношення між рівнем смертності немовлят та рівнем народжуваності жінок віком 15–34 роки

		Народжуваність жінок віком			
		15–19	20–24	25–29	30–34
Смертність немовлят	R	0,899	0,768	-0,641	-0,793
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$

Джерело: розраховано за [18].

По-друге, в Україні актуальним залишається питання достовірності показника смертності немовлят, що пов'язано із недоліками у реєстрації живо- та мертвонароджених залежно від маси тіла. Ця проблема висвітлена у працях

провідних українських науковців у цій сфері [19–21]. Зокрема, О. Палій і Н. Рингач [19] зазначають, що хибні дані щодо смертності немовлят спричинені як недотриманням вимог до зважування, так і свідомим заниженням ваги у новонароджених, які не вижили. При цьому встановити масштаби недообліку статистичним курсом неможливо, адже поглиблене оцінювання власне у медичних установах не здійснюється. У будь-якому разі недооблік смертності немовлят дає підстави стверджувати про її вищий рівень.

По-третє, порівняльний аналіз з країнами ЄС свідчить, що рівень смертності немовлят в Україні зараз вищий за більшість держав Європи (рис. 4.3), зокрема за країни ЄС у 2,4 разу. Крім цього, передбачити те, наскільки негативно може позначитись на рівні смертності немовлят війна на сході країни, важко.

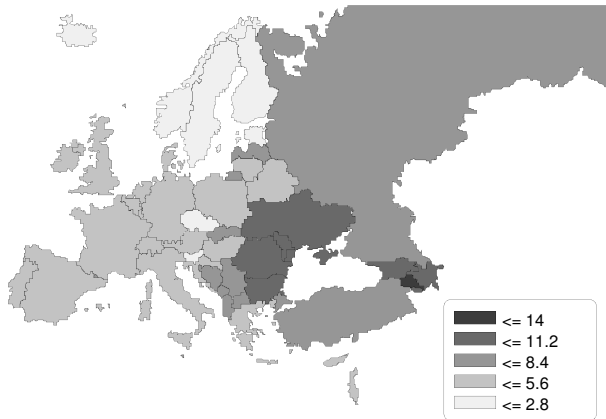


Рис 4.3. Смертність немовлят у країнах європейського регіону, 2013 р. (на 1 000 живонароджених)

Джерело: [23].

Зацікавлюють результати зіставлення динаміки зниження рівня смертності немовлят в Україні та Польщі. У цих країнах він був однаковий у 1992 р., однак у 2015 р. у Польщі цей показник нижчий порівняно з Україною в 1,86 разу (рис. 4.4). Отже, Польща впродовж 23 років досягла суттєвих результатів у зниженні смертності немовлят, зменшивши її майже до середніх показників країн ЄС. У Польщі це стало можливим через скорочення як неонатальної (особливо ранньої), так і постнеонатальної смертності (рис. 4.5). У сучасний період особливо значна відмінність між Україною і Польщею у постнеонатальній смертності, яка в нашій країні вища на 2,41 разу.

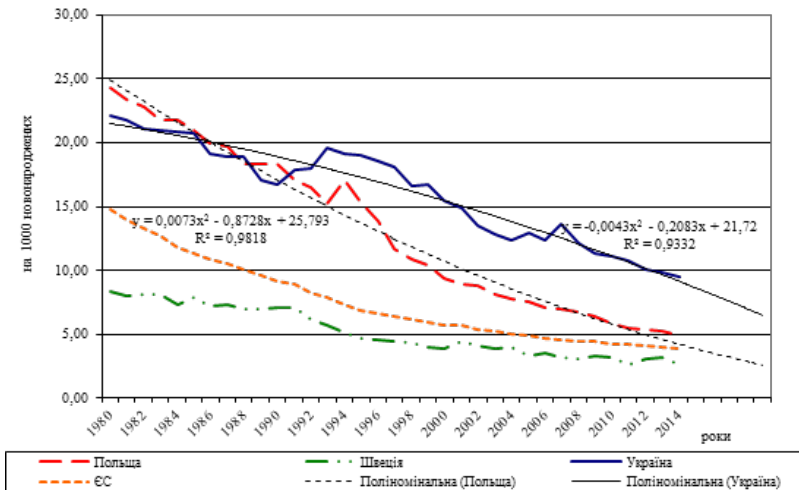


Рис. 4.4. Смертність немовлят (смертність до 1 року)

Джерело: [13; 22; 23].

Порівняння із Швецією демонструє, що українському суспільству треба докласти значних зусиль для зниження показника смертності немовлят, адже у Швеції він нижчий у 3,6 разу, а різниця у показниках постнеонатальної смертності значно більша – 4,3 разу.



Україна



Польща

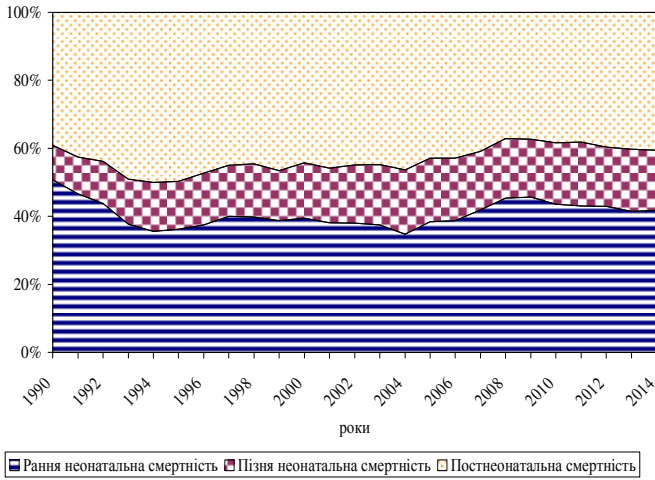
Рис. 4.5. Динаміка структурних показників смертності немовлят в Україні та Польщі

Джерело: [13; 22; 23].

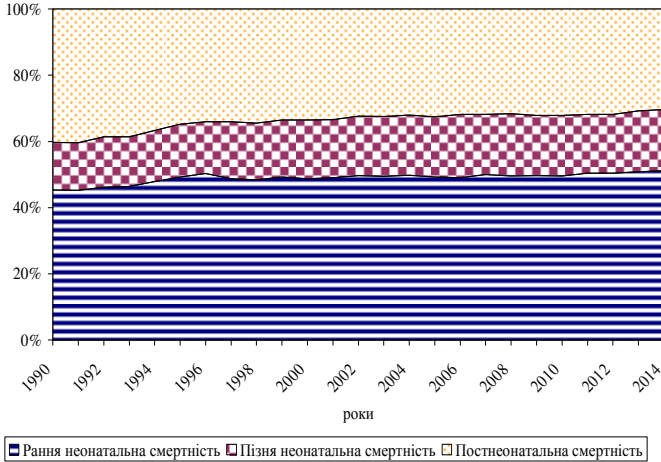
Відповідно зусилля насамперед мають бути спрямовані на зменшення більш керованої постнеонатальної смертності¹, оскільки в Україні, на відміну від країн ЄС, у процесі зниження показника смертності немовлят спостерігається певна динаміка структурних показників, що характеризується скороченням неонатальних втрат, особливо ранніх неонатальних, що також є позитивним явищем, але не відповідає європейським тенденціям, де знижується передусім більш керована постнеонатальна смертність. У країнах ЄС постнеонатальна смертність практично зведена до мінімуму – 0,98 особи на 1000 живонароджених, а її частка у структурі смертності немовлят становить менш як 30%. В Україні вона доволі висока – понад 40% (рис. 4.6) і впродовж останніх чотирьох років зросла майже на 2%.

З'ясуємо причини такої ситуації. Постнеонатальний період – це життя дитини від 29 днів до 1 року. Причини смерті у цьому віці, як і в будь-якому іншому, можна поділити на дві групи: ендогенні та екзогенні. Ендогенні пов'язані із вродженими вадами розвитку, вродженими інфекційними й неінфекційними паталогіями, які, як правило, неможливо усунути. Інша група – екзогенні причини – набуті інфекційні та паразитарні захворювання, неінфекційні захворювання, а також неприродні причини: травми, отруєння та ін. Екзогенні причини можуть бути зведені до мінімуму, оскільки суттєво залежать від керованих СЕД, насамперед від доступності та якості медичних товарів і послуг, розвитку медичних технологій у неонатології, педіатрії та дитячій хірургії а також рівня доходу, освіти, соціального капіталу батьків новонароджених. Крім цього, висока частка у структурі показників смертності немовлят постнеонатальної складової свідчить про незадовільну ситуацію своєчасної прижиттєвої діагностики набутих захворювань [24].

¹ Випадки смерті дітей віком від 28 днів до 1 року.



Україна



ЄС

Рис. 4.6. Структура смертності немовлят в Україні та ЄС

Джерело: [13].

Структура причини смертності немовлят не однакова для неонатальної та постнеонатальної смертності також. Для неонатальної, зокрема для ранньої неонатальної смертності, характерним є домінування ендогенних причин смертності (понад 90%): окремих станів, що виникають у перинатальному періоді, та природжених вад розвитку, деформацій і хромосомних аномалій. Серед причин смертності у постнеонатальному та частково у пізньому неонатальному періодах зазначені ендогенні причини також вагомі, але їхня частка суттєво зменшується (до 82,1% та 55,1% відповідно), поступаючись екзогенним причинам, серед яких основними є власне зовнішні причини смерті, хвороби органів дихання, нервової системи, а також інфекційні та паразитарні хвороби. Це свідчить про зростання ролі СЕД із віком немовлят.

Варто також звернути увагу, що, незважаючи на поширену думку про ендогенну біологічну природу таких причин смерті, як окремі стани, що виникають у перинатальному періоді [25], вважаємо, що ця причина опосередковано має екзогенну природу та є частково керованою. Таке твердження ґрунтується на аналізі структури цього класу хвороб, адже такі його причини, як: 1) ураження плоду та новонародженого, зумовлені станом матері й ускладненнями вагітності, пологової діяльності та чинниками розродження, і 2) пологова травма, значною мірою визначаються СЕД (місцем проживання, доходом, харчуванням, житловими умовами, соціальним капіталом та іншими аспектами життєдіяльності матері, особливо під час вагітності, та доступністю й якістю медичних товарів і послуг). Цими причинами можна пояснити значно вищий в Україні за країни ЄС не тільки показник постнеонатальної смертності (в 3,27 разу), а й показники ранньої неонатальної (в 1,92 разу) та пізньої неонатальної смертності (2,26 разу).

В Україні понад $\frac{3}{4}$ від усіх смертей до 1 року припадає на окремі стани, що виникають у перинатальному періоді (52%), та природжені вади розвитку, деформації й хромосомні аномалії (24%). У країнах ЄС на ці причини припадає практично аналогічна частка. Водночас слід звернути увагу на той факт, що за деякими іншими причинами смерті показник смертності немовлят в Україні суттєво вищий. Зокрема, від зовнішніх причин в Україні помирає 6,1% дітей до 1 року від загальної кількості померлих цього віку, тоді як у країнах ЄС – тільки 1,8%. Це спричинено тим, що рівень смертності немовлят від зовнішніх причин в Україні є надвисоким, – у 6,9 разу вищий, ніж у країнах ЄС (табл. 4.3). Суттєво вищою в Україні також є смертність немовлят від хвороб органів дихання, інфекційних та паразитарних хвороб. Більшість з цих причин смерті зумовлена СЕД і відповідно може бути зведена до мінімуму.

Таблиця 4.3

Різниця у коефіцієнтах смертності немовлят в Україні та країнах ЄС за статтю та причинами у 2013 р., разів

Причини смерті	обидві статі	хлопчики	дівчатка
Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	2,51	2,54	2,46
Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	2,45	2,50	2,38
Зовнішні причин смерті	6,93	7,54	6,11
Хвороби органів дихання	5,31	5,50	5,04
Хвороби нервової системи	2,60	2,65	2,51
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	4,22	3,96	4,59
Новоутворення	2,50	2,44	2,55
Хвороби системи кровообігу	2,71	2,67	2,75

Джерело: розраховано за [13; 22; 23].

Як і у багатьох країнах світу, в Україні серед дітей до 1 року переважає смертність хлопчиків, ніж дівчаток (на 25%). При зменшенні показника дитячої смертності менш значними стають відмінності в смертності хлопчиків і дівчаток. За високої дитячої смертності ці відмінності можуть бути дуже істотні, оскільки механізм біологічно зумовленої більш високої смертності хлопчиків у багатьох випадках модифікується певними соціальними обставинами (наприклад, наданням переваги дітям певної статі) [26]. У більшості країн Європи показник смертності немовлят невисокий, тому суттєвої диференціації між ними немає: однак цей показник вищий серед хлопчиків порівняно з дівчатками (рис. 4.7). Особливо значні відмінності за останнім показником у Боснії та Герцеговині, де смертність серед хлопчиків переважає на 44%. Є країни, де, навпаки, смертність серед дівчаток дещо вища, ніж серед хлопчиків. Найбільші відмінності характерні для Словенії, де смертність серед дівчаток переважає на 30%. У середньому по країнах ЄС показник смертності серед хлопчиків вищий, ніж серед дівчаток на 18% (у Польщі – на 18%, у Швеції – на 16%). Україна за визначеним показником наближається до загальноєвропейської лінії тренда, однак перебуває у верхній його частині через високі відносно європейських показники смертності немовлят (див. рис. 4.7).

За причинами смерті найбільша різниця смертності немовлят між хлопчиками та дівчатками в Україні спостерігається за хворобами нервової системи (більше у хлопчиків на 63%) та хворобами органів дихання (більше у хлопчиків на 38%). Вважаємо, що такі значні відмінності зумовлені не тільки біологічними (ендогенними) чинниками, адже у більшості країн Європи такого високого показника різниці немає. З огляду на це профілактичні та клінічні заходи щодо зниження рівня смертності від зазначених хвороб мають здійснюватись особливо активно стосовно хлопчиків.

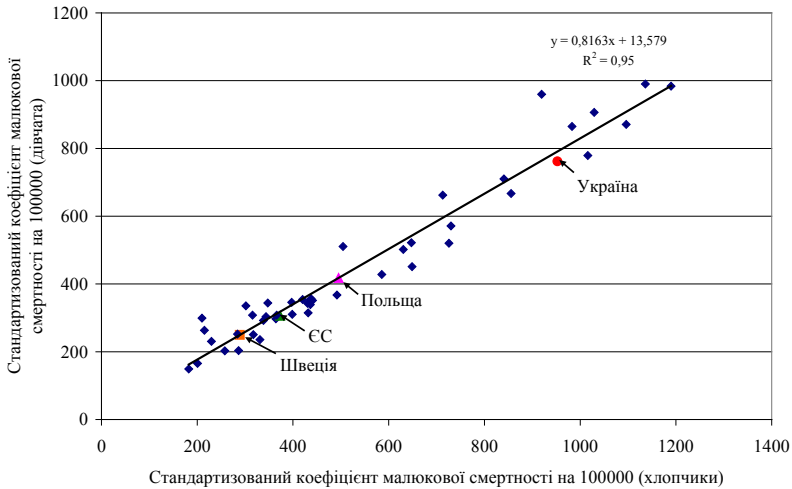


Рис. 4.7. Статеве співвідношення смертності немовлят у країнах Європейського регіону

Джерело: розраховано за [23].

Одним з актуальних для України питань є нерівність між здоров'ям дітей у міських поселеннях та сільській місцевості. Згідно з даними ДССУ, смертність немовлят є вищою у сільській місцевості – 853,9 померлих на 100000 дітей віком до 1 року, ніж у міських поселеннях – 759,4 (табл. 4.4). Причому вищими у сільській місцевості є показники всіх складових смертності у постнеонатальному, ранньому та пізньому неонатальному періодах.

Таблиця 4.4

Смертність немовлят в Україні за причинами, місцем проживання та статтю, на 100 000 живонароджених, 2015 р.

	Причини смерті	Міські поселення		Сільська місцевість	
		Хлопчики	Дівчатка	Хлопчики	Дівчатка
1	Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	350,5	306,7	492,1	345,3
2	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	187,2	169,8	221,6	195,0
3	Зовнішні причини смерті	35,9	31,0	71,3	32,9
4	Хвороби органів дихання	25,5	12,4	35,6	20,0
5	Хвороби нервової системи	29,0	23,5	34,5	27,0
6	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	16,2	14,9	36,7	31,7
7	Новоутворення	6,4	8,7	10,0	8,2
8	Хвороби системи кровообігу	14,5	9,9	21,2	14,1
	Усі причини	838,6	674,8	959,8	742,3
	Разом	853,9		759,4	

Джерело: [13].

Необхідно зауважити, що за окремими причинами смерті показник смертності немовлят у сільській місцевості суттєво вищий, ніж у міських поселеннях. Насамперед це стосується інфекційних і паразитарних хвороб (вища серед хлопців у 2,27 разу та серед дівчат – у 2,13 разу) та зовнішніх причин смерті (вища серед хлопців у 1,99 разу та серед дівчат – у 1,06 разу) (див. табл. 4.4). Це саме ті причини, які насамперед залежать від СЕД та вплив яких може бути знижений до мінімуму. Як зазначалось, СЕД частково визначають смертність немовлят, пов'язану з окремими станами, що виникають у перинатальному періоді, яка є основною причиною смерті

та відповідно характеризується значно вищим показником у сільській місцевості передусім серед хлопців (у 1,4 разу).

Далі (п. 6.1) буде доведено, що нерівність у здоров'ї населення між представниками сільської місцевості та міських поселень суттєво визначається СЕД. У населення сільських поселень нижчий соціальний статус населення, рівень його доходів, освіти, доступності та якості медичних товарів і послуг тощо. З огляду на це нерівність у смертності немовлят загалом і за окремими причинами смерті між представниками сільської місцевості та міських поселень також значною мірою визначатиметься СЕД. В Україні не ведеться поточна статистика за рівнем добробуту, освіти та іншими соціально-економічними ознаками родин батьків, в яких помирають немовлята. Така інформація була б доречною, адже окремі дослідження зарубіжних науковців і практиків [27–29] доводять наявність нерівності у здоров'ї немовлят серед різних верств населення, зокрема через нерівність у доходах та освіті.

Підтверджують це вибірккові соціологічні дослідження, які здійснюються в Україні, зокрема MICS. У межах цього дослідження здійснено оцінювання рівня та тенденцій смертності немовлят і дітей віком до 5 років. Підтверджено, що існує нерівність у смертності немовлят між представниками міських поселень та сільської місцевості. Причому це стосується всіх показників смертності дітей раннього віку (табл. 4.5), але найбільше смертності у постнеонатальний період, що більшою мірою залежить від СЕД. Різними є також показники за регіонами, особливо неонатальної смертності. На сході та в центрі країни показник смертності в неонатальний період більш ніж у два рази вищий порівняно із західним регіоном.

Таблиця 4.5

**Смертність дітей раннього віку в розподілі
за місцем проживання, у 2012 р. на 1000 осіб**

	Коефіцієнт неонатальної смертності	Коефіцієнт постнеонатальної смертності	Коефіцієнт малюкової смертності	Коефіцієнт смертності дітей віком до 5 років
Регіон				
Північ	5	1	6	6
Захід	3	2	6	6
Центр	7	2	9	9
Схід	7	1	7	8
Південь	0	8	8	9
Місцевість				
Міська	4	2	6	6
Сільська	6	4	10	11

Джерело: [18, с. 51].

Цікавими є отримані дані щодо можливої залежності показника смертності дітей раннього віку від освіти матері та рівня добробуту родини. У матерів із середньою освітою смертність немовлят суттєво вища за матерів з вищою освітою. Насамперед це стосується смертності у постнеонатальний період: коефіцієнт постнеонатальної смертності немовлят у жінок із середньою освітою становить 6, а у жінок із вищою – тільки 1. Розрахований за мікроданими дослідження показник відношення шансів залишитись живим до 1 року серед дітей, матері яких мали вищу освіту, у 1,8 рази вищий порівняно із тими немовлятами, чиї матері мали середню освіту (OR = 1,815; $p \leq 0,001$). Фактично коефіцієнт смертності немовлят в Україні, народжених матерями із вищою освітою (8,1%), у два рази нижчий за аналогічний коефіцієнт, розрахований для матерів із середньою освітою (16,2%). Вважаємо, що така ситуація зумовлена тим, що освіченість батьків, у тому числі

санітарна грамотність, є необхідною передумовою догляду за немовлям, що забезпечує відповідно можливість надання першої медичної допомоги у разі потреби тощо. Відсутність освіти у батьків збільшує ризик захворюваності немовляти і певним чином зумовлює високий рівень смертності дітей до 1 року, особливо постнеонатальної смертності.

Однією з вагомих детермінант, що за результатами MICS визначає смертність немовлят, є добробут родини, в якій вони народжені. Існує закономірність щодо зниження коефіцієнта смертності немовлят в Україні від бідніших до багатших родин. Якщо серед найбідніших родин він становить 20,4%, то серед найбагатших – 0,79% (табл. 4.6). У підсумку показник відношення шансів залишитись живим до 1 року серед дітей, які народились у найбагатших родинах, більший у 2,6 разу, порівняно із тими, хто народився у найбідніших родинах (OR = 2,612; $p \leq 0,001$).

Таблиця 4.6

Показники співвідношення між смертністю немовлят і добробутом родин, в яких вони народжені

		Індекс добробуту, квінтилі					Разом	
		Най-бідніші	Бідні	Середній рівень	Багаті	Най-багатші		
Дитина жива	Так	Осіб	2636	2489	1795	1793	1878	10591
		%	98,0%	99,1%	99,1%	99,1%	99,2%	98,8%
	Ні	Осіб	55	22	17	16	15	125
		%	2,0%	0,9%	0,9%	0,9%	0,8%	1,2%
Разом		Осіб	2691	2511	1812	1809	1893	10716
			100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Джерело: [18].

Вагомим доповненням до наведених даних щодо впливу СЕД на смертність немовлят є авторські розрахунки (табл. 4.7), які ґрунтувались на пошуку кореляційної залежності

між регіональними показниками смертності немовлят та показниками, які характеризують СЕД в Україні. У результаті доведено, що складові смертності немовлят (рання неонатальна, пізня неонатальна та постнеонатальна) мають неоднакову детермінованість. Надвисоких залежностей при цьому не виявлено: кореляції переважно або середні за значенням показника або слабкі; однак вони наявні, особливо для смертності у постнеонатальний період. Серед статистично значущих кореляцій виокремлено кореляції між постнеонатальною смертністю та:

– освітою: серед регіонів, де рівень освіти вищий, імовірність постнеонатальної смертності нижча ($R = -0,526$; $p \leq 0,01$);

– місцем проживання: в Україні у сільській місцевості показник постнеонатальної смертності вищий ($R = 0,508$; $p \leq 0,01$). Відповідно у регіонах із значною кількістю сільських поселень, віддалених населених пунктів із незадовільним транспортним сполученням, ризик дитячої смертності вищий, ніж у міських поселеннях;

– доступністю та якістю медичного обслуговування: ця детермінанта частково пов'язана із місцем проживання, оскільки на доступність медичної допомоги певним чином впливає розвиток інфраструктури в регіоні. Зокрема, існує кореляція між часткою сільського населення та доступністю медичного обстеження (кількістю домогосподарств, в яких хто-небудь із членів за потреби не зміг провести медичні обстеження (на 1000 осіб)) ($R = 0,569$; $p \leq 0,01$)), що частково пов'язано із віддаленістю закладів охорони здоров'я. Проблема також пов'язана з технічним забезпеченням екстреної медичної допомоги, що надається територіально віддаленим від обласного центру населеним пунктам. На даний час в Україні більшість транспортних засобів, якими здійснюється надання такого виду послуг, є застарілими і часто не відповідають вимогам для перевезення пацієнтів. Крім цього, рівень постнеонатальної смертності в Україні залежить від доступності ліків ($R = -0,448$; $p \leq 0,05$) та забезпеченості лікарями ($R = 0,56$; $p \leq 0,01$).

Таблиця 4.7

**Співвідношення смертності немовлят
та детермінант, які її визначають**

СЕД (індикатор) *		Смертність немовлят		
		Рання неона- тальна	Пізня неона- тальна	Постнео- натальна
Освіта (частка населення з освітою не нижче від рівня «базова вища» серед населення 25 років і старших)	R	0,108	0,210	-0,526
	p	ns	ns	p ≤ 0,01
Місце проживання (частка сільського населення)	R	0,267	0,287	0,508
	p	ns	ns	p ≤ 0,01
Місце проживання (викиди в атмосферне повітря)	R	0,340	0,530	0,146
	p	ns	p ≤ 0,01	ns
Якість медичних товарів та послуг (забезпеченість лікарняними ліжками для дітей)	R	-0,363	-0,103	-0,555
	p	ns	ns	p ≤ 0,01
Якість медичних товарів та послуг (забезпеченість лікарями-педіатрами)	R	-0,055	-0,326	-0,561
	p	ns	ns	p ≤ 0,01
Якість медичних товарів та послуг / Дохід (доступність ліків)	R	-0,055	-0,158	-0,448
	p	ns	ns	p ≤ 0,05
Якість медичних товарів та послуг / Дохід (доступність медичного обстеження)	R	0,040	0,092	0,569
	p	ns	ns	p ≤ 0,01
Якість харчування / Дохід (частка домогосподарств, рівень доходу яких протягом останнього року не дає змоги забезпечити дітям споживання фруктів чи соків)	R	-0,019	-0,049	0,520
	p	ns	ns	p ≤ 0,01
Індивідуальна відповідальність за власне здоров'я (тютюнопаління)	R	0,217	0,539	0,480
	p	ns	p ≤ 0,01	p ≤ 0,05
Вживання алкогольних напоїв	R	0,607	0,608	0,309
	p	p ≤ 0,001	p ≤ 0,001	ns

*Примітка: «ns» – статистично незначущі показники

Джерело: розраховано за [13].

Також, виявлено залежність постнеонатальної смертності від забезпеченості лікарняними ліжками для дітей ($R = -0,555$; $p \leq 0,01$). Незважаючи на невисоку інформативність та певну умовність такого показника, оскільки він не відображає якість медичного обслуговування, його використання частково дає змогу оцінити доступність медичної допомоги. Нині розроблена і діє Методика щодо забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення [30]. Однак кількість стаціонарних ліжок, у тому числі дитячих, в окремих регіонах України недостатньо оптимізована, здебільшого це стосується віддалених від обласних центрів районів. За умови високого розвитку екстреної медичної допомоги, санітарної авіації забезпеченість лікарняними ліжками відігравала б незначну роль, однак за існуючої ситуації цей показник можна вважати таким, що характеризує вплив доступності медичної допомоги на стан здоров'я дітей, зокрема на дитячу смертність;

– якістю харчування дітей: цей показник є одним з основних, що характеризує не тільки ступінь бідності, а й загальний розвиток суспільства. У такому контексті його можна розглядати як дослідження детермінант постнеонатальної смертності, оскільки харчування дітей до 1 року частково пов'язано із грудним вигодовуванням, а отже, із харчуванням матері. Відповідно у дослідженні встановлено взаємозв'язок між доступністю фруктів і соків для дітей та постнеонатальною смертністю ($R = 0,520$; $p \leq 0,01$);

– індивідуальною поведінкою щодо збереження власного здоров'я населення. Здоровий спосіб життя батьків суттєво збільшує ймовірність доброго стану здоров'я їхньої дитини. Смертність немовлят в Україні відповідно корелюється із показниками споживання тютюну та спиртних напоїв за регіонами. Причому це стосується не стільки постнеонатальної смертності ($R = 0,480$; $p \leq 0,05$), скільки неонатальної ($R = 0,608$; $p \leq 0,001$). Відповідно споживання тютюну та спиртних напоїв є ризиком смертності немовлят, особливо в неонатальний період.

Перелічені вище та інші СЕД відображають регіональну диференціацію смертності немовлят в Україні. Наприклад, за середньозваженими показниками за 2011–2015 рр. 14 з 24 регіонів України належать до однієї групи, де смертність немовлят становить від 5,5 до 7 осіб на 1000 народжених живими, що є позитивним моментом (рис. 4.8). Разом з цим, маємо області, де цей показник становить близько 5 осіб (Київська та Полтавська), а також перевищує 10 (Донецька та Кіровоградська). Отже, в деяких областях України рівень смертності немовлят порівняно вищий з іншими регіонами майже у 2 рази. Схожою є ситуація і щодо постнеонатальної смертності, найвищі показники якої – 2,4 особи на 1000 народжених живими – у Львівській області та м. Києві у більш ніж два рази нижчі за Закарпатську область – понад 5 осіб на 1000 народжених живими.

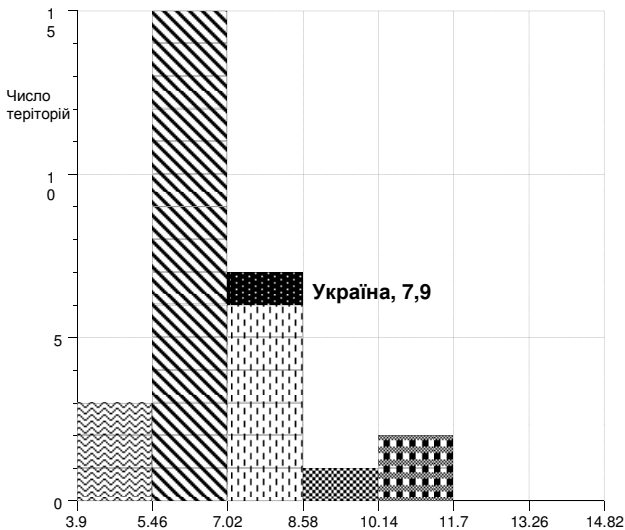


Рис. 4.8. Групування областей України за рівнем смертності дітей до 1 року (на 1000 народжених живими), середньозважений показник за 2011–2015 рр.

Джерело: побудовано за [22].

Недостатня увага до названих вище СЕД здоров'я немовлят (низький рівень доходів, недостатня санітарна грамотність і відповідальність за власне репродуктивне здоров'я та здоров'я дитини) та наявність певних організаційних проблем (слабка міжвідомча взаємодія при організації та проведенні патронажу дітей першого року життя, обліку та патронажу соціально неблагополучних сімей з дітьми, низький рівень забезпечення охорони здоров'я матерів і дітей, захисту їхніх прав; неналежна організація превентивної госпіталізації дітей за наявності загрози їхньому здоров'ю в медичні заклади; невиконання в повному обсязі стандарту диспансерного (профілактичного) спостереження дітей першого року життя та інше є перешкодою для скорочення смертності немовлят в Україні.

З огляду на це одним із пріоритетних завдань охорони дитинства в Україні має бути належна системи захисту здоров'я новонароджених дітей, формування і функціонування якої потребує істотних матеріальних витрат та проведення відповідних організаційних заходів.

Захворюваність та поширеність хвороб дітей і підлітків віком 0–17 років в Україні суттєво зросли за останні десятиріччя. З 1991 по 2010 р. захворюваність дітей віком до 14 років збільшилася більш ніж у 1,5 разу, а дітей підліткового віку (15–17 років) – у 2,2 разу. Зростання цих показників, з одного боку, пов'язане із погіршенням стану здоров'я дітей, а з іншого – з поліпшенням діагностики.

За останні кілька років, починаючи з 2011 р., окреслились позитивні зрушення, пов'язані зі зменшенням захворюваності дітей та підлітків (рис. 4.9). Особливо це стосується дітей віком до 6 років, захворюваність серед яких за цей період щороку знижується на 2–4%. Разом з цим, зменшення рівня захворюваності серед підлітків 15–17 років не спостерігається. Крім цього, показники офіційної статистики, які

фіксують різке скорочення захворюваності дітей та підлітків у середньому по Україні у 2014 р. і частково у 2015 р., не є точними, оскільки базуються на даних, які мають низький ступінь надійності². Частковим підтвердженням цього є відсутність суттєвого зменшення захворюваності дітей і підлітків за вказаний період у більшості областей України, де облік здійснюється відносно точно.

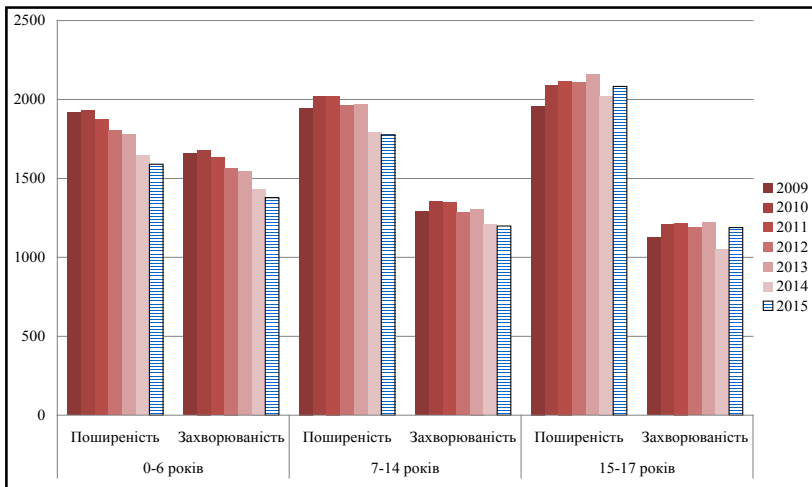


Рис. 4.9. Захворюваність та поширеність хвороб дітей і підлітків віком 0–17 років в Україні (на 1000 дітей відповідного віку)

Джерело: [22].

Серед інших аспектів, пов'язаних із статистичним обліком, варто звернути увагу на той факт, що реальні показники захворюваності дітей і підлітків можуть бути

² Такий низький показник зумовлений наближенням області до м. Києва та частковою фіксацією смерті немовлят, батьки яких фактично мешкають у Київській області та перебувають у пологових будинках і лікарнях м. Києва.

вищі, оскільки не всі випадки захворюваності реєструються медичними закладами. Це відображають дані проведеного оцінювання захворюваності населення країни загалом. Слід зауважити, що не всі батьки мають можливість та бажання звертатись за медичною допомогою для своїх дітей у разі хвороби і такі випадки також не обліковуються.

Таким чином, сучасний рівень захворюваності дітей і підлітків віком 0–17 років (1274,7 особи на 1000 відповідного населення) та поширеності хвороб (1742,3) серед них в Україні є суттєво вищим, ніж за останніх 25 років, і вищим за відповідний показник більшості країн Європи. Дитячі хвороби потребують особливої уваги, оскільки дуже часто негативно впливають не тільки на сучасний стан здоров'я дитини чи підлітка, а й на здоров'я у майбутньому дорослому житті. Це передбачає залучення додаткових матеріальних, моральних, інформаційних та інших ресурсів. Тобто пошук резервів для зменшення дитячої та підліткової захворюваності й смертності населення є вкрай важливим і актуальним завданням.

Переважаючою причиною захворюваності серед дітей і підлітків (0–17 років) в Україні залишаються хвороби органів дихання (67,1%); понад 3% становлять хвороби шкіри і підшкірної клітковини, деякі інфекційні та паразитарні хвороби, травми, отруєння й деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників, хвороби органів травлення, ока та його придаткового апарату (рис. 4.10). У структурі причин дитячої та підліткової захворюваності в Україні за останні два з половиною десятиріччя відбулися певні зміни. Насамперед це пов'язано із зростанням частки хвороб органів дихання і новоутворень.

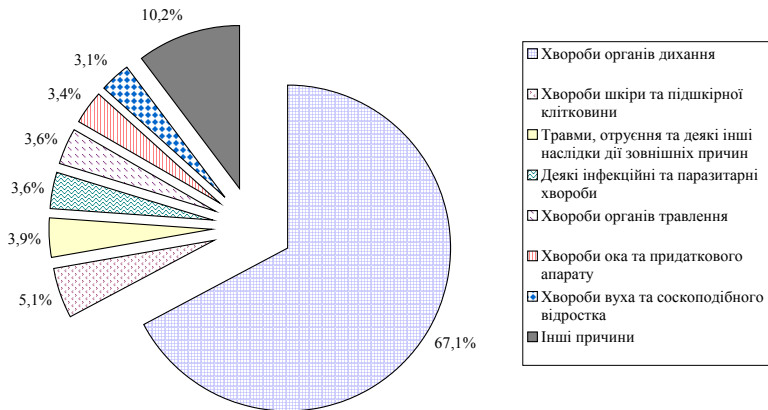


Рис. 4.10. Структура захворюваності дітей віком 0–17 років в Україні у 2015 р. (%) (

Джерело: [22].

Оцінювання динаміки захворюваності та поширеності хвороб у дітей віком 0–17 років в Україні за 2011–2015 рр. свідчить про зменшення відповідного показника практично за всіма класами хвороб за цей період, крім новоутворень, захворюваність на які зросла на 3,3%. Результати порівняння з більш раннім періодом, що припадає на 2000 р., демонструють протилежну картину, оскільки відповідні показники в 2015 р. були вищими за багатьма класами хвороб. Зокрема, це новоутворення (зростання показника на 34%), хвороби органів дихання (15%), нервової системи (на 10%) тощо. Особливе занепокоєння викликає зростання онкологічних патологій, оскільки летальність на них доволі висока.

У захворюваності підлітків віком 15–17 років, як і дітей та дорослих, перше місце належить хворобам органів дихання, частка яких у 2015 р. становила 56,0%. Порівняно з 1991 р. захворюваність підлітків зростає за всіма класами захворювань, але найвищі темпи зростання спостерігаються серед хвороб крові та кровотворних органів (у 9 разів); новоутворень (у 5 разів); хвороб сечостатевої (у 4,5 разу), кістково-м'язової, ендокринної систем; хвороб системи кровообігу (у 3,5 разу); хвороб органів дихання, при ураженнях шкіри і підшкірної клітковини (у 2,5 разу), хвороби органів травлення та при вроджених аномаліях (у 2 разу). Очевидно, що темпи приросту хронічної патології найбільш високі серед підлітків порівняно з дітьми молодших вікових груп.

Отже, якщо у 1991 р. серед захворювань підлітків віком 15–17 років третє місце посіли хвороби нервової системи, то до 2015 р. вони зайняли 8-му позицію, а хвороби ока та його придаткового апарату, які у 1991 р. взагалі не виділялись окремим класом хвороб, у 2015 р. перебували на 5-му місці. Суттєво знизилась за цей період серед усіх захворювань, крім хвороб нервової системи, частка травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин захворювань. Однак серед дітей віком 0–14 років кардинальних змін у структурі причин захворюваності не відбулось.

Доцільним доповненням для аналізу даних офіційної статистики є соціологічний моніторинг стану здоров'я дітей і підлітків. Одним з таких досліджень є опитування учнівської молоді та керівників навчальних закладів в Україні, яке провів Український інститут соціальних досліджень ім. Олександра Яременка. В межах Міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України» («Health behaviour school-aged children» (HBSC)) [31; 32] проаналізовано вплив соціального середовища на

формування здоров'я учнівської молоді віком 11–17 років, зокрема батьківської сім'ї та шкільного оточення.

За результатами самооцінювання стану здоров'я, проведеного в межах цього проекту, більшість учнівської молоді (79% проти 70% у 2010 р.) задоволена станом свого здоров'я, оцінюючи його як «чудове» або «гарне». Відповідно кожен п'ятий (20,6%) респондент вважав стан власного здоров'я «посереднім» або «поганим» (30%), причому найчастіше так його оцінювали опитані із сімей з достатком нижчим від середнього та низьким (43,6%) і діти, що проживали без рідних батьків або з іншими родичами (29,4%) [32, с. 57]. Дещо вищі, але схожі показники задоволеності власним станом здоров'ям, отримано за опитуванням «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році», яке щороку здійснює ДССУ [33]. За даними проведеного опитування, стан свого здоров'я як «добре» оцінили 76% дітей віком 7–13 років і підлітків віком 14–17 років (у 2011 р. – 74%).

Найбільше незадоволені станом власного здоров'я учениці професійно-технічних навчальних закладів (ПТНЗ) (серед них 52% респондентів оцінили його як «посереднє» і 6% – як «погане») [31]. Результати цього опитування можуть бути підтвердженням авторської гіпотези, що стан здоров'я суттєво визначається освітою, адже освіченість серед студентів вищих навчальних закладів III–IV рівнів акредитації (ВНЗ) вища, ніж у студентів ПТНЗ. Крім цього, рівень доходів сімей студентів ПТУ, як правило, нижчий за доходи сімей студентів ВНЗ, що також дає підстави емпірично зробити висновки про визначальну роль доходів для здоров'я населення і підлітків зокрема.

Беручи до уваги те, що за офіційними статистичними даними ДССУ поширеність хвороб серед підлітків (15–17 років) становить 2%, про наявність хронічного захворювання, інвалідності або медичних показань, діагностованих лікарем, повідомило 14% опитаних [32] та 12% [33]. На це частіше вказували дівчата, ніж хлопці (16% та 11% відповідно). Понад половини респондентів (або 8% від опитаних), в яких є які-небудь хронічні захворювання, інвалідність або медичні показання, змушені у зв'язку із цим приймати ліки [31].

Серед опитаних дітей і підлітків віком до 18 років, які мають хронічні захворювання, 22% хворіють на хронічний бронхіт та алергію (за винятком алергічної астми), 8% – хвороби системи кровообігу та 2% – мігрені або частий головний біль, діабет й астму неалергічну [33]. Такі показники сомооцінювання не повністю збігаються з даними офіційної статистики, але заслуговують на увагу, оскільки засвічують не тільки поширеність певних хвороб, а дають змогу виявити ті з них, які найбільше турбують дітей та підлітків і мають хронічний характер.

Виявлена також регіональна нерівність рівнів захворюваності дітей і підлітків віком 0–17 років. Зокрема, найвищий рівень поширеності хвороб серед них у 2015 р. зафіксовано у м. Києві (2473,7) та Київській області (2410,5), що у 1,8 разу є вищим показником порівняно із Закарпатською областю (1360,7), де його значення найнижче (рис. 4.11). Практично аналогічна ситуація спостерігається з первинною захворюваністю, диференціація показників якої на даний час посилюється. Однак при цьому зазначимо, що у м. Києві та Київській області наведені показники захворюваності є завищеними через особливостями її обліку, про що йшлося вище.

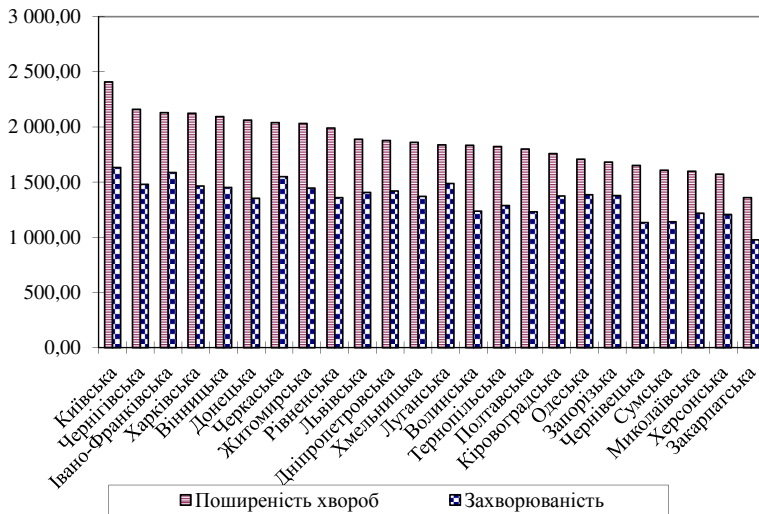


Рис. 4.11. Регіональна диференціація захворюваності та поширеності хвороб в Україні серед населення віком 0–17 років

Джерело: [22].

Недосконалість обліку не тільки нає дає змоги виявити реальні масштаби захворюваності дітей та підлітків в Україні, а й здійснити оцінювання ступінь впливу на неї визначальних детермінант. Так, за отриманими даними виявлено тільки дві слабкі кореляції (табл. 4.8):

– між рівнем захворюваності та рівнем викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря (ВЗРАП). Враховуючи той факт, що 2/3 від захворювань дітей і підлітків – це хвороби органів дихання, можна зробити припущення, що забруднення атмосферного повітря суттєво це визначає. Підтвердженням цього є показники кореляції між захворюваністю на органи дихання та ВЗРАП, які доволі високі ($r= 0,674$, $p \leq 0,001$);

Таблиця 4.8

**Основні детермінанти захворюваності дітей
та підлітків (0–17 років) в Україні**

		Поширеність хвороб	Захворюваність
Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних та пересувних джерел забруднення у розрахунку на один квадратний метр	R	0,500	0,526
	p	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$
Частка домогосподарств, рівень доходу яких протягом останнього року не дав змоги забезпечити дітей фруктами чи соками у достатній кількості	R	0,494	0,544
	p	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$

Джерело: розраховано за [22; 34; 35].

– між рівнем захворюваності та рівнем споживання дітьми фруктів. Недостатнє, нерегулярне та незбалансоване харчування особливо негативно впливає на функціонування організму дітей та підлітків (порівняно з дорослими). Важливу роль при цьому відіграє споживання овочів і фруктів, яких має бути у достатній кількості. Недостатність споживання може бути пов'язана із низьким рівнем грамотності населення, незнанням правил раціонального харчування або з низьким рівнем відповідальності за власне здоров'я. Однак найбільш розповсюдженим явищем є низький рівень доходу, що не дає змоги купувати фрукти, ціна на які в Україні доволі висока. За останній період (2014–2016 рр.) саме ціни на фрукти найбільше зростали, що свідчить про існування цінової еластичності попиту на цю продукцію. З огляду на це доступність фруктів для українського населення є суттєво нижчою, ніж, наприклад, для європейців. Так, наприклад, в Україні за мінімальну заробітну плату можна придбати

яблук у 9 разів менше, ніж у Польщі, і у 19 разів менше, як у Швеції. Подібна ситуація також щодо вартості інших фруктів (табл. 4.9). Це свідчить про невисокі купівельні можливості населення України, що відображається на його стані здоров'я, насамперед дітей і підлітків.

Таблиця 4.9

**Доступність фруктів для населення
(за станом на липень 2016 р.)**

	Україна	Польща	Швеція
Мінімальна заробітна плата (євро)	57,8	417	1936
Середня роздрібна ціна (євро, за 1 кг):			
1. Яблука	0,54	0,43	0,95
2. Апельсини	1,08	1,20	2,03
3. Банани	0,79	1,05	1,55
Купівельна спроможність (кількість кг за мінімальну заробітну плату)			
1. Яблука	107,0	969,8	2037,9
2. Апельсини	53,5	347,5	953,7
3. Банани	73,2	397,1	1249,0

Джерело: [35; 36].

Отримані результати кореляційної залежності свідчать, що для збереження здоров'я дітей та підлітків в Україні вагоме значення має стан атмосферного повітря (екологічна детермінанта) та якість харчування (СЕД). Це підтверджується й деякими іншими дослідженнями, де, зокрема, зазначається, що до чинників зовнішнього середовища, які найбільш негативно впливають на стан здоров'я дітей в Україні, зараховано забруднене атмосферне повітря [37]. Крім цього, за останній період в Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей, незалежно від місця їхнього проживання, які не споживають щодня свіжих фруктів і/або овочів (на 23%) [38].

Отже, рівень захворюваності дітей та підлітків в Україні залишається високим. Як результат – висока, порівняно із середньоєвропейськими показниками дитяча та підліткова смертність.

Вікові показники дитячої та підліткової смертності в Україні за останні 20 років постійно знижуються. Особливо це стосується вікової групи 5–14 років (на 39% за останні 10 років) (рис. 4.12). При цьому є кілька особливостей. По-перше, за останні 5 років темпи зниження смертності у віці 1–17 років суттєво скоротились порівняно із попереднім періодом. Це підтверджується поліноміальними лініями тренда, які побудовані на рис. 4.13 та демонструють те, що з 2012 р. темпи скорочення дитячої та підліткової смертності мали бути більшими, особливо серед дітей 1–4 роки. По-друге, рівень дитячої та підліткової смертності залишається в Україні суттєво вищим за Польщу (у 3,9 разу у віці 1–4 роки; у 2,5 разу у віці 5–14 років; у 2,8 разу у віці 15–17 років) та Швецію (у 6,4 разу у віці 1–4 роки; у 5,9 разу у віці 5–14 років; у 12,1 разу у віці 15–17 років). Ці дві обставини свідчать про те, що разом із позитивними тенденціями щодо скорочення дитячої та підліткової смертності, їхні втрати могли б бути суттєво нижчими. Так, існують значні резерви щодо зниження смертності в Україні. Ці резерви насамперед пов'язані із зниженням рівня смертності від зовнішніх причин, яка є в Україні невиправдано високою та від якої діти та підлітки помирають найчастіше (28,9% у віці 1–4 роки; 43,9% – 5–9 років; 50,6% – 10–14 років; 67,6% – 15–17 років). Скорочення до мінімуму смертності від зовнішніх причин у дитячому віці сприяла б зростанню середньої очікуваної тривалості життя, чисельності працездатного населення, а також загальних показників його відтворення у майбутньому.

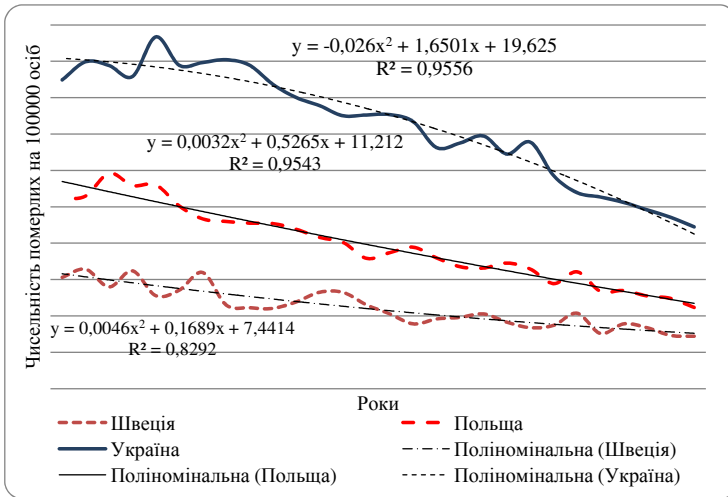


Рис. 4.12. Динаміка рівня смертності дітей віком 5–14 роки в Україні, Польщі та Швеції

Джерело: розраховано за [22; 23].

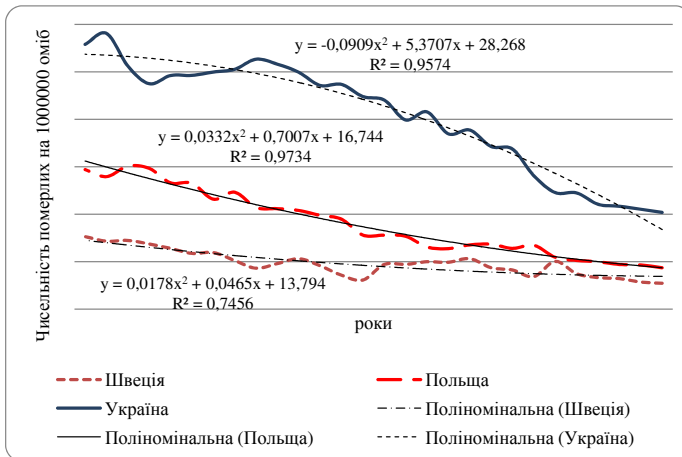


Рис. 4.13. Динаміка рівня смертності дітей віком 1–4 роки в Україні, Польщі та Швеції

Джерело: розраховано за [22; 23].

При цьому необхідно зазначити, що зовнішні причини смерті на даний час є провідними причинами смертності дітей і підлітків загалом. Їхня частка в структурі причин дитячої смертності зростає, незважаючи на зниження частоти випадків (рис. 4.14). Це пояснюється тим фактом, що зниження смертності дітей від інших причин відбувається більш швидкими темпами.

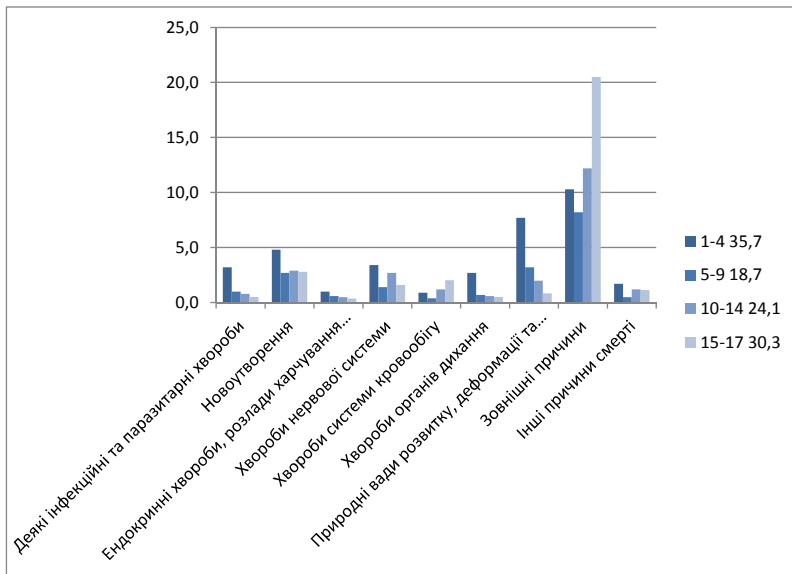


Рис. 4.14. Структура смертності за причинами смерті та віковими групами в Україні, 2015 р. (кількість померлих на 100000 осіб відповідної вікової групи)

Джерело: розраховано за [13].

Зовнішніми причинами смертності, що спричиняють її високий рівень, є такі: нещасні випадки, пов'язані з транспортом; випадкові утоплення та занурення у воду й самоушкодження (особливо серед осіб 15 років і старших). При зіставленні даних статистики, отриманих в Україні та європейських країнах, де діти рідше помирають від хвороб, виявляється, що частка смертності від зовнішніх причин у показнику загальної смертності українських дітей непропорційно висока. Смертність від нещасних випадків, пов'язаних із транспортом, серед населення віком 1–17 років в Україні більша, ніж у Швеції, у 4,5 разу та у 1,3 раз порівняно з Польщею. Найбільші відмінності у показниках спостерігаються серед осіб віком 5–14 років (рис. 4.15). У 2016 р. в Україні у ДТП загинуло 172 дитини, а 3823 отримали травми. Вважаємо, що ця причина смертності викликана певними обставинами, які впливають не тільки на дітей. Перша причина – організаційна, що викликана незадовільним станом доріг, низьким рівнем контролю за дотриманням правил дорожнього руху тощо. Однак найважливішою в цьому разі є індивідуальна відповідальність населення за власну безпеку, яка полягає у дотриманні правил дорожнього руху, невживанні спиртних напоїв учасниками дорожнього руху та ін. Діти з огляду на їхні фізіологічні особливості більш вразливі до травмування під час нещасних випадків, і тому зменшення кількості останніх є необхідним для зниження показника смертності осіб цієї вікової групи в Україні.

Смертність від випадкових утоплень та занурень у воду в Україні більша, ніж у Швеції, у 10 разів та у 5,5 разу порівняно з Польщею (рис. 4.16). Ця причина смертності також зумовлена впливом організаційних детермінант (облаштування місць для пляжного відпочинку та забезпечення їхньої охорони), рівнем індивідуальної відповідальності батьків за здоров'я дітей та обсягів отриманих дітьми знань про безпеку на воді.

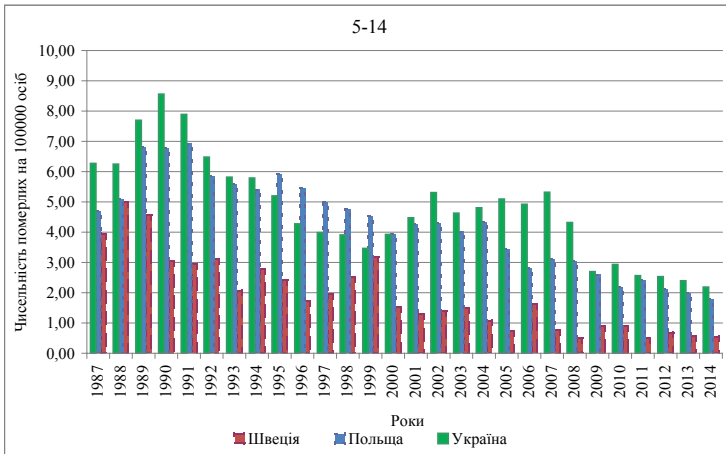


Рис. 4.15. Смертність від нещасних випадків, пов'язаних з транспортом, серед населення віком 5–14 років

Джерело: [22; 23].

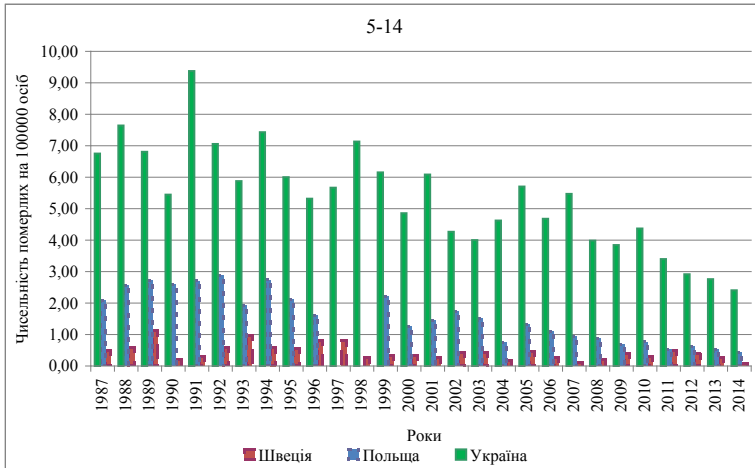


Рис. 4.16 Смертність від випадкових утоплень та занурень у воду серед населення віком 5–14 років

Джерело: [22; 23].

У 2013 р. в Україні серед дітей віком 10–14 років на навмисне самоушкодження припадало 7,0% від загальної кількості смертей, а серед підлітків віком 15–19 р. – 19,2%. Це означає, що майже кожен п'ятий померлий віком 15–19 років гине внаслідок самогубства. На відміну від інших причин, смертність від навмисного самоушкодження не має чітко виражених тенденцій до зниження чи зростання і характеризується суттєвими коливаннями з року в рік. Для зівставлення рівня від вказаної причини смерті серед дітей та підлітків узято середньозважений показник за 10 років (2005–2014 рр.). За цим показником, смертність від суїциду серед дітей і підлітків віком 5–14 років в Україні вища порівняно за Польщею у 4,2 разу, зі Швецією – у 3,4 разу, у віковій групі 15–19 років – у 5,2 та 4,6 разу відповідно. За даними Центру досліджень дитинства Українського НДІ, у 27% дітей віком від 10 до 18 років час від часу з'являються суїцидальні думки [39]. Основними причинами такої поведінки молоді і, як наслідок, високого рівня смертності від самогубств є соціальні та соціально-психологічні чинники впливу: втрата соціальних зв'язків, депресія, фрустрація, алкоголізм, наркоманія, невдачі у навчанні, конфлікти з родичами, однолітками, страх перед майбутнім, самотність, розчарування у коханні, втрата сенсу життя, хронічна відсутність грошей і роботи тощо [40]. Відчуття фізичного добробуту – одна з основних складових загальної вітальності, бажання жити [41]. Отже, рівень смертності від самогубств серед молоді, як і більшості інших вікових груп населення, суттєво залежить від СЕД, серед яких варто виокремити такі: рівень доходів, соціальний капітал, соціальна напруженість тощо. Їхня відсутність чи наявність можуть викликати стрес та бути підґрунтям для суїцидальної поведінки. Необхідно зауважити, що 80% підліткових самогубств в Україні скоєно хлопцями, які виявляються більш вразливими.

Слід також наголосити, що проблемі смертності дітей і підлітків від самогубств більше уваги приділяють соціологи та психологи, ніж демографи, оскільки у цих вікових групах порівняно з іншими її рівень невисокий. Однак в умовах війни на сході країни, високого соціального напруження, поширення в соціальних мережах груп, метою яких є доведення людей до самогубств, цей рівень може зрости, що потребує відповідних заходів профілактики суїцидальної поведінки. Розуміння ж причин високого рівня самогубств серед українських дітей і підлітків можна отримати тільки при комплексному і системному підході до вивчення проблеми, що міститиме би розгляд усіх детермінант, які можуть визначати рівень суїцидів для окремих вікових та соціальних груп, і міжнародні порівняння, що дають змогу виявити специфічні риси смертності серед населення в Україні.

Загалом серед заходів, спрямованих на зниження рівня дитячої та підліткової смертності від зовнішніх причин, можна виокремити такі, які захищають людину незалежно від її власних дій. Основна стратегія розвинених країн щодо зниження рівня травматизму полягає в тому, щоб зробити навколишнє середовище людини максимально безпечним для неї [41]. Так, у Доповіді ВООЗ «Про профілактику дитячого травматизму в Європі» рівень смертності від травм у дітей віком від 0 до 19 років безпосередньо пов'язується з тим, наскільки суспільство загалом готове до солідарної колективної відповідальності за дітей. За таких обставин суспільство має вирішити проблему здоров'я дітей через прийняття заходів структурного характеру з опорою на широкий загал, які забезпечать реальні результати для всіх, незалежно від соціальної належності або рівня доходів [42, с. XIII]. Найбільш ефективними є заходи, спрямовані на створення безпечного середовища для дітей. З огляду на це дитяча смертність від зовнішніх причин найнижча в тих країнах, де вкладають інвестиції в безпеку, розглядаючи це як обов'язок суспільства, а не окремих осіб або організацій.

Це підтверджують дані вітчизняної статистики, за якими смертність дітей та підлітків від зовнішніх причин суттєво вища у сільській місцевості порівняно із міськими поселеннями в 1,7 разу (1–17 років). Найбільше відмінностей за такими причинами, як смертність від випадкових утоплень і занурень у воду (у 2,5 разу) та навмисного самоушкодження (2,3 разу – 5–19 років). Частковим поясненням такої диференціації може бути те, що у сільській місцевості порівняно із містами нижчий рівень доходів населення, розвитку соціального капіталу, доступності та якості медичної допомоги, що дуже часто має вирішальне значення для рятування життя під час нещасних випадків та впливу інших СЕД.

Крім зовнішніх причин смертності дітей і підлітків (1–17 років), в Україні доволі високі показники за такими причинами: новоутворення (4,0; порівняно з Польщею показник вищий у 1,7 разу і Швецією – у 1,9 разу); природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (3,6); хвороби нервової системи (2,7; вищий у 2,6 разу (Польща) та у 4,8 разу (Швеція)); інфекційні та паразитарні хвороби (1,5; відповідно у 3,1 та 5,6 разу). Особливо значні відмінності спостерігаються серед дітей віком 1–4 роки.

Вищенаведені дані свідчать, з одного боку, про значні резерви зменшення дитячої та підліткової смертності, а з іншого – про невисоку ефективність заходів, що проводяться нині. Зокрема, смертність від новоутворень ліквідувати неможливо, але необхідно її звести до мінімуму за допомогою проведення профілактики цих захворювань та розвитку вітчизняних медичних закладів із сучасним обладнанням і забезпечення доступності таких закладів. Так, вища за середньоєвропейську смертність дітей та підлітків від новоутворень в Україні не стільки пов'язана із вищою захворюваністю на ці хвороби, скільки із вищим рівнем летальності.

Суттєва диференціація у рівні смертності дітей та підлітків існує й між регіонами України. Найвищий рівень дитячої та підліткової смертності (1–17 років) за останній період зафіксований у Житомирській області (42,2 померлих на 100000 осіб), і цей показник є більшим за найнижчий у м. Києві (20,6) у 2,1 разу. Найбільш значні відмінності у смертності дітей вікової групи 5–9 років: у Житомирській області (37,8) цей показник вищий порівняно з Тернопільською (3,6) у 10 разів. Групування областей за рівнем смертності дітей та підлітків віком 1–17 років дає змогу виявити певні закономірності в її диференціації. Зокрема, найнижчі показники спостерігаються у м. Києві та трьох західних областях – у Тернопільській, Івано-Франківській, Чернівецькій; найвищі – у Житомирській, Херсонській, Закарпатській та Чернігівській областях, які розташовані у різних частинах країни, але мають спільну рису – низький коефіцієнт щільності населення (рис. 4.17). З огляду на це у названих регіонах низький рівень доступності медичних послуг. Зокрема, ці області належать до переліку тих регіонів, які найменше забезпечені лікарями та молодшим медичним персоналом.

Отже, регіональна нерівність смертності дитячого населення в Україні має зовнішню природу, зокрема зумовлену впливом СЕД. За розрахунками, найбільш залежною від дії СЕД є смертність дітей віком 1–4 роки. Найбільш визначальною детермінантою при цьому є рівень освіти (у цьому разі батьків дитини) (табл. 4.10). Освічені батьки краще поінформовані про ризики для здоров'я їхніх дітей і мають більше можливостей знизити їх до мінімуму.

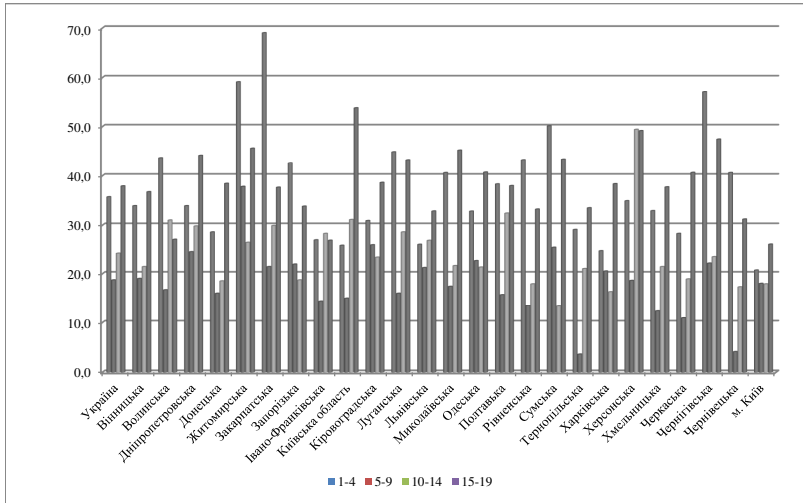


Рис. 4.17. Регіональна нерівність у смертності дітей та підлітків України, 2015 р. (кількість померлих на 100000 осіб відповідної групи)

Джерело: [22].

Хоч показник кореляції доходу населення та дитячої смертності невисокий, але вона є наявною (дохід на душу населення: $R = -0,487$; $p \leq 0,01$). Діти, батьки яких є більш заможними, мають вищі шанси вижити через кращу доступність медичних товарів, більші можливості для освіти, розвитку соціального капіталу. Впливає на рівень смертності також доступність якісного та раціонального харчування (зокрема споживання фруктів і соків). Таким чином, у дуже ранньому віці простежуємо взаємозв'язок таких складових: дохід = харчування = захворюваність = смертність. Про вплив харчування на рівень смертності дітей в Україні свідчать також дані інших досліджень. Зокрема, Н. Гуліч [43] щодо цього зазначає, що харчування здійснює особливо виражений вплив на здоров'я людини саме в підлітковому віці.

Таблиця 4.10

**Соціально-економічні детермінанти
смертності дітей віком 1–4 роки в Україні**

Детермінант СЕД	Індикатори СЕД		
Дохід	Дохід на душу населення	R	-0,487
		p	$p \leq 0,01$
Освіта	Частка населення із освітою не нижчою від рівня «базова вища» серед населення 25 років і старших	R	-0,649
		p	$p \leq 0,001$
Дохід Харчування	Частка домогосподарств, рівень доходу яких протягом останнього року не дав змоги забезпечити дітей фруктами чи соками	R	0,541
		p	$p \leq 0,01$
Доступність та якість медичних товарів та послуг	Кількість лікарняних ліжок на душу населення	R	-0,514
		p	$p \leq 0,05$
	Кількість лікарів усіх спеціальностей у розрахунку на особу	R	-0,468
		p	$p \leq 0,05$
	Частка домогосподарств в яких хоча б одному члену не вдалось отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя	R	0,535
		p	$p \leq 0,01$
	Частка домогосподарств, в яких хоча б одному члену не вдалось відвідати лікаря	R	0,454
		p	$p \leq 0,05$

Примітка: «ns» статистично не значущі показники

Джерело: розраховано автором

Вагомими СЕД смертності дітей віком 1–4 роки є також доступність медичних товарів і послуг.

Отже, здоров'я дітей і підлітків (0–17 років) суттєво залежить від СЕД, які здійснюють не тільки прямий, а опосередкований вплив, оскільки у цьому віці формуються основи здоров'я людини на майбутнє життя. Проте негативний вплив на здоров'я населення в Україні за останній період мають такі детермінанти: зменшення доходів, зростання бідності, погіршення фінансування системи охорони

здоров'я тощо. Їхня дія спричинена передусім загостренням суспільно-політичної ситуації та війною на сході України, що може відобразитись на здоров'ї населення у майбутньому.

4.1.2. Соціально-економічні умови раннього періоду життя як чинник нерівності у стані здоров'я населення у майбутньому

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 СЕД та ступенем впливу останніх на різних етапах життя. Саме такий ланцюг взаємозв'язків протягом життя людини досліджує теорія життєвого курсу (ТЖК).

Аналіз стану здоров'я населення за 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 вести здоровий спосіб життя як засіб профілактики розвитку хронічних захворювань, таких як хвороби кровоносної системи, діабет та інші [44], у ТЖК наголошується на значущості накопичених впливів на здоров'я і виникненні хвороб унаслідок впливу зовнішнього середовища протягом тривалості життя [45; 46].

При цьому слабе врахування особливостей траєкторій життя, СЕД, які супроводжують це життя, під час розробки концепцій та стратегій охорони здоров'я в Україні визначає актуальність і практичне значення зазначеної проблеми.

Керуючись ТЖК, можна стверджувати, що стан здоров'я населення є результатом впливу не тільки фізичного, духовного та емоційного станів, в яких перебуває людина в певний момент життя, залежить не тільки від тих детермінант, які визначають цей стан на конкретний момент, а й від того, що відчувала людина та які детермінанти діяли на неї протягом попереднього життя. Це припущення було підтверджено Національним поздовжнім обстеженням у США [46], Спільним дослідженням Західної Шотландії, Норвегії та Фінляндії [47], обстеженням хворих на цукровий діабет у Великобританії, які засвідчили, що несприятливі економічні та соціальні умови протягом життя людини призводять до розладів [48].

Життєвий курс (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 стан здоров'я на різних етапах розвитку людини – у РПЖ (раннє дитинство, дитинство, юність) та дорослому житті, які з цих детермінант впливають на стан здоров'я на певному етапі життя, а які забезпечують основу для 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, оскільки між ЖК осіб, які мають тісні родинні зв'язки, існує високий рівень взаємозалежності [49]. Одним із завдань моніторингу ЖК є 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 [50; 51], 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 виникати залежно від змін детермінант, 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 організму [52; 53].

Й. Бен-Шломо і Д. Кух [45] 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 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) середовищ або впливом інших механізмів, таких як харчування, фізична активність, інфекції або стрес у дитячому та підлітковому віці. З огляду на це детермінанти РПЖ розглядаються як початковий етап курсу до здоров'я (нездоров'я) дорослих, але з непрямим ефектом через соціальні траєкторії, такі як обмеження можливостей для отримання медичної допомоги чи освіти. Таким чином 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 і далі. Такий вплив відомий як «адитивний ефект», коли негативний досвід збільшує ризик виникнення захворювання в

кумулятивній формі, а також як «тригерний ефект», коли це тільки остання ланка в ланцюзі, яка значно впливає на ризик виникнення певного захворювання. Наприклад, поєднання негативного впливу властивостей азбесту і куріння призводить до більш високого ризику розвитку раку легенів, ніж можна було б очікувати окремо від кожного з цих ефектів [54].

Збір детальних даних для періодів, що охоплюють ЖК загалом, 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 за 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 суті змін у здоров'ї і хвороб населення з часом у різних країнах і між різними соціальними групами на вивчення ТЖК останнім часом звертають більшу увагу. Зокрема, Д. Сміт і його однодумці [56–58] 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 [59], ТЖК пов'язана із накопиченням та використанням різних форм капіталу: економічного, людського, культурного, соціального та капіталу здоров'я (рис. 4.18). Ці ресурси взаємопов'язані між собою. Якщо, з одного боку, розглядати здоров'я як базову частину авторської схеми (див. рис. 1.10), то інші форми капіталу та їхні складові будуть 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. 4.18. Уявлення про перспективи життєвого курсу

Джерело: [59].

ТЖК базується на взаємопов'язаних принципах: поздовжнього життя, багатогранного життя, життя людей, взаємопов'язаних між собою, і життя, що розгортається у соціальних контекстах (рис. 4.19).

Перший принцип полягає у тому, що 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.



Рис. 4.19. Принципи життєвого курсу крізь призму здоров'я населення

Джерело: модифіковано автором на основі [59].

У цьому разі базовими в перспективі ЖК є 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, в 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. Чим більш ефективно населення використовує потенціал у навчанні, зайнятості, соціальних відносинах, охороні здоров'я та інших напрямках життєдіяльності, тим більшою є в нього ймовірність бути здоровим. У цьому разі перелічені СЕД здоров'я є не тільки чинниками, а й засобами збереження здоров'я.

Саме тому необхідно сприяти довічному навчанню, підвищенню грамотності в питаннях здоров'я, підтримці зайнятості, а також запобігати шкідливому впливу бідності на здоров'я, особливо серед дітей. Відповідно 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 й інтерактивним способом.

Третій принцип (життя людей, взаємопов'язаних 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 і сімейної стійкості, що сприяє збереженню здоров'я.

Крім того, члени сім'ї можуть також синхронізувати або координувати своє життя з точки зору його планування 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 у сфері охорони здоров'я, освіти, соціальної допомоги, місцевого самоврядування, транспорту, навколишнього середовища тощо. Є дослідження, які відображають значні відмінності навіть серед розвинених суспільств у рівні добробуту населення [57]. У країнах із ліберальною політикою акцентують увагу на ринках і залишкових соціальних програмах; країни, які проголошують соціально-демократичні цінності пропонують універсальний соціальний захист,

наголошуючи при цьому на широкій участі у ринку праці; у країнах із консервативними настроями, як правило, більше покладаються на сім'ї та соціальне страхування. У кожній конкретній країні розвивалися різні компроміси між цими моделями протягом тривалого періоду, і порівняльне дослідження ЖК може сприяти нівелюванню впливу наслідків минулого на результати траєкторії окремих осіб і сімей.

Авторське соціологічне дослідження підтвердило значний вплив умов РПЖ на стан здоров'я українського населення у майбутньому, з одного боку, та на СЕД, які його визначають у дорослому житті, – з іншого.

У ході дослідження виявлені характерні риси впливу умов РПЖ для різних статевих, вікових, соціальних груп населення, їхні особливості серед міського та сільського населення. Зокрема, встановлено, що 2,9% опитаних у РПЖ мали «поганий» або «дуже поганий» (інвалідність) стан здоров'я; 14,8% оцінили стан власного здоров'я у цьому віці як «задовільний» (рис. 4.20). Серед жінок частка тих, хто оцінює стан власного здоров'я у РПЖ як «поганий» чи «дуже поганий» вища (4,0%), ніж у чоловіків (1,7%), як і частка тих, хто визначає його як «задовільний» (16,3% проти 13,1%). Несуттєво, але нижчими є показники такого оцінювання серед сільського населення порівняно із мешканцями міст – 3,5% оцінили стан власного здоров'я у РПЖ як «поганий» або «дуже поганий» (у містах – 2,7%), 15,3% – як «задовільний» (14,6%). Найбільш цікавими є результати оцінювання стану власного здоров'я у РПЖ за віком опитаних (табл. 4.11). Існує чітка тенденція покращення стану здоров'я населення у РПЖ протягом тривалого проміжку часу: чим молодший респондент, тим вища оцінка. Це свідчить про позитивну динаміку впливу зовнішніх детермінант, у тому числі СЕД, на стан здоров'я населення.

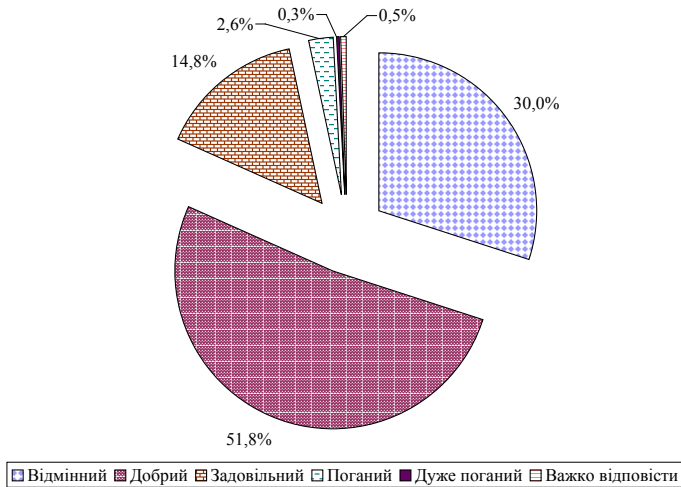


Рис. 4.20. Результати оцінювання респондентами стану власного здоров'я у ранньому періоді життя

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Оскільки погіршення стану здоров'я у РПЖ часто призводить до проблем із здоров'ям у майбутньому, її вирішення є надважливим завданням. Розрахунок показника відношення шансів мати хронічне захворювання у дорослому житті за умови «доброго» / «поганого» стану здоров'я у РПЖ підтвердив, що шанс не мати жодного хронічного захворювання у дорослому житті (насамперед до 50 років) у 2,5 рази вищий у тих, хто мав «відмінний» та «добрий» стан здоров'я до 18 років (табл. 4.12). Для чоловіків вони є нижчими ($OR = 2,1$), для жінок – вищими ($OR = 2,8$). Так само вищими такі шанси є для мешканців міських поселень порівняно з мешканцями сільської місцевості. Це означає, що для мешканців сільської місцевості умови РПЖ мають дещо менший вплив. Варто також зауважити, що шанси мати

хронічні захворювання залежно від стану здоров'я у РПЖ із віком знижуються (табл. 4.13), оскільки в цьому разі на стан здоров'я населення активно впливають інші детермінанти, не пов'язані із РПЖ.

Таблиця 4.11

Результати оцінювання умов раннього періоду життя респондентами різних вікових груп, %

	Умови РПЖ	Оцінка (позитивна/ негативна)	Вікові групи				
			Разом	18–24	25–49	50–59	60 та старші
1	Стан власного здоров'я	+	81,8	84,7	84,1	81,6	76,6
		–	17,7	15,3	15,7	18,0	21,9
2	Добробут	+	18,7	34,7	22,1	12,0	9,7
		–	21,4	8,7	13,0	22,6	40,1
3.	Соціальний капітал (стосунки у сім'ї)	+	52,8	59,3	52,5	51,2	51,8
		–	5,7	6,6	6,5	2,7	6,1
4	Санітарна грамотність	+	26,3	40,0	29,0	23,0	18,3
		–	37,2	24,6	29,2	41,0	54,4
5	Фізична активність	+	34,4	40,7	36,6	36,4	26,5
		–	35,3	24,0	27,0	38,2	53,4
6	Профілактика хвороб та оздоровлення	+	15,3	17,3	19,3	14,3	7,4
		–	41,8	27,3	33,9	42,9	61,8
7	Індивідуальна відповідальність батьків (тютюнопаління)	+	34,8	30,0	31,7	35,5	41,7
		–	50,9	54,0	52,7	50,2	46,6
8	Харчування	+	66,7	79,3	74,4	71,4	43,6
		–	32,9	20,7	25,0	27,6	56,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Таблиця 4.12

Показники відношення шансів мати / не мати хронічне захворювання у дорослому житті за умови «доброго» / «поганого» стану здоров'я у ранньому періоді життя (гендерний та територіальний аспекти)

Наявність (відсутність) хронічного захворювання у дорослому житті	Добре (1)/ погане (2) здоров'я у РІГЖ		Разом (N=1200)	Чоловіки (N=543)	Жінки (N=657)	Міські поселення (N=795)	Сільська місцевість (N=405)
1. Хвороби системи кровообігу	1	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2	OR	1,666	1,288	1,640	1,783	1,410
		P	p ≤ 0,05	ns	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05	ns
		CI	1,084-2,555	0,635-1,776	0,983-2,742	1,039-3,044	0,815-3,011
2. Хвороби органів дихання	1	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2	OR	2,521	3,142	2,118	4,134	4,653
		p	p ≤ 0,001	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05	p ≤ 0,001	p ≤ 0,001
		CI	1,445-4,365	1,235-7,769	4,287	1,838-9,152	1,863-9,478
3. Хвороби органів травлення	1	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2	OR	1,964	3,087	1,823	1,869	2,540
		p	p ≤ 0,01	p ≤ 0,01	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05
		CI	1,211-3,171	1,411-6,662	1,008-3,274	1,031-3,362	1,076-5,886
4. Хвороби сечостатевої системи	1	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2	OR	2,574	9,143	0,677	2,621	1,344
		p	p ≤ 0,05	p ≤ 0,05	ns	p ≤ 0,05	ns
		CI	1,214-5,347	1,190-55,535	0,232-1,210	1,059-6,279	0,717-2,013
5. Хвороби нервової системи	1	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	2	OR	3,030	4,830	2,884	2,990	4,287
		p	p ≤ 0,001	p ≤ 0,01	p ≤ 0,01	p ≤ 0,01	p ≤ 0,01
		CI	1,555-6,061	1,573-9,259	1,245-6,549	1,259-6,923	1,347-9,204
6. Жодними	2	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1	OR	2,855	2,121	2,789	2,951	1,974
		p	p ≤ 0,001	p ≤ 0,05	p ≤ 0,001	p ≤ 0,001	p ≤ 0,05
		CI	1,832-4,468	1,079-4,203	1,505-5,241	1,663-5,288	0,981-4,036

Примітка: «ns» відображає статистично не значущі показники.

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Таблиця 4.13

Показники відношення шансів мати / не мати хронічне захворювання у дорослому житті за умови «доброго» / «поганого» стану здоров'я у РПЖ (за віком)

Наявність (відсутність) хронічного захворювання у дорослому житті	Добре (1) / погане (2) здоров'я у РПЖ		18–24 (N=150)	25–49 (N=552)
1. Хвороби органів дихання	1	OR	1,000	1,000
	2	OR	3,274	1,310
		p	p ≤ 0,01	ns
		CI	1,815-12,232	0,912-14,110
2. Хвороби нервової системи	1	OR	1,000	1,000
	2	OR	6,079	3,296
		P	p ≤ 0,01	p ≤ 0,05
		CI	3,272-13,371	0,983-10,823
3. Жодними	2	OR	1,000	1,000
	1	OR	4,040	2,191
		p	p ≤ 0,01	p ≤ 0,001
		CI	1,467-9,211	1,343-3,580

Примітка: «ns» відображено статистично незначущі показники.

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Ті особи, хто визначив стан здоров'я у РПЖ як «задовільний», «поганий» або «дуже поганий», навпаки, мають більші шанси мати хронічні захворювання у житті дорослому. Насамперед це стосується хвороб органів дихання (шанси бути хворими у такому разі в 2,5 разу вищі), органів травлення (в 1,9 разу), нервової системи (в 3,0 разу). Певні закономірності виявлені також щодо хвороб кровообігу та хвороб сечостатевої системи, однак вони не мають яскраво вираженого характеру (критерій Фішера перебуває в межах 0,01–0,05). Шанси мати хронічні захворювання при «задовільному», «поганому» чи «дуже поганому» стані здоров'я у РЖ неоднакові для чоловіків та жінок і є вищим для чоловіків. У цьому разі дуже важливим завданням є збереження власного здоров'я у РПЖ.

Значна частина респондентів оцінила стан добробуту сім'ї у РПЖ за такими напрямками, як «дуже низький», «низький» та

«нижчий за середній» – 21,4% (рис. 4.21). Відмінності в оцінках добробуту за віковими групами опитаних доволі суттєві, оскільки серед тих, кому понад 59 років, таких осіб 40,1%, а серед тих, кому 18–24 роки, – 8,7%. Отримані результати свідчать про суттєве зростання рівня добробуту населення. Про збереження такої тенденції і надалі, враховуючи фінансові й політичні потрясіння в Україні за останній період, оптимістично стверджувати важко. Як офіційна статистика, так і експерти [60–62], підтвердили, що рівень життя і добробуту українців щораз знижується. Наскільки зміниться оцінка власного добробуту у РІЖ респондентів та як це вплине на стан їхнього здоров'я можна буде дізнатись у майбутньому. Однак мінімізувати наслідки впливу кризових явищ на розвиток дітей та підлітків необхідно у будь-якому разі. За результатами дослідження, саме рівень добробуту сім'ї, в якій виховувалась дитина, суттєво впливає на стан здоров'я людини у дорослому житті.

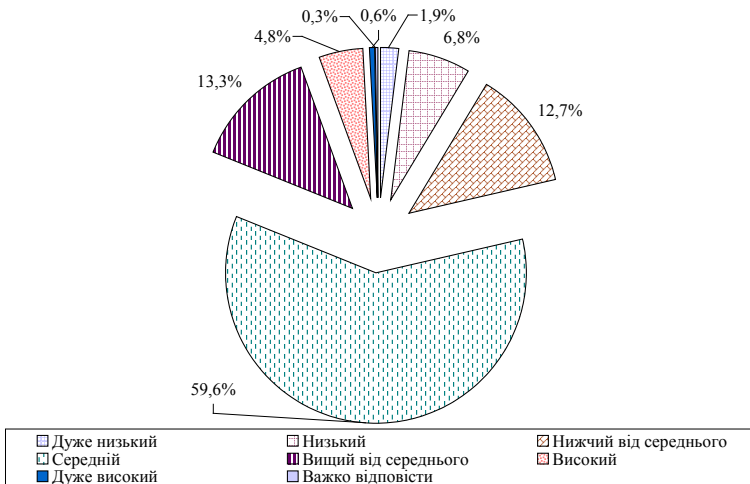


Рис. 4.21. Оцінювання респондентами рівня добробуту сім'ї, в якій вони виховувались

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Встановлено, що рівень добробуту визначає наявність або відсутність хронічних захворювань. Зокрема, респонденти, які відчували матеріальні труднощі в дитинстві, мали високий ризик виникнення у дорослому віці хвороб системи кровообігу ($OR = 3,35$) та хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини ($OR = 3,30$) (табл. 4.14). Крім того, низький рівень добробуту у РПЖ, посилений на сучасному етапі несприятливим матеріальним становищем, зумовлює значне підвищення ризику виникнення проблем із хворобами системи кровообігу ($OR = 4,82$). Високий рівень добробуту, навпаки, суттєво (більш ніж у 2 рази) підвищує шанси не мати жодного хронічного захворювання ($OR = 2,66$). Водночас з'ясовано, що рівень добробуту у РПЖ більшою мірою впливає на здоров'я жінок, ніж чоловіків ($OR_{ж} = 2,83$ проти $OR_{ч} = 2,31^3$).

Одним з елементів соціального капіталу, які оцінені в межах дослідження детермінант РПЖ, є стосунки у сім'ї, де виховувались респонденти. Як «дружні» стосунки у сім'ї оцінили лише 52,8% опитаних. При цьому 5,6% респондентів охарактеризували їх як «напружені» та «нейтральні» (кожен сам по собі) (рис. 4.22). Дефіцит соціального капіталу у дитинстві більше відчували чоловіки (стосунки у сім'ї охарактеризували як «напружені» 7,4% опитаних), ніж жінки (4,5%). Однак оцінювання можливого впливу стосунків у сім'ї на стан здоров'я опитаних не дало змоги виявити суттєвих залежностей.

³ Шанси не мати жодного хронічного захворювання у дорослому житті.

Таблиця 4.14

Вплив умов раннього періоду життя на здоров'я у дорослому житті

Наявність хронічного захворювання у дорослому житті		РПЖ									
		Добробут		Санітарна грамотність		Фізична активність		Профілактика хвороб та оздоровлення		Харчування	
		рівень високий або вище середнього	рівень дуже низький або низький	отримано інформацію щодо ризиків для здоров'я		відвідування спортивних секцій, гуртків		перебування у санаторіях, таборах, тощо	санаторії, табори, тощо	добре та дуже добре	погане та дуже погане
				доволі повно	не отримано або недостатньо отримано	регулярне	не відвідував				
1. Хвороби системи кровообігу	OR	1,000	3,346	1,000	1,961	1,000	2,582	1,000	1,984	1,000	2,413
	p		p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001
	CI		2,056–5,466		1,462–2,630		1,831–3,644		1,449–2,721		1,804–3,229
2. Хвороби органів травлення	CI	1,000	0,915	1,000	1,668	1,000	1,904	1,000	0,902	1,000	1,683
	p		ns		p≤0,01		p≤0,01		ns		p≤0,01
	CI		0,636–1,555		1,172–2,376		1,246–2,913		0,599–2,03		1,333–2,993
3. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	OR	1,000	2,713	1,000	0,886	1,000	0,312	1,000	2,224	1,000	0,944
	p		p≤0,05		ns		ns		p≤0,01		ns
	CI		1,182–6,394		0,688–1,996		0,200–3,440		1,302–3,825		0,797–3,011
4. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	OR	1,000	3,301	1,000	1,555	1,000	1,631	1,000	1,122	1,000	2,040
	p		p≤0,001		p≤0,05		p≤0,05		ns		p≤0,001
	CI		1,698–6,506		1,062–2,227		1,038–2,568		0,882–2,312		1,390–2,993
5. Відсутність хронічного захворювання	OR	2,659	1,000	2,082	1,000	2,767	1,000	1,839		4,051	1,000
	p	p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001		p≤0,001	
	CI	1,797–3,938		1,613–2,687		2,061–3,715		1,389–2,435		2,152–7,744	

Примітка: «ns» відображено статистично незначущі шанси.

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

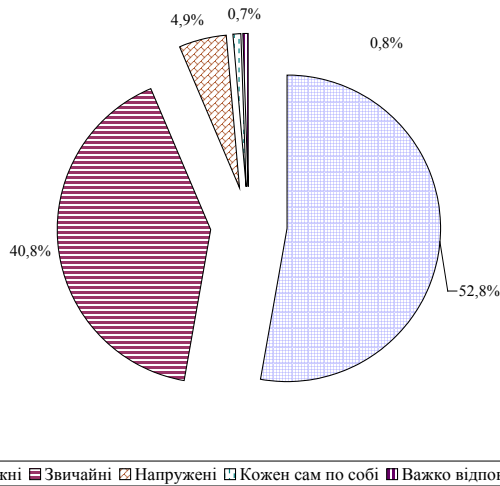


Рис. 4.22. Оцінювання респондентами стосунків у сім'ї, в якій вони виховувались

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Такого висновку не можна зробити про санітарну грамотність, яка є важливою складовою освіти. На запитання, наскільки повну інформацію щодо ризиків для здоров'я отримали до 18 років (школа, сім'я), 12% респондентів відповіли, що не отримали інформації зовсім, а 24,5% – мають недостатній обсяг такої інформації (рис. 4.23). Дещо вищі ці показники серед мешканців міст та суттєво вищі у респондентів наймолодшої групи (18–25 років). Це свідчить, що інформація про ризики щодо здоров'я за останній проміжок часу доводиться до дітей і підлітків більшою мірою. Хоча необхідно зауважити, що це пов'язано не стільки із реалізацією державних програм, скільки з поширенням інформації через мережу Інтернет.

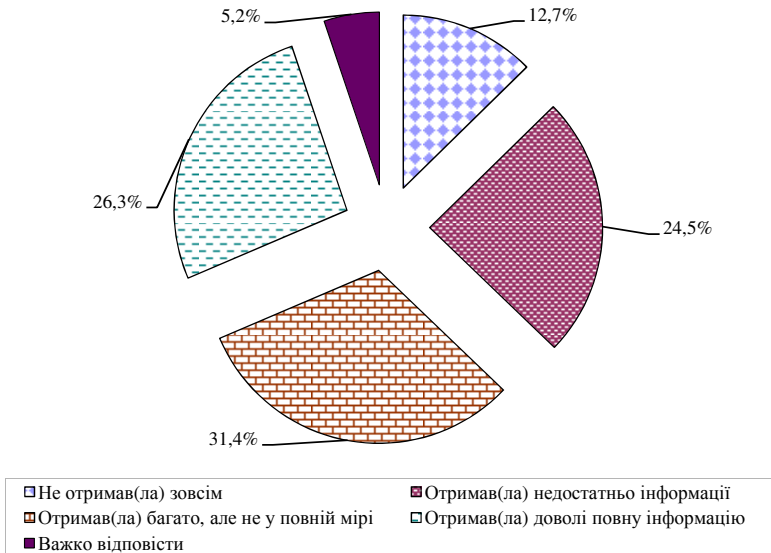


Рис. 4.23. Оцінювання респондентами повноти інформації щодо ризиків для їхнього здоров'я, отриманої у РПЖ

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Отримані знання про ризики для здоров'я та необхідність посилення індивідуальної відповідальності людини за нього у РПЖ дають змогу довготривало зберігати здоров'я. Це підтвердили результати логістичної регресії, здійсненої на основі авторського соціологічного опитування. За отриманими даними, серед респондентів, які мали достатньо повну інформацію у РПЖ про ризики для власного здоров'я, у два рази менше тих, хто має хронічні захворювання, порівняно з тими, хто такої інформації не мав або отримав її не повною мірою (OR = 2,08). Високий рівень поінформованості у РПЖ зменшує шанси на захворюваність у дорослому житті насамперед на хвороби системи кровообігу

(OR = 1,96) та хвороби органів травлення (OR = 1,68). Це важливо, оскільки ці класи хвороб займають значну частку в структурі поширеності хвороб в Україні (п. 3.1), а заходи, які вживаються щодо їхнього зменшення, не забезпечують бажаних результатів. З огляду на це підвищення санітарної грамотності серед дітей та підлітків, особливо сільської місцевості, активне поширення інформації щодо ризиків для їхнього здоров'я мають бути невід'ємною складовою політики охорони здоров'я.

Необхідним атрибутом збереження здоров'я є достатній рівень фізичної активності, профілактики та оздоровлення у РПЖ. Як підтвердило дослідження, 35% респондентів у дитинстві зовсім не відвідували спортивних секцій, гуртків і т. ін. (рис. 4.24). Серед жінок цей показник суттєво вищий – 44,4%; (у чоловіків – 24,1%. Це є однією із вагомих детермінант, яка зумовлює нерівність у стані здоров'я між жінками та чоловіками і вищий рівень поширеності хвороб серед жінок. Значна диференціація спостерігається й між міськими поселеннями (невідвідування становить 30,3%) та сільською місцевістю (44,9%), що також певним чином зумовлює нерівність у здоров'ї між населенням міст і сіл. Розрахунок показника відношення шансів доводить попередні припущення. Шанси не мати хронічного захворювання у дорослому житті є суттєво вищими у тих, хто у дитинстві відвідував спортивні секції, гуртки тощо (OR = 2,77). При цьому такі особи також мають менші шанси захворіти на хвороби органів системи кровообігу (OR = 2,58) та органів травлення (OR = 2,77). Однією з проблем є забезпеченість жителів сільської місцевості приміщеннями та спеціалістами, які б надавали дітям послуги із фізкультури та спорту поза межами шкільної програми. На новостворені в Україні громади покладається завдання пов'язані із вирішенням зазначеної проблеми.

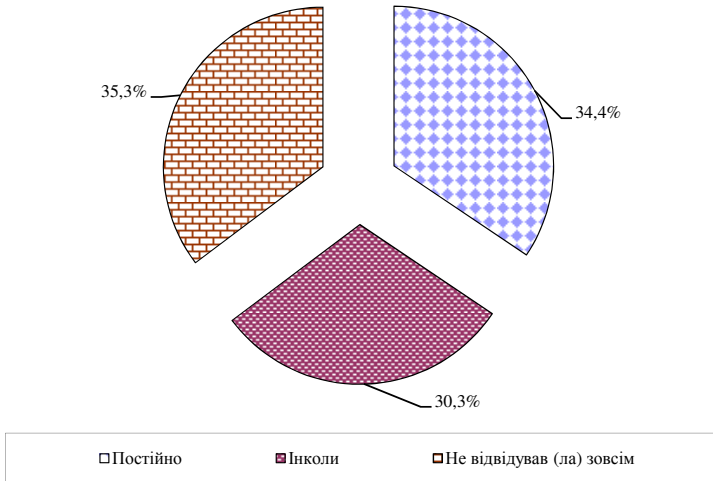


Рис. 4.24. Оцінювання респондентами рівня фізичної активності у ранньому періоді життя

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Схожа ситуація із визначенням показника, який дає змогу оцінити рівень профілактики здоров'я та оздоровлення у РПЖ. Таким показником було обрано частоту відвідування санаторіїв і таборів відпочинку особами у період до 18 років. За даними опитування, жодного разу не перебували у санаторіях і таборах відпочинку доволі значна частина респондентів – 41,8% (рис. 4.25). Цей показник вищий серед жінок порівняно з чоловіками (43,5% проти 39,8%) та серед мешканців сільської місцевості порівняно із міським поселеннями (50,2% проти 37,2%). Слід зауважити, що такі результати пов'язані насамперед із відповідями респондентів віком 50 років та старших, які свого часу не мали можливостей для відвідування санаторіїв і таборів відпочинку. Серед опитаних віком 18–24 роки, таких осіб значно менше –

27,3% (35,6% серед мешканців сільської місцевості та 24,8% – міських поселень). Збереження такої позитивної тенденції є необхідним, оскільки, як підтверджують авторські розрахунки, від рівня оздоровлення дітей і підлітків у РПЖ суттєво залежить стан їхнього здоров'я у майбутньому. Так, відвідування санаторіїв та таборів відпочинку збільшує шанси не мати жодного хронічного захворювання у дорослому житті майже у два рази ($OR = 1,84$) і знижує шанс мати хронічне захворювання хвороб кровообігу ($OR = 1,98$) та хвороб ендокринної системи ($OR = 2,22$). Особливо це стосується мешканців сільської місцевості, для яких такі шанси є дещо вищим, зокрема щодо хвороб системи кровообігу ($OR = 2,76$).

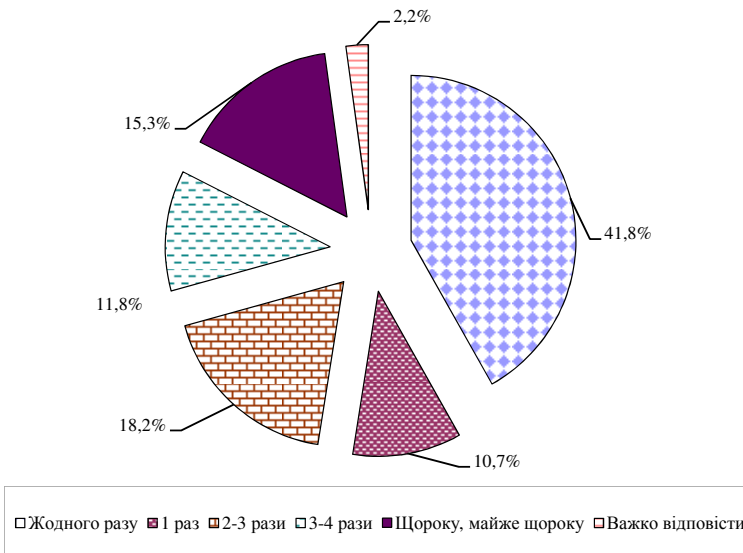


Рис. 4.25. Оцінювання респондентами рівня профілактики здоров'я та оздоровлення у ранньому періоді життя

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Разом з тим, ситуація з оздоровленням дітей в Україні за останній період значно погіршилась. У 2015 р. в Україні нараховувалось 9743 дитячі заклади оздоровлення та відпочинку, у тому числі 111 санаторіїв (у 2013 р. – 158, у 2000 р. – 185) (рис. 4.26). Тенденції до зменшення кількості дитячих закладів оздоровлення та відпочинку простежуються у 1990-х рр. За 2000–2013 рр. кількість дитячих санаторіїв скоротилась на 15%. Через анексію АР Крим їхня кількість зменшилась на 30 одиниць, або на 20%. Це спричинило значні втрати для санаторно-курортного комплексу України. Понад 400 тис. дітей з України відпочивало у Криму щороку. Повноцінної заміни нині цьому немає. Матеріально-технічна та інформаційна база більшості дитячих санаторіїв є застарілою і потребує вкладення значних фінансових ресурсів. При цьому як бюджетне, так і приватне фінансування закладів оздоровлення дітей, є недостатнім. Відсутність сучасних конкурентоспроможних рекреаційних спортивно-оздоровчих, освітньо-розвиваючих комплексів не дає можливості реалізувати права кожної дитини на повноцінне оздоровлення, відпочинок і навчання [63].

Наслідком такої ситуації є зменшення кількості оздоровлених дітей (див. рис. 3.66): рівень оздоровлення дітей улітку у дитячих закладах оздоровлення та відпочинку за 2005–2015 рр. зменшився удвічі. Одним із чинників, який суттєво впливає на чисельність відпочиваючих дітей, є вартість відпочинку. У 2016 р. середня вартість людино-дня становила 180–250 грн. (у закладах оздоровлення – 270–350 грн.). Враховуючи зниження рівня доходів населення, така вартість для багатьох сімей не є доволі високою.

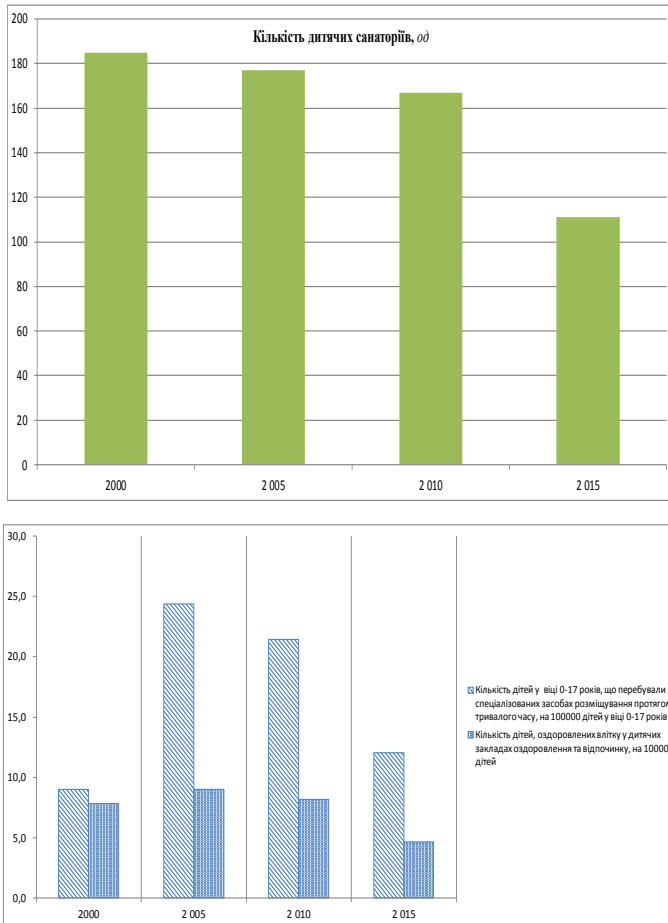


Рис. 4.26. Результати функціонування системи оздоровлення дітей в Україні

Джерело: [64]

Організування оздоровлення та відпочинку дітей за кордоном лише розвивається. Такі заходи здійснюють благодійні та громадські організації. З початку 2016 р. Міністерство соціальної політики України видало 133 згоди

на виїзд організованих груп дітей за кордон, що забезпечило оздоровлення 2 832 дітей із різних регіонів країни, з них:

- дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, – 1 094;
- дітей учасників бойових дій – 97;
- дітей внутрішньо переміщених осіб – 320 [64].

Наведені дані свідчать про незначні масштаби виїзду дітей за кордон з метою оздоровлення, що може бути пов'язано з такими причинами: економічними, організаційними та ін. Оздоровлення за кордоном поки не може та не має бути повноцінною альтернативою оздоровленню дітей у межах країни.

Отже, результати оцінювання ситуації щодо оздоровлення дітей в Україні на сучасному етапі засвідчують про її незадовільний стан. Враховуючи взаємозв'язок «оздоровлення у РПЖ – стан здоров'я у дорослому житті», такий стан справ може мати негативні наслідки для здоров'я населення у майбутньому. Органам державної влади необхідно активізувати заходи з організації проведення відпочинку й оздоровлення дітей, розвивати міжрегіональну, прикордонну та транскордонну співпрацю у сфері дитячого оздоровлення з метою підвищення рівня конкурентоспроможності й якості оздоровчих послуг.

Науковці та практики неодноразово визнавали важливу роль раціонального харчування для стану здоров'я дітей і підлітків. Саме раціональне харчування забезпечує нормальний обмін речовин, ріст та розвиток дитини, сприяє зміцненню захисних сил організму при несприятливих впливах зовнішнього середовища [65]. Результати логістичного аналізу свідчать, що відмінності у здоров'ї пов'язані з якістю харчування у РПЖ. Третина респондентів оцінила якість свого харчування до 18 років як «добре» або «дуже добре», 26,9 – як «задовільне» і лише 6,0% – як «погане» або «дуже погане» (рис. 4.27). Якщо не враховувати частку опитаних віком 60 років і старших, ці показники будуть вищими. Незважаючи на стереотипність

поглядів, що населення сіл більш забезпечене продуктами харчування, їхні мешканці надали нижчу оцінку якості свого харчування у РПЖ порівняно із населенням міст. Зокрема, «як добре» та «дуже добре» оцінили якість свого харчування у РПЖ 62,0% опитаних сільських мешканців, а як «погане» та «дуже погане» – 6,6%.

За даними опитування, та частина населення, якій у РПЖ забезпечувалось «добре» та «дуже добре» харчування, у 4 рази має більше шансів зберегти здоров'я, ніж ті особи, які мали «дуже погане» та «погане» за якістю харчування ($OR = 4,05$), та менше шансів захворіти на хвороби системи кровообігу ($OR = 2,41$), органів травлення ($OR = 1,68$) і кістково-м'язової системи ($OR = 2,04$). Отже, серед детермінант здоров'я у РПЖ харчування є однією з найбільш вагомих. Якісне харчування у дитинстві є важливою передумовою доброго здоров'я у дорослому житті.

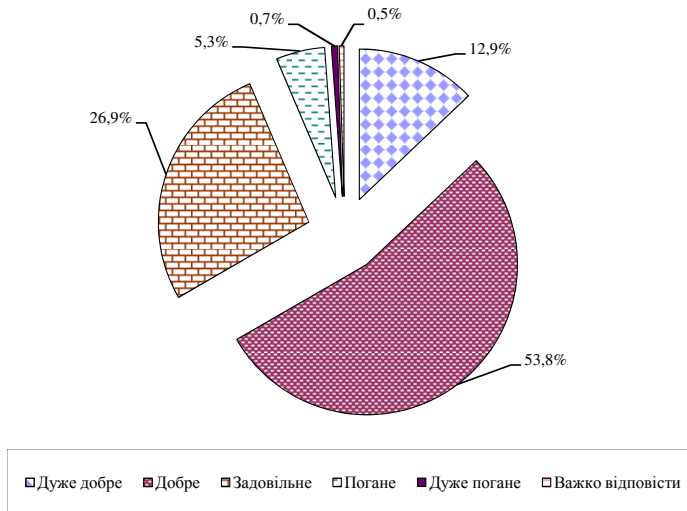


Рис. 4.27. Оцінювання респондентами якості харчування у ранньому періоді життя

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Підсумувати отримані результати дає змогу розрахунок індексу детермінант РПЖ, здійснений за формулами 2.1–2.7. За відповідями опитаних щодо впливу перелічених детермінант, значення індексу становило 0,66, що можна інтерпретувати як середнє, але наближене до низького. Це означає, що СЕД були малосприятливими та не забезпечили позитивного впливу на стан здоров'я населення. Найнижче значення серед детермінант має підіндекс профілактики хвороб та оздоровлення (0,48) і добробуту (0,56). Найвищим є значення підіндексу соціального капіталу (стосунки у сім'ї) – 0,86. Серед чоловіків та жінок суттєвими є відмінності у значеннях підіндексів фізичної активності; профілактики хвороб та оздоровлення (табл. 4.15). У чоловіків фони вищі, що зумовлює отримання вищого значення показника загального індексу. Припускаємо, що саме вищеназваними двома останніми детермінантами може бути зумовлений нижчий рівень захворюваності чоловіків у дорослому житті порівняно із жінками. Значно нижчими є також значення цих індексів у представників сільської місцевості порівняно із жителями міських поселень – на 0,04.

Однією з особливостей також є те, що з часом СЕД в Україні покращувались, що виявляється у значно вищих значеннях підіндексів, розрахованих на основі відповідей респондентів, вік яких становив 18–24 роки, порівняно із респондентами інших вікових груп, зокрема 25–49 років.

Отже, результати авторського соціологічного дослідження підтверджують, що наявність чи 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, був фізично активним, а також зростав у сім'ї з високим рівнем добробуту. 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, виховувався у родинах із меншою кількістю дітей. Не підтвердилась гіпотеза щодо впливу на здоров'я у дорослому житті елементів соціального капіталу (стосунків у сім'ї) та шкідливих звичок батьків (тютюнопаління).

Таблиця 4.15

Індекси умов раннього періоду життя

Групи населення	Добробут	Соціальний капітал	Санітарна грамотність	Фізична активність	Профілактика хвороб та оздоровлення	Харчування	Разом
Всі опитані	0,56	0,86	0,65	0,66	0,48	0,74	0,66
Чоловіки	0,56	0,85	0,65	0,73	0,51	0,75	0,68
Жінки	0,56	0,87	0,65	0,61	0,46	0,74	0,65
Міські поселення	0,56	0,87	0,65	0,70	0,52	0,75	0,67
Сільська місцевість	0,57	0,84	0,65	0,60	0,41	0,73	0,63
18-24 роки	0,62	0,87	0,75	0,72	0,58	0,79	0,72
25-49 років	0,59	0,86	0,65	0,66	0,48	0,74	0,66

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

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

Крім цього, умови РПЖ впливають на стан здоров'я у дорослому житті не тільки безпосередньо, а й опосередковано, суттєво окреслюючи СЕД майбутнього, які визначають стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення на цей період. Особливо важливу роль відіграє дохід родини, в якій

виховувалась людина. Чим вищий рівень доходу, тим більш значна ймовірність мати вищий соціальний статус, дохід, рівень освіти, кращі житлові умови та нижчу ймовірність тютюнопаління у майбутньому. Відповідно це збільшує шанси людини бути здоровою.

При цьому варто зауважити, що не всі детермінанти РПЖ впливають на СЕД у майбутньому. Наприклад, не підтверджено впливу харчування чи рівня фізичної активності на жодну із детермінант здоров'я у дорослому віці. Так само не всі детермінанти дорослого життя залежать від раннього періоду. Зокрема, вживання міцних алкогольних напоїв дорослими зовсім не залежить від РПЖ. 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 вибіркковість і змінність характеру впливу СЕД на здоров'я населення.

Вищеописане є складовою дослідження ЖК, що 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 санітарної грамотності, а обмежені можливості щодо забезпечення гідної праці не дають змоги отримати необхідний дохід, який дасть змоги створити належні 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, за 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 та якості життя.

Здоров'я населення значною мірою залежить не тільки від СЕД, що діють на певний момент, а й від тих детермінант, які впливали на людей у минулому. Проведене соціологічне дослідження підтвердило, що здоров'я людини частково залежить від РПЖ населення, зокрема від якості харчування, фізичної активності та рівня доходів сім'ї, де вона виховувалась.

Вивчення динаміки ЖК у межах системи знань про детермінанти здоров'я населення є важливим для розробки, моніторингу та оцінювання державної політики не тільки в системі охорони здоров'я, а й загалом у спектрі соціального життя.

4.2. Особливості гендерної нерівності у стані здоров'я населення

Поняття «гендер» відображає соціально відведену роль, поведінку, дії та якості, які будь-яке конкретне суспільство вважає такими, що характеризують чоловіків і жінок [66]. Отже, це поняття не конкретного характеру, його не можливо обчислити.

Відведені ролі та поведінка можуть призводити до гендерної нерівності, тобто до відмінностей між чоловіками і жінками, які систематично формують перевагу якої-небудь однієї групи [66]. Це може спричинювати нерівність між чоловіками або жінками як щодо стану здоров'я, так і з позиції доступу до медико-санітарної допомоги.

Крім цього, різні соціальні ролі, які виконують чоловіки та жінки, їхня соціальна поведінка та інші обставини можуть мати суттєві відмінності щодо стану їхнього здоров'я. Це все потребує дослідження як із загальнотеоретичного аспекту, що визначає спільні закономірності гендерних відмінностей щодо здоров'я, так й з конкретно-практичного, що висвітлює специфічні проблеми гендерної нерівності у здоров'ї в окремих країнах чи навіть місцевостях.

Варто також зазначити, що гендерні аспекти передбачені у діяльності ВООЗ. Зокрема, в заяві генерального директора ВООЗ йдеться про те, що запровадження гендерних перспектив у діяльність сфери охорони здоров'я поліпшує суспільну охорону здоров'я. ВООЗ визнає, що існують відмінності у детермінантах, які визначають здоров'я жінок і чоловіків, тому особливо важливим є дослідження динаміки гендерних аспектів здоров'я, на що протягом тривалого часу не зверталось уваги [67, с. 42].

Поширені наукові підходи щодо пояснення відмінностей у здоров'ї чоловіків і жінок приблизно відповідають наведеному концептуальному підходу до градації детермінант здоров'я:

– біомедичний підхід (проксимальний рівень детермінант) ґрунтується на тому, що здоров'я має біологічне, а точніше генетичне походження, а тому є різним у чоловіків і жінок.

– соціомедичний підхід (структурний і проксимальний рівні) відображає, що гендерні відмінності визначаються різними соціоструктурними позиціями чоловіків і жінок,

відмінностями у поведінці та психосоціальними чинниками. До останніх належать такі соціальні детермінанти: освіта, статус зайнятості, соціальна підтримка, соціально-економічний статус, а також шлюбна та сімейна структури, що мають соціально-демографічне походження.

– контекстуальний підхід (контекстуальний і структурний рівні), автори якого припускають, що гендерні відмінності в поведінці, пов'язані зі здоров'ям, залежать від зовнішнього середовища: економічний клімат, рівень добробуту населення, стреси, цінності та норми, що переважають у суспільстві.

Вважаємо, що цей підхід занадто узагальнений, оскільки поєднує економічні та соціально-психологічні чинники здоров'я населення. Відповідно його варто розмежувати на економічний та соціальний.

Зважаючи на біологічні особливості, є чимало захворювань з різним перебігом у чоловіків і жінок. Анатомічні та фізіологічні відмінності між чоловіком і жінкою усувають наявність певних подібних захворювань між ними. Насамперед це захворювання, пов'язані із репродуктивними органами. Є хвороби, які можуть виникати в чоловіків чи жінок тільки у певному віці. Впливати на здоров'я населення через регулювання його біологічних і фізіологічних чинників доволі складно. Однак потрібно враховувати слабкі місця тої чи іншої статі, пов'язані з фізіологічними особливостями, що сучасна медицина здійснює доволі успішно.

Разом з цим, у сучасному розвиненому суспільстві відмінності у стані здоров'я між чоловіками та жінками, незважаючи на біологічні особливості, можуть бути зведені до мінімуму. Особливо це стосується смертності населення. Країни, де значні відмінності між смертністю чоловіків та жінок, як правило, мають низькі показники ВВП, доходів на душу населення, грамотності, розвитку медицини та інші, які характеризують нерівність СЕД. Крім цього, поєднання різних

СЕД може посилювати гендерні відмінності в здоров'ї, а їхній аналіз дасть змогу пояснити причини цих відмінностей. Зокрема, аналіз уражень ВІЛ/СНІДу свідчить, що уразливість щодо цього захворювання між чоловіками та жінками зумовлена фізіологічними, соціальними, культурними й економічними детермінантами [69, с. 22].

Гендерні відмінності у стані здоров'я пов'язані з ЖК та виявляються майже з народження. Однак їхньому дослідженню в цьому контексті не завжди надається достатня увага. Так, нагромаджений досвід медицини щодо хвороб, які за фізіологічними причинами властиві або дівчатам, або хлопцям, у багатьох випадках дає змогу своєчасно реагувати на їхнє можливе виникнення або надати відповідну медичну допомогу. Однак щодо аналізу впливу СЕД на смертність і захворюваність підлітків різної статі маємо багато «білих плям», що потребують усунення для підвищення ефективності профілактики захворюваності у цій віковій категорії населення.

Останні дослідження ВООЗ свідчать, що, незважаючи на соціальні зміни і зменшення гендерних відмінностей, у багатьох сферах вони зберігаються, зокрема коли йдеться про здоров'я дітей і підлітків. Найбільше значення мають соціальні та культурні чинники. Науковці ВООЗ зробили висновок, що дівчата, на відміну від хлопців, засвоюють форми поведінки, що сприяють зміцненню здоров'я, краще, однак вони мають більше психологічних проблем і скарг на здоров'я [69].

З віком детермінанти, які визначають гендерні відмінності у здоров'ї трансформуються. Це пов'язано насамперед зі зміною способу життя та праці. Отже, субстанціальними детермінантами у працездатному віці стають соціально-економічні: умови праці та відпочинку, можливості працевлаштування, оплата праці, освіта, соціальний капітал тощо.

Гендерна нерівність у стані здоров'я характерна не тільки для України, а й для всіх країн світу. Виявами цієї нерівності є нижча порівняно із жінками СОТЖ серед чоловіків [70; 71] та вищий рівень чоловічої смертності [72–74]. Разом з цим, дослідження 1970-х і 1980-х рр. вказали на високий рівень захворюваності серед жінок [75]. Ця невідповідність між захворюваністю та смертністю отримала назву «гендерний парадокс» [75; 76]. При цьому масштаби та вияви нерівності у здоров'ї чоловіків та жінок є неоднаковими у різних країнах. Відмінності є навіть серед економічно розвинених країн. І це поширене явище, незважаючи на значну увагу до проблеми нерівності щодо здоров'я, яка приділяється вченими та практиками за останні десятиріччя. Певним чином ця нерівність зумовлена фізіологічними причинами, які не можуть бути подолані. Однак дуже часто, особливо в країнах з низьким рівнем життя та значною соціальною стратифікацією, гендерна нерівність щодо здоров'я значною мірою визначається СЕД, соціальними патернами індивідуальної поведінки та рівнем відповідальності населення за власне здоров'я. Усі вони по-різному можуть впливати на здоров'я чоловіків та жінок, які належать до різних вікових чи соціальних груп і проживають у тій чи іншій місцевості. Крім цього, дія детермінант може змінюватись у часі, тому існує необхідність її постійного моніторингу, що визначає актуальність цього питання.

Незважаючи на існуючі відмінності у здоров'ї між чоловіками та жінками в економічно розвинених країнах, у більшості з них нерівність є мінімальною. Відповідно методами, які використані у дослідженні, є методи порівняння та стандартизації. За стандарт обрано Швецію – європейську країну, яка досягла значних успіхів у реалізації політики соціальної справедливості, встановленні високих стандартів життя та зменшенні нерівності у стані здоров'я населення.

Так, СОТЖ у чоловіків в Україні менша за жінок більш ніж на 10 років (65,2 та 76,4 року відповідно), або в 1,5 разу. Різниця у СОТЖ жінок і чоловіків є практично у всіх країнах світу, однак в економічно розвинених країнах її показник суттєво менший. Зокрема, співвідношення СОТЖ чоловіків і жінок у Швеції становить тільки 1,04 разу (рис. 4.28).

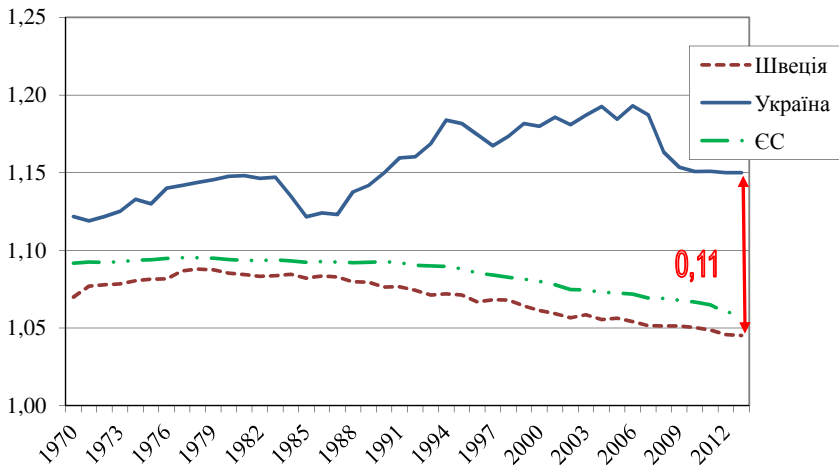


Рис. 4.28. Співвідношення між СОТЖ чоловіків і жінок в Україні, Швеції та ЄС (разів)

Джерела: [22; 23].

Схожа ситуація також у показниках смертності. Так, співвідношення СКС населення віком 0–64 роки між чоловіками та жінками в Україні більше за Швецію на 1,2 пункту (2,8 разу проти 1,6 відповідно) (рис. 4.29). При цьому абсолютне значення цього коефіцієнта в Україні більше на 4,5 разу в чоловіків та 2,5 разу у жінок. Крім цього зменшення

різниці у СКС між чоловіками і жінками в Україні в останній період не спостерігається і залишається значним (2,83 разу в 2014 р.) (рис. 4.30).

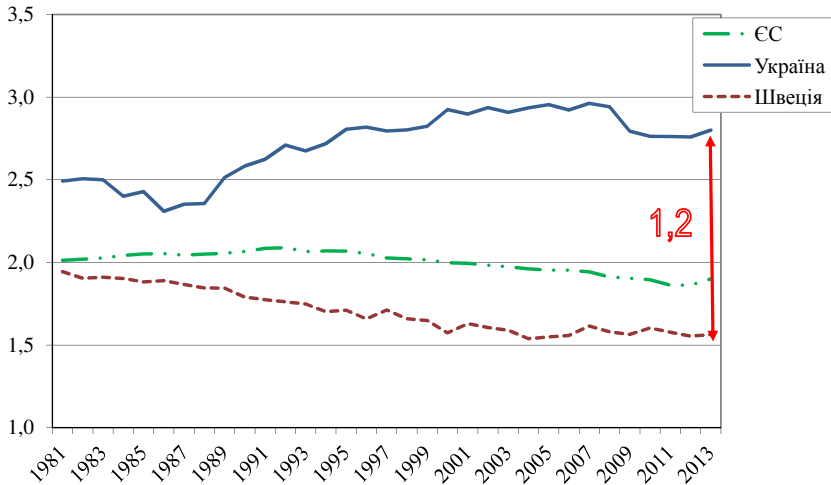


Рис. 4.29. Співвідношення між СКС від усіх причин смерті чоловіків та жінок віком 0–64 роки в Україні, Швеції та ЄС (разів)

Джерела: [22; 23].

Аналіз вікових коефіцієнтів смертності свідчить, що особливо значна диференціація спостерігається між чоловіками та жінками віком від 20 до 59 років (табл. 4.16). У цьому віковому інтервалі смертність чоловіків перевищує смертність жінок більш ніж у три рази. У 1990 р. найбільша різниця у смертності чоловіків і жінок (більш ніж у три рази) була у віковому інтервалі від 20 до 39 років. За

останні 25 років зазначений віковий інтервал розширився. Це свідчить про поглиблення гендерної нерівності у смертності населення країни, надсмертність чоловіків віком 20–59 років, що може бути спричинено нижчою за жінок відповідальністю чоловіків за власне здоров'я та недостатньою освіченістю у сфері збереження здоров'я. Суттєво скоротилась така нерівність лише у віковій групі від 1 до 4 років.

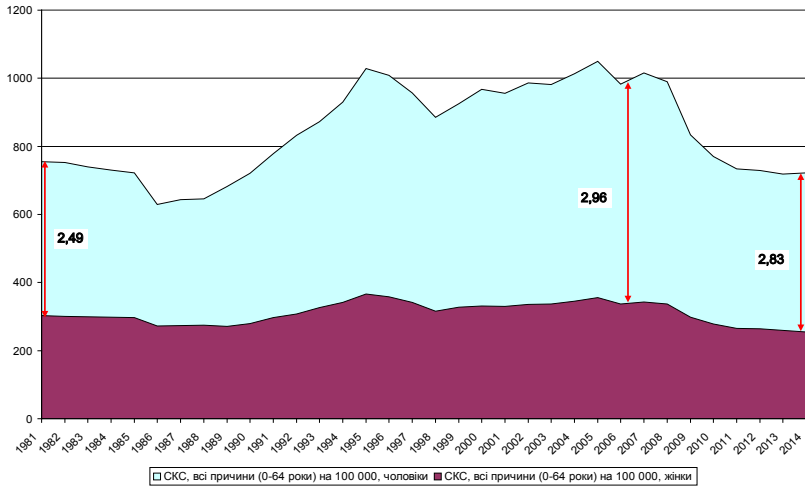


Рис. 4.30. Динаміка СКС в Україні від усіх причин серед населення віком 0–64 роки (на 100 000 осіб) та співвідношення між ними (разів)

Джерела: [22; 23].

Таблиця 4.16

**Показники співвідношення між стандартизованими
коефіцієнтами смертності чоловіків
та жінок в Україні, разів**

Вік, років	Співвідношення, разів				
	1990	2009		2014	
0	1,29	1,23	↓	1,31	↑
1 – 4	1,40	1,33	↓	1,13	↓
5 – 9	1,69	1,39	↓	1,55	↑
10 – 14	1,67	1,52	↓	1,54	↑
15 – 19	2,28	2,51	↑	2,54	↑
20 – 24	3,66	3,12	↓	3,61	↑
25 -29	4,15	3,07	↓	3,27	↑
30 – 34	3,53	3,04	↓	3,19	↑
35 – 39	3,15	3,01	↓	3,16	↑
40 – 44	2,82	3,03	↑	2,83	↓
45 – 49	2,88	3,09	↑	3,01	↓
50 – 54	2,63	3,06	↑	3,11	↑
55 – 59	2,48	2,81	↑	2,93	↑
60 – 64	2,33	2,72	↑	2,78	↑
65 – 69	2,03	2,32	↑	2,38	↑
70 – 74	1,68	1,93	↑	2,02	↑
75 – 79	1,39	1,57	↑	1,69	↑
80 – 84	1,18	1,32	↑	1,29	↓
85 і старші	1,02	1,05	↑	1,01	↓

Джерело: розраховано за [13].

Глибину вікової гендерної нерівності в Україні дає змогу оцінити порівняльний аналіз з аналогічними показниками у

Швеції (табл. 4.17). За даними аналізу, співвідношення між смертністю чоловіків і жінок у всіх вікових групах, окрім віку 0–14 та 75 років і старших, суттєво перевищують аналогічні показники у Швеції. Особливо значна різниця між співвідношенням у вікових групах, які є одними з найбільш продуктивних для людини: 45–59 та 30–44 роки. Це є черговим свідченням того, що надвисока смертність чоловіків в Україні спричинена не біологічними, а СЕД, і відповідно існують значні резерви для її скорочення.

Таблиця 4.17

**Співвідношення між СКС чоловіків та жінок
в Україні та Швеції у 2013 р. (усі причини смерті)**

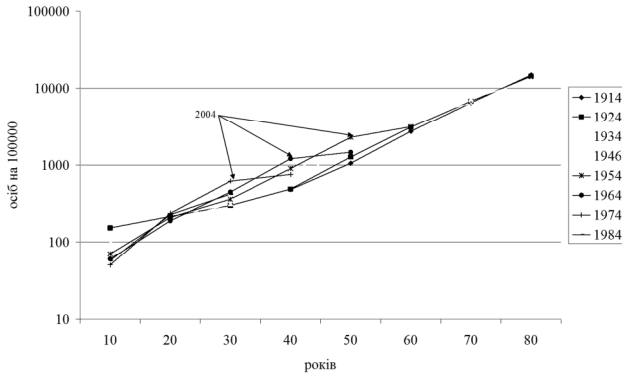
	Швеція	Україна	Різниця
0–14	1,21	1,28	0,07
15–29	2,35	2,97	0,61
30–44	1,75	2,92	1,17
45–59	1,44	2,96	1,51
60–74	1,53	2,31	0,78
75 і старші	1,30	1,25	–0,05

Джерела: [22; 23].

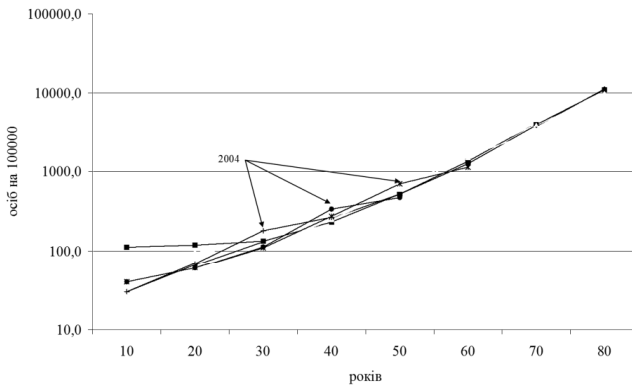
Важливою складовою зв'язку «СЕД – здоров'я населення» між чоловіками та жінками є дослідження життєвого курсу, тобто послідовності певних соціально-економічних подій, які супроводжують людину, і соціальних ролей, які вона має протягом життя з позиції їхнього впливу на здоров'я у майбутньому. На рис. 4.31 подані траєкторії показників смертності чоловіків та жінок України, народжених у різний період: з 1914 по 1984 р. Перших практично вже немає в живих, а останнім на даний час 30 років. Серед чоловіків, як і серед жінок, чітко простежується градація смертності у віці 10 років від найвищих показників тих, хто народжений у 1924 р.⁴,

⁴ Стосовно тих, хто народжений у 1914 р., дані про смертність у віці 10 років й не коректні і не подані на рис. 4.31.

до найнижчих у 1984 р. У подальшому ситуація змінювалась. Варто визначити кілька особливостей цих змін.



чоловіки



жінки

Рис. 4.31. Траєкторії показників смертності чоловіків та жінок України протягом життя (народжені з 1914 по 1984 р., логарифмічна шкала)

Джерела: розраховано та побудовано в електронному варіанті [22; 23].

По-перше, найвищі показники смертності у вікових групах 30, 40 та 50 років були у 2004 р. Особливо високі вони були у чоловіків. Не тільки 2004 р. був критичним щодо високої смертності серед осіб 30–50 років, а й шість перших років XXI ст. Це здебільшого є наслідками соціально-економічної кризи в Україні 90-х рр. XX ст.

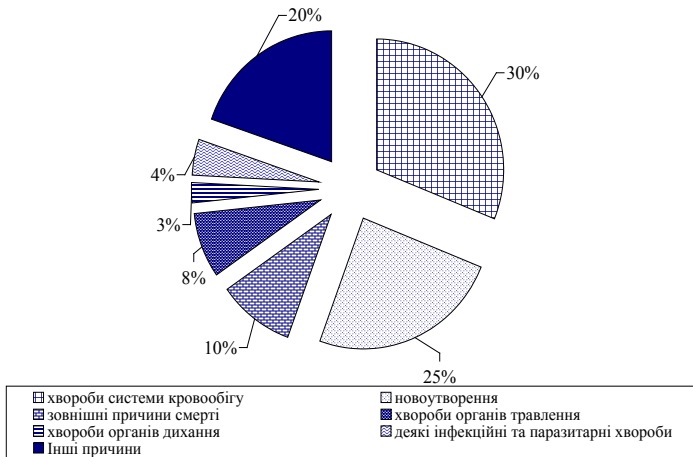
По-друге, різниця між показниками смертності у жінок, народжених у різні роки, від 30 років і старших практично мінімальна, чого не можна стверджувати про чоловіків. Серед них коефіцієнти смертності відрізняються у віці від 30 до 60 років за когортами народжених. Найнижчими вони були серед чоловіків, народжених у 1924–1934 рр., а найвищими, у тих, хто народився пізніше. Припущень щодо цього може бути кілька. Насамперед це надвисока дитяча й підліткова смертність у когорті чоловіків, народжених у 1924–1934 рр., що було певним природним бар'єром, коли вижили найбільш міцні. Іншим прикладом можуть бути соціально-економічні проблеми наприкінці минулого сторіччя, які вплинули на здоров'я чоловіків, народжених з 1946 по 1974 роки

По-третє, траєкторії показників смертності різних когорт населення в Україні не підтверджують, що попередні соціально-економічні умови життя є кардинально визначальними для рівня смертності покоління. Здебільшого визначальними є не вони, а детермінанти конкретного періоду. Однак це не стосується захворюваності, рівень якої може суттєво залежати від соціально-економічних умов, в яких зростає та живе людина. У будь-якому разі зовнішні детермінанти значно більше впливають на рівень смертності чоловіків, ніж жінок.

Наступний крок – аналіз відмінностей у причинах смертності та детермінант, що їх зумовлюють. Основною причиною смертності як серед чоловіків, так і серед жінок в Україні, є хвороби системи кровообігу. Однак у чоловіків на цю причину припадає 59% від кількості усіх смертей, а

у жінок – 75%. Далі маємо новоутворення (15,0 та 11,6% відповідно), зовнішні причини смерті (10,2% та 2,6%) та хвороби органів травлення (5,1% та 2,9%). Найбільша різниця між коефіцієнтами смертності чоловіків і жінок за зовнішніми причинами смерті (у чоловіків у 4,4 разу вище), інфекційними та паразитарними хворобами (3,1 разу) та хворобами органів дихання (2,9). Однак це стосується населення загалом. Більш показовою є оцінка смертності до 65 років, тобто у віковому інтервалі, де найбільше передчасних смертей. У цьому віці ситуація не кардинально, але дещо інша (рис. 4.32). Як і стосовно населення загалом, основна причина смертності як чоловіків, так і жінок, – це хвороби системи кровообігу (30% та 37% відповідно). Значно вищу частку, ніж у загальному випадку, мають новоутворення (25% та 16%) та зовнішні причини смерті (18% та 10%). Різниця у коефіцієнтах смертності чоловіків і жінок віком 0–64 більш суттєва, ніж стосовно населення загалом: у 5 разів вища за зовнішніми причинами смерті, у 3,8 разу – за хворобами органів дихання, у 3,2 разу – за хворобами системи кровообігу, у 3,0 разу – за інфекційними та паразитарними хворобами.

Аналіз динаміки зміни диференціації між СКС смертності чоловіків і жінок за причинами смерті в Україні за 1990–2014 рр. свідчить, що вона зростає за хворобами системи кровообігу, особливо цереброваскулярними хворобами, а зменшилась насамперед щодо інфекційних і паразитарних хвороб (рис. 4.33). Здебільшого в усіх випадках зменшення різниці СКС насамперед відбулось за зниження рівня смертності чоловіків. СКС за зазначеними хворобами у жінок суттєвих змін з роками не зазнають.



ЧОЛОВІКИ

Рис. 4.32. Структура смертності чоловіків та жінок віком 0–64 роки

Джерела: [13; 23].

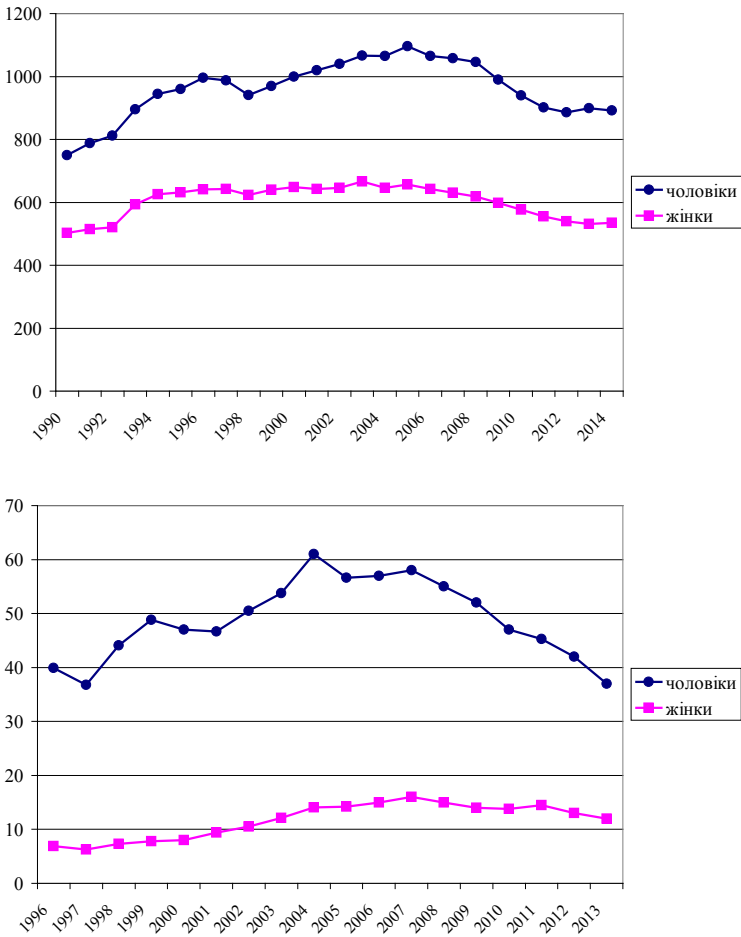


Рис. 4.33. Динаміка СКС від хвороб системи кровообігу та інфекційних і паразитарних хвороб

Джерело: [22]

Відповідь на запитання, за якими з причин смерті чоловіків в Україні ситуація є загрозовою, можна отримати,

порівнявши її статистику із Швецією. Як було зазначено, найбільша диференціація між смертністю чоловіків і жінок спостерігається у вікових групах від 20 до 59 років, тому структурний аналіз зазначеного порівняння насамперед варто провести для населення цього віку.

Результати аналізу демонструють, що особливо значна різниця між співвідношенням СКС чоловіків і жінок України та Швеції віком 20–44 роки за такими класами хвороб: зовнішні причини смерті (в 2,12 разу), хвороби системи кровообігу (1,71) та інфекційні хвороби (1,67) (табл. 4.18). Серед окремих хвороб у цьому віці найвищі показники різниці мають туберкульоз, ВІЛ/СНІД і цереброваскулярні хвороби. Перші із зазначених причин смерті зумовлені соціальними умовами та поведінкою, а їхня значна диференціацію може свідчити про те, що українські чоловіки є більш соціально вразливими і менш відповідальними за власне здоров'я, ніж жінки. У будь-якому разі проведений аналіз дає більш чітку картину щодо гендерної та вікової специфіки смертності в Україні й причин, що її зумовлюють.

Детермінанти смертності населення, як і детермінанти здоров'я загалом, необхідно розмежовувати за низкою ознак. Насамперед за природою впливу: ті, які безпосередньо позначається на рівні смертності та ті, що мають опосередкований вплив. До перших можна віднести доступність та якість медичних товарів та послуг, рівень доходів населення, його освіта тощо. До другої групи належать глобальні та суспільно-політичні детермінанти, наприклад політична обстановка чи розвиток демократії. Друга група належить до детермінант контекстуального рівня, які є базисом для формування детермінант структурного (дохід, освіта, соціальний капітал та ін.) та процесуального рівня (індивідуальна поведінка: харчування, фізична активність, шкідливі звички тощо).

Таблиця 4.18

**Співвідношення між СКС чоловіків і жінок
в Україні та Швеції у 2013 р. (за причинами смерті)**

Основні причини смертності	20–44			45–59		
	Швеція	Україна		Швеція	Україна	
Інфекційні хвороби	1,74	2,91	1,67	2,77	4,65	1,68
Туберкульоз	0	4,00	–	4,02	4,78	1,19
ВІЛ/СНІД	0,50	2,39	4,78	0	2,37	–
Хвороби системи кровообігу	2,14	3,67	1,71	2,67	3,48	1,30
Ішемічна хвороба серця	4,02	4,70	1,17	3,88	4,13	1,06
Цереброваскулярні хвороби	0,76	2,75	3,62	1,41	2,38	1,69
Злоякісні новоутворення	0,73	0,93	1,27	0,79	1,71	2,16
Онкозахворювання шлункової системи	0,68	1,67	2,46	1,1	2,58	2,35
Онкозахворювання дихання	1,28	3,63	2,84	0,56	0,80	1,43
Зовнішні причини смерті	2,58	5,48	2,12	2,61	5,56	2,13
Суїцид	2,63	6,13	2,33	2,61	5,61	2,15

Джерела: [13; 23].

В рамках дослідження проведено кореляційний аналіз за 2010-2014 рр. між ОСТЖ та СКС серед областей України з одного боку, та основними детермінантами, які можуть визначати рівень їх смертності. Встановлено, що статистично значущі кореляції є між СОТЖ та рівнем доступністю медичних товарів та послуг, особливо забезпеченості лікарями (для чоловіків $R = 0,847$, $p \leq 0,001$; для жінок $R = 0,689$, $p \leq 0,001$), доходами (для чоловіків $R = 0,551$, $p \leq 0,01$; для жінок кореляція статистично не значуща), ожирінням (для чоловіків $R = -0,533$, $p \leq 0,01$; для

жінок $R = 0,575$, $p \leq 0,01$), споживання алкогольних напоїв (для чоловіків $R = -0,517$, $p \leq 0,01$; для жінок $R = 0,553$, $p \leq 0,01$) та наявності вищої освіти (для чоловіків $R = 0,481$, $p \leq 0,01$; для жінок кореляція статистично не значуща). Схожі результати отримані й для СКС. У даному випадку виявлені такі статистично значущі кореляції між СКС (всі причини смерті) з:

– забезпеченістю лікарями (для чоловіків $R = -0,884$, $p \leq 0,01$; для жінок $R = -0,708$, $p \leq 0,001$);

– споживанням алкогольних напоїв (для чоловіків $R = -0,674$, $p \leq 0,001$; для жінок $R = 0,427$, $p \leq 0,05$)

– доходами (для чоловіків $R = -0,655$, $p \leq 0,001$; для жінок $R = -0,584$, $p \leq 0,01$);

– наявністю вищої освіти (для чоловіків $R = -0,651$, $p \leq 0,000$; для жінок $R = -0,479$, $p \leq 0,015$);

– забезпеченістю медикаментами (для чоловіків $R = -0,637$, $p \leq 0,001$; для жінок $R = -0,684$, $p \leq 0,001$).

Отже, СОТЖ чоловіків більшою мірою, ніж жінок, залежить від наявності лікарів і доступності медичної допомоги, що частково пов'язано з їхнім нижчим рівнем відповідальності за власне здоров'я та більшою довірою до медицини, яка ліквідуватиме наслідки хвороби. Для чоловіків також більш детермінуючими є рівень грошових доходів і наявність освіти.

Кореляція між СОТЖ чоловіків і грошовими доходами домогосподарств ($R = -0,674$, $p \leq 0,001$) достатньо висока, однак насправді вона може бути вищою, оскільки рівень грошових доходів домогосподарств у чотирьох західних областях України, які мають найвищі показники СОТЖ чоловіків, реально є вищим за ті дані, які подає ДСУ. Такі висновки ґрунтуються на тому, що населення цих областей має більше необлікованих доходів порівняно з іншими областями України, що пов'язано з закордонною трудовою міграцією. Дослідження, проведені за останні роки [77; 78], засвідчують, що в західному регіоні України найвищий рівень трудової еміграції населення, а отже,

більші трансферти, частина яких спрямовується на збереження та покращення здоров'я безпосередньо [79] або опосередковано, наприклад, на освіту або на покращення житлових умов [80].

Розрахунок кореляції між СКС (за окремими причинами смерті) та СЕД засвічує, що смертність від хвороб систем кровообігу певним чином залежить від доходів населення, споживання алкогольних напоїв, забезпеченості лікарями, харчування (частки вуглеводів у спожитих продуктах харчування) та забезпеченості медикаментами. Остання детермінанта є переважно винятком з правил, оскільки більш вагоме значення має для здоров'я жінок, ніж чоловіків. В усіх інших наведених прикладах кореляції вищі для чоловіків.

На інфекційні та паразитарні хвороби найбільш суттєво впливають: наркоманія (вищий показник для жінок), забруднення атмосферного повітря (вищий для чоловіків), тютюнопаління (вищий для жінок) та частка міського населення (вищий для жінок). Серед окремих причин смерті хвороб цього класу СКС від ВІЛ/СНІДу залежить від наркоманії (вищий для чоловіків), а СКС від туберкульозу залежить від умов праці (вищий для чоловіків) та рівня бідності, наркоманії, тютюнопаління (тільки для жінок).

Зовнішні причини смерті в Україні визначає передусім рівень доходів. Випадкові отруєння, самоушкодження та деякі інші зовнішні причини смерті більш поширені серед населення із низькими доходами, особливо чоловіків.

СКС від злякисних новоутворень найвищий серед жінок у міських поселеннях. Крім місця проживання, іншими значущими СЕД є: енергетична цінність харчування (рівень споживання ККАЛ) (найвищий для жінок), доходи та бідність населення, тютюнопаління (усі тільки для жінок).

За результатами розрахунків, СКС від хвороб органів дихання залежить від доходів та рівня споживання алкоголю (для чоловіків).

Смертність від хвороб органів травлення, рівень якої в Україні також доволі високий, корелюється з шкідливими умовами праці, надмірним споживанням алкоголю, тютюнопалінням та ожирінням (чоловіки); тютюнопалінням та ожирінням (жінки).

У багатьох країнах жінки мають більш низькі показники смертності, але, як не парадоксально, повідомляють про нижчий рівень самооцінки свого здоров'я, та, як правило, мають більш високий порівняно із чоловіками рівень поширеності хвороб (хронічні) та первинної захворюваності. В Україні також рівень захворюваності вищий у жінок. Причому так було завжди. Аналіз рівня захворюваності серед жінок і чоловіків усіх вікових груп за 2008–2016 рр. демонструє не тільки більш високі його показники у жінок, а й незначне збільшення різниці між ними (рис. 4.34). Якщо у 2008 р. рівень захворюваності серед жінок перевищував загальний рівень захворюваності на 10,3%, то у 2013 р. цей показник становив 13,1%. При цьому слід зазначити, що як серед жінок, так і серед чоловіків, починаючи з 2010 р., рівень захворюваності знижується.

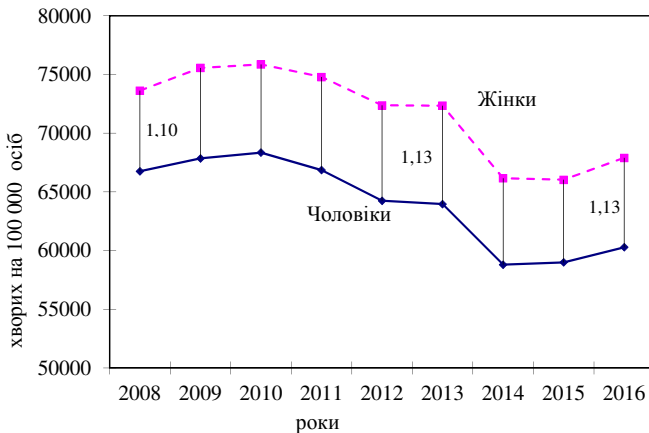


Рис. 4.34. Рівень захворюваності чоловіків та жінок в Україні за 2008–2016 рр.

Джерело: [81].

Той факт, що захворюваність серед українських жінок вища, підтверджують також результати мікроімітаційного аналізу. Як зазначалось, використання даних мікрорівня забезпечує можливість агрегації результатів моделювання та власне моделей. Перехід від розширеного варіанта моделі до більш вузького може бути здійснений за допомогою операції, що називається згорткою [183]. За результатами такої операції отримано дані (рис. 4.35), які засвідчують, що серед осіб 20 років і старше відносно здорових більше серед чоловіків, особливо це стосується вікової групи від 40 до 70 роки. Разом з тим, отримані дані також дають підстави зробити висновок, що після досягнення 40-річного віку стан здоров'я як чоловіків, так і жінок, стрімко погіршується. Цей процес триває до 60 років. Погіршення стану здоров'я у найбільш продуктивному як з особистої, так і суспільної точки зору, є неприпустимим явищем і загрожує національній безпеці країни. До основних причин, які зумовлюють виникнення такого явища, варто зарахувати СЕД.

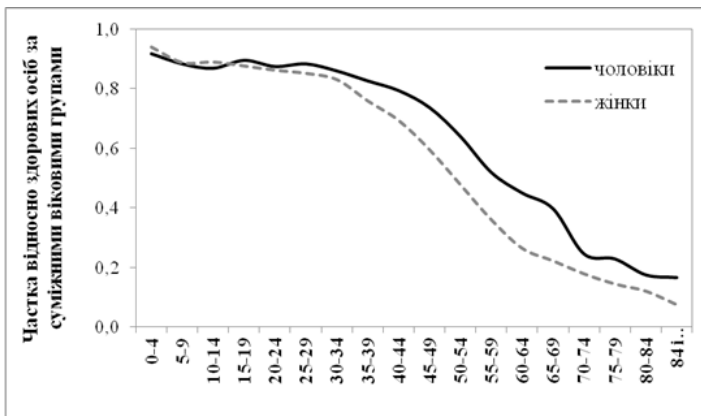


Рис. 4.35. Розподіл частки відносно здорових осіб за суміжними віковими групами за віком і статтю (оцінено за змодельованими даними мікрорівня)

Джерело: власна розробка автора

У структурі первинної захворюваності у жінок та чоловіків суттєво переважають хвороби органів дихання (рис. 4.36), але у чоловіків відносно жінок їхня частка вища – 47% проти 39%. При цьому ці хвороби рідко призводять до інвалідності та мають низьку летальність, чого не можна стверджувати про зовнішні причини захворюваності, які значно більше впливають на рівень захворюваності чоловіків, а ніж жінок.

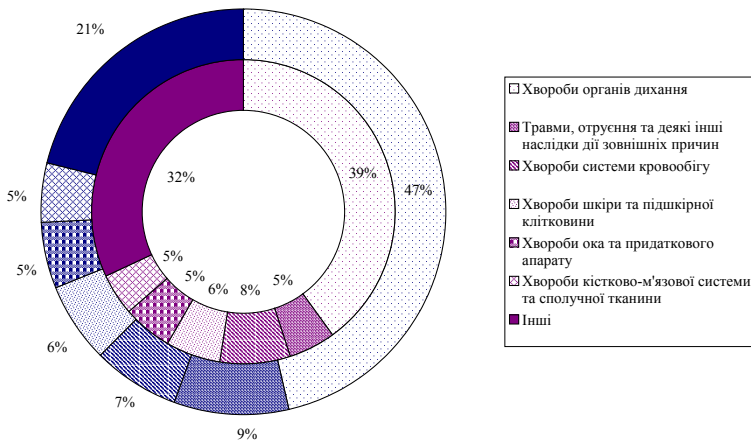


Рис. 4.36. Структура первинної захворюваності у жінок (внутрішнє коло) та чоловіків (зовнішнє коло), 2013 р.

Джерело: [81].

Загалом найбільша різниця у рівні захворюваності між жінками та чоловіками спостерігається за:

- хворобами сечостатевої системи (у 4,3 разу більше в жінок);
- хворобами ендокринної системи, розладом харчування, порушенням обміну речовин (в 1,9 разу більше в жінок);
- новоутвореннями (в 1,6 разу більше в жінок);

- травмами, отруєннями та деякими іншими наслідками дії зовнішніх причин (у 1,6 разу більше в чоловіків);
- розладами психіки та поведінки (в 1,6 разу більше в чоловіків).

Крім цього, третину диференціації рівня захворюваності між жінками та чоловіками становлять вагітність, пологи та післяпологовий період, які відносяться до первинної захворюваності та можуть мати тільки жінки. Так, можна припускати, що захворюваність у жінок більше пов'язана із фізичним здоров'ям і фізіологічними чинниками (хвороби сечостатевої системи та ендокринної системи, вагітність і пологи) у поєднанні з низьким рівнем освіченості у сфері збереження здоров'я серед жінок і недостатнім рівнем профілактики онкологічних захворювань (новоутворення). Останній висновок ґрунтується на тому, що четверта частина всіх виявлених новоутворень пов'язана із жіночими фізіологічними особливостями.

Щодо вперше виявлених злоякісних новоутворень зауважимо, що їх більше у чоловіків (на 7%). Значна частина з них припадає на онкозахворювання трахеї, бронхів і легень (17,9%) та шлунка (9%), виникнення яких найбільше пов'язують [82] із низькою відповідальністю за власне здоров'я, наявністю шкідливих звичок (тютюнопаління, надмірне вживання алкоголю тощо).

Інші хвороби, показники яких суттєво вищі у чоловіків, також не пов'язані із фізіологією, а більше з умовами праці, шкідливими звичками (зовнішні причини захворюваності) та стресом (розладами психіки і поведінки). Отже, висока захворюваність у чоловіків суттєво пов'язана із психологічним здоров'ям.

Окремо варто визначити хвороби, які спричиняють суттєву шкоду здоров'ю, часто набуваючи характеру хронічних або прямо чи опосередковано (через інші хвороби) призводячи

до смерті, що потребує значних фінансових ресурсів з боку держави і при цьому причинами яких є соціально-економічні та поведінкові детермінанти та низький рівень відповідальності за власне здоров'я. В цьому разі суттєво вища захворюваність серед чоловіків:

- наркоманія і токсикоманія (у 8 разів);
- алкоголізм і алкогольні психози (у 6,5 разу);
- активний туберкульоз (у 2,54 разу);
- ВІЛ-інфекція (у 1,5 разу), у тому числі СНІД (у 1,9 разу).

За останні 15 років досягнуті позитивні результати у зниженні венеричних захворювань, показники яких наближаються до мінімальних, але також наявна певна різниця не на користь чоловіків.

Усе вищеописане дає підстави стверджувати, що гендерна нерівність у стані здоров'я пов'язана із дослідженням проблеми детермінізації. Напрямок і величина гендерних відмінностей у стані здоров'я змінюються залежно від певних обставин, зокрема життєвого курсу. З віком гендерні відмінності здоров'я трансформуються. Це пов'язано насамперед із зміною індивідуальної поведінки (способом життя та праці). Крім цього, на гендерну нерівність впливають суспільно-політичні обставини, соціально-економічна ситуація тощо.

На рис. 4.37 узагальнено результати щорічного опитування населення, яке проводить ДССУ України щодо самооцінки стану його здоров'я. У різних вікових групах існують відмінності в оцінюванні власного здоров'я населенням різної статі, що лише частково пов'язано із фізіологічними чинниками. Зокрема, частка хлопців і чоловіків віком від 14 до 59 років, які оцінюють своє здоров'я як «погане», є вищою порівняно із дівчатами та жінками. І лише серед осіб, яким 60 років, та старших, які оцінюють своє здоров'я як «погане», більше жінок. Разом з тим, практично серед усіх вікових груп більша частка чоловіків, які оцінюють своє здоров'я як «добре». Вважаємо, що, насам-

перед це пов'язано із переоцінкою чоловіками стану власного здоров'я, їхнім стоїцизмом, а також бажанням жінок більше за чоловіків користуватися послугами сфери охорони здоров'я.

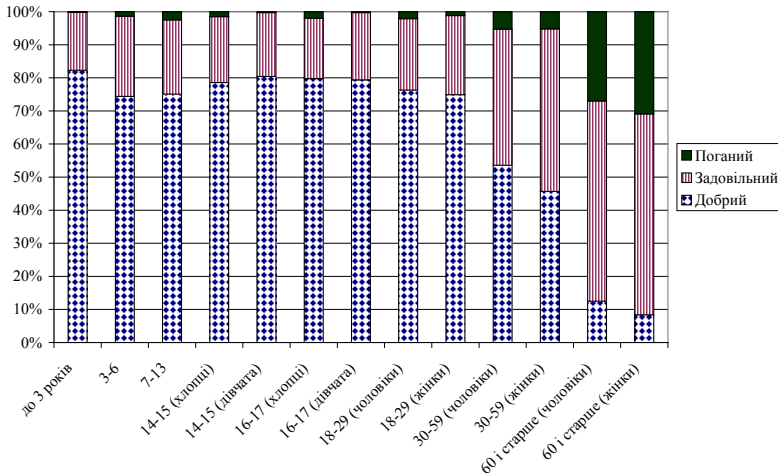


Рис. 4.37. Самооцінка стану здоров'я населенням України залежно від віку та статі

Джерело: [33].

Частково це підтверджують результати авторського соціологічного обстеження стану здоров'я та його СЕД (рис. 4.38). Жінки та чоловіки практично однаково високо оцінюють значення СЕД (матеріальний добробут, соціальне середовище) та індивідуальних патернів впливу (способу життя) на власне здоров'я. При цьому жінки дещо вище оцінюють вплив на своє здоров'я СЕД, особливо матеріальний добробут, а чоловіки суттєво вище (на 7,4 пункту) спосіб життя. Жінки також вважають більш важливим для власного здоров'я медичне обслуговування (5,4 пункту). Це свідчить про те, що значна частина чоловіків усвідомлює, що поганий спосіб життя (шкідливі звички, неправильне харчування і т. ін.) завдає шкоди їхньому здоров'ю, однак при цьому не змінює своєї поведінки.

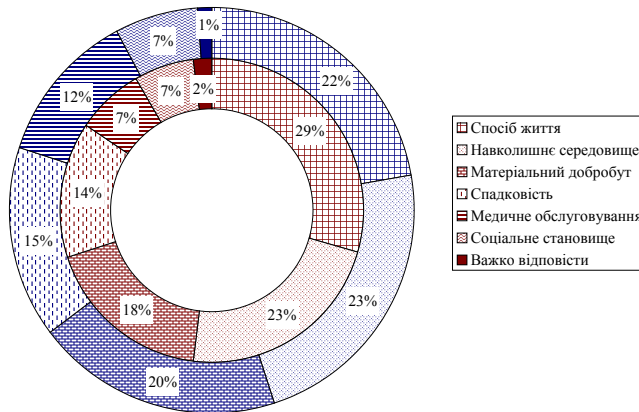


Рис. 4.38. Самооцінка населенням України впливу тих чи інших детермінант на власне здоров'я (внутрішнє коло – чоловіки, зовнішнє – жінки)

Джерело: авторське соціологічне опитування.

Гендерні відмінності у стані здоров'я населення України пов'язані також з неоднаковою відповідальністю за власне здоров'я між чоловіками та жінками. Соціологічне дослідження, проведене автором, дало змогу виявити, що менш як половина як чоловіків (47,9%), так і жінок (47,7%), вважають, що саме вони відповідають за власне здоров'я. Однак патерналістські настрої у цьому питанні існують досі, хоч і не тією мірою, як колись. Зокрема, значна частина опитаних вважає, що передусім держава та медичні працівники є відповідальними за їхнє здоров'я. На державу покладається 20,6% чоловіків та 20,3% жінок, а на медичних працівників – 19,0 та 20% відповідно. Такі установки, однак, не сприяють покращенню стану здоров'я.

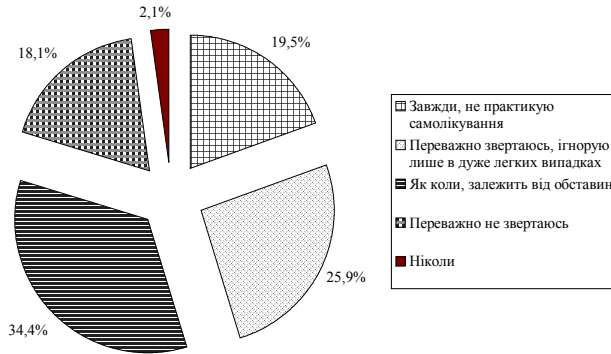
Відмінності у відповідальності за власне здоров'я між українськими чоловіками та жінками найбільше виявляються

у віковому інтервалі від 16 до 29 років. Припущення, що серед молоді значно більше відповідальних за власне здоров'я, не відповідає дійсності. Жіноча частина населення цього вікового інтервалу дещо більше за чоловічу покладає відповідальність за власне здоров'я на медичних працівників. Чоловіча відповідно – на себе, працедавців та членів сім'ї. Взагалі чоловіки більш схильні перекладати відповідальність за власне здоров'я на жінок у родині: матерів чи дружин. У будь-якому разі важливим моментом у дослідженні поглядів про відповідальність за здоров'я серед населення віком 16–29 років є те, що молоде покоління, хоч і не тією мірою, як батьки, але теж вважає, що за їхнє здоров'я має відповідати держава. Так, роль держави у системі охорони здоров'я є важливою, насамперед вона пов'язана адміністративними, організаційними, координуючими та контролюючими функціями. Однак відповідати за індивідуальну поведінку людини за власне здоров'я у повному обсязі держава не може.

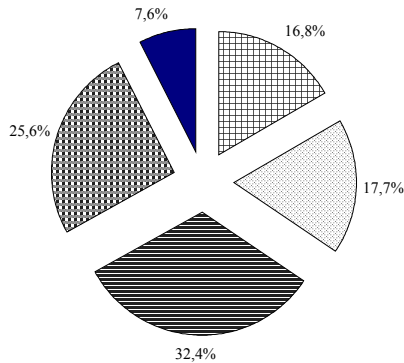
Підтвердженням того, що чоловіки менш відповідальні за власне здоров'я, ніж жінки, є те, що вони більше схильні до шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків). Зокрема, за даними опитування, чоловіків, які палять, у чотири рази більше, ніж жінок (47,7% проти 11,9%). Чоловіків, які вживають міцні спиртні напої та пиво, також значно більше – майже в три рази. Так само серед чоловіків більша частка тих, хто вживає наркотичні речовини не в медичних цілях у різних формах (паління, таблетки, ін'єкції).

Додатковим підтвердженням нижчої відповідальності чоловіків порівняно із жінками за власне здоров'я є рівень звернень за медичною допомогою в разі настання хвороби. За даними авторського дослідження, серед опитаних жінок лише 2,1% ніколи не звертаються за медичною допомогою, навіть тоді, коли у цьому є потреба (рис. 4.39). Серед опитаних чоловіків ця частка суттєво більша – 7,6%. Водночас 25,6% чоловіків переважно не звертаються за медичною допомогою

(жінок – 18,1%). Відповідно 45,5% жінок завжди або переважно звертаються за медичною допомогою, тоді як таких чоловіків лише 34%. Наведені дані можуть свідчити не лише про низьку відповідальність чоловіків за власне здоров'я, а й про:



Жінки ($N = 657$)



Чоловіки ($N = 543$)

Рис. 4.39. Частота звернень за медичною допомогою у випадку захворювання

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

– низький рівень довіри до вітчизняної системи охорони здоров'я. Серед опитаних 13,0% жінок і 13,7% чоловіків мають сумніви в кваліфікації медичного персоналу;

– нестачу коштів на лікування (за задекларованою державою безкоштовною медициною значна частина послуг є платною (офіційно чи неофіційно)). Через скрутне матеріальне становище не відвідували медичний заклад під час хвороби 24,8% жінок та 18,0% чоловіків.

Існують також інші причини, які, однак, не дають змоги повною мірою пояснити відмінності у зверненні чоловіків і жінок до медичних закладів, оскільки їхні показники приблизно однакові в обидвох статях. А за деякими, такими як матеріальне становище, ці показники нижчі в жінок. Так, вважаємо, що низький ступінь відвідуваності чоловіками під час хвороб медичних закладів зумовлений нижчим рівнем освіченості щодо охорони власного здоров'я серед чоловіків (4,5% чоловіків зовсім не отримують інформації щодо потреби охорони здоров'я (серед жінок – 2,0%)) та їхньою низькою відповідальністю за своє здоров'я.

Найбільш швидкими темпами посилити відповідальність за власне здоров'я серед населення може запровадження страхової медицини. Страхові компанії будуть зацікавлені у тому, щоб їхні клієнти хворіли менше та не мали важких ускладнень, тому активно поширюватимуть знання щодо необхідності охорони власного здоров'я та запроваджуватимуть регулярні медичні профілактичні огляди, які, з одного боку, посилять відповідальність населення за своє здоров'я, а з іншого – зменшать рівень смертності, оскільки це дасть змогу виявляти важкі хвороби на ранніх стадіях.

Це також може знизити рівень інвалідності серед населення, особливо серед чоловіків, який є в Україні доволі високим, хоч і не найвищий в Європі. Так, з усіх первинно зареєстрованих інвалідів чоловіки становлять біля 60%.

При цьому серед причин, які дають змогу пояснити той факт, що чоловіки хворіють рідше за жінок, але при цьому частіше отримують статус інваліда, незважаючи на умови праці, вагоме місце займають індивідуальна поведінка та відповідальність за власне здоров'я.

Отже, підбиваючи підсумки, можна констатувати, що важливе значення для здоров'я людини протягом життя має РПЖ. Практично усі детермінанти здоров'я, які діють у цей період позначаються на стані здоров'я людини у майбутньому. Це стосується:

- добробуту родини, в якій виховується дитина;
- інформації, яку отримують діти та підлітки щодо ризиків для здоров'я, навичок про індивідуальну відповідальність за власне здоров'я та ведення здорового способу життя. Загалом питання санітарної грамотності є одним із ключових у формуванні здоров'я в різні періоди життєвого курсу;
- якості харчування, можливостей отримувати необхідні поживні речовини відповідно до свого віку. Особливо це стосується можливості споживання фруктів та овочів;
- оздоровлення, можливості відвідувати санаторії, пансіонати, табори відпочинку, відпочивати разом з батьками;
- фізичної активності у РПЖ: відвідування спортивних гуртків та секцій.

При цьому не виявлено значних зав'язків між здоров'ям у дорослому житті та розвитком у РПЖ за такими ознаками як стосунки у сім'ї в якій виховувалась людина, тютюнопаління батьків та кількість дітей у сім'ї.

Разом з цим, незважаючи на позитивні зрушення пов'язані із зменшенням смертності та захворюваності дітей та підлітків в Україні ще є резерви у цьому напрямку. Покращення детермінант РПЖ може суттєво допомогти у цьому. Додатковими заходами при цьому можуть бути:

- освіта, що охоплює як загальну освіту, так й опанування знань щодо збереження здоров'я, володіння навичками, які

дають змогу конкурувати на ринку праці (профорієнтації, техніки пошуку роботи) тощо;

- підтримка вагітних: інформування про ризики для здоров'я матері та дитини, надання необхідних для вагітних знань, умінь і навичок щодо збереження здоров'я, повне медичне обслуговування, забезпечення необхідними ліками, психологічна підтримка тощо;

- забезпечення добрим харчуванням та якісною питною водою;

- адекватне, доступне і безпечне житло;

- розвиток соціальних контактів;

- зниження дискримінації, ізоляції та несправедливості у ранньому періоді життя.

- соціальний захист дітей-сиріт, дітей із багатодітних сімей та інших дітей із сімей, що живуть за межею бідності.

Особливо гострою є проблема надсмертності чоловіків працездатного віку, показники якої в Україні є найвищими в Європі, зокрема вищими за Швецію в 4,5 рази.

Існують певні відмінності у детермінантах, які зумовлюють стан здоров'я чоловіків та жінок в Україні. Одні більш визначальні для чоловіків, інші – для жінок, а є такі, що мають приблизно однаковий ступінь впливу. Одну з визначальних ролей для здоров'я населення України має дохід. Бідне населення має більшу ймовірність померти при захворюваннях системи кровообігу та органів дихання через зовнішні причини. Особливо це стосується чоловіків. Це пов'язано з тим, що вони здебільшого зайняті на виробництвах із у шкідливими умовами праці, проживають у гірших умовах, а також схильні до випадкових отруєнь та самошкоджень порівняно із жінками.

Освіта також є більш вагомою детермінантою здоров'я для чоловіків ніж жінок.

Жінки більш уважно ставляться до свого здоров'я, тому вони частіше за чоловіків (66 і 34% жителів міських поселень

відповідно; 54 і 46% жителів сільських поселень відповідно) визначають у себе хронічну патологію різного характеру. Оскільки більшість чоловіків безтурботно ставиться до свого здоров'я, вони налаштовані більш оптимістично і оцінюють його вище, ніж жінки. У лікарів спостерігається у середньому 62% жінок і лише 38% чоловіків, що мають хронічні захворювання. Це також вказує на низький рівень медичної активності чоловічого населення України, тобто низький рівень відповідальності за стан власного здоров'я.

Політика у сфері охорони здоров'я населення України, по-перше, мусить мати гендерну спрямованість, а по-друге, орієнтуватись на детермінанти, які визначають стан здоров'я чоловіків і жінок у сучасних умовах. Першочерговим завданням мають бути вжиті заходи щодо зменшення нерівності серед населення у доходах, освіті, доступності медичних товарів і послуг, індивідуальної відповідальності за власне здоров'я. 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 у системі охорони здоров'я, а й загалом у спектрі соціального життя.

Література до 4 розділу

1. Комиссарова Е. Н. Морфологические критерии возрастной гигиены: уч. пособ. / Е. Н. Комиссарова, П. В. Родичкин, Л. А. Сазонова. – СПб.: ЭЛМОР, 2014. – 64 с.
2. Эриксон Э. Г. Детство и общество / Э. Г. Эриксон / пер. [с англ.] и науч. ред. А. А. Алексеев. – СПб.: Летний сад, 2000. – 416 с.
3. Moffitt T. E. Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years / [Електронний ресурс] / T. E. Moffitt, A. Caspi, N. Dickson, Ph. Silva // *Development and Psychopathology*. – 1996, Vol. 8 (2). – P. 399–424. – Режим доступу : <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/div-classtitlechildhood-onset-versus-adolescent-onset-antisocial-conduct-problems-in-males-natural->

- history-from-ages-3-to-18-yearsdiv/A0B0ECF9BFCC8F3C2A0D5983A44FB570.
4. Barker D. JP. Maternal Nutrition, Fetal Nutrition, and Disease in Later Life / D. JP. Barker // Nutrition. – 1997. – Vol. 13(9). – P. 807–813.
 5. Salam M.T. Early-life environmental risk factors for asthma: findings from the children's health study. Environ / M. T. Salam, Yu-F. Li, B. Langholz, F. D. Gilliland // Health Perspectives. – 2004. – Vol. 112. – P. 760–765.
 6. Payne V. G. Human motor development: a lifespan approach / V. G. Payne, L. D. Isaacs. – Mountain View, Calif. : Mayfield Pub. Co, 2012.– 608 p.
 7. Maternal, newborn, child and adolescent health: Adolescent development /[Електронний ресурс]. – Режим доступу : – http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en.
 8. Kail R. V. Children and their development / R. V. Kail. – Boston : Pearson Education Limited, 2016. – 586 p.
 9. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. О. Квіташвілі; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2015. – 460 с.
 10. Marmot M. Social Determinants of Health, 2nd Edition / Edited by M. Marmot, R. Wilkinson. – Oxford University Press, 2006. – 376 p.
 11. Heckman J. J. Invest in early childhood development: Reduce deficits, strengthen the economy [Електронний ресурс] / J. J. Heckman //The Heckman Equation. – 2012. – Режим доступу : https://heckmanequation.org/assets/2013/07/F_HeckmanDeficitPieceCUSTOM-Generic_052714-3.pdf.
 12. Early child development: a powerful equalizer: Final report of the World / [Електронний ресурс] / Health Organization (CSDN). – Geneva : WHO, 2007. – Режим доступу : (http://www.who.int/social_determinants/publications/earlychilddevelopment/en/index.html).
 13. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
 14. European strategy for child and adolescent health and development [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/81831/E91655.pdf.
 15. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020 [Електронний режим]. – Ре-

- жим доступу : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCANstrategy_140440.pdf?ua=1.
16. Демографія : уч. [для ВУЗов] / под ред. Н. А. Волгина, Л. Л. Рыбаковского. – М. : Логос, 2003. – 280 с.)
 17. Maher J. Inequalities in infant mortality: trends by social class, registration status, mother's age and birthweight, England and Wales, 1976–2000 [Електронний ресурс] / J. Maher – Режим доступу : <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/hsq/health-statistics-quarterly/no--24--winter-2004/inequalities-in-infant-mortality-trends-by-social-class--registration-status--mother-s-age-and-birthweight--england-and-wales--1976-2000.pdf?format=contrast>.
 18. Україна. Мультиіндикаторне кластерне обстеження домогосподарств, 2012 / Держ. служба статистики України [та ін.]. – К. : К.І.С., 2013. – 432 с.
 19. Палій О. М. Резерви зниження смертності немовлят в Україні / О. М. Палій, Н. О. Рингач // Демографія та соціальна економіка. – 2011. – № 2. – С. 84–94.
 20. Голяченко О. М. Статистичні таємниці / О. М. Голяченко, Л. М. Романюк, О. В. Левченко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 1. – С. 22–24.
 21. Левчук Н. Смертність немовлят в Україні: ілюзії та реальність / Н. Левчук // Демографічні дослідження. – 2002. – Вип. 24. – С. 63–65.
 22. Українська база медико-статистичної інформації [Електронний ресурс] / ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». – Режим доступу : <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>.
 23. European health for all database (HFA-DB) [Електронний ресурс]. – WHO: Europe. – February 2016. – Режим доступу : http://data.euro.who.int/hfad/shell_en.html.
 24. Ступак В. С. Состояние постнеонатальной смертности в Хабаровском крае / В. С. Ступак, О. А. Сенькевич, С. М. Колесникова [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 112–116.
 25. Sappenfield W. M. Differences in neonatal and postneonatal mortality by race, birth weight, and gestational age [Електронний ресурс] / W. M. Sappenfield, J. W. Buehler, N. J. Binkin et. // Public Health Rep. – 1987. – Vol. 102 (2). – P.182–92. – Режим доступу : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1477813/pdf/pubhealthrep00178-0064.pdf>.

26. Щербакова Е. По смертности детей в возрасте до 5 лет: девочек – 62-е, мальчиков – 64-е место среди 192 стран [Електроний ресурс] / Е. Щербакова // Демоскоп Weekly: Электронная версия бюллетеня Население и общество. – Режим доступу : <http://demoscope.ru/weekly/2005/0227/barom04.php>.
27. Kim D. The Social Determinants of Infant Mortality and Birth Outcomes in Western Developed Nations: A Cross-Country Systematic Review [Електронний ресурс] / D. Kim, A. Saada // Public Health. – 2013. – 10(6). – P. 2296–2335. – Режим доступу : <http://www.mdpi.com/1660-4601/10/6/2296/pdf>.
28. Hajizadeh, M. Social inequality in infant mortality: What explains variation across low and middle income countries? / M. Hajizadeh, A. Nandi, J. Heymann // Social Science & Medicine. – 2014. – Vol. 101. – P. 36–46
29. Judge K. Inequalities in infant mortality: Patterns, trends, policy responses and emerging issues in Canada, Chile, Sweden and the United Kingdom / K. Judge et al. // Health sociology review. – 2009. – Vol. 18, is. SU 1. – P. 12–24.
30. Про затвердження Методики щодо забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення : наказ Міністерства охорони здоров'я Україна № 51 від 01.02.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0269-16>.
31. Стан та чинники здоров'я українських підлітків: моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, О. Р. Артюх [та ін.] ; наук. ред. О. М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К. : К.І.С., 2011. – 172 с.
32. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, Д. М. Павлова [та ін.] ; наук. ред. О. М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. – 156 с.
33. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році: за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 року / відп. за вип. І. І. Осипова. – К. : ДССУ, 2016. – 149 с.
34. Регіони України : стат. зб. 2009–2015 рр. [Електронний ресурс]. / ДССУ. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/Arch_reg.htm.

35. Витрати і ресурси домогосподарств України : стат. зб. 2009–2015 рр. [Електронний ресурс] / ДССУ. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_vrd_zb.htm.
36. Quality of life indicators [Електронний ресурс]. – European statistics. Statistics Explained. – Режим доступу : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators.
37. Бухановська Т. М. Стан здоров'я сучасних школярів, шляхи його збереження та поліпшення / Т. М. Бухановська, Л. О. Мальцева, Л. В. Андрейчин // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1. – С. 44–51.
38. Фролова Т. В. Сучасні аспекти формування здоров'я дитячого населення / Т. В. Фролова, О. В. Охалкіна, І. Р. Сіняєва // Перинатология и педиатрия. – 2014. – №. 2. – С. 116–118.
39. Данило О. Причини та мотиви суїцидальної поведінки в умовах економічної кризи [Електронний ресурс] / О. Данило, М. Скалецький. – 2010. – Режим доступу: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/6411/1/14.pdf>.
40. Шевченко О. М. Соціологічна характеристика сучасних проблем української молоді [Електронний ресурс] / О. М. Шевченко. – 2014 . – Режим доступу : http://ir.znau.edu.ua/bitstream/123456789/2003/1/Nauk_chut_2014_3_115-119.pdf.
41. Шурыгина И. Смертность российских детей от внешних причин [Електронний ресурс] / И. Шурыгина // Демоскоп. – 2013. – № 537–538, 1–20 января. – Режим доступу : <http://demoscope.ru/weekly/2013/0537/tema01.php>.
42. Доклад ВОЗ «О профилактике детского травматизма в Европе» [Електронний ресурс] / ВООЗ. – 2009. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98744/E92049R.pdf.
43. Гуліч М. П. Раціональне харчування та здоровий спосіб життя – основні чинники збереження здоров'я населення / М. П. Гуліч // Проблемы старения и долголетия. – 2011. – Т. 20, № 2. – С. 128–132.
44. Mirolla M. The cost of chronic disease in Canada for Chronic Disease Prevention Alliance of Canada [Електронний ресурс] / М. Mirolla, 2004. – Режим доступу : <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/chroniccanada.pdf>.
45. Kuh D. A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology / D. Kuh, Y. Ben-Shlomo. – Oxford : Oxford University Press, 2004. – 473 p.

46. Children and Young Adults [Електронний ресурс] / National Longitudinal Surveys. – Режим доступу : <http://www.bls.gov/nls/y79chyasum.htm>.
47. Reconstructing the life course: health during early old age in a follow-up study based on the Boyd Orr cohort / D. Blane, L. Berney, G. D. Smith, D. J. Gunnell, P. Holland // Public Health. – 1999. – № 113 (3). – P. 117–124.
48. 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] / D. Raphael, S. Anstice, K. Raine // Leadership in Health Services. – 2003. – Vol. 16. – P. 10–20.
49. Rethinking MCH: The Life Course Model as an Organizing Framework: Version 1.1 [Електронний ресурс] / Concept Paper U. S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Maternal and Child Health Bureau, 2010. – Режим доступу : <http://www.hrsa.gov/ourstories/mchb75th/images/rethinkingmch.pdf>.
50. Methods for the development of NICE public health guidance (second edition) [Електронний ресурс] / National Institute for Health and Clinical Evidence. – London, NICE; 2009. – Режим доступу : www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf.
51. WHO-CHOICE Programme / World Health Organization [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.who.int/choice/en.
52. European Commission. Impact Assessment Guidelines. – Brussels: European Commission [Електронний ресурс]. – 2005. – Режим доступу : http://ec.europa.eu/governance/impact/docs/key_docs/sec_2005_0791_en.pdf.
53. European Commission. Study on the Use of Cost-effectiveness Analysis in EC's Evaluations. Brussels: European Commission (DG BUDGET); 2006 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://ec.europa.eu/budget/library/documents/evaluation/studies/cea_finalreport_en.pdf.
54. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion [Електронний ресурс]. – Paper 2. – Geneva : WHO. – 2010. – 75 p. – Режим доступу : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf.
55. Smith D. G. Health inequalities – Lifecourse approaches / D. G. Smith // Population. – 2005. – Vol. 60 (3). – P. 387–390.

56. Social determinants of health: Canadian perspectives / edited by Dennis Raphael. – Toronto : Canadian Scholar's Press, 2009. – 478 p.
57. Halfon N. Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research / N. Halfon and M. Hochstein // *Milbank Q.* – 2002. – Vol. 80(3). – P. 433–479.
58. Yu S. The Life-Course Approach to Health / S. Yu // *Am J Public Health.* – 2006. – Vol. 96(5). – P 768.
59. Bernard P. Capturing the lifecourse: The contribution of a Panel Study of Lifecourse Dynamics (PSLD) to public policy analysis in Canada [Електронний ресурс] / P. Bernard. – Режим доступу : http://www.ciqss.umontreal.ca/longit/session7_paper3.html.
60. Антонюк В. П. Проблема бідності та соціальні ризики для розвитку України / В. П. Антонюк // *Вісник економічної науки України.* – 2016. – № 1 (30). – С. 6–14.
61. Статівка Н. В. Причини та наслідки зниження рівня життя населення в Україні / Н. В. Статівка, А. О. Надточій // *Актуальні проблеми державного управління.* – 2016. – № 1. – С. 203–211.
62. Черенько Л. М. Нові форми бідності в Україні: основні прояви та оцінка масштабів явища / Л. М. Черенько // *Демографія та соціальна економіка.* – 2015. – № 1. – С. 11–21.
63. Домище-Медяник А. М. Дитяче оздоровлення в Україні як тренд: діагностика та стратегічні аспекти / А. М. Домище-Медяник // *Науковий вісник Ужгородського університету.* – 2016. – Вип. 1(47), т. 2. – С. 193–201.
64. Інформація про хід проведення оздоровлення та відпочинку дітей у 2016 році [Електронний ресурс] / Міністерство соціальної політики України. – Режим доступу : <http://www.msp.gov.ua/news/11106.html?PrintVersion>.
65. Миздренко О. М. Раціональне харчування як один з важливих компонентів гармонійного фізичного розвитку підлітків / О. М. Миздренко // *Young.* – 2016. – Т. 33, № 6. – С. 184–187.
66. Gender, equity and human rights [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/>.
67. WHO gender policy: Integrating gender perspectives in the work of WHO [Electronic resource]. – Mode of access: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/a78322.pdf?ua=1>
68. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / под. общ. ред. Н. М. Римашевской. – М. : Агенство «Социальный проект», 2007. – 240 с.

69. Соціальні детермінанти здоров'я та благополуччя молодих людей [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/Stok/Key%20Findings%20Ukrainian.pdf>.
70. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. 2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf?ua=1.
71. Лібанова Е. М. Низька тривалість життя населення – основний прояв тотальної демографічної кризи в Україні / Е. М. Лібанова // Журнал АМН України. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 411–447.
72. Wisser O. The sex differential in mortality: A historical comparison of the adult-age pattern of the ratio and the difference / O. Wisser, J. W. Vaupel. – Rostock: MPIDR Working Paper WP, 2014. – 18 p.
73. Luy M. Causes of male excess mortality: insights from cloistered populations / M. Luy // Population and Development Review. – 2003. – № 29(4). – P. 647–676.
74. Рингач Н. О. Проблема надсмертності чоловіків в Україні: гендерний аналіз у державному управлінні охороною громадського здоров'я / Н. О. Рингач // Стратегічні пріоритети. – 2008. № 3(8). – С. 142–148.
75. Case A. Sex differences in morbidity and mortality / A. Case, C. Paxson // Demography. – 2005. № 42(2). – P. 189–214.
76. Gender Differences in the association between morbidity and mortality among middle-aged men and women / A. Singh-Manoux, A. Guéguen, J. Ferrie, M. Shipley [end ect.] // Am J Public Health. – 2008. № 98(12). – P. 2251–2257.
77. Шушпанов П. Г. Трудова міграція населення регіону : моногр. / П. Г. Шушпанов, В. Я. Брич. – Тернопіль : ТНЕУ, 2014. – 160 с.
78. Соціально-економічні та етнокультурні наслідки міграції для України : зб. матеріалів Наук.-практ. конф. (Київ, 27 верес. 2011 р.) / упоряд. О. А. Малиновська. – К. : НІСД, 2011. – 344 с.
79. Лібанова Е. М. Міграційні трансферти, бідність і нерівність в Україні / Е. М. Лібанова // Соціально-економічні та етнокультурні наслідки міграції для України : зб. матеріалів Наук.-практ. конф. (Київ, 27 верес. 2011 р.) / упоряд. О. А. Малиновська. – К. : НІСД, 2011. – С. 15–25.
80. Овчарова Л. П. Приватні грошові перекази і розвиток економіки / Л. П. Овчарова // Соціально-економічні та етнокультурні наслідки міграції для України : зб. матеріалів Наук.-практ. конф. (Київ, 27 верес. 2011 р.) / упоряд. О. А. Малиновська. – К. : НІСД, 2011. – С. 105–114.

81. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України. 2010–2016 рр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
82. Попередження онкологічних захворювань [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/onko.pdf>.
83. Шушпанов Д. Г. Гендерна складова соціально-економічних детермінант здоров'я населення / Д. Г. Шушпанов // Науковий вісник Полтавського університету споживчої кооперації України. – 2013. – № 2 (58). – С. 130–135.

РОЗДІЛ V

НЕРІВНІСТЬ У ДОХОДАХ, ЗАЙНЯТОСТІ ТА ОСВІТІ: МАСШТАБИ ВПЛИВУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

5.1. Соціальний градієнт формування здоров'я населення

Головним аспектом дослідження нерівності у здоров'ї населення є його розподіл за соціально-економічними групами. У будь-якому суспільстві матеріальні, владні та інші ресурси розподілені нерівномірно, і ця нерівність, як відомо, може бути представлена у вигляді системи соціальної стратифікації [1]. Відповідно різні групи населення мають нерівні можливості доступу до матеріальних, культурних та інших цінностей. Люди досягають різних позицій у соціальній ієрархії відповідно до їхнього професійного статусу, рівня освіти та рівня доходу.

Змінити соціальну групу протягом життя у багатьох суспільствах складно – соціальні ліфти не діють, соціальна мобільність має обмежені рамки, більшість людей залишається у тих самих соціально-економічних групах, з яких вони вишли. Для характеристики особливостей і проблем здоров'я у різних соціально-економічних групах (стратах) населення використовують термін «соціальний градієнт», який характеризує явище, коли нерівність у стані здоров'я населення пов'язана із зміною соціального статусу: чим вища соціальна позиція, тим кращий стан здоров'я, та навпаки. Соціальний градієнт є глобальним явищем, яке спостерігається у країнах

із низьким, середнім і високим рівнями доходу. Соціальний градієнт у здоров'ї означає, що нерівність у стані здоров'я впливає на кожного.

З огляду на це дослідження нерівності у стані здоров'я населення часто базується на вивченні соціально-економічного статусу (СЕС) людини або групи людей. Відповідно СЕС слід розуміти як відносну позицію, яку займають люди в певній соціально-економічній стратифікації [2], чи складне їхнє ранжування на основі різних показників соціальної нерівності [3], чи становище осіб у суспільстві, які ґрунтуються на поєднанні професійних, економічних та освітніх критеріїв, що, як правило, виражається в упорядкованих категоріях, тобто за порядковою шкалою [4]. У будь-якому разі цей статус враховує позицію людини (груп населення) у суспільстві за допомогою її (їхніх) освіти, доходу та роду занять. Разом з цим, за результатами провідних досліджень, СЕС є одним із важливих детермінант здоров'я [5; 6], який можна використовувати як інтегральну детермінанту, що охоплює дохід, освіту та зайнятість.

Перші ґрунтовні спроби визначити причинно-наслідкові механізми між виникненням певного захворювання та впливом СЕС населення здійснено дослідниками понад 30 років тому. Поняття «соціальний градієнт» у сфері охорони здоров'я стало відомим з моменту публікації Звіту Блейка у 1980 р., що відкрило нову еру досліджень соціально-економічних детермінант [7]. Основним висновком цього дослідження, зокрема щодо смертності та очікуваної тривалості життя, є наявність «соціального градієнта» в смертності: «...на якому б щаблі ви не стояли на соціальних сходах, ваші шанси на більш ранню смерть вищі, ніж для тих, хто перебуває вище за вас» [8].

Тривалий період дію СЕС на стан здоров'я населення на-самперед пов'язували з нерівністю у доходах, які визначають відмінності в життєвих стандартах – спожитих товарах і послугах. Разом з тим, нині розглядаються інші напрямки впливу.

Зокрема, досліджується вплив на здоров'я хронічних стресів, які пов'язані з незадоволеністю наявним СЕС. Вони можуть призводити до зміни нейроендокринної системи та психологічного функціонування організму і збільшувати ризик захворювань. Отже, СЕС впливає на здоров'я безпосередньо через механізми деривації, матеріальні нестатки і суб'єктивне сприйняття людьми власного «нерівного» статусу в суспільстві та пов'язані з цим оцінки, відносини, хвилювання [9].

Численні міжнародні дослідження і дані про смертність підтвердили нерівність у здоров'ї між різними соціальними класами та країнами [10 – 13]. Існують обґрунтовані докази, що рівень захворюваності та рівень смертності щораз скорочуються із зростанням СЕС [2; 14 – 16]. Соціальний градієнт у смертності спостерігається для більшості основних причин смерті: наприклад, М. Мармот [17] доводить, що для кожного з дванадцяти захворювань смертність зростає із зниженням СЕС, а Т. Пінкус виявив залежність між СЕС населення та серцево-судинними, онкологічними захворюваннями, цукровим діабетом і психічними хворобами [18]. Основним наслідком соціального градієнта є те, що чутливість людини до хвороби залежить не лише від її поведінки як особистості, а, що є найважливішим, від соціального середовища, в якому людина живе [19].

Залежність здоров'я від СЕС спостерігалася в різні періоди, незалежно від рівня соціально-економічного розвитку країни, в якій здійснено дослідження, а отже, вона вважається майже аксіоматичною. Незважаючи на те, що стан здоров'я населення загалом у більшості країн світу покращився, значно зменшились рівень захворюваності та смертності, а СОТЖ зростала протягом останніх десятиліть, суттєвого скорочення нерівності у здоров'ї не відбулось, навіть у багатих суспільствах [2; 20; 21].

При цьому не для кожної країни, етносу чи групи населення причинно-наслідкові зв'язки між СЕС та станом здоров'я будуть характерними, адже, крім соціально-економічних, на рівень захворюваності населення впливають також інші чинники, зокрема біологічні та екологічні. Насамперед варто з'ясувати, які з них провідні та мають визначальне значення на заданий момент, тобто є детермінуючими. Саме тому завданням дослідників є постійний моніторинг детермінант здоров'я та їхнє регулювання в інтересах збереження здоров'я населення.

Одне із завдань авторського соціологічного опитування полягало в окресленні сучасної соціально-економічної структури населення України та виявленні на цій основі залежності стану здоров'я респондентів від їхнього СЕС. Для цього респондентам було запропоновано обрати для себе як показник соціально-економічного становища одну з десяти сходинок, які умовно відображають соціально-економічну нерівність у суспільстві. Більшість опитаних зарахувала себе до осіб, які мають дуже низьке (15,5% обрали 1–2 щаблі) та низьке (36,1% – 3–4 щаблі) становище у суспільстві (рис. 5.1). При цьому тих, хто зараховує себе до осіб найвищого (9–10) та високого щабля, лише $\frac{1}{4}$ від загальної кількості опитаних. Такі дані свідчать про доволі низький рівень самооцінки населенням країни свого СЕС та достатньо високий рівень соціальної стратифікації.

Отримані дані дають змогу також зробити висновок, що соціально-економічна структура населення має територіальні особливості. Несуттєво, але показник СЕС вищий серед населення міських поселень, особливо у західних областях України: Закарпатській, Львівській, Волинській. Ситуація у міських поселеннях є кращою насамперед через меншу частку тих осіб, хто відніс себе до представників 1–3 щаблів соціально-економічної драбини. Найбільша диференціація за СЕС серед населення зафіксована у Донецькій, Запорізькій, Миколаївській, Одеській, Київській, Черкаській областях та м. Києві.

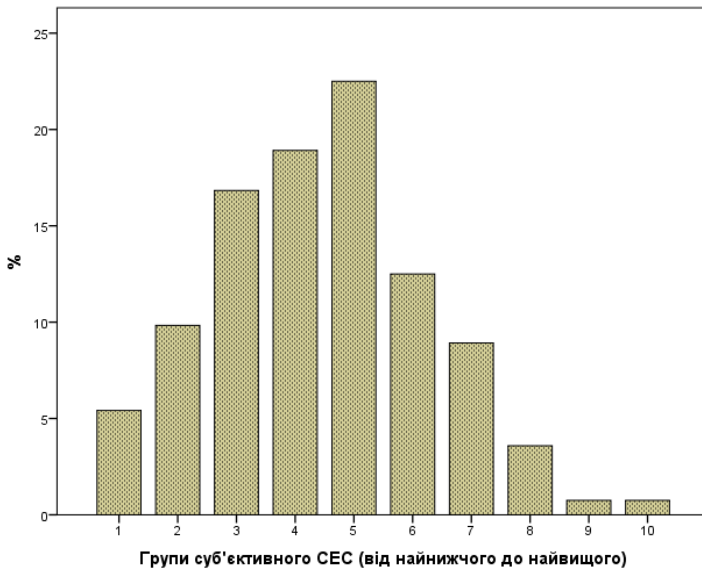


Рис. 5.1. Самооцінка населенням України власного соціально-економічного статусу

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Зауважимо, що люди з різним СЕС по-різному сприймають та оцінюють інформацію, мають різні соціально-психологічні установки і поведінку, у тому числі щодо збереження власного здоров'я. Наприклад, детермінанти, які впливають на стан їхнього здоров'я, вони визначають по-різному. Зокрема, респонденти, які зарахували себе до групи осіб найнижчих соціальних шаблів, вважають, що найбільш визначальними для їхнього здоров'я є матеріальний добробут, медичне обслуговування та навколишнє середовище. Водночас представники верхніх шаблів ієрархії насамперед вважають детермінантами свого здоров'я спосіб життя, спадковість і соціальний статус (табл. 5.1). Отже, погляди на це питання є діаметрально протилежними між різними верствами населення. Люди із вищим

соціально-економічним статусом більшу увагу звертають на внутрішні, особистісні детермінанти, дію яких можна керувати самостійно, а ті особи, хто має нижчий СЕС, здебільшого надають перевагу зовнішнім детермінантам, які меншою мірою залежать від індивідуума.

Відповідно думки населення із різним СЕС відрізняються також щодо того, хто є відповідальним за стан здоров'я (рис. 5.2). Респонденти з високим та дуже високим СЕС є більш відповідальні за власне здоров'я порівняно з тими, хто перебуває на нижчих щаблях соціальної ієрархії. Вони більшою мірою усвідомлюють індивідуальну відповідальність за власне здоров'я та менше покладають її на державу. Це важливий аргумент, який дає змогу зрозуміти дію механізмів, через які соціально-економічна нерівність призводить до нерівності у здоров'ї населення.

Таблиця 5.1

Ідентифікація населенням із різним соціально-економічним статусом детермінант, які визначають стан його здоров'я

	Групи суб'єктивного СЕС										Всього по детермінанті
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1. Навколишнє середовище	21,2	23,0	22,9	22,5	23,8	20,2	18,4	21,8	11,3	12,2	22,9
2. Соціальний статус	8,5	6,9	6,5	5,0	5,1	5,2	6,2	8,5	19,6	10,3	6,7
3. Матеріальний добробут	31,2	22,0	17,2	15,0	16,0	15,1	16,1	16,5	11,6	15,6	19,7
4. Спадковість	6,3	11,7	15,2	15,7	13,1	18,0	19,8	16,7	11,5	20,0	14,8
5. Спосіб життя	12,3	19,8	21,5	26,6	30,1	30,7	31,0	30,8	40,2	35,8	25,1
6. Медичне обслуговування	20,5	16,6	16,7	15,2	11,9	10,8	8,5	5,8	5,8	6,1	10,8
Всього по групам СЕС	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100,0
	5,5	10,0	17,0	19,1	22,8	12,5	8,0	3,6	0,8	0,7	

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

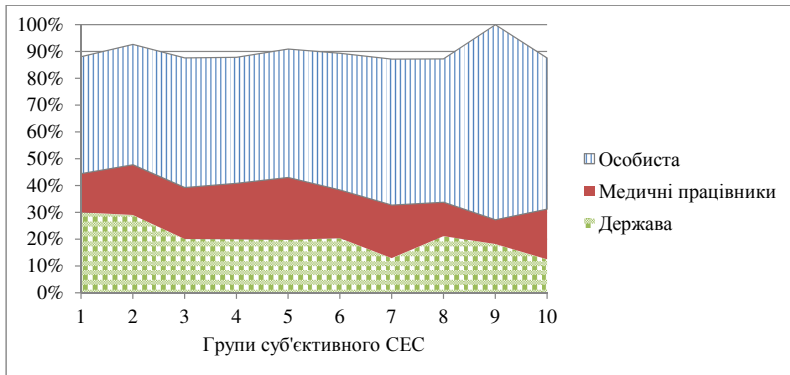


Рис. 5.2. Ступінь відповідальності за здоров'я серед груп із різним соціально-економічним статусом

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Доцільно з'ясувати також причини та наслідки соціально-економічної нерівності у структурі населення. Як засвічують результати дослідження, причинами визначено добробут у РПЖ, гендерну нерівність, вік, дохід та освіту (рис. 5.3). Наслідками є якість харчування, житлові умови та умови місця проживання, доступність медичних товарів і послуг тощо.

По-перше, беззаперечним є той факт, що на СЕС впливає вік, принаймні через біологічне старіння. Вік людини – це безпосередній індикатор ступеня вичерпності біологічного ресурсу здоров'я, який отримала особа від природи. В середньому визначено таку залежність: чим молодша людина, тим багатший її біологічний ресурс, і навпаки, чим старша, тим менша величина такого ресурсу.

Однак, поряд із біологічними, на зниження суб'єктивних оцінок СЕС людини суттєво впливають соціальні чинники. Період старості супроводжується скороченням діапазону соціальних ролей, що впливає на СЕС літніх людей. Зміни СЕС з віком залежать від багатьох зовнішніх (як наприклад, соціально-

економічний розвиток країни чи регіону проживання людини) та внутрішніх (соціально-психологічні особливості індивіда) чинників. З огляду на це рівень депривації в «третьому віці» за країнами, хоч і зменшується з кожним прожитим роком, але відбувається це явище неоднаково. За даними Л. Косової [22], у Німеччині зниження показника оцінок статусу виявлено після сорока років життя особи. У Швеції цей рубіж більш віддалений у часовому проміжку – 55 років (рис. 5.4). Однак це зниження і в першому, і в другому разі мінімальне. Загалом старіння в економічно розвинених країнах не асоціюється з віковою слабкістю, соціальною депривацією та матеріальною вразливістю. Повноцінне життя в літньому віці називають «успішне старіння»: людина підтримує належне здоров'я, не відчуває матеріальних труднощів, веде активний спосіб життя, самореалізується.

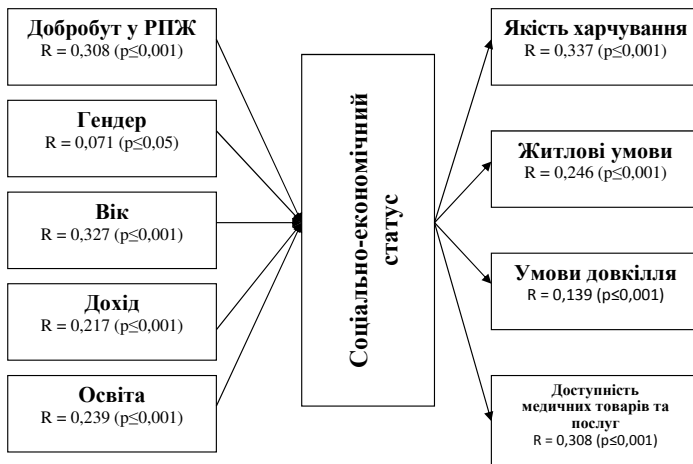


Рис. 5.3. Причинно-наслідкові зв'язки соціально-економічного статусу та СЕД здоров'я населення

Джерело: власна розробка автора.

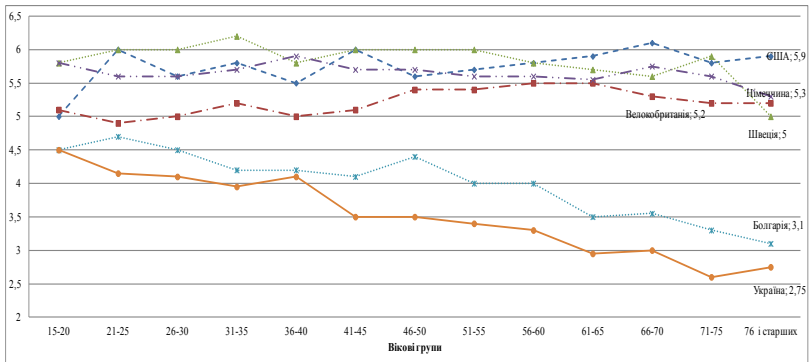


Рис. 5.4. Залежність суб'єктивних оцінок соціального статусу від віку за країнами

Джерело: [22].

Однак в Україні, на відміну від більшості країн Європи, перехід у передпенсійний і пенсійний вік є причиною суттєвого зниження СЕС. Враховуючи, що в Україні майже у всіх вікових групах населення цей статус є значно нижчим порівняно з економічно розвиненими країнами (див. рис. 5.4), його зниження у літньому віці вважається критичним. Саме через це старіння «по-українськи» не можна назвати «успішним», що пов'язано з такими обставинами: низький розмір пенсій, обмежені можливості працевлаштування, недостатнє соціальне забезпечення, скорочення соціальних контактів тощо.

Висновок, що в Україні СЕС з віком суттєво знижується, особливо після досягнення людиною 60 років, підтверджено даними авторського опитування (див. дод. А). Результати анкетування засвідчують, що середні значення показника СЕС опитаних віком 18–24 роки становить 5,29; віком 25–49 років – 4,80; 50–59 – 4,15; а віком 60 років і старших – тільки 3,63. Особливо небезпечним є зростання з віком частки тих осіб, хто зарахував себе до представників найнижчих (1–2) щаблів соціальної драбини. Серед опитаних пенсіонерів таких осіб виявилось 49,5%.

Найбільш суттєво зниження СЕС із віком відчутно для жінок ($R = 0,365$ ($p \leq 0,001$)) проти $R = 0,265$ ($p \leq 0,001$) серед чолові-

ків) та мешканців міських поселень ($R = 0,346$ ($p \leq 0,001$) проти ($R = 0,287$ ($p \leq 0,001$)) у сільській місцевості) (табл. 5.2). Вважаємо, що такі особливості пов'язані з тим, що самооцінка жінок працездатного віку власного СЕС вища, ніж у чоловіків того самого віку. При настанні пенсійного віку СЕС чоловіків і жінок вирівнюється, але зниження його рівня простежується більше у жінок. Схожа ситуація наявна за типом поселень. Міське населення у працездатному віці у середньому має вищий СЕС порівняно із жителями сільської місцевості. У старших вікових групах ця нерівність нівелюється під впливом вищих темпів зниження СЕС серед населення міських поселень.

Таблиця 5.2

**Співвідношення соціально-економічного статусу
та інших соціально-економічних детермінант
здоров'я та населення**

Детермінанта		Разом (N = 1200)	Чоловіки (N = 543)	Жінки (N = 657)	Міські поселення (N = 795)	Сільська місцевість (N = 405)
Вік (питання 33, додаток А)	R	-0,327	-0,265	-0,365	-0,348	-0,287
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$
Кількість дітей до 18 років (35)	R	-0,161	-0,142	-0,178	-0,173	-0,137
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,01$
Освіта (36)	R	0,239	0,239	0,249	0,250	0,219
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$
Дохід (40)	R	0,217	0,207	0,219	0,250	0,148
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,01$
Харчування (18)	R	0,337	0,386	0,291	0,385	0,244
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$
Житлові умови (19)	R	0,246	0,297	0,202	0,281	0,180
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$
Місце прожи- вання (21.1)	R	0,139	0,184	0,098	0,186	–
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,001$	–
Місце прожи- вання (21.2)	R	0,131	0,195	0,081	0,147	0,106
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,05$
Добробут у РПЖ (24)	R	0,308	0,314	0,304	0,261	0,393
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$

Джерело: розраховано за даними авторського соціологічного дослідження.

По-друге, на СЕС суттєво впливає РПЖ, зокрема рівень добробуту родини, в якій зростала людина. Отже, чим кращим був добробут родини, в якій зростала особа, тим вищий показник її теперішнього СЕС ($R=0,308$; $p \leq 0,001$) (рис. 5.5). Зокрема, жоден серед респондентів, який зростав у родині із дуже низьким рівнем добробуту, не досяг СЕС, вищого за 7 щабель ієрархічної драбини. Відповідно 35% опитаних обрало 1–2 щаблі. Водночас серед тих осіб, хто виховувався у родинях із високим і дуже високим рівнем добробуту, такої чіткої закономірності не простежується. Більшість з цих людей перебуває у верхніх щаблях ієрархії. Однак є й такі індивіди, які опинились на найнижчих сходинках такої драбини.

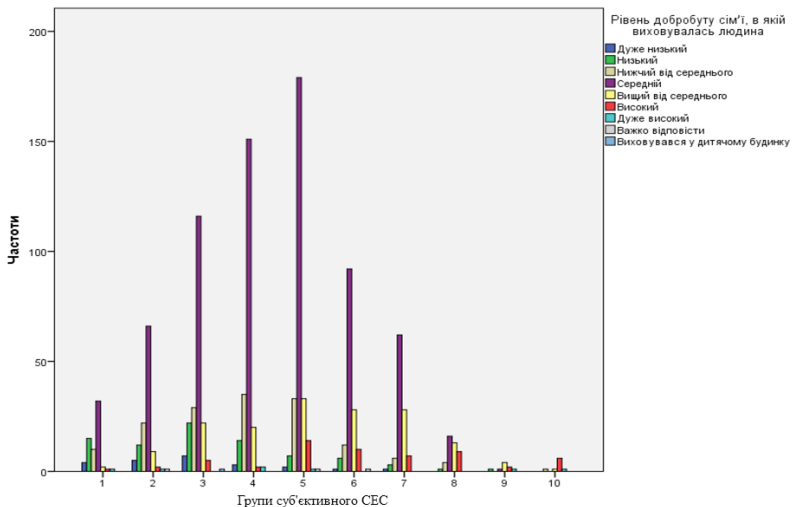


Рис. 5.5. Співвідношення соціально-економічного статусу та рівня добробуту у ранньому періоді життя

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

При цьому значних гендерних особливостей у цих закономірностях немає, хоча є певні відмінності за типом поселень. Майбутній СЕС дещо більше залежить від добробуту родини у РПЖ у чоловіків ($R=0,314$; $p \leq 0,001$), однак це приблизно такий самий за значенням показник, як і у жінок ($R=0,304$; $p \leq 0,001$). Разом з тим, добробут у РПЖ суттєво впливає на майбутній СЕС сільського населення ($R=0,393$; $p \leq 0,001$), що можна пояснити тим фактом, що десятиріччями рівень добробуту жителів сільської місцевості в Україні є нижчим, ніж представників міських поселень. Окрім цього, висока залежність СЕС від добробуту у РПЖ черговий раз доводить, що соціальні ліфти у сучасній Україні майже не діють. Досягти високого СЕС, підростаючи у родині із низьким СЕС, дуже складно.

По-третє, СЕС певним чином пов'язаний з рівнем освіти. Багато дослідників вважає, що освіта є чинником, який може сприяти перерозподілу і диференціації соціальних прошарків населення [23]. Освіта є індикатором СЕС, оскільки її можна розглядати як основу економічного і соціального успіху: люди з вищою освітою з більшою ймовірністю отримують кращі робочі місця і мають вищий соціальний статус. Крім того, освіта визначає поведінкові та інші цінності, оскільки здобуті знання, розвинуті навички сприяють знаходженню і засвоєнню цінної інформації. За даними авторського соціопитування, респонденти із вищою освітою, як правило, мають вищий СЕС ($R=0,239$; $p \leq 0,001$). На рис. 5.6 відображена залежність СЕС від рівня освіти. Зокрема, серед тих осіб, хто зарахував себе до групи людей, які перебувають на 10 щаблі соціально-економічної ієрархії, 88,9% мали вищу або неповну вищу освіту, а серед тих, хто обрав 9 щабель, – 55,5%. Однак освіта, зокрема в Україні, не завжди гарантує високі доходи та рівень добробуту, але, незважаючи на це, забезпечує доволі високий СЕС.

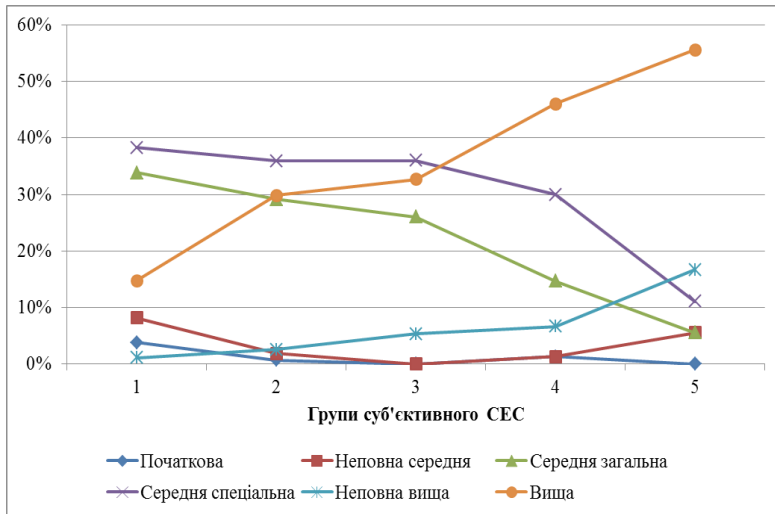


Рис. 5.6. Розподіл респондентів за рівнем освіти та соціально-економічним статусом

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

По-четверте, розподіл за СЕС відповідає як офіційній інформації ДССУ щодо розподілу населення за рівнем доходів, так і даним про власні доходи, отриманим під час опитування респондентів ($R = 0,217$; $p \leq 0,001$). Отже, більшість респондентів асоціює особистий соціальний статус із своїми доходами. Наприклад, серед тих, хто вважає себе належним до категорії осіб, яку відображає 10 щабель ієрархічної драбини, немає таких, хто отримує дохід менш ніж 1000 грн., а серед тих, хто зараховує себе до представників 1 щабля, немає з доходом понад 3000 грн. (табл. 5.3). Ці дані доводять, що дохід є основним показником СЕС: чим бідніша людина, тим більша ймовірність того, що вона матиме низький СЕС, що у неї можуть виникнути проблеми щодо задоволення основних потреб, таких як харчування, проживання в безпечному мікрорайоні, що негативно впливатиме на її стан здоров'я.

Таблиця 5.3

**Співвідношення розподілу населення
за соціально-економічним статусом та доходами**

		Групи суб'єктивного СЕС										Разом
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Розподіл населення за доходами, тис. грн	До 1	36,9	22,9	18,3	15,9	18,9	16,0	17,9	14,0	44,4	0,0	19,0
	1–2	53,8	66,1	55,9	55,9	43,3	50,7	48,1	44,2	11,1	22,2	51,6
	2–3	9,2	11,0	23,3	21,1	24,4	18,0	25,5	27,9	22,2	22,2	20,9
	3–5	0,0	0,0	2,0	6,6	10,7	14,0	4,7	7,0	11,1	22,2	6,7
	5–10	0,0	0,0	0,5	0,4	2,6	0,7	3,8	7,0	11,1	33,3	1,8
	По-над 10	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Разом		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

По-п'яте, гендерна нерівність не так суттєво, як попередні детермінанти, але також впливає на соціальний статус, особливо на мешканців міських поселень ($R = 0,088$; $p \leq 0,05$). На найнижчих шаблях (1–2) ієрархічної драбини, що дає змогу визначити СЕС, жінок значно більша кількість, однак їх менше на найвищих шаблях (9–10) (табл. 5.4). Загалом середнє значення показника СЕС у чоловіків становить 4,58, а в жінок – 4,32. Це свідчить, що питання гендерної нерівності в Україні залишається актуальним. Так, низький СЕС жінок пов'язаний із значною кількістю причин, зокрема з дискримінацією жінок (відкриті дискримінаційні висловлювання представників влади, відсутність жінок в уряді та недопуск їх до прийняття важливих державних рішень, заборона навчатися у деяких вищих навчальних

зкладах МВС України, обмеження прав жінок, які працюють [24]). Цікавим є також те, що незаміжні жінки оцінюють власний СЕС вище (4,68) порівняно із заміжними (4,21), що може свідчити про нерівність в інституті сім'ї.

Таблиця 5.4

Співвідношення соціально-економічного статусу та статі

Групи суб'єктивного СЕС	Значення	Стать		Разом
		Чоловіча	Жіноча	
1	Кількість осіб	22	43	65
	% до страги	33,8%	66,2%	100,0%
	% до статі	4,1%	6,5%	5,4%
2	Кількість осіб	41	77	118
	% до страги	34,7%	65,3%	100,0%
	% до статі	7,6%	11,7%	9,8%
3	Кількість осіб	97	105	202
	% до страги	48,0%	52,0%	100,0%
	% до статі	17,9%	16,0%	16,8%
4	Кількість осіб	96	131	227
	% до страги	42,3%	57,7%	100,0%
	% до статі	17,7%	19,9%	18,9%
5	Кількість осіб	134	136	270
	% до страги	49,6%	50,4%	100,0%
	% до статі	24,7%	20,7%	22,5%
6	Кількість осіб	78	72	150
	% до страги	52,0%	48,0%	100,0%
	% до статі	14,4%	11,0%	12,5%
7	Кількість осіб	45	62	107
	% до страги	42,1%	57,9%	100,0%
	% до статі	8,3%	9,4%	8,9%
8	Кількість осіб	18	25	43
	% до страги	41,9%	58,1%	100,0%
	% до статі	3,3%	3,8%	3,6%
9	Кількість осіб	6	3	9
	% до страги	66,7%	33,3%	100,0%
	% до статі	1,1%	0,5%	0,8%
10	Кількість осіб	6	3	9
	% до страги	66,7%	33,3%	100,0%
	% до статі	1,1%	0,5%	0,8%
Разом	Кількість осіб	543	657	1200
	% до страги	45,3%	54,8%	100,0%
	% до статі	100,0%	100,0%	100,0%

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування

Вважаємо, що найбільш гострим є питання гендерної нерівності на ринку праці, оскільки жінки заробляють менше за чоловіків. Так, чоловіки в середньому за годину отримують 32,89 грн., а жінки – 24,44 грн. (2016 р.). Переважно це є наслідком структурних передумов: горизонтальної (здебільшого жінки залучені до менш престижної діяльності) і вертикальної (чоловіки частіше перебувають на керівних посадах) сегрегації [25].

Жінок набагато менша кількість серед представників високооплачуваних професій і у сфері бізнесу. Проте найбільша концентрація жінок спостерігається у сфері послуг, дрібної торгівлі та бюджетній, де низькі доходи і висока частка прихованого безробіття [26].

Зауважимо, що, за даними опитування, СЕС не залежить від економічної активності населення. Так, за кількісним показником безробітні приблизно однаковою мірою формують як перший, так і десятий щабель соціальної драбини. Крім цього, важливою особливістю розподілу за СЕС є відмінності, пов'язані з місцем проживання. Незначно, але цей показник статусу дещо вищий у жителів міських поселень. Показник СЕС також порівняно вищий у чоловіків, аніж у жінок.

Загалом СЕС пов'язаний з такими СЕД, які суттєво впливають на здоров'я населення:

– якість харчування ($R=0,337$; $p \leq 0,001$), особливо для чоловіків ($R=0,386$; $p \leq 0,001$) та мешканців міських поселень ($R=0,383$; $p \leq 0,001$).

– доступність медичних товарів і послуг ($R=0,308$; $p \leq 0,001$), особливо для жінок ($R=0,315$; $p \leq 0,001$) та мешканців міських поселень ($R=0,368$; $p \leq 0,001$);

– житлові умови ($R=0,246$; $p \leq 0,001$), особливо для чоловіків ($R=0,297$; $p \leq 0,001$) та мешканців міських поселень ($R=0,282$; $p \leq 0,001$);

– умови довкілля ($R=0,139$; $p \leq 0,001$), особливо для жінок ($R=0,184$; $p \leq 0,001$) та мешканців міських поселень ($R=0,182$; $p \leq 0,001$).

Наведені дані свідчать, що СЕС можна розглядати як універсальний соціальний вимір рівня доходу, освіти, умов РПЖ тощо. Відповідно саме значення показника СЕС варто використовувати при дослідженні соціально-економічного градієнта здоров'я.

За результатами авторського дослідження встановлено, що значна кількість індикаторів здоров'я населення взаємопов'язана з СЕС. Насамперед підвищення СЕС збільшує ймовірність бути абсолютно здоровим, тобто не мати жодного хронічного захворювання ($OR=2,518$; $p\leq 0,01$), причому вищими ці шанси у жінок ($OR=2,951$; $p\leq 0,01$), аніж у чоловіків ($OR=1,725$; $p\leq 0,01$) (табл. 5.5). Серед жінок, які вважають себе належними за СЕС до перших шести шаблів соціально-економічної ієрархії, більше тих, хто має хронічне захворювання, ніж тих, які його не мають (рис. 5.7). Враховуючи, що за соціальною ієрархією розподіл жінок порівняно з чоловіками більш нерівномірний, очевидним є висновок про важливість підвищення СЕС особливо для жінок з позиції покращення їхнього здоров'я.

Первинний аналіз даних про характер зв'язку нерівності у здоров'ї та СЕС свідчить, що за різними показниками стану здоров'я простежується як зворотний (чим вищий статус, тим менша кількість хвороб), так і прямий взаємозв'язок. Отримані у результаті опитування дані підтверджують, що здоров'я людини¹ залежить від об'єктивного СЕС та відображається як поширеність окремих хвороб, насамперед хвороб органів кровообігу. Найвища частка осіб, які перенесли інфаркт міокарда та (або) інсульт, спостерігається серед населення з найнижчим статусом. І навпаки, ця частка зменшується із підвищенням СЕС. Так, імовірність не мати хронічного захворювання суттєво зростає саме із підвищенням СЕС ($OR = 2,785$; $p\leq 0,05$). Найбільш суттєво СЕС впливає на здоров'я жінок порівняно із чоловіками: ймовірність не мати хронічних хвороб системи кровообігу для жінок доволі висока

¹ У цьому разі вказано наявність (відсутність) хронічного захворювання.

(OR = 3,424; $p \leq 0,001$). Для чоловіків таке співвідношення статистично незначиме. Можливість не мати хвороби системи кровообігу також зростає із підвищенням СЕС населення міських поселень (OR = 2,785; $p \leq 0,05$).

Таблиця 5.5

**Відношення шансів бути хворим (здоровим)
залежно від соціально-економічного статусу**

	Групи суб'єктивного СЕС		Загалом населення	Чоловіки	Жінки	Міські поселення	Сільська місцевість
1. Хвороби системи кровообігу	8-10	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1-3	OR	2,785	1,250	3,424	2,359	3,484
		CI	1,713-4,558	0,998-7,822	1,861-6,377	1,325-4,240	1,428-5,880
		p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$
2. Хвороби органів травлення	8-10	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1-3	OR	1,722	0,797	2,269	1,428	2,533
		CI	0,985-3,041	0,253-2,659	0,619-9,832	0,965-2,159	0,655-11,310
		p	$p \leq 0,05$	ns	ns	$p \leq 0,05$	ns
3. Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	8-10	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1-3	OR	2,226	1,032	2,660	1,998	0,784
		CI	0,952-5,461	0,111-14,156	0,976-7,850	0,546-8,649	0,187-3,770
		p	$P \leq 0,05$	ns	$p \leq 0,05$	ns	ns
4. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	8-10	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1-3	OR	2,921	1,622	3,525	2,514	1,316
		CI	1,330-4,681	0,330-10,791	0,775-12,225	1,000-6,714	0,331-6,077
		p	$P \leq 0,05$	ns	ns	$p \leq 0,05$	Ns
5. Хронічні хвороби відсутні	1-3	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	8-10	OR	2,518	1,725	2,951	2,253	2,263
		CI	1,506-3,094	0,994-2,997	1,801-4,842	1,436-3,537	1,204-4,236
		p	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$

Примітка: позначка «ns» означає статистично незначущі відношення шансів.

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування

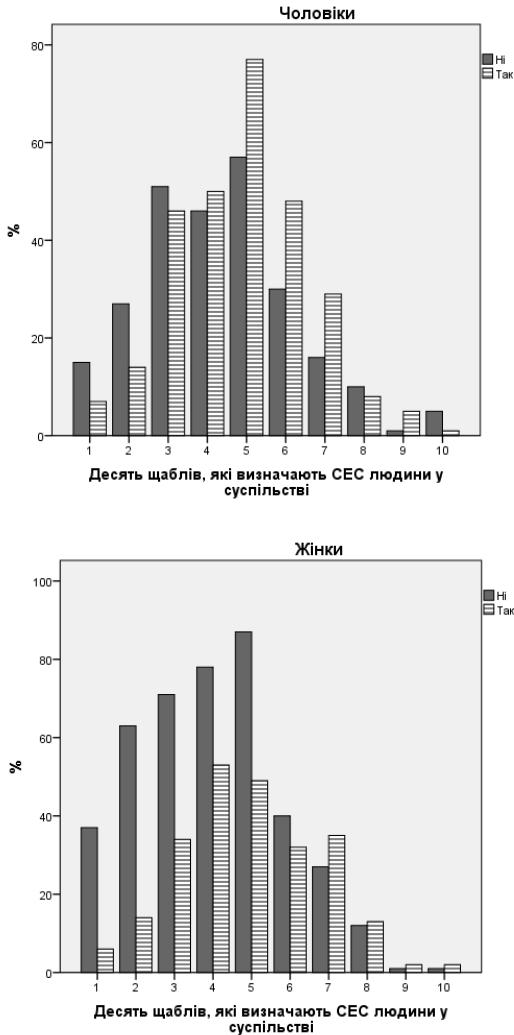


Рис. 5.7. Співвідношення соціально-економічного статусу та відсутності жодного хронічного захворювання серед чоловіків та жінок

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування

Для жінок підвищення СЕС супроводжується зниженням рівня захворюваності, крім хвороб системи кровообігу, на хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин ($OR = 2,660$; $p \leq 0,05$). Водночас простежується слабкий зв'язок показника СЕС із хворобами органів травлення.

Зауважимо, що у жителів міських поселень шанси захворіти на хвороби системи кровообігу, травлення та кістково-м'язевої системи значно нижчі. Насамперед це може бути пов'язано з тим, що СЕС населення у міських поселеннях вищий, ніж у мешканців сільської місцевості, з одного боку, та диференціація за статусом також більша – з іншого боку.

Отже, СЕС як окремої людини, так груп населення – це одна з основних детермінант, яка впливає стан їхнього здоров'я та зумовлює масштаби нерівності у здоров'ї. Спрямованість соціально-економічного градієнта відображають параметри здоров'я населення. Низький СЕС населення є передумовою низького рівня його здоров'я. З іншого боку, погіршення здоров'я призводить до зниження СЕС. В Україні більшість населення має низький СЕС, що є ознакою соціально-економічної нерівності. Підсумком цього є високі показники смертності та захворюваності населення. Отже, соціальний градієнт має вагоме значення при формуванні здоров'я населення країни.

Розмір соціально-економічних груп змінюється, особливо в періоди економічних і політичних змін у державі. Саме такий складний період переживає нині українське суспільство. Характер соціальної стратифікації неоднорідний для різних регіонів і місцевостей. Зокрема, наявні суттєві відмінності їхніх показників між міськими поселеннями та сільською місцевістю, різним соціально-економічним розвитком окремих регіонів тощо. Зміна економічної ситуації та перехід частини населення з однієї соціально-економічної групи до

іншої (вищої або нижчої) з високою імовірністю може змінювати стан їхнього здоров'я. Таким чином, визначення співвідношення чисельності груп населення з різним СЕС дає змогу прогнозувати динаміку параметрів здоров'я населення.

Вивчення медико-демографічних спільнот людей і виокремлення кожної з них із загальної маси населення дає можливість отримати реальну картину структури суспільства у тому чи іншому регіоні, планувати на цій основі соціальні та лікувально-профілактичні заходи. Очевидним є факт, що групи населення із низьким СЕС найбільш гостро потребують соціальної та медичної адресної підтримки з боку місцевих, регіональних і державних органів. Одне із завдань управлінських структур – сприяти успішній реалізації дії «соціальних ліфтів» (здійснення переміщення людей із нижчих соціальних страт у вищі).

Більш детально структурні елементи СЕС – доходи, зайнятість, освіту та інші – розглянемо у наступних підрозділах.

5. 2. Дохід та зайнятість як фундаментальні детермінанти здоров'я структурного рівня

Людині потрібні гроші, щоб забезпечити безпечне житло, харчування, одяг, транспорт, культурні та рекреаційні можливості й все інше, що є необхідним для здорового способу життя в суспільстві. Дохід створює достатні можливості для позитивних життєвих шансів, у тому числі сприяє вибору здорової індивідуальної поведінки. Недостатній дохід перешкоджає цим можливостям. З огляду на це існує гостра потреба у заходах державної політики, яка забезпечуватиме зростання доходів бідного населення та сприятиме зменшенню розриву між багатими і бідними.

Дохід є однією з основних детермінант здоров'я населення, а ступінь нерівності у доходах зумовлює масштаби нерівності

у здоров'ї. Існують певні закономірності між країнами, які пов'язані з відмінностями в їхньому соціально-економічному розвитку та добробуті населення, з одного боку, та нерівністю у здоров'ї – з іншого. У багатьох європейських державах достатній дохід є основним компонентом національної та регіональної політики охорони здоров'я [27]. Визнаючи важливість доходу та його розподілу як СЕД здоров'я, необхідно обґрунтувати ступінь і механізм його впливу на стан здоров'я населення. Це важливо із кількох позицій. По-перше, дохід є інструментом зміцнення людиною власного здоров'я. Багаті люди, як правило, не тільки мають більше можливостей для збереження здоров'я, а й менше шкідливих звичок. По-друге, величина доходу і його розподіл між різними верствами населення – це підґрунтя для формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Зниження доходів населення негативно відображається не тільки на його поведінці щодо збереження власного здоров'я, а й на обсягах фінансування медицини з боку держави, оскільки потребує їхнього збільшення.

Варто пам'ятати про зворотний зв'язок, який здійснює стан здоров'я на рівень доходів, особливо у суспільствах із недостатнім соціальним захистом хворих та інвалідів. Люди з обмеженою працездатністю, особливо із тривалим її перебігом, часто опиняються у нижчих дохідних групах та соціальних стратах загалом. Чинне законодавство із соціального захисту інвалідів в Україні не забезпечує їм належного рівня життя. Так, за станом на 1 грудня 2016 р. мінімальна пенсія дитини-інваліда становить 1247 грн. (\approx 50 дол. США) на місяць. Таку саму пенсію мають інваліди 1 групи у зв'язку із втратою працездатності через загальне захворювання, більшу – інваліди війни та учасники бойових дій; інваліди-ліквідатори наслідків аварії на ЧАЕС – 3553,95 грн. (\approx 140 дол.) на місяць [28]. Передбачені доплати суттєво не покращують ситуацію, адже хворі люди потребують більше

коштів на підтримання фізичного та психологічного здоров'я. Однак незважаючи на задеклароване у Конституції України право на отримання безоплатної медичної допомоги, доступ до медичного обслуговування є обмеженим і залежить від рівня доходів, соціального статусу або місця проживання. Люди з низьким рівнем доходів, до яких належить більшість осіб з обмеженими можливостями, не в змозі заплатити медичному працівникові за надання більш якісних послуг, оплатити процедуру або перебування в лікарні, придбати необхідні ліки [29, с. 19].

Отже, дослідження розміру доходів є найбільш вагомим показником добробуту населення та його СЕС. Відповідно детальне оцінювання основних тенденцій і структурних зрушень саме цього елемента матеріального добробуту є необхідним для визначення соціальної нерівності, у тому числі нерівності у здоров'ї. Посилює цю потребу той факт, що дохід значною мірою визначає рівень впливу інших СЕД на стан здоров'я населення. Це, зокрема, харчування, житлові умови, освіта тощо (рис. 5.8).

Дослідження взаємозв'язку між доходом та іншими детермінантами здійснено у два способи залежно від джерел інформації. Перший – за даними офіційної статистики, а другий – за підсумками авторського соціологічного опитування.

Результати обчислень на основі даних офіційної статистики засвідчили наявність взаємозв'язку між доходами (наявний дохід на душу населення) або витратами (грошові витрати домогосподарств (на одне господарство), з одного боку, та іншими СЕД, які можуть визначати стан здоров'я населення – з іншого), зокрема:

– зайнятістю населення:

• рівень безробіття ($R = 0,600$, $p \leq 0,01$; $R = 0,549$, $p \leq 0,01$ відповідно);

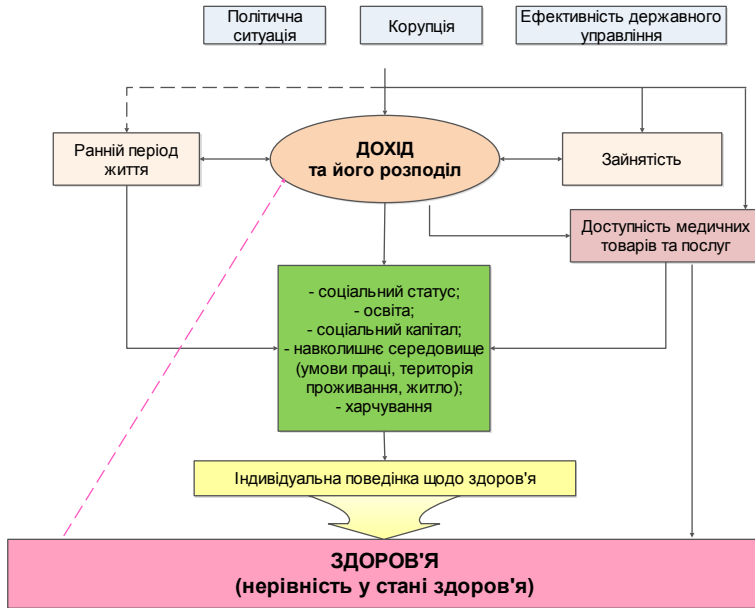


Рис. 5.8. Дохід у системі соціально-економічних детермінант здоров'я населення

Джерело: власна розробка автора.

- рівень зайнятості ($R = 0,754$, $p \leq 0,001$; $R = 0,478$, $p \leq 0,05$);

- освітою:

- частка осіб з освітою, не нижчою за рівень «базова вища», серед населення 25 років і старші ($R = 0,859$, $p \leq 0,001$; $R = 0,709$, $p \leq 0,001$);

- житловими умовами:

- частка квартир (одноквартирних будинків), обладнаних водопроводом ($R = 0,714$, $p \leq 0,001$; $R = 0,738$, $p \leq 0,001$);

- частка квартир (одноквартирних будинків), обладнаних каналізацією ($R = 0,752$, $p \leq 0,001$; $R = 0,781$, $p \leq 0,001$);

- частка квартир (одноквартирних будинків), обладнаних опаленням ($R = 0,781$, $p \leq 0,001$; $R = 0,581$, $p \leq 0,01$);
- нестача житлової площі ($R = 0,507$, $p \leq 0,01$; $R = 0,515$, $p \leq 0,01$);
- харчуванням:
 - споживання м'яса та м'ясо-продуктів населенням (на одну особу) ($R = 0,868$, $p \leq 0,001$; $R = 0,653$, $p \leq 0,001$);
 - споживання яєць населенням (на одну особу) ($R = 0,661$, $p \leq 0,001$; $R = 0,204$, $p \leq 0,1^2$);
 - споживання хлібних продуктів населенням (на одну особу) ($R = -0,797$, $p \leq 0,001$; $R = -0,590$, $p \leq 0,01$);
 - споживання плодів, ягід та винограду населенням (на одну особу) ($R = 0,739$, $p \leq 0,001$; $R = 0,663$, $p \leq 0,001$);
 - споживання риби населенням (на одну особу) ($R = 0,696$, $p \leq 0,001$; $R = 0,407$, $p \leq 0,05$);
 - споживання цукру населенням (на одну особу) ($R = -0,479$, $p \leq 0,01$; $R = -0,527$, $p \leq 0,01$);
 - нестача білків у спожитих у домогосподарствах продуктах харчування ($R = -0,538$, $p \leq 0,01$; $R = -0,502$, $p \leq 0,05$).

Отже, найбільший показник співвідношення спостерігається між рівнем доходу (витрат) та рівнем освіти населення, незважаючи на те, які індикатори доходу брати до уваги (рис. 5.9). Регіональні особливості нерівності у доходах та освіті підтвердили, що зростання доходів населення є важливим ресурсом підвищення рівня освіти населення, та навпаки. Ці відмінності певним чином посилюються існуючою системою фінансування: в регіонах з більш високими доходами вищими є як приватні, так і бюджетні витрати на освіту (особливо у м. Києві).

² Показник статистично незначущий.

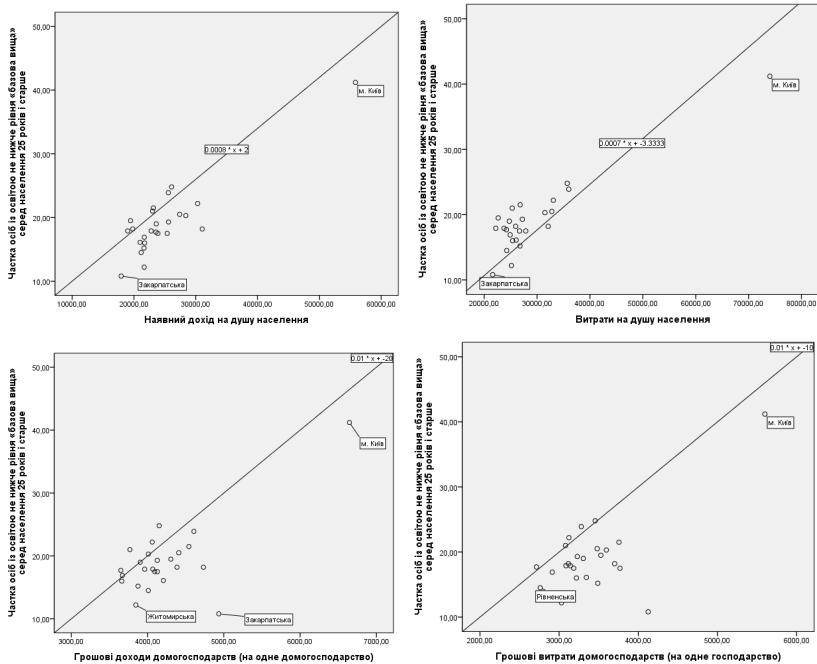


Рис. 5.9. Показники співвідношення рівня доходів (витрат) та рівня освіти населення України

Джерело: розраховано автором за [31; 32; 33].

Вплив доходу на рівень освіти насамперед пов'язаний із РПЖ і рівнем доходу родини, в якій зростає дитина. Освітні можливості дітей із сімей з різним рівнем доходу доволі істотно відрізняються, що також є однією з ознак нерівності, що впливає на здоров'я. Донедавна вони були мінімальні на рівні початкової та середньої загальної освіти. Однак із поширенням приватних дитячих садочків та загальноосвітніх шкіл нерівність у можливостях зростає. Більш диференційованими ці можливості є на рівні здобуття середньої спеціальної та особливо вищої освіти. При цьому можливості доступу до здобуття освіти за кошти держави є однаковими.

Основна відмінність формується за нерівних можливостей у фінансуванні освіти за власний кошт. Так, бідність сім'ї є певним бар'єром для навчання дитини у ВНЗ.

Варто зауважити, що також існує значний ресурс затребуваності підвищення освіти у дорослих, особливо у бідних і малозабезпечених сім'ях. Однак матеріальні обмеження є істотним бар'єром на цьому шляху. Бідне населення має більш низький освітній потенціал і, крім того, незначні можливості для його зростання.

Зворотний зв'язок виявляється через те, що, як правило, люди з низьким освітнім ступенем мають невисокий рівень економічної активності, їхні шанси потрапити в число зайнятих в економіці також нижчі, вони частіше працюють у галузях з низькою заробітною платою і мають невисокий СЕС. Серед найбідніших верств населення переважають особи з низьким рівнем освіти. Крім цього, в Україні нерівність у заробітній платі осіб із різним рівнем освіти, хоч і менш значна, ніж в ЄС, але істотна.

Передбачуваним є виявлений у ході дослідження взаємозв'язок доходів із зайнятістю населення. Хоча в цьому разі також не все однозначно. І це пов'язано передусім із недосконалістю обліку і значною тінізацією економіки в Україні, що серед іншого виявляється через поширення нелегальної зайнятості та тіньових доходів [34–36]. Так, частина офіційних безробітних має необліковані доходи, що може бути пов'язано з багатьма причинами, наприклад, неофіційною зайнятістю. Крім цього, значна частина зайнятих, особливо у приватному секторі, отримує доходи, вищі за офіційні, що позначається на даних статистики. Зокрема, за результатами опитування ГО «Український інститут соціальних досліджень імені Олександра Яременка» та ГО «Центр «Соціальний моніторинг», майже для половини (48,5%) тих, хто отримує тіньовий дохід, такі надходження становлять

більш ніж 50% від загального доходу, а для 38,8% – менш як 50% від загального доходу. При цьому для 11,3% опитаних (42,2% серед осіб, які отримують тіньові доходи) неофіційні доходи становлять 76% та більше від величини особистого доходу загалом [35, с. 147].

Саме через вищеназвані обставини висока кореляція між рівнем доходів і зайнятістю населення в Україні насправді може бути ще вищою.

Рівень доходів також впливає на якість житла та харчування (у такому разі не варто вести мову про взаємозв'язок, адже житло та харчування, як правило є залежним від доходу, а не навпаки). Варто звернути увагу на те, що нижчий рівень доходу зумовлює споживання населенням меншого обсягу м'яса та м'ясопродуктів, плодів, ягід і винограду, риби, тобто тих продуктів, які необхідні для здорового повноцінного функціонування організму. Натомість виявлена залежність між низьким рівнем доходів та значним обсягом споживання хлібних продуктів, які містять багато вуглеводів, що негативно відображається на стані здоров'я населення, спричиняючи ожиріння, гіпертонію тощо. Підтвердженням високого рівня споживання вуглеводів бідним населенням є нестача білків у спожитих ними продуктах харчування, що також виявлено у ході проведеного дослідження. Нестача білка завдає шкоди всім фізіологічним системам організму, негативно впливаючи не тільки на фізичний, а й психічний стан здоров'я.

Не менш важливим є вплив рівня доходу на житлові умови. Виявлено залежність наявності водопроводу, каналізації та опалення від рівня доходу. У бідніших регіонах (окремих сім'ях) порівняно із багатшими житло перенаселене, з підвищеною вологістю, холодне. Це підвищує ризик поширення інфекцій і суттєво знижує стандарти гігієни, що у підсумку негативно впливає на стан здоров'я населення, яке проживає у таких умовах.

Розрахунки за авторським соціологічним опитуванням також доводять попередні висновки про наявність

взаємозв'язків доходом та іншими СЕД, які можуть визначати стан здоров'я населення (табл. 5.6).

Таблиця 5.6

Співвідношення доходу та інших соціально-економічних детермінант здоров'я населення

Детермінанти		Разом (N = 1200)	Чоловіки (N = 543)	Жінки (N = 657)	Міські поселення (N = 795)
Вік (питання 33, дод. А)	R	-0,190	-0,195	-0,187	-0,215
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
Освіта (36)	R	0,281	0,297	0,284	0,257
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
Харчування (18)	R	0,239	0,263	0,208	0,270
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
Житлові умови (19)	R	0,229	0,179	0,275	0,217
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
Добробут у РПЖ (24)	R	0,158	0,195	0,119	0,178
	p	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,01	p≤0,001
Культурний капітал (12)	R	0,294	0,301	0,293	0,264

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування

Насамперед це стосується освіти. Виявлено чітку залежність між рівнем доходів та рівнем освіти респондентів. Так, у найменш дохідній групі вищу освіту мають 15,8% респондентів (початкову та неповну середню – 7,4%), тоді як у найбільш дохідній – 71,4% (початкову та неповну середню – 0,0%). Загалом можна зробити висновок, що такий розподіл пов'язаний здебільшого із віковими особливостями респондентів, оскільки серед представників старших вікових груп більша частка осіб із низьким рівнем освіти і доходів. Однак аналіз показників співвідношень рівня доходів та рівня освіти тільки осіб у працездатному віці також засвічує наяв-

ність кореляційного зв'язку між ними ($R = 0,284$, $p \leq 0,001$). Зокрема, у найменш дохідній групі осіб віком 24–49 років вищу освіту мають 20,0% респондентів (початкову та неповну середню – 3,4%), тоді як у найбільш дохідній групі осіб цього віку – 80,0% (початкову та неповну середню – 0,0%). Варто також зауважити, що взаємозв'язок між рівнем доходу та рівнем освіти більш значний у сільській місцевості, ніж у міських поселеннях. Це свідчить про те, що у сільській місцевості ймовірність мати більший дохід за наявності вищого рівня освіти вища.

Один із важливих аспектів, не врахованих офіційною статистикою, також пов'язаний з оцінюванням впливу добробуту у РПЖ на рівень доходів у дорослому періоді життя. Більшим чином це стосується для чоловіків і мешканців міських поселень. У першому разі це пов'язано з гендерним розподілом ролей у суспільстві та сім'ї в Україні. Традиційно чоловіки в Україні ототожнюються із «годувальниками» родин. З огляду на це, можливо, для них добробут у РПЖ є більш значимою детермінантною здоров'я, ніж для жінок.

Таким чином, можна констатувати, що між такими СЕД здоров'я, як дохід та освіта, існує тісний взаємозв'язок. Нерівність в отриманні освіти призводить до нерівності у доходах, і навпаки. Сукупно вони можуть призводити до нерівності у здоров'ї населення. Інші детермінанти, такі як харчування, навколишнє середовище (житлові умови та місце проживання), культурний капітал, частково є залежними від рівня доходу.

В Україні практично не проводилися дослідження які б визначали залежність здоров'я населення від соціального статусу, та і від рівня доходів. При цьому проблема соціально-економічного розшарування для України, описана у п. 5.1, є актуальною протягом кількох останніх десятиріч. Першопричиною цього є нерівність у доходах населення. За вказа-

ний проміжок часу зменшення темпів економічного розширення населення (2000–2008 рр.) чергуються з періодами їхнього суттєвого збільшення (1991–1999, 2009–2010, 2014–2016 рр.). Темпи зростання (зменшення) сукупних витрат та сукупних ресурсів порівняно із темпами інфляції в Україні відображено на рис. 5.10.

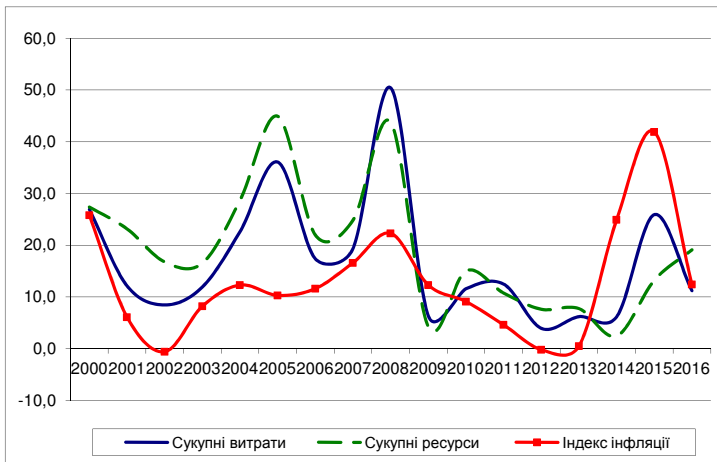


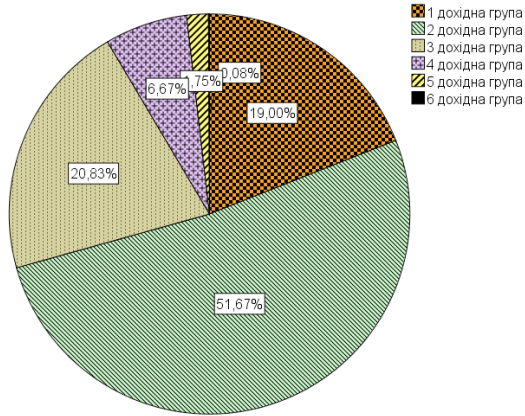
Рис. 5.10. Темпи зростання (зменшення) сукупних витрат, сукупних ресурсів та інфляції в Україні у 2000–2016 рр., %

Джерело: [37; 38].

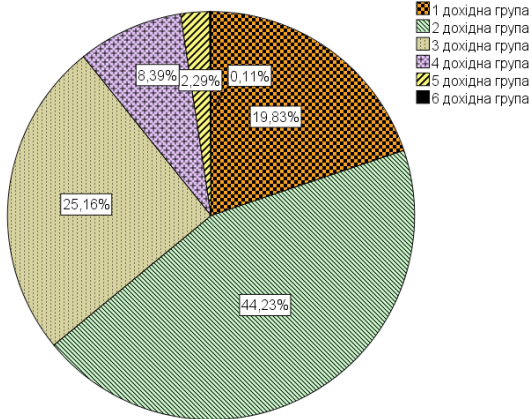
Найбільш критичними з точки зору співвідношення темпів зростання витрат та інфляції були 2009, 2014 та 2015 р. У цей період сукупні витрати перевищували сукупні ресурси населення. Особливо складною була ситуація у 2014–2015 рр., які характеризувались надвисокими темпами інфляції (24,9% та 43,3% відповідно) та суттєвим перевищенням сукупних витрат над ресурсам (понад 2 рази). У ці періоди населення почало масово використовувати заощадження че-

рез нестачу коштів на найнеобхідніше, оскільки реальна заробітна плата зменшилась за цей період на 24,4% (на 14,5% у 2014 р. та на 9,9% у 2015 р.). Дослідження підтверджують, що від інфляції страждають найбідніші верстви населення [39, с. 9; 31], що тільки посилює майнове розшарування та соціальну нерівність. У 2016 р. ситуація стабілізувалась, однак суттєвого зростання доходів населення не відбулось. За таких умов більшість населення країни обмежує власні витрати, у тому числі пов'язані зі збереженням здоров'я, які також суттєво скоротилися.

Нерівність за доходами оцінюють шляхом поділу генеральної сукупності населення на децилі (10 однакових груп) та квінтилі (5 однакових груп), який використовується офіційними статистичними джерелами України [32; 33]. Однак при значному розшаруванні населення, наприклад, коли понад половини осіб отримує 10–20% від усіх доходів країни, додатково доцільно здійснювати оцінювання нерівності за доходами шляхом виокремлення дохідних груп. За таким принципом в Україні виділяють п'ять [40; 41] або шість [42] дохідних груп. Під час проведення авторського соціологічного дослідження виокремлено шість дохідних груп (запитання 35, дод. А). Розподіл опитаних за цими групами подано на рис. 5.11. За отриманими даними, 70% населення віком від 18 років і старші належать до першої та другої дохідних груп (за станом на кінець 2015 р. дохід становив до 2 тис. грн., що дорівнює менш як 100 дол. США на місяць). Серед працездатного населення таких осіб виявилось майже 65%. Це свідчить про бідність населення працездатного віку, що має негативні наслідки для стану його здоров'я на сучасному етапі та матиме у майбутньому.



а)



б)

Рис. 5.11. Структура респондентів за дохідними та віковими групами (а – населення віком 18 років і старші; б – населення віком від 18 до 60 років)

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

Зміни у структурі доходів можуть впливати на чисельне співвідношення між групами. Зокрема, такі зміни демонструють дані рис. 5.12 та 5.13. Аналіз цих даних дає змогу зробити висновок, що показники рівня доходів і самооцінка домогосподарств щодо відповідності доходів середньому класу суттєво відрізняються. Насамперед це свідчить про суттєво нижчий рівень доходів населення порівняно з очікуваннями. Разом з цим, розмір грошового доходу, який за оцінюванням домогосподарств відповідає майновому становищу середнього класу, зростає, що відбувається за умови інфляції.

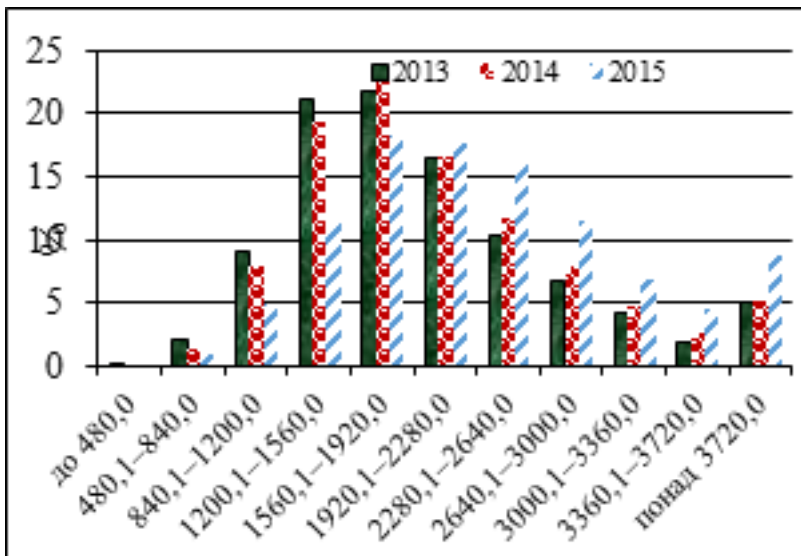
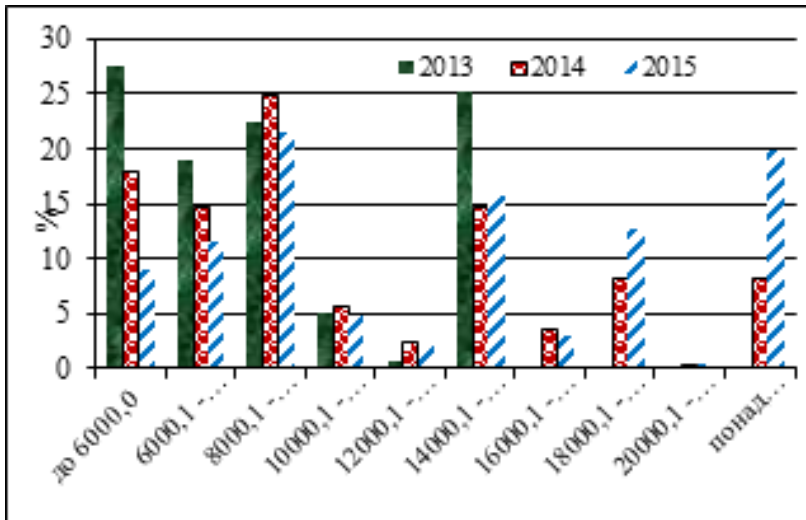


Рис. 5.12. Розподіл населення України за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів на місяць, грн.

Джерело: [43]



Примітка: у 2013 р. розподіл за розміром не здійснювався понад 13000 грн.

Рис. 5.13. Розподіл домогосподарств за розміром середньодушового грошового доходу (грн.), який відповідає майновому становищу середнього класу, %

Джерело: [33]

Зниження обсягу доходів і зростання нерівності серед населення підтверджує оцінка зміни показника реальних доходів, тобто величини благ і послуг, які можна придбати за номінальними (грошовими) доходами. За 2013–2015 рр. реальні доходи суттєво знизились, що пов'язано насамперед з високим рівнем інфляції. У 2014 р. реальний наявний дохід зменшився на 11,5%, у 2015 р. – 22,3% (рис. 5.14). За попередніми даними, у 2016 р. він практично не змінився. За рівнем реальних доходів зараз Україна перебуває на рівні 2010 р.

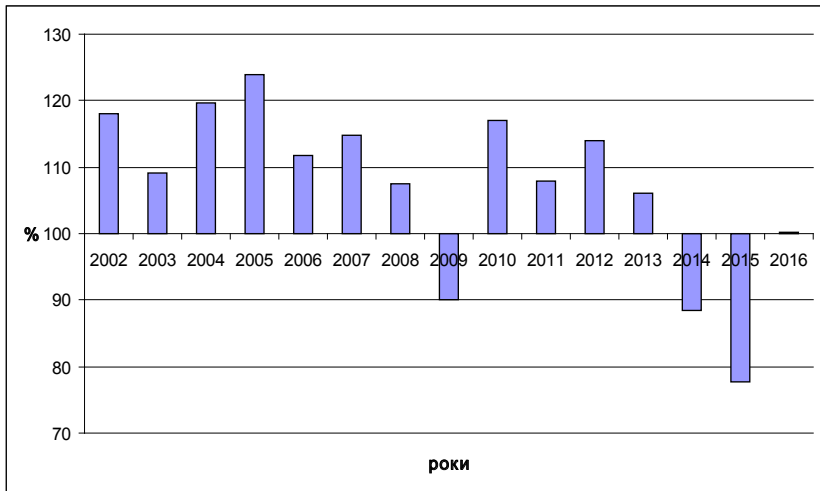


Рис. 5.14. Темпи зростання (зменшення) реальних доходів населення у 2002–2016 рр., у % до відповідного періоду попереднього року

Джерело: [31].

У доларовому еквіваленті ситуація за останні роки (2014–2016 рр.) погіршилась суттєво (рис. 5.15). У 2016 р. у середньому за місяць одне домогосподарство отримувало загальний дохід порівняно з 2013 р. менш ніж у 2,3 разу. При цьому співвідношення між різними дохідними групами щодо загальних доходів також змінюється не на користь найнижчих верств населення, яке дедалі бідніше. У 2015 р., за самооцінюванням населення, 72,3% домогосподарств України зараховує себе до бідних, хоча у 2008 р. таких було 56,9% [32] (рис. 5.16). Заможних серед обстежених домогосподарств не виявлено. Така динаміка свідчить, що показники офіційної статистики применшують масштаби бідності в країні. Насправді 43,3% домогосподарств у 2015 р. постійно відмовлялися собі у найнеобхіднішому, крім харчування, а 4,9% не

вдавалося забезпечити навіть достатнє харчування. Разом це становить фактично половину домогосподарств. У 2008 р. ці показники становили відповідно 32,9% та 2,6%, тобто дещо більш як третину. Це загалом свідчить про суттєве погіршення добробуту населення, особливо в сільській місцевості, де вищеперелічні показники є нижчими.

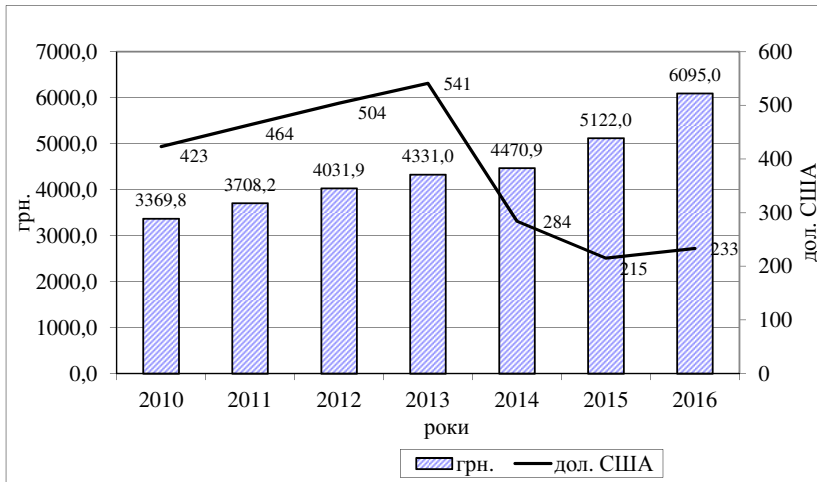


Рис. 5.15. Загальні доходи в середньому за місяць у розрахунку на одне домогосподарство у 2013–2016 рр., у грн. та у перерахунку на дол. США

Примітка: внутрішнє коло – дані за 2008 р., середнє – 2013 р., зовнішнє – 2015 р.

Джерела: розраховано автором за [44; 45].



Рис. 5.16. Розподіл домогосподарств за оцінюванням матеріального добробуту, %

Джерело: [33].

На думку Л. Черенко, стан здоров'я є додатковим чинником зростання бідності. Зокрема, за її розрахунками, у разі використання середніх витрат на охорону здоров'я рівень бідності становитиме 55,4%, а якщо як межу вразливості щодо цієї форми бідності використовувати фактичні середньомісячні витрати і припускати, що домогосподарство витратить всі ресурси на лікування, не залишивши при цьому навіть мінімальних коштів на споживання, то рівень бідності перевищить 99% [46, с. 17]. При цьому у групу ризику потрапляють усі без винятку домогосподарства, у тому числі ті, які належать до 10 децильної групи. Такі висновки доводять важливість зворотного зв'язку між здоров'ям населення та його доходами.

Ще одна важлива деталь тенденцій останніх років – це зміна структури доходів домогосподарств. Суттєво збільшується частка допомог, пільг, субсидій та компенсаційних виплат у різних формах (з 3,4% у 2008 р. до 8,3% у 2015 р.), що, з одного боку, свідчить про значний тягар, який вони здійснюють, на бюджет країни, скорочуючи інші статті витрат, зокрема на охорону здоров'я. З іншого боку, перелічені виплати не можна назвати адресними, оскільки у 2015 р. домогосподарства, які належать до 1-ї децильної групи, у середньому за місяць отримали менше, ніж домогосподарства будь-якої іншої групи, навіть 10-ї. Проте у 2010 р. ситуація була кращою (рис. 5.17). Частково це можна пояснити масовою виплатою комунальних субсидій за останні роки через низьку платоспроможність більшої частини населення, практично представників усіх децильних груп. Однак, незважаючи на це, такий розподіл пільг є соціально несправедливим, оскільки 10% найбіднішого населення отримує лише 2,9% від загальної вартості пільг, 50% незаможних і бідних – 26,8%, а 10% найзаможніших – 23,2% коштів. Таким чином, доходимо такого висновку: чим заможнішою є людина в Україні, тим більше пільг вона отримує [40, с. 34], тоді як у населення, яке перебуває у нижчих децильних групах, пільг та допомог недостатньо. Саме у цих групах перебуває більшість хворих та інвалідів, яке потребує соціальної підтримки більше, ніж представники інших груп.

Як свідчать результати обстежень [32] домогосподарств, які перебувають у верхніх децильних групах, вони мають у 1,5 рази вищі сукупні витрати, ніж ті, які представляють нижчі групи. Варто зауважити, що найбільша різниця у витратах між цими групами пов'язана з охороною здоров'я, зокрема з витратами на медичні послуги (табл. 5.7). Це черговий раз доводить, що більш заможна частина населення не тільки має більше можливостей щодо охорони здоров'я, а й ширше їх реалізує.

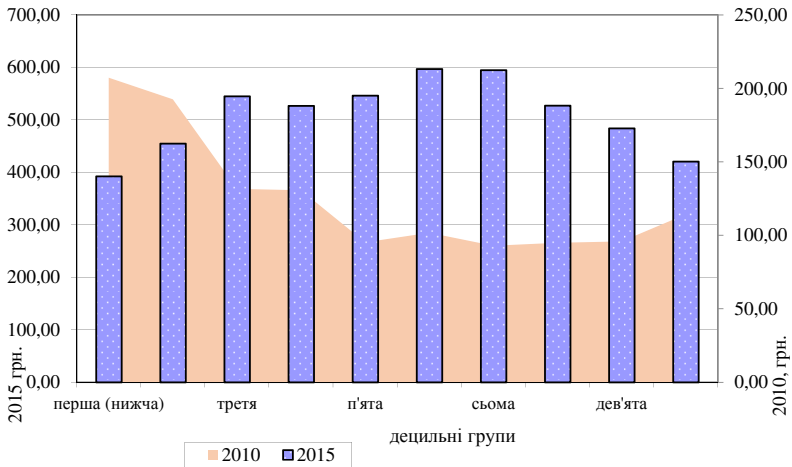


Рис. 5.17. Розподіл допомог, пільг, субсидій та компенсаційних виплат у різних формах у середньому за місяць у розрахунку на одне домогосподарство у 2010 та 2015 р., грн.

Джерело: розраховано за [37].

Як дані офіційної статистики України, так і результати соціологічних досліджень, не враховують найбільш маргінальну та заможну частини населення. Разом з цим, за 2016 р. дохід понад 1 млн. грн. задекларували 3504 громадяни України (0,008% від чисельності населення). Загальні суми доходів мільйонерів порівняно з 2015 р. зросли на 13%, або на 3,2 млрд. грн. [47]. Однак $\frac{1}{2}$ населення України отримує доходи менш ніж 100 дол. США на місяць. Така ситуація свідчить про посилення поляризації між незначною частиною найбільш заможних громадян України та рештою населення.

Таблиця 5.7

**Сукупні витрати домогосподарств (вибірково)
за децильними (10%-ма) групами залежно від розміру
середньодушових еквівалентних загальних доходів**

Витрати (вибірково)	Всі домогосподарства	у т. ч. за децильними (10%-ми) групами (вибірково)			Відношення десятої групи до першої
		перша (нижча)	п'ята	десята (вища)	
Продукти харчування та безалкогольні напої	2633,9	2131,6	2561,3	3228,8	1,5
Охорона здоров'я	185,6	94,58	154,10	329,02	3,5
товари	109,1	64,17	97,48	143,20	2,2
послуги	76,45	30,41	56,62	185,82	6,1
з них сума пільг та дотацій на товари і послуги з охорони здоров'я	6,16	1,58	6,29	24,08	15,2
Відпочинок і культура	76,35	40,06	53,05	212,28	5,3
Освіта	55,95	36,29	38,43	112,33	3,1
Ресторани та готелі	98,51	63,66	80,82	280,82	4,4
Споживчі сукупні витрати	4602,0	3361,0	4235,2	6831,5	2,0
Розподіл споживчих сукупних витрат:					
продовольчі товари	2794,2	2259,6	2704,3	3490,8	1,5
непродовольчі товари	1114,	715,0	966,40	1818,1	2,5
послуги	693,7	386,4	564,5	1522,6	3,9

Джерело: розраховано автором за [32].

Збереження існуючого стану надмірної диференціації доходів населення може посилити соціальне та політичне напруження в суспільстві у найближчій перспективі [48], що завжди негативно впливає на стан здоров'я населення. Відсутність інформації за найбільш поляризованими дохідними

групами, по-перше, суттєво знижує показники нерівності. На це звертає увагу більшість науковців, які досліджують питання нерівності за доходами в Україні. Зокрема, помірну нерівність у розподілі загальних доходів в Україні демонструє один із найпоширеніших індикаторів нерівності – коефіцієнт концентрації доходів (Джині), варіація якого в межах 20–26% відповідно до класифікації економік для країн ОЕСР відповідає низькому ступеневі нерівності. Порівняльний аналіз коефіцієнта Джині в Україні та ЄС свідчить про суттєво нижчий рівень нерівності у розподілі доходів населення нашої країни порівняно з більшістю європейських держав.

Варто зауважити, що розбіжності в доходах і наданих окремим групам населення можливостях часто віддзеркалюють нерівність у сфері політичної влади. Вразливі верстви залишаються такими значною мірою через слабкий політичний вплив на державні рішення. Проте останній визначається передусім їхньою вразливістю. Таким чином, економічна нерівність, з одного боку, є перешкодою для демократичних перетворень і чинником послаблення легітимності та корозії політичних інституцій [40, с. 27]. З іншого боку, численні соціологічні дослідження підтверджують, що чим більш демократичною є країна – тим менша в ній нерівність населення щодо доходів. Відповідно до цього нерівність у здоров'ї населення не може визначатись одним чи кількома незалежними детермінантами. Важливу роль у цьому разі відіграють детермінанти контекстуального рівня. Лише узгодженість дій державних інститутів, формування стабільної політичної та соціально-економічної ситуації у поєднанні з іншими заходами забезпечать можливості для покращення стану здоров'я населення.

Існує значна кількість методів дослідження зв'язку між рівнем доходу та станом здоров'я. Одним із найбільш поширених є порівняння показника СОТЖН з валовим внутрішнім продуктом (ВВП) на душу населення (крива Престона). Аналіз цих показників за 2013 р. по Європейському регіону, за даними Європейського бюро ВООЗ, вказує на наявність значної кореляції між ними ($r=0,757$, $p\leq 0,05$). Значно більша кореляційна залежність простежується між середньою очікуваною тривалістю життя при народженні без інвалідності (СОТЖБІ) з ВВП на душу населення. Це свідчить про те, що економічні детермінанти впливають не тільки на рівень смертності, а й захворюваності серед населення. Причому на останній показник більшою мірою.

Як підтверджують дані рис. 5.18, Україна має одні з найнижчих показників як СОТЖН, СОТЖБІ, так і ВВП на душу населення. Нижчі від її показників мають тільки кілька країн Середньої Азії, які фактично не належать до Європейського регіону, але розглядаються ВООЗ як такі. Зв'язок між СОТЖН і валовим регіональним продуктом в Україні не дуже сильний, що свідчить про незначну регіональну диференціацію цих показників. Більш помітний зв'язок між СОТЖН та рівнем грошових доходів домогосподарств (рис. 5.19), хоча кореляція між ними невисока ($r=0,467$, $p\leq 0,05$). При цьому зазначимо, що взаємозалежність між цими показниками щороку зростає. Існує чітка тенденція до збільшення показника кореляції між грошовими доходами домогосподарств і СОТЖН з 2009 по 2013 р. За 2013–2016 рр. через некоректність даних по Донецькій та Луганській областях статистично значимої кореляції не виявлено. Однак можна припустити, що описана тенденція до її збільшення триває.

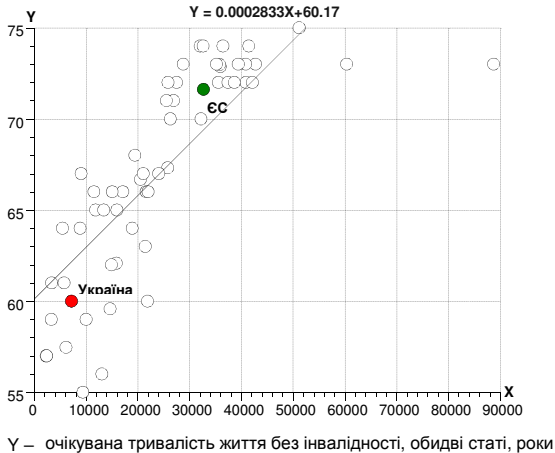
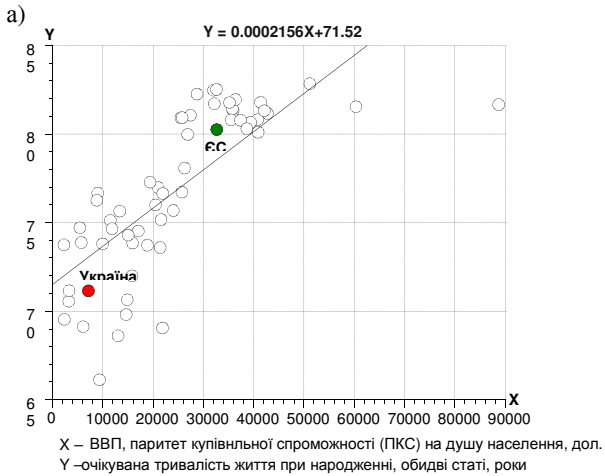


Рис. 5.18. Середня очікувана тривалість життя при народженні (а), та середня очікувана тривалість життя без інвалідності (б) до ВВП на душу населення Європейського регіону в 2013 р.

Джерело: розраховано автором за [49].

Крім цього, в ході аналізу виявлена цікава деталь: крім м. Києва, найвищу СОТЖН в Україні мають області західного регіону – Івано-Франківська, Тернопільська, Львівська та Чернівецька. Вони належать до переліку областей України, які мають дуже високий рівень трудової еміграції й відповідно індивідуальних фінансових надходжень, які фактично не обліковуються та не враховані в офіційних даних про доходи населення, навіть під час опитування членів домогосподарств, оскільки зазначені доходи, як правило, не оподатковані і люди їх приховують. Можна припустити, що реальні доходи населення у названих областях є вищими за дані ДССУ, тому вони мають знаходитись ближче до опорної лінії рівняння кореляції (див. стрілка на рис. 5.19). Якщо показники доходів, які наводить ДССУ, у перелічених і Закарпатській областях умовно збільшити на 30%, між СОТЖН та доходами домогосподарств спостерігатиметься середній рівень кореляції ($r=0,614$; $p \leq 0,01$). Наведений приклад свідчить про певну відносну достовірність не тільки соціологічних вибірок, а й офіційних статистичних джерел.

Розрахунки, проведені даними офіційної статистики за-свідчили існування оберненого взаємозв'язку між рівнем грошових доходів (витрат) домогосподарств та СКС як від усіх хвороб, так і від окремих причин смерті (табл. 5.8).

Отримані дані дають підстави стверджувати, що дохід є однією з детермінант, що визначає рівень смертності населення загалом та особливо від хвороб системи кровообігу і деяких зовнішніх причин смерті. Результати аналізу свідчать також про те, що нерівність у доходах здебільшого впливає на рівень смертності чоловіків, ніж жінок. Розрахунки підтверджують, наприклад, що для чоловіків віком 50–59 років нерівністю у доходах можна пояснити приблизно 24% смерт-

ності від хвороб системи кровообігу. Доволі високий цей відсоток також у віковій групі чоловіків 40–49 років.

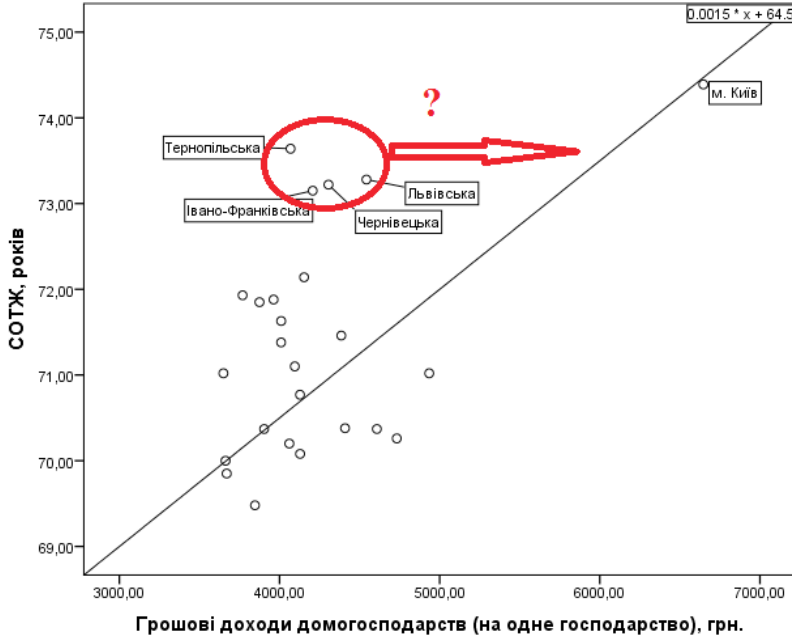


Рис. 5.19. Співвідношення між середньою очікуваною тривалістю життя при народженні та грошовими доходами домогосподарств (на одне господарство) між регіонами України у 2013 р.

Джерело: розраховано за [31; 50].

Таблиця 5.8

Взаємозв'язок стандартизованих коефіцієнтів смертності та грошових доходів домогосподарств

		СКС, всі причини	СКС, хвороби системи кровообігу	СКС, зовнішні причини смерті		
				Разом	СКС, випадкове отруєння	СКС, самоушкодження
Разом	R	-0,531	-0,466	-0,629	-0,579	-0,668
	p	p≤0,01	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,01	p≤0,001
Чоловіки	R	-0,655	-0,495	-0,660	-0,578	-0,675
	p	p≤0,001	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,01	p≤0,001
Жінки	R	-0,584	-0,428	-0,417	-0,515	0,551
	p	p≤0,01	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,01	p≤0,01
Міські поселення	R	-0,402	-0,439	-0,432	-0,485	-0,539
	p	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,01
Сільська місцевість	R	-0,372	-0,357	-0,510	-0,536	-0,552
	p	ns	ns	p≤0,05	p≤0,01	p≤0,01

Примітка: «ns» – статистично незначні кореляції

Джерело: розраховано автором за [31; 50].

У п. 4.2 доведено, що саме у віковій групі 45–59 років різниця у рівні смертності між чоловіками та жінками в Україні є найвищою порівняно з економічно розвиненими країнами (зокрема Швецією), які досягли значних успіхів із зниження смертності та зростання СОТЖ. Це зумовлено як наявністю доходів різних верств населення, так і впливом інших детермінант. В Україні чоловіки частіше помирають за жінок практично за всіма класами хвороб, насамперед від хвороб системи кровообігу, органів дихання, злоякісних новоутворень, зовнішніх причин тощо. Саме для чоловіків характерна нижча відповідальність за власне здоров'я, та більша поширеність шкідливих звичок по-

рівняно із жінками. Разом з цим, чоловіки рідше звертаються за медичною допомогою та здійснюють профілактику власного здоров'я, мають, незважаючи на нижчий рівень захворюваності, вищу летальність.

Втрата джерела доходу, особливо після 40 років, більш негативно впливає на стан здоров'я чоловіків, ніж жінок, що значною мірою пов'язано з емоційною складовою. Невміння або неможливість вирішити складну ситуацію викликає у чоловіків стреси, депресію, порушення сну, оскільки людина замість відпочинку болісно роздумує, як забезпечити належний рівень життя для своєї сім'ї. Наслідком цього є хвороби системи кровообігу ($R=0,531$; $p \leq 0,01$): хвороби серця, інфаркт, інсульт, а також самогубства ($R=0,668$ $p \leq 0,01$). Частково це стосується жінок, але меншою мірою.

Серед представників більш бідних верств населення частішає також така причина смерті, як випадкове отруєння ($R=0,579$; $p \leq 0,01$), що значною мірою пов'язано з отруєнням алкоголем.

На представників населення міських поселень дохід впливає більшою мірою. Вважаємо, що це пов'язано передусім з проблемою обліку доходів, особливо у сільській місцевості. Наявність додаткових джерел надходжень, хоч і в натуральній формі, є чинником, який нівелює вплив доходу на стан здоров'я населення під час розрахунку за даними ДССУ.

Спроби виявити взаємозалежність між захворюваністю (поширеністю хвороб) та доходами населення за регіонами України з використанням даних ДССУ були практично безрезультатними, що насамперед пов'язано з певними обставинами, зокрема із неналежним обліком як захворюваності так і доходів. Винятком стає виявлена захворюваність на хвороби крові та кровотворної системи ($R=0,427$; $p \leq 0,05$). В Україні 95,4% серед цього класу хвороб припадає на анемію, де 90,3% від усіх випадків становлять залізодефіцитні. Однак,

враховуючи низький показник кореляції та незначний відсоток цього класу хвороб у структурі захворюваності населення України, суттєвого значення для дослідження цей факт немає. Загалом та обстановка, що залежності за вказаним методом оцінювання не виявлені, не означає їхньої відсутності.

Те, що рівень доходу визначає стан здоров'я населення, доведено результатами авторського соціологічного обстеження. Згідно з даними, шанси не мати хронічного захворювання має населення, яке належить до вищих дохідних груп, порівняно з нижчими приблизно у 1,5 разу (табл. 5.9). При цьому вищими є шанси у жінок та у мешканців міських поселень. Водночас з'ясовано, що рівень доходу впливає на рівень захворюваності на хвороби системи кровообігу. В цьому разі суттєво вищі шанси захворіти у жінок.

Таблиця 5.9

**Показники відношення шансів бути хворим
(здоровим) залежно від розміру доходу**

	Дохідна група		Загалом населення	Чоловіки	Жінки	Міські поселення	Сільська місцевість
1. Хвороби системи кровообігу	5–6	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1–2	OR	4,302	3,519	6,480	4,281	3,316
		CI	1,984–9,718	1,013–9,607	1,886–12,690	1,855–9,392	1,470–7,769
		p	p≤0,001	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001
2. Хронічні хвороби відсутні	1–2	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	5–6	OR	1,546	1,102	1,873	1,591	1,923
		CI	1,007–2,382	0,972–3,670	0,995–2,122	0,992–2,552	0,988–6,995
		p	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування

Суттєвих відмінностей щодо залежності стану здоров'я між населенням міських поселень та сільської місцевості не виявлено, тому показники відношення шансів за таким чином приблизно однакові. Проте варто акцентувати, що серед сільського населення значно більшою, ніж міського, є чисельність тих осіб, які належать до першої та другої дохідних груп (79%) (рис. 5.20). За таких обставин показник відношення шансів не може бути високим. Слід також визнати, що недостатній дохід має суттєвий вплив не тільки на представників міських поселень, а й на тих, хто мешкає в сільській місцевості. Відсутність громадського транспорту (забезпеченість ним становить 74% у сільській місцевості та 83% – у міських поселеннях) ускладнює пошук і реалізацію важливих аспектів життя (працевлаштування, житло, харчування, медичне обслуговування, соціальні, культурні та рекреаційні можливості).

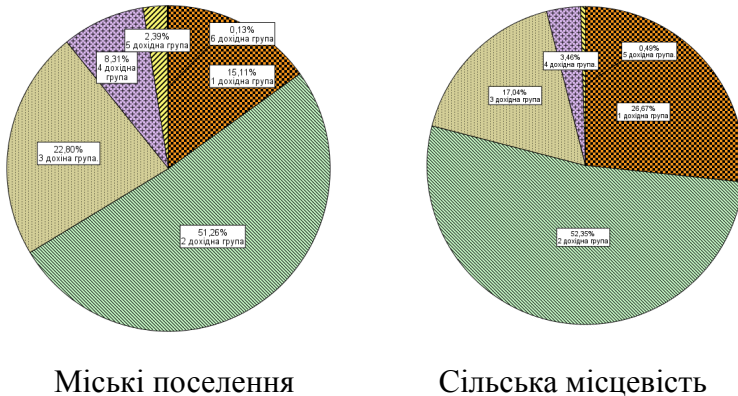


Рис. 5.20. Структура респондентів за дохідними групами та місцем проживання

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування

За умов нестачі об'єктивної інформації про стан здоров'я населення та СЕД, які на нього впливають, доцільно використовувати розроблену методика мікроімітаційного моделювання (див. п. 2.3). Застосовуючи описаний підхід, побудовано модель розподілу в Україні частки відносно здорових осіб за квінтільними групами за доходами та віковими групами (рис. 5.21). Отримані дані, по-перше, засвідчують доволі суттєве погіршення стану здоров'я. По-друге, вони демонструють суттєву нерівність у стані здоров'я представників 1–2 та 3–4 квінтільних груп населення практично у всіх вікових групах. При цьому найбільша нерівність починається з 35 років і спостерігається до 65 років, коли частка відносно здорових осіб серед представників 3–4 квінтільних груп є вищою, ніж серед 1–2 квінтільних груп населення. Після 70 років ситуація змінюється діаметрально протилежно. Здоров'я осіб, які належать до 4–5 квінтільних груп, різко погіршується, що можна пояснити тим, що для багатьох з них зниження СЕС у пенсійному віці є значно більшим, ніж для осіб 1–2 квінтільної груп. Це пов'язано з тим, що доходи населення 1–2 груп після виходу на пенсію практично не змінюються, тоді як для 4–5 вони знижуються суттєво. Крім цього, останні часто втрачають свій соціальний статус, соціальні зв'язки, вони виявляються більш вразливими щодо стресів.

Таким чином, отримані дані підтверджують гіпотезу про те, що дохід є важливою детермінантою здоров'я населення. При цьому виявлені певні особливості цієї детермінованості. Насамперед це те, що між станом здоров'я та рівнем доходу існує взаємозв'язок. Не тільки дохід визначає стан здоров'я населення, а й добре здоров'я може забезпечити достатній рівень доходу.

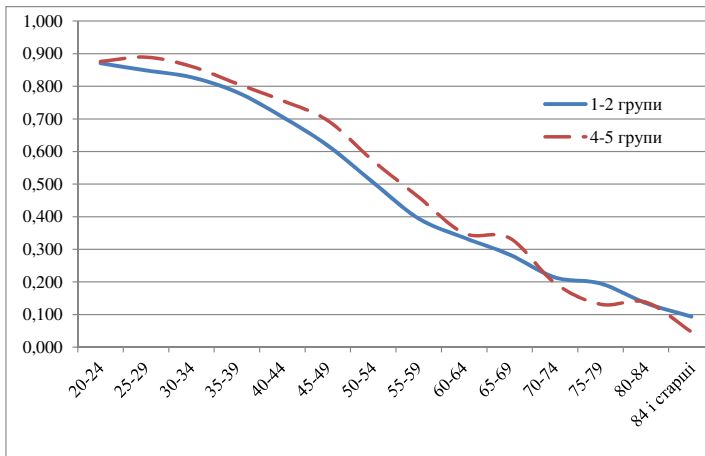


Рис. 5.21. Розподіл частки відносно здорових осіб за квінтільними групами за доходами та віковими групами (оцінено автором за змодельованими даними мікрорівня)

Джерело: власна розробка автора.

Крім цього, СОТЖ безпосередньо залежить від рівня добробуту населення, як і рівень смертності, особливо від хвороб системи кровообігу та зовнішніх причин. У цьому разі за зрозумілими причинами зв'язок є одностороннім. Існують також гендерні та вікові особливості, пов'язані із впливом доходу на стан здоров'я. З одного боку, взаємозв'язок «дохід-здоров'я» впливає на стан здоров'я жінок, а з іншого – дохід більшою мірою визначає смертність чоловіків, ніж жінок.

Неоднаковим є вплив доходу на стан здоров'я населення різних вікових груп. Мінімальним цей вплив є у віці до 40 років, 60–64 роки, 70–74 та 84 роки і старші. В усіх інших випадках його вплив є значним.

Зайнятість, як і дохід, сприяє матеріальному добробуту, за умови, якщо це забезпечуватиме належний життєвий рівень. Зайнятість передусім підвищує соціальний статус і

самооцінку людини, дає змогу розширити соціальні контакти, забезпечує можливості для участі в суспільному житті та інші, які сприяють підвищенню здоров'я і добробуту. Безробіття, навпаки, завдає шкоди як фізичному, так і психічному здоров'ю.

При цьому показники безробіття доцільно досліджувати не тільки в загальному вигляді, а деталізовано, оскільки потенційні наслідки безробіття для здоров'я населення можуть варіювати залежно від віку, статі, характеру освіти та рівня кваліфікації, тривалості та причини безробіття (добровільне чи вимушене), навичок техніки пошуку роботи, наявності / відсутності соціальної підтримки (у тому числі величини розміру допомоги з безробіття) тощо.

Припустимо, наприклад, що негативні наслідки для здоров'я посилюватимуться зі зростанням тривалості безробіття. У будь-якому разі, якщо більшість наведених характеристик безробіття виявиться негативною, вони відповідно впливатимуть на стан здоров'я населення. З огляду на це більшість заходів щодо зменшення обсягів безробіття, збереження здоров'я безробітних осіб та інші є логічними, оскільки це дасть змогу зупинити описаний процес погіршення здоров'я населення.

Існує гіпотеза [51], за якою в індустріальних країнах зростання безробіття призводить до підвищення або більш повільного зниження показників смертності. Статистично значимі показники співвідношення спостерігаються між безробіттям і смертністю від усіх причин, хвороб систем кровообігу, самогубств, дитячої смертності та смертності через дорожньо-транспортні пригоди. Хоча деякі інші дослідження на макрорівні не підтвердили гіпотези про взаємозв'язок між безробіттям і смертністю [54]. Це свідчить про суперечливість питання про наявність такого взаємозв'язку та необхідність його дослідження відповідно до окремих територій для певної групи населення.

Дані інших досліджень [53] дають змогу припустити, що зі збільшенням часу адиктивної поведінки безробіття зростає через наркоманію і психотичні захворювання, які виникають при цьому. При зростанні безробіття також підвищуються показники захворюваності на хронічні хвороби, такі як цукровий діабет і хвороби системи кровообігу.

У численних дослідженнях, де висвітлюються питання взаємозв'язку стану здоров'я і безробіття, використовують макроаналітичний підхід. При цьому аналізуються сукупні економічні показники з офіційних джерел (наприклад, рівня безробіття), показники соціально-економічного розвитку країни, а також сукупні показники стану здоров'я населення певного регіону (особливо смертність). Економетричні моделі часових рядів, як правило, використовують для перевірки залежностей між змінними.

Застосовуючи комплексний підхід на основі мікроаналітичної та економетричної методик, здійснено оцінювання залежностей між рівнем безробіття в регіонах України (за методологією МОП), з одного боку, та стандартизованими коефіцієнтами смертності за всіма та окремими причинами смерті (середні значення за 2011–2015 рр.), – з іншого. Проведені обчислення дали змогу виявити взаємозалежність між безробіттям і смертністю від розладів психіки та поведінки ($R = 0,523$; $p \leq 0,01$), особливо серед чоловіків ($R = 0,601$; $p \leq 0,01$). Отже, безробіття впливає, з одного боку, на психічне здоров'я, і є одним із детермінант нерівності у стані здоров'я населення України. Однак, з іншого боку, ризик осіб, які страждають на розлади психіки та поведінки, бути безробітними вищий, ніж в інших людей, що підтверджується проведеними дослідженнями [52] та доводить взаємозалежність цих явищ.

Зі зростанням безробіття також збільшуються показники захворюваності та хронічні хвороби. Зокрема, це підтверджується результатами авторського соціологічного дослідження.

За результатами опитування встановлено, що зайняте населення має менші шанси порівняно з безробітними:

- захворіти на хронічні хвороби системи кровообігу (OR = 2,106 (1,052 – 4,165); $p \leq 0,05$);

- захворіти на хронічні хвороби ендокринної системи, розлади харчування та обміну речовин (OR = 2,653 (0,909 – 7,387); $p \leq 0,05$);

- захворіти на злоякісні новоутворення (OR = 3,066 (0,924 – 9,856); $p \leq 0,05$).

Крім цього, зайняте населення в 1,7 разу має більше шансів порівняно із безробітними не мати жодного хронічного захворювання (OR = 1,721 (1,034 – 2,864); $p \leq 0,05$).

Отримані результати свідчать, що безробіття істотно впливає на стан здоров'я населення. Відповідно маємо стабільно високі показники безробіття в Україні за останні десятиліття. Наявність прихованого безробіття є детермінантами, що зумовлюють високий рівень захворюваності та смертності населення.

Основний науковий підхід, згідно з яким у нижчих соціальних стратах порівняно із середніми або вищими ризиків захворювань більше, неодноразово підтверджувався практичними дослідженнями. Так, результати вивчення ролі поведінкових детермінант (куріння, споживання алкоголю, нестача фізичної активності тощо) засвідчують, що особи, які належать до нижчих соціальних страт, мають більше поведінкових ризиків, а також частіше проживають в оселях, де шум, забруднення або злочинність посилюють екологічні та соціальні ризики.

Серед опитаних безробітних виявилось значно більше тих, хто палить (49,3%), порівняно із зайнятими (37,4%), а також тих, хто вживає міцні (спиртні) алкогольні напої (табл. 5.10).

Таблиця 5.10

**Частота вживання міцних спиртних напоїв
(понад 50 мл) населенням із різним статусом зайнятості**

	Безробітні		Зайняті	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Щодня	1	1,3	4	0,7
Кілька разів на тиждень	7	9,3	12	2,0
Один раз на тиждень	12	16,0	43	7,2
Кілька разів на місяць	11	14,7	101	17,0
Один раз на місяць і рідше	16	21,3	211	35,5
Ніколи	28	37,3	223	37,5
Разом	75	100,0	594	100,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Для того, щоб зменшити нерівність у стані здоров'я населення, його слід розглядати в контексті безробіття, оскільки безробіття є детермінантою здоров'я.

Розглянуті аспекти взаємозв'язку «безробіття-здоров'я» є лише частиною проблем здоров'я безробітних осіб. З огляду на це вважаємо, що дослідження здоров'я колишніх безробітних, його порівняння зі станом здоров'я тих, хто безробітним ніколи не був, а також вплив на здоров'я тривалості безробіття, є перспективним напрямком окремого дослідження.

5.3. Освіта та санітарна грамотність: оцінювання впливу на здоров'я

Поряд з доходами та статусом зайнятості, освіта є важливою детермінантною здоров'я населення. Вона може впливати на стан здоров'я як безпосередньо, зокрема через медичну освіту чи поширення санітарної грамотності, так і опосередковано, оскільки високий рівень освіти з більшою

ймовірністю, ніж низький, може забезпечити кращі можливості працевлаштування, отримання вищого рівня доходів, більшу відповідальність за власне здоров'я тощо.

Важливою особливістю освіти є те, що її якість легше поліпшити, ніж доходи, рід занять та інші індикатори СЕС. Крім того, на відміну від інших СЕД, освітній рівень не може бути «втрачений» з віком. Діти, які досягають успіху в освіті, із більшою ймовірністю матимуть високу відповідальність за власне життя у майбутньому. Вони зроблять здоровий вибір у дорослому житті, відмовляючись від шкідливих звичок, таких як вживання алкоголю та тютюнопаління. Так, освіта дає можливість для дітей будь-якого соціального класу поліпшити свої перспективи для доброго здоров'я.

У Законі України «Про освіту» задекларовано, що освіта є основою інтелектуального, духовного, фізичного і культурного розвитку особистості, її успішної соціалізації, економічного добробуту, запорукою розвитку суспільства, об'єднаного спільними цінностями і культурою, та держави [55]. У цьому підході простежується, з одного боку, чіткий взаємозв'язок освіти і культури, адже освіта є невід'ємним елементом культури. З іншого боку, освіта є частиною процесу соціалізації та економічного розвитку особистості, яка здійснює передачу накопиченого досвіду, знань і навичок майбутнім поколінням. Варто також зазначити, що науково-технічний прогрес висуває нові вимоги щодо сучасної освіти, яка дедалі більше залежить від фінансових ресурсів. Незважаючи на різнобічну природу освіти, розглянемо її насамперед як соціально-економічну детермінанту здоров'я населення щодо її взаємозв'язку із рівнем доходів населення, зайнятістю, соціальним статусом, соціальним капіталом тощо.

Базуючись на власному та інших дослідженнях [15; 23; 56; 57], вважаємо за доцільне окреслити такі особливості освіти як СЕД здоров'я:

1. Освіта значною мірою визначає місце людини у суспільстві, її СЕС і відповідно стан здоров'я. Ця закономірність

простежується у багатьох дослідженнях [58] та має небагато винятків. Вона характерна як для економічно розвинених країн, так і для країн, що розвиваються. Так, високий СЕС, як правило, підвищує рівень освіти. Результати авторського соціологічного опитування підтвердили, що в Україні, хоч і не настільки, як в економічно розвинених країнах, існує взаємозв'язок між СЕС (див. рис. 5.3), освітою та станом здоров'я населення. За даними табл. 5.11 можна зробити висновок, що серед респондентів із початковою, неповною середньою, середньою та середньоспеціальною освітою більша частка тих, хто має хронічні захворювання. Крім цього, значна їхня частина, особливо з початковою та неповною середньою освітою, має найнижчий СЕС (1–2 щаблі). Це означає, що вища освіта дає змогу досягти більшого успіху в житті та піднятися на вищій щабель соціальної ієрархії.

Таблиця 5.11

Взаємозв'язок між соціально-економічним статусом, освітою та станом здоров'я населення (наявністю хронічного захворювання), %

Наявність хронічного захворювання	Освіта	Групи суб'єктивного СЕС										Разом (освіта)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Так	Початкова	15,4	38,5	7,7	15,4	15,4	0,0	7,7	0,0	0,0	0,0	1,9
	Неповна середня	23,8	28,6	4,8	9,5	19,0	0,0	4,8	4,8	0,0	4,8	3,1
	Середня	9,6	19,1	19,7	17,0	17,0	12,2	4,3	1,1	0,0	0,0	27,9
	Середня спеціальна	8,6	11,4	20,8	16,7	24,9	10,6	4,5	2,4	0,0	0,0	36,3
	Неповна вища	0,0	4,5	0,0	18,2	31,8	13,6	18,2	4,5	0,0	9,1	3,3
	Вища	3,2	7,6	17,3	23,2	20,5	9,7	9,7	6,5	0,5	1,6	27,4
	Разом (СЕС)	7,7	13,3	18,1	18,4	21,3	10,4	6,4	3,3	0,3	0,9	100,0

Продовження табл. 5.11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Ні	Початкова	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,4
	Неповна середня	0,0	40,0	30,0	20,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
	Середня	0,8	5,5	20,5	23,6	26,8	12,6	6,3	3,1	0,8	0,0	24,2
	Середня спеціальна	5,1	6,8	16,5	18,8	19,9	15,9	11,9	4,0	1,1	0,0	33,5
	Неповна вища	0,0	3,8	11,5	15,4	26,9	19,2	15,4	3,8	3,8	0,0	5,0
	Вища	1,6	2,2	10,3	18,5	26,1	16,8	16,3	4,9	1,6	1,6	35,0
	Разом (СЕС)	2,5	5,3	15,2	19,6	24,0	15,2	12,2	4,0	1,3	0,6	100,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Частково диференціація за доходами пов'язана з рівнем зайнятості. Як правило, люди з низьким рівнем освіти мають вищий рівень безробіття і нижчі показники зайнятості порівняно із тими, хто має вищий рівень освіти. При цьому необхідно зауважити, що Україна є винятком з цього правила. Навпаки, поширено так зване явище «статусної несумісності», тобто невідповідності між рівнем освіти і матеріальним статусом людини та соціальних груп [59, с. 61]. Зокрема, за даними Державної служби зайнятості України [60], серед зареєстрованих безробітних кожен четвертий має вищу освіту, ще майже стільки (22%) – базову та неповну вищу освіту (табл. 5.17). Це дуже високі показники, які свідчать про те, що в Україні вища освіта не є гарантією зайнятості та високого рівня доходу.

Таблиця 5.12

Взаємозв'язок між рівнем доходу та освітою, %

	Дохідні групи					
	Перша	Друга	Третя	Четверта	П'ята	Шоста
Початкова	40,0	60,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Неповна середня	35,5	54,8	3,2	6,5	0,0	0,0
Середня	28,6	53,3	15,2	2,2	0,6	0,0
Середня спеціальна	18,3	55,1	20,0	5,7	0,7	0,2
Неповна вища	16,7	37,5	31,3	12,5	2,1	0,0
Вища	9,8	47,6	27,7	10,9	4,1	0,0
Разом	19,0	51,6	20,9	6,7	1,8	0,1

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Дохід, зайнятість та освіта взаємопов'язані між собою та є одними з провідних СЕД здоров'я. За такого взаємозв'язку не варто відокремлювати детермінанти здоров'я один від одного при проведенні наукових досліджень та реалізації політичних рішень.

При цьому важливою особливістю освіти є те, що її рівень можна підвищити швидше, доклавши порівняно незначні зусилля, ніж, наприклад, рівень доходів, змінити рід занять чи інші показники соціально-економічних детермінант. Крім того, на відміну від інших детермінант, освіта не може бути раптово «втрачена», за винятком нечисельних випадків, пов'язаних із раптовою втратою пам'яті.

3. Освіта впливає на самовизначення людиною детермінант власного здоров'я та рівень відповідальності за його стан. Отримані в результаті авторського дослідження дані дають змогу зробити висновки, що особи з вищою освітою більшою мірою, ніж інші, під час визначення детермінант,

які обумовлюють стан їхнього здоров'я, насамперед надають значення навколишньому середовищу (56% відповідей проти 49% серед респондентів із середньою та 46% – з початковою освітою) та способу життя (55%; 48%; 45% відповідно). Натомість люди із нижчим рівнем освіти дещо більшу, порівняно із тими, хто здобув вищу освіту, відводять роль у формуванні власного здоров'я таким детермінантам, як дохід (матеріальний добробут) (47% відповідей респондентів з початковою освітою, 40% – із середньою та 32% – з вищою), а також медицина (41%; 35%; 22% відповідно). Наведені факти свідчать, по-перше, що роль СЕД неоднакова для різних груп населення. По-друге, населення із низьким рівнем освіти здебільшого зосереджує увагу на матеріальному добробуті та недостатнє значення для збереження власного здоров'я надає іншим детермінантам, як наприклад, спосіб життя.

Відмінності спостерігаються також у відповідальності населення із різним рівнем освіти за власне здоров'я. Так, респонденти із нижчим рівнем освіти більше, ніж інші, перекладають відповідальність за власне здоров'я на державу (22% осіб із початковою освітою, 21% – із середньою та 19% – з вищою) та вважають, що за стан їхнього здоров'я ніхто не відповідає (8%; 1,5%; 0,5% відповідно). Головною особливістю осіб, які мають вищу освіту, є те, що серед них більша кількість тих, хто вважає, що особисто відповідає за власне здоров'я (51% проти 48% респондентів із середньою та 43% – з початковою освітою). Як результат, серед населення працездатного віку із вищою освітою більше тих, хто ніколи не палить (67% проти 54% серед осіб з середньою освітою). Особи із вищою освітою також менше вживають алкоголь. У табл. 5.13 наведено дані про вживання алкоголю населенням із різним рівнем освіти, які підтверджують, що за всіма показниками (як за неміцними спиртними напоями (пивом), так і за міцними) ситуація краща в тих, хто має вищу освіту.

Таблиця 5.13

Показники вживання населенням працездатного віку алкогольних напоїв залежно від рівня освіти, %

Освіта	Тип напою	Частота вживання						Разом
		Щодня	Кілька разів на тиждень	Раз на тиждень	Кілька разів на місяць	Раз на місяць і рідше	Ніколи	
Середня	Пиво	5,4	19,4	12,6	12,2	17,1	33,3	100,0
	Міцні спиртові напої	1,4	4,1	7,7	17,1	27,9	41,9	100,0
Вища	Пиво	2,6	12,3	14,2	13,6	18,2	39,1	100,0
	Міцні спиртові напої	0,0	1,7	3,0	10,9	36,1	48,3	100,0
Все населення віком 18–59 років	Пиво	3,4	16,0	14,3	12,8	16,5	37,0	100,0
	Міцні спиртові напої	0,6	2,5	6,8	13,9	31,8	44,4	100,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

4. Рівень освіти пов'язаний із розмірами соціального капіталу. Проведене дослідження дало змогу виявити зв'язок між освітою, соціальним капіталом і станом здоров'ям. Так, населення із більш високим рівнем освіти, як правило, є більш схильним до соціальних контактів, у тому числі й щодо власного здоров'я та здоров'я членів своєї родини. На запитання про те, з яких джерел найчастіше людина отримує інформацію щодо необхідності збереження власного здоров'я, відповідь «не отримую інформації взагалі» найчастіше була серед осіб із початковою та неповною середньою освітою (8% та 14,3% респондентів відповідно). Серед опитаних із вищою освітою таких осіб майже не було (1,1% із базовою вищою

освітою (бакалавр) та 1,2% із повною вищою (спеціаліст, магістр)). Значно більше серед останніх тих, хто отримує інформацію з мережі Інтернет (21,9%). Саме за ступенем отримання інформації з мережі Інтернет маємо найбільшу кореляцію з одержання інформації щодо власного здоров'я та рівня освіти ($r = 0,291$ ($0,237-0,346$), $p \leq 0,001$).

5. З позиції впливу на стан здоров'я варто розглядати індикатори, які характеризують освіту загалом: рівень освіти (загальна грамотність, тривалість періоду навчання, відсоток населення із середньою та вищою освітою, частка витрат на освіту, витрати на одного учня (студента) тощо) та грамотність у сфері збереження здоров'я (далі – санітарна грамотність) – пізнавальні та соціальні навички, які визначають мотивацію і здатність окремих осіб отримувати доступ, розуміти й використовувати відповідну інформацію, яка сприяє та дає можливість підтримувати належний стан власного здоров'я, своєї сім'ї, родини, і громад [61]. Підвищення рівня санітарної грамотності населення забезпечує фундамент, на основі якого кожна людина має можливість брати активну участь у поліпшенні власного здоров'я, що передбачає залучення громадськості до охорони здоров'я, а також вимагати від уряду виконувати обов'язки щодо вирішення питань збереження здоров'я населення та справедливості у сфері охорони здоров'я. Реалізація заходів з підвищення санітарної грамотності також дасть змогу зменшити нерівність у стані здоров'я населення. Визначити рівень санітарної грамотності можливо соціологічними методами.

6. Рівень отриманої освіти та санітарної грамотності частково обумовлює місце (регіон) проживання людини. Із перерахованими вище детермінантами частково пов'язують нерівність у доступі дітей і підлітків до освіти в Україні. Більшість вищих навчальних закладів зосереджено у м. Києві, східному та півден-

ному регіонах України, що ускладнює можливості отримання вищої освіти у західних та центральних областях [23]. У наслідок впливу цього та інших чинників, пов'язаних із територіальним поділом праці, в країні існує значна територіальна диференціація в освітньому рівні населення, яку не можна не враховувати щодо зв'язку «нерівність в освіті – нерівність у стані здоров'я». Так, у м. Києві повну вищу освіту мають 38,9%, у Харківській області – 28,6%, Запорізькій – 26,1%, Львівській – 25,9%. Однак є області, де рівень освіти населення суттєво нижчий – Житомирська область – 11,8%, Закарпатська – 12,0% [62].

Гострою проблемою залишається доступність та якість освіти у сільській місцевості. В Україні спостерігається суттєва і дедалі зростаюча відмінність між рівнями якості освіти у міських і сільських школах, а також між різними навчальними закладами в межах однієї місцевості. У сільській місцевості не створено достатніх умов для навчання та виховання дітей насамперед дошкільного та молодшого шкільного віку [63]. Мережа дошкільних закладів, що були ліквідовані під час кризи 1990-х рр., не поновила своєї діяльності. Щороку у сільській місцевості через недостатнє наповнення шкіл та проблеми із фінансуванням ліквідовують загальноосвітні навчальні заклади, що утруднює доступ дітей до освіти. Через цю та інші причини рівень освіти в сільській місцевості багато десятиріч є нижчим, ніж у міських поселеннях. Сучасні тенденції лише засвічують погіршення ситуації. На даний час серед мешканців сіл лише 11,5% мають вищу освіту, тоді як серед населення міст таких 28,9% (рис. 5.22). Підвищення доступності та покращення якості освіти в сільській місцевості є важливим завданням, реалізація якого дасть змогу поліпшити стан здоров'я сільського населення.

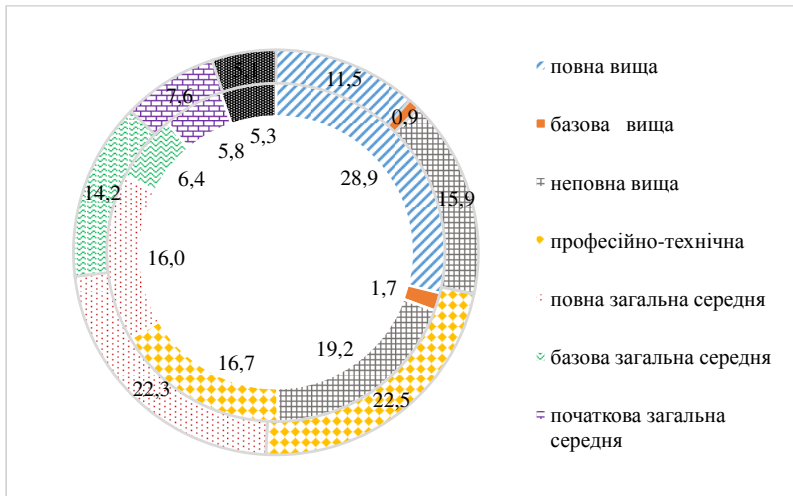


Рис. 5.22. Розподіл населення за рівнем освіти та місцем проживання (внутрішнє коло – міські поселення, зовнішнє – сільська місцевість) у 2015 р., %

Джерело:[62].

7. Освіта загалом і санітарна грамотність у РПЖ є підґрунтям для збереження здоров'я протягом подальшого життя людини. Діти, які мають кращі успіхи в навчанні, з більшою ймовірністю будуть вести здоровий спосіб життя у дорослому віці, споживаючи здорову їжу, підтримуючи фізичну активність та уникаючи ризиків, пов'язаних із здоров'ям, таких як вживання алкоголю, куріння тощо [64].

Так, умови, в яких зростає людина, рівень освіти, у тому числі санітарної грамотності, яку вона отримує, та інші аспекти життя цього періоду можуть вплинути на подальший її стан здоров'я. Вчені Гельсінського університету досліджували вплив навчання на самопочуття школярів та стан

здоров'я в дорослому житті. В ході дослідження було виявлено, що додаткові періоди навчання за партою покращують самопочуття на 16%. Було з'ясовано, що діти, які навчались в школі більш тривалий проміжок часу порівняно зі своїми однолітками, у майбутньому мали менше проблем зі станом здоров'я, а також зуміли забезпечити в дорослому віці більш стабільний фінансовий стан [65].

З огляду на це одне із запитань авторського опитування стосувалося повноти інформації щодо ризиків для здоров'я людини, яку вона отримала у РПЖ (школа, сім'я). Слід вказати, що отримані результати не дають підстав для оптимізму. Так, доволі повну інформацію щодо таких ризиків отримали лише більш як чверть опитаних – 26,2%, тоді як зовсім не знали про ризики для здоров'я 12,7%, а обізнаними недостатньо були 24,5% (рис. 5.23). Отже, населення України на сучасному етапі лише частково володіє знаннями із санітарної грамотності, а тому не здатне зберегти здоров'я повною мірою. В цьому разі, хоч і незначний, простежується зв'язок між станом здоров'я та інформацією щодо збереження здоров'я, яка отримана в РПЖ. Так, дані підтверджують, що 48,9% опитаних, які отримали доволі повну інформацію щодо свого здоров'я в ранньому дитинстві, не мають хронічних захворювань. Водночас серед тих, хто таку інформацію не отримав, таких лише 27,6%. Відповідно шанси не мати хронічних хвороб серед тих, хто отримав доволі повну інформацію про ризики для свого здоров'я у РПЖ порівняно із тим, хто такої інформації у цей період не отримав, більші у 2,1 разу (OR= 2,078 (1,623–2,702), $p \leq 0,001$)).

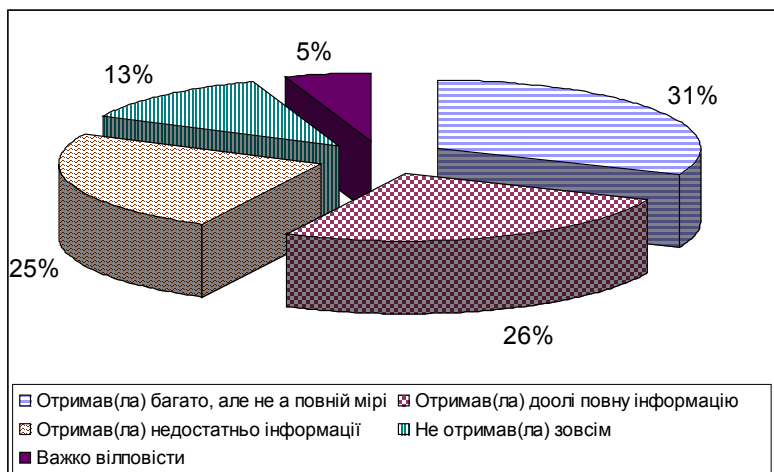


Рис. 5.23. Розподіл респондентів за повнотою інформації щодо ризиків для здоров'я, яку вони отримали у ранньому періоді життя

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Серед переліку хвороб, виникнення яких може бути пов'язано з отриманими в ранньому віці знаннями, можна виокремити такі:

- хвороби системи кровообігу (OR= 1,961 (1,462–2,630), $p \leq 0,001$);

- хвороби органів травлення (OR= 1,668 (1,172–2,376), $p \leq 0,01$);

- хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин (OR= 1,561 (0,980–2,487), $p \leq 0,05$);

- хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (OR= 1,506 (1,026–2,212), $p \leq 0,05$).

Нечисельні дослідження серед сучасної української молоді щодо повноти отримання інформації про ризики для

здоров'я її представників засвідчують низький рівень знань із цих питань. Зокрема, за результатами опитування учнівської молоді та керівників навчальних закладів в Україні, проведеного в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді України» у 2014 р., проаналізовано вплив соціального середовища на формування здоров'я учнівської молоді віком 11–17 років, зокрема батьківської сім'ї та шкільного оточення. Результати цього дослідження засвідчили серед іншого низький рівень знань із профілактики ВІЛ/СНІД. Зокрема, серед учнівської молоді правильно визначили шляхи передачі ВІЛ 24,1% респондентів (26,3% хлопців та 22,2% дівчат) [66, с. 113]. Це вищий показник, ніж отриманий за аналогічним опитуванням у 2010 р. (17,2%), але також дуже незначний. Найнижчий показник щодо наявності певного рівня знань зафіксований серед учнів професійно-технічних навчальних закладів (19,6% – 20,8% юнаків та 18,1% дівчат), найвищий – серед студентів вищих навчальних закладів I–II рівнів (27,6% – 34,4% серед юнаків та 21,7% серед дівчат). Отже, необхідний рівень знань дуже низький, однак те, що він є вищим серед студентів, які здобувають вищу освіту, підтверджує важливе значення освіти у збереженні здоров'я молоді. Роль держави при цьому є також доволі ваговою. Так, держава має можливості забезпечити мотивацію дітей бути здоровими та поліпшити наявні перспективи для збереження їхнього здоров'я в майбутньому. Зазначимо, що ці можливості стосуються дітей будь-якого соціального класу.

8. Між якістю отриманої освіти та санітарної грамотності у РПЖ та рівнем освіти людини у майбутньому простежуються певні закономірності. За даними авторського опитування, особи із вищою освітою отримали найкращі знання із санітарної грамотності у РПЖ. Серед тих, хто має початкову освіту, майже 2/3 таких знань не отримали зовсім (рис. 5.24).

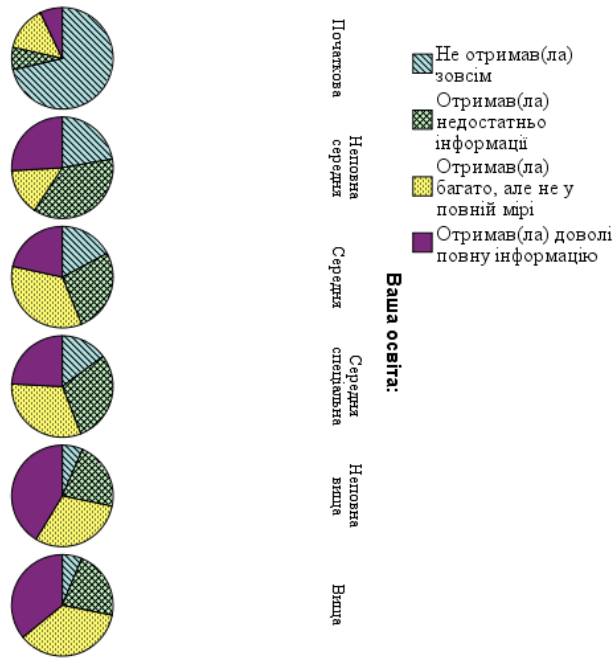


Рис. 5.24. Розподіл респондентів за освітою та повнотою інформації щодо ризиків для здоров'я, яку вони отримали у ранньому періоді життя

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

9. Володіння знаннями із санітарної грамотності у дорослому віці дає змогу передавати їх дітям. Імовірність того, що дитина не буде мотивована на «здорову поведінку» зростає, якщо її батьки не дотримуються здорового способу життя. Особливо важливо володіння знаннями із санітарної грамотності особам, які мають стати батьками, насамперед вагітним жінкам. У цьому разі грамотність не обмежуються знаннями про небезпеку шкідливих звичок матері для здоров'я майбутньої дитини. Важливим моментом є те, чи володіє вагітна жінка знаннями та навичками профілактики

захворювань, зміцнення та збереження власного здоров'я в звичайних умовах та в екстремальних ситуаціях.

Загалом населенню часто доволі складно вирішити питання, які стосуються інформації щодо запобігання захворюванням та лікування. З огляду на це кожна доросла людина має вміти:

- вибрати доступну та адекватну для себе медичну допомогу;
- підтримувати зв'язок з постачальниками медичних послуг;
- надати першу медичну допомогу собі та іншим людям;
- аналізувати ризики і вигоди для власного здоров'я;
- оцінювати інформацію щодо здоров'я відповідно до її надійності та якості;
- інтерпретувати в загальних рисах результати досліджень свого здоров'я;
- знаходити корисну інформацію про здоров'я.

Для того, щоб виконати ці завдання, людині варто бути грамотною:

- візуально (розуміти графіки або іншу візуальну інформацію);
- комп'ютерно (вміти працювати за комп'ютером);
- інформаційно (вміти отримувати та застосовувати відповідну інформацію);
- математично (вміти проводити обчислення, наприклад, для встановлення дози ліків чи калорій їжі).

З розвитком мережі Інтернет як джерела інформації про здоров'я з'являються нові можливості пошуку інформації щодо санаторної грамотності на інтернет-сайтах та її фільтрації, вміння оцінити якість різних веб-сайтів.

Більш високий рівень освіченості людини безпосередньо впливає на поліпшення стану її здоров'я з точки зору наявності вищої самооцінки, забезпечення великих позитивних змін для

здоров'я власним стилем поведінки, необмеженням активності, розширенням можливостей для отримання доходу і безпеки робочих місць і загалом відчуттям добробуту [67]. Хоча при цьому можна припустити, що люди з неповною чи середньою шкільною освітою, можуть швидше звертатися за меддопомогою в лікарню, ніж люди більш високого рівня освіти.

Люди з низьким рівнем освіти часто відчують себе відчуженими, їм складно знайти доступну інформацію та інколи отримати послуги у сфері збереження здоров'я. Вони мають менші можливості для працевлаштування. Як підсумок, у них більш низький рівень здоров'я, ніж у тих, які мають більш високі навички грамотності.

Отже, санітарна грамотність передбачає вплив не тільки на індивідуальні рішення особи щодо ведення способу життя, а й підвищення рівня поінформованості населення загалом про детермінанти здоров'я, рекомендуючи застосовувати індивідуальні та колективні дії для зміни стану здоров'я на основі цих визначальних детермінант.

10. Необхідним атрибутом оцінювання зв'язку «освіта-здоров'я» є вікові особливості, оскільки з віком відбуваються не тільки фізіологічні зміни в організмі людини, які впливають на стан її здоров'я, а й змінюється рівень освіти. Наприклад, у літніх людей освітні навички поступово втрачаються. Це підтверджують такі дані:

- 71% дорослих осіб більш ніж 60 років мають труднощі з використанням друкованих матеріалів;
- 80% таких осіб складно використовувати документи, такі як форми або діаграми;
- 68% відчувають труднощі щодо інтерпретації чисел і виконання розрахунків [66].

Разом з цим, літні люди частіше потребують медичних послуг і мають більше хронічних захворювань, ніж представлені інші сегменти населення.

11. Певні особливості існують у дослідженні освіти як детермінанти здоров'я з огляду на динамічність освітнього процесу: зміни у змісті та структурі навчального процесу, навчальних програмах, масштабах і способах поширення інформації щодо ризиків для здоров'я тощо. Як підсумок, різні когорти населення можуть мати різні рівні загальної та спеціальної освіти і санітарної грамотності. Це підтверджують дані авторського соціологічного дослідження, за якими простежується суттєве зростання рівня санітарної грамотності із більш молодшим віком (табл. 5.14). Молодь України (18–24 роки), яка народилась у період незалежності, має значно вищий рівень санітарної грамотності, ніж попередні покоління. Цей факт дає змогу більш оптимістично оцінювати перспективи стану здоров'я населення у майбутньому та стверджувати, що воно може дещо покращуватись за розвитку освітньої детермінанти.

Дослідження взаємозв'язку «освіта-здоров'я» в Україні ускладнено недостатнім обсягом офіційної статистичної інформації про освітній рівень населення. У 1990-х рр. було вилучено графу щодо рівня освіти з акта констатації смерті людини. Освіта не враховується також під час обліку захворюваності населення. Все це ускладнюється тим, що останні дані про розподіл постійного населення в Україні за рівнем освіти датовані 2001 р., коли проводився Всеукраїнський перепис населення. Після цього офіційної інформації щодо окресленого питання немає. Серед індикаторів освіти, які щороку оновлюються ДССУ, є дані про кількість навчальних закладів, чисельність учнів (студентів) і вчителів у них. Однак вони не характеризують повною мірою рівень освіти населення, особливо з позиції детермінованості та нерівності у стані здоров'я. Відповідно джерелами інформації про це можуть бути вибіркові соціологічні опитування, у тому числі ті, які проводить ДССУ, здійснюючи соціально-демографічну характеристику домогосподарств України.

Таблиця 5.14

**Повнота отриманої інформації щодо ризиків
для здоров'я у ранньому періоді життя
за віковими групами, %**

	Вікові групи			
	18–24	25–49	50–59	60 і старші
Не отримав(ла) зовсім	7,3	8,0	12,4	23,3
Отримав(ла) недостатньо інформації	17,3	21,2	28,6	31,1
Отримав(ла) багато, але не повною мірою	32,7	36,1	31,3	22,0
Отримав(ла) доволі повну інформацію	40,0	29,0	23,0	18,4
Важко відповісти	2,7	5,8	4,6	5,2
Всього	100,0	100,0	100,0	100,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Серед опитаних під час авторського соціологічного дослідження виявлено 61,3% осіб із середньою та середньою спеціальною освітою, 34,7% – з вищою та базовою вищою, решта – початковою та неповною середньою. Якщо порівняти результати соціологічного опитування 2015 р. із даними Всеукраїнського перепису населення 2001 р., отримаємо такий розподіл: нині більше осіб із вищою та базовою вищою освітою та суттєво менше з початковою та середньою. Особливістю освітньої структури респондентів також є те, що значення цього показника значно вище у жінок порівняно з чоловіками. Розподіл респондентів за рівнем освіти відображено на рис. 5.25. та 5.26.

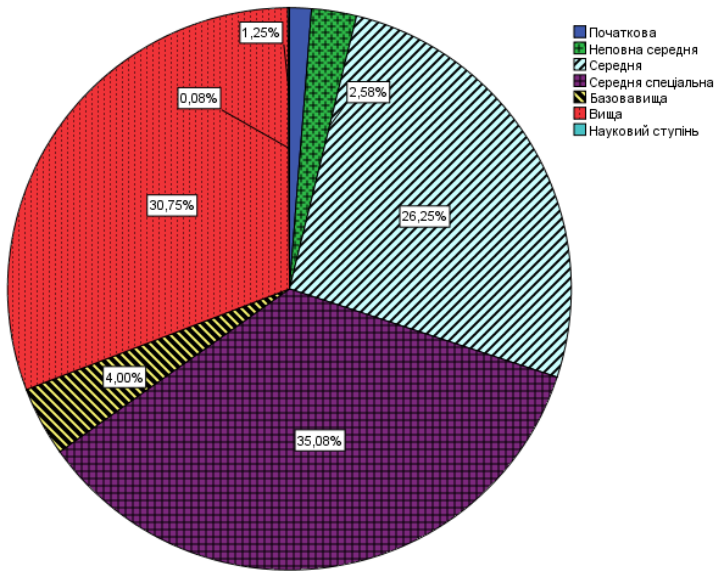


Рис. 5.25. Розподіл респондентів за рівнем освіти

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Результати оцінювання залежності здоров'я населення від рівня освіти за типами місцевості за методологією мікроімітаційного моделювання (п. 2.3) наведені на рис. 5.27. Представлені дані свідчать про те, що:

- серед населення із будь-якою освітою зміни у стані здоров'я відбуваються більш повільно у сільській місцевості порівняно із міськими поселеннями;

- серед осіб з повною вищою освітою частка відносно здорових осіб починає помітно зменшуватися після 60 років незалежно від типу поселення. Для осіб з повною загальною середньою освітою відповідна частка помітно зменшується після 55 років;

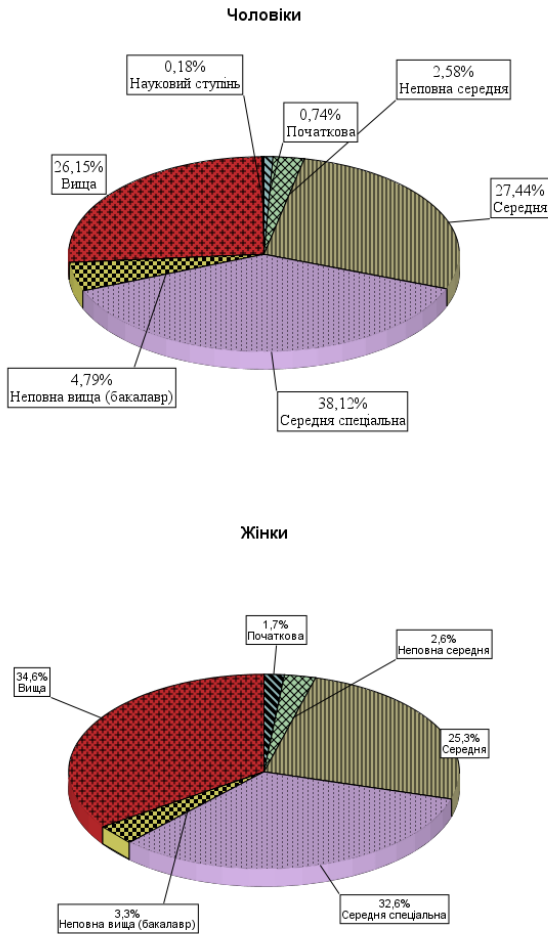


Рис. 5.26. Розподіл респондентів за рівнем освіти та статтю

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

– більш суттєва диференціація щодо стану здоров'я населення спостерігається у міських поселеннях, особливо це стосується вікових груп від 45 до 59 років;

– на відміну від міських поселень, у сільській місцевості населення із повною загальною освітою подекуди має краще здоров'я, ніж ті, хто має повну вищу освіту.

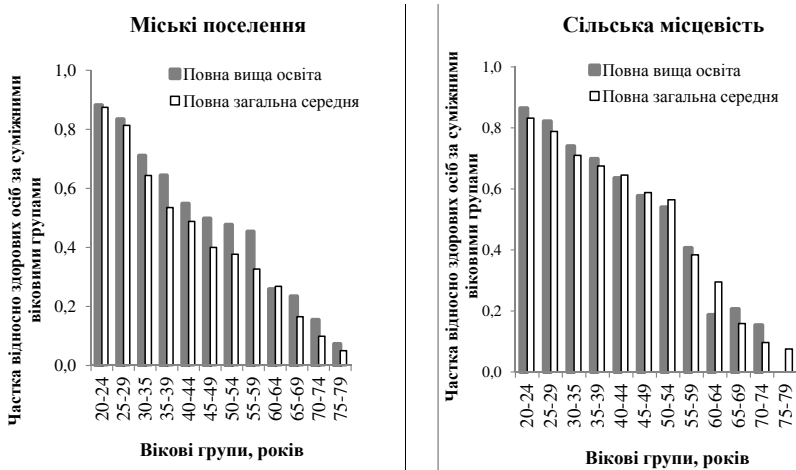


Рис. 5.27. Зміна частки відносно здорових осіб за суміжними віковими групами зі зростанням віку залежно від типу поселень, в яких вони проживають, та їхнього освітнього рівня, оцінена за змодельованими даними макрорівня

Джерело: власна розробка автора.

Для чоловіків тенденції загалом є аналогічними: серед тих, хто має повну вищу освіту, стан здоров'я починає значно погіршуватися після 60 років, а для осіб з повною загальною середньою освітою – після 55 років. Серед жінок з повною загальною освітою суттєве погіршення стану здоров'я настає після 65 років (рис. 5.28).



Рис. 5.28. Зміна частки відносно здорових осіб за суміжними віковими групами зі зростанням віку залежно від їхньої статі та освітнього рівня, оцінена за змодельованими даними макрорівня: а) чоловіки; б) жінки

Джерело: власна розробка автора.

Оцінювання взаємозалежності між рівнем освіти та станом здоров'я населення між регіонами України за мікроаналітичним підходом дає змогу виявити певні закономірності. Насамперед з'ясовано наявність незначної кореляції між рівнем освіти та СОРЖ (табл. 5.15). У регіонах, де більша частка населення з вищою освітою, вищими є значення СОРЖ і, навпаки, меншими показники СКС від всіх причин, від хвороб систем кровообігу (кореляції достатньо сильні), психічних захворювань та хвороб нервової системи. Більш сильний зв'язок між освітою та смертністю у чоловіків і населення міських поселень. Частково це пов'язано з тим, що у чоловіків нижчий рівень освіти порівняно із жінками, з одного боку, та вищий рівень смертності – з іншого.

Таблиця 5.15

Взаємозв'язок індикаторів стану здоров'я населення та рівня освіти

		СОТЖ	СКС, всі причини	СКС, хвороби системи кровообігу	СКС, психічні захворювання	СКС, хвороби нервової системи
Разом	R	0,447	-0,598	-0,430	-0,501	-0,514
	p	p≤0,05	p≤0,01	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,01
Чоловіки	R	0,481	-0,651	-0,477	-0,524	-0,498
	p	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,05	p≤0,01	p≤0,05
Жінки	R	-0,391	-0,479	-0,381	-0,408	-0,499
	p	ns	p≤0,01	ns	p≤0,05	p≤0,05
Міські поселення	R	0,478	-0,512	-0,445	-0,532	-0,510
	p	p≤0,05	p≤0,01	p≤0,05	p≤0,01	p≤0,01
Сільська місцевість	R	-0,301	-0,370	-0,382	-0,360	-0,444
	p	ns	ns	ns	ns	p≤0,05

Примітка: «ns» статистично незначні кореляції

Джерело: розраховано автором за [31; 50].

Порівняння стану здоров'я опитаних під час проведення авторського соціологічного дослідження із різним рівнем їхньої освіти також дало змогу виявити певні закономірності. Зокрема, серед осіб із вищою освітою не мають жодних хронічних захворювань: 51,0% (базова вища) та 40,7% (повна

вища) респондентів. Водночас не мають жодних хронічних хвороб тільки 7,4% осіб із початковою освітою, 21,3% – із неповною середньою, 32,0% – із середньою та 32,6% – із середньою спеціальною. Так, серед осіб із початковою та неповною середньою освітою більше представників старших вікових груп, що дещо спотворює результати щодо цих груп, оскільки з віком імовірність розвитку хронічних захворювань зростає. Однак за іншими рівнями освіти вибірка є рівномірною та репрезентативною, а отже, наявна залежність рівня освіти і відсутності хвороб в опитаних достовірна. За показником відношення шансів, особи з вищою освітою мають у 2,4 разу вищі шанси не мати жодного хронічного захворювання, не хворіти на хвороби системи кровообігу та кістково-м'язевої системи порівняно з тими, хто має інший рівень освіти (початкову, середню тощо) (табл. 5.16). Останній висновок є логічним, оскільки, як правило, люди із вищою освітою працюють на робочих місцях, які незначною мірою пов'язані із навантаженням на кістково-м'язеву систему та виробничим травматизмом порівняно з іншими особами.

Дії зі збереження здоров'я мають базуватися на мобілізації енергії, ресурсів, навичок для поліпшення і пропаганди здорового способу життя. При цьому освіта та санітарна грамотність відіграють провідну роль. Загалом освітні програми зі збереження здоров'я мають передбачати ознайомлення з усіма детермінантами, які визначають стан здоров'я конкретної групи населення. Наприклад, програма із пропаганди здорового харчування може містити знання про основні групи продуктів, практичні навички з приготування їжі, вибору продуктів харчування тощо. Важлива роль при цьому належить соціальному маркетингу.

Таблиця 5.16

**Відношення шансів бути хворим
(здоровим) залежно від рівня освіти**

	Рівень освіти		Загалом населення	Чоловіки	Жінки	Міські поселення	Сільська місцевість	
1. Хвороби системи кровообігу	Вища	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	
	Середня	OR	1,491	3,519	6,480	4,281	3,316	
		CI	(1,096–2,031)	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	(1,855–9,392)	(1,470–7,769)	
		p	p≤0,01	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	
	Початкова та незакінчена середня	OR	1,491	3,519	6,480	4,281	3,316	
		CI	(1,096–2,031)	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	(1,855–9,392)	(1,470–7,769)	
		p	p≤0,001	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	
	2. Хвороби кістково-м'язевої системи	Вища	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
		Середня	OR	1,674	3,519	6,480	4,281	3,316
CI			(1,084–2,594)	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	(1,855–9,392)	(1,470–7,769)	
p			p≤0,05	p≤0,05	p≤0,001	p≤0,001	p≤0,001	
Початкова та незакінчена середня		OR	1,491	3,519	6,480	4,281	3,316	
		CI	(1,096–2,031)	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	(1,855–9,392)	(1,470–7,769)	
		p	p≤0,001	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	
3. Хронічні хвороби відсутні		Початкова та незакінчена середня	OR	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
		Середня	OR	1,288	3,519	6,480	1,644	1,472
	CI		0,874–1,899	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	0,970–2,790	1,074–2,019	
	p		ns	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	
	Вища	OR	2,319	3,519	6,480	2,749	2,818	
		CI	1,136–4,702	(1,013–9,607)	(1,886–12,690)	1,115–6,627	1,355–5,959	
		p	p≤0,001	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,01	

Примітка: позначка «ns» означає статистично незначимий показник відношення шансів.

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

З огляду на вищенаведене можна стверджувати, що освіта є однією з основних СЕД здоров'я населення. Вона визначає здоров'я населення не тільки безпосередньо, а й опосередковано через інші детермінанти, такі як дохід, зайнятість, соціальний капітал тощо. Крім цього, освіта дає змогу населенню краще зрозуміти дію інших детермінант на здоров'я, змінити підходи і мотивацію щодо власного стану здоров'я, а також поліпшити індивідуальну ефективність у профілактиці та лікуванні хвороб.

5.4. Соціальний капітал як ресурс здоров'я та засіб зменшення нерівності у здоров'ї

Серед недостатньо досліджених в Україні детермінант здоров'я варто виокремити соціальний капітал. Термін «соціальний капітал» ввів Л. Ханіфан у 1916 р., який він трактував як матеріальні речі, які найбільше враховуються в повсякденному житті людей, а саме: доброзичливість, спілкування, співчуття та соціальний зв'язок між окремими особами та сім'ями, які формують соціальну одиницю [67]. Одним із найбільш відомих трактувань соціального капіталу є визначення, запропоноване Д. Коулменом: «Соціальний капітал – це потенціал взаємної довіри і взаємодопомоги, який формується в міжособистісних відносинах: обов'язки й очікування, інформаційні канали та соціальні норми» [68].

Останні десятиріччя триває гостра дискусія щодо трактування суті соціального капіталу, його структури та значення для суспільного розвитку. За вузьким підходом, соціальний капітал розглядається як набір горизонтальних зв'язків між людьми, сформований на основі соціальних мереж, і пов'язаних з ними норм, які впливають на продуктивність громади та її добробут. Більш широке розуміння соціального капіталу пов'язане, крім горизонтальних, із вертикальними

зв'язками між людьми, а також поведінкою в будь-якій організації та поза її межами.

Соціальний капітал емпірично пов'язують як із меншим рівнем смертності [14; 15] та підвищення самооцінки стану здоров'я [14; 69]. Соціальний капітал також може бути пов'язаний з різними типами поведінки, які впливають на стан здоров'я, такими як тютюнопаління, вживання алкоголю, фізична активність у вільний час, якість харчування тощо. Можна також зробити припущення про те, що соціальний капітал є значним для тих, хто вже хворий. Існує, наприклад, більше шансів на виживання після інсульту та інфаркту міокарда з високим рівнем емоційної підтримки [70]. При цьому варто зауважити, що хвороба може також зменшувати соціальні контакти людини в довгостроковій перспективі, а в деяких випадках навіть призводить до соціальної ізоляції. У таких сценаріях причинний зв'язок зворотний. Цей аспект часто ігнорується або не враховується в дослідженнях взаємозв'язків здоров'я та соціального капіталу. Загалом, причинність є важливою, але рідко обговорюється в галузі соціального капіталу та здоров'я.

Також існує припущення, що потужні соціальні мережі також можуть бути джерелом деформацій, яка призводить до конфліктів, заздрощів і розчарувань, що призводить до негативних наслідків для здоров'я [71].

Разом з цим, на рівні громади соціальний капітал сприяє збереженню здоров'я шляхом усунення стресів і забезпечення соціальної підтримки за допомогою позасімейних зв'язків, а також неформального соціального контролю над поведінкою, яка негативно впливає на стан здоров'я, таких як, наприклад, тютюнопаління та зловживання алкогольними напоями, особливо серед неповнолітніх. На більш високих рівнях суспільної організації, зокрема держави, соціальний капітал може сприяти підвищенню здоров'я через опосередковані

магістралі, як наприклад, заохочення рівної політичної участі, що гарантує забезпечення ефективної системи охорони здоров'я, соціальної підтримки бідних верств населення та інших соціальних послуг [72, с. 254].

З огляду на це вважаємо, що до складових соціального капіталу доцільно зарахувати такі (див. рис. 2.5, п. 2):

- соціальна підтримка;
- соціальні зв'язки (соціальна активність);
- довіра та солідарність.

Саме за ними доцільно оцінювати вплив соціального капіталу на стан здоров'я населення.

1. Соціальні зв'язки – це контакти індивідуума або групи людей у процесі їхньої життєдіяльності. Форми контактів можуть бути різними: вербальні, невербальні; особисті зустрічі, контакти в соціальних мережах, переписка тощо. Контакти у соціальних мережах також варто досліджувати на індивідуальному та популяційному рівнях. На індивідуальному рівні це будуть контакти окремих людей із своєю сім'єю, друзями, сусідами, колегами по роботі та іншими особами чи соціальними інститутами. На популяційному – це зв'язки між громадами, громадами та органами державного управління, громадами та соціальними інститутами тощо. Розвиток цих зв'язків забезпечує соціальну злагоду та єдність. Він також сприяє розширенню доступності різноманітних соціальних послуг, у тому числі пов'язаних із збереженням здоров'я. У цьому разі маємо на увазі зв'язки із медичними та соціальними працівниками, які з позиції впливу на здоров'я є дуже важливими.

Контакти окремих людей із своєю сім'єю, друзями, сусідами можуть характеризувати такі показники, як кількість таких контактів, частота, тип (візуальний, вербальний, листи, телефонні розмови, коло знайомих), місце проживання друзів, родини.

Концепції соціальних зв'язків дають змогу визначити соціальну інтеграцію на найширшому рівні: соціальні мережі, соціальна підтримка і самотність. Соціальні зв'язки можуть мати концептуально різні соціальні характеристики, пов'язані з суспільною довірою. Люди утворюють зв'язки з іншими з моменту народження. Зокрема, виживання новонароджених залежить від належності їхніх батьків до певних соціально-економічних груп та турботи з боку останніх протягом тривалого періоду [73]. Отже, фундамент для розвитку соціального капіталу закладається у РПЖ. Зв'язок людини з тими, хто її оточує, не завершується у цьому періоді, тому що належність і виховання, а також соціальні відносини, мають важливе значення для фізичного і психологічного добробуту протягом усього життя.

Частково це підтверджують результати авторського соціологічного дослідження. Зокрема, серед тих опитаних, хто вважає свій СЕС вищим за середній (6–10 щаблі), суттєво більша частка осіб, у кого у сім'ї були дружні стосунки (табл. 5.17). Особи із високим СЕС мають, як правило, вищий рівень розвитку соціального капіталу. Крім цього, виявлено, що ті з респондентів, у кого були напружені стосунки у РПЖ, у майбутньому більш часто вживають міцні спиртні напої. І навпаки, виховання у дружній атмосфері сприяє розвитку соціального та культурного капіталу: такі люди частіше спілкуються із своїми близькими, частіше відвідують театри, кінотеатри та інші заклади культури.

Визначення оптимального співвідношення між соціальними зав'язками і станом здоров'я населення за останній період є важливим питанням. Так, дані великих когортних досліджень у США, Європі та Японії засвічили, що населення, яке ізольоване від інших, піддається підвищеному ризику передчасної смерті від різних причин, у тому числі хвороб серця, цереброваскулярних хвороб, хвороб органів дихання

і травлення, онкологічних захворювань [70; 73–75]. Дослідження великих когорт населення, які активно підтримують здоров'я через інформаційні зв'язки, зв'язки з організаціями, спеціалістами тощо, також свідчать, що соціальна інтеграція має вирішальне значення для зниження рівня смертності, а також частково зумовлює рівень первинної захворюваності [76; 77].

Таблиця 5.17

**Взаємозв'язок між стосунками у сім'ї
(згуртованістю) у ранньому періоді життя та соціально-
економічним статусом у дорослому житті, %**

Групи СЕС від найнижчого до найвищого	Як би Ви оцінили стосунки у сім'ї, в якій виховувались?				
	Дружні	Звичайні	Напружені	Кожен сам по собі	Важко відповісти
1	43,1	47,7	9,2	0,0	0,0
2	44,1	50,8	3,4	0,8	0,8
3	50,0	42,1	6,9	0,0	1,0
4	50,7	42,3	5,7	1,3	0,0
5	58,5	37,4	3,0	1,1	0,0
6	48,7	44,7	4,7	1,3	0,7
7	61,7	30,8	3,7	0,0	3,7
8	60,5	32,6	7,0	0,0	0,0
9	66,7	22,2	0,0	6,9	4,2
10	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Разом	52,8	40,8	4,9	0,7	0,8

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Необхідно також зауважити, що виявлено статево-вікові особливості впливу соціальних зв'язків на стан здоров'я людини. Так, зокрема, проведені дослідження підтвердили, що літні чоловіки і жінки з високим рівнем соціальної та мережевої активності мають більш повільні темпи зниження розумової активності [78; 79] і характеризуються кращим виживанням незалежно від фізичної активності [80].

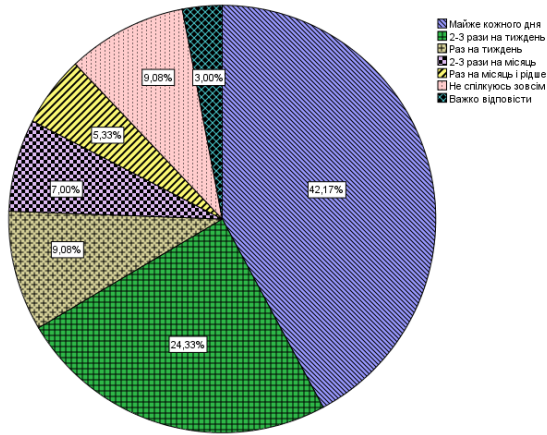
Слід також зауважити, що соціально ізольовані люди переважно набуватимуть ризикованої для свого здоров'я асоціальної поведінки, наприклад, тютюнопаління, вживання алкоголю чи наркотичних речовин [81; 82]. Отже, соціальні зв'язки є важливими поведінковими детермінантами. Важливо також зазначити, що мережі, як правило, мають потужний вплив на поведінку як підлітків, так і дорослих. Причому соціальні зв'язки можуть зміцнити здоров'я або, навпаки, збільшити ризик залежності від норм мереж. Особливо це стосується сучасних віртуальних зв'язків, пов'язаних із мережею Інтернет, коли здоров'я людини залежить від того, які сайти вона відвідує і як сприймає для себе наявну інформацію. В цьому разі важливо, щоб у ранньому віці дітей і підлітків навчали, як розмежовувати інформацію, поширену в Інтернеті, зокрема на шкідливу та корисну. Однак цього, зокрема в Україні, ніхто не навчав.

У будь-якому разі мережі мають можливість надавати інформаційну та інструментальну підтримку ефективно. Активні, позитивні та потужні соціальні зв'язки допомагають людині краще влаштувати як особисте життя, так і професійне. Таким чином, соціальні зв'язки можуть здійснювати непрямої позитивний вплив на здоров'я і добробут. Класичним прикладом цього може бути пошук роботи із широким чи обмеженим обсягом інформації. Люди із значними особистими соціальними зв'язками або навичками роботи з інформаці-

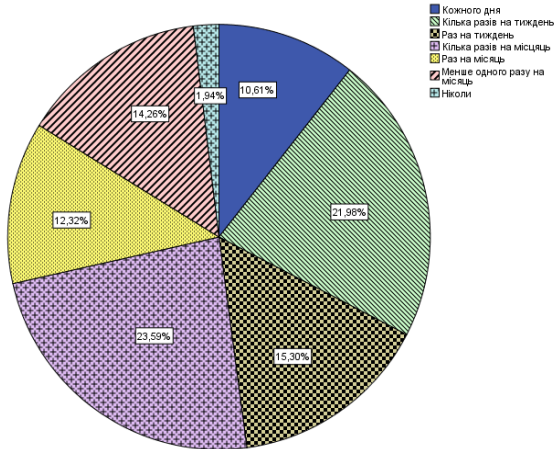
єю в різних мережах із значно більшою ймовірністю можуть підшукати для себе роботу, ніж ті, хто таких зв'язків немає або навичками не володіє. Враховуючи попередню емпіричну базу щодо таких СЕД здоров'я населення, як дохід і зайнятість, можна констатувати про значний опосередкований вплив соціального капіталу на здоров'я через ці детермінанти. Більш експериментальна робота необхідна, щоб відповісти на конкретні запитання повною мірою.

Для оцінювання ступеня впливу соціального капіталу на інші детермінанти здоров'я населення та на здоров'я зокрема використано мікродані авторського соціологічного опитування (АСО) та Європейського соціального обстеження (ЕСО) за 2014 р. [83]. Інформація про соціальні зв'язки за цими дослідженнями дещо відрізняється. За даними ЕСО, частка населення, яке доволі часто (не рідше, ніж раз на місяць) зустрічається не по справах із сусідами, друзями, знайомими, становить 47,8% (у Швеції – 58,2%; АСО – 75,6%). За результатами АСО, достатньо висока частка тих, хто не спілкується зовсім, – 9,1% (ЕСО – 2,0%, у Швеції – 0,2%) (рис. 5.29). Це свідчить про доволі високий рівень соціальних зав'язків населення (за цим показником) і суттєву диференціацію рівня розвитку соціальних зав'язків: їхню повну відсутність в одних осіб та високий розвиток в інших.

За отриманими даними, існують демографічні та географічні відмінності у рівні соціальних зв'язків. Чоловіки та жінки, представники молодших і старших вікових когорт, освітніх і економічних страт наділені цією складовою соціального капіталу нерівною мірою. Зокрема, частота спілкування на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими більша серед жінок (рис. 5.30).



a)



б)

Рис. 5.29. Частота спілкування (зустрічей) на особисті теми (не по справах) із сусідами, друзями, знайомими

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування (а); [83] (б).

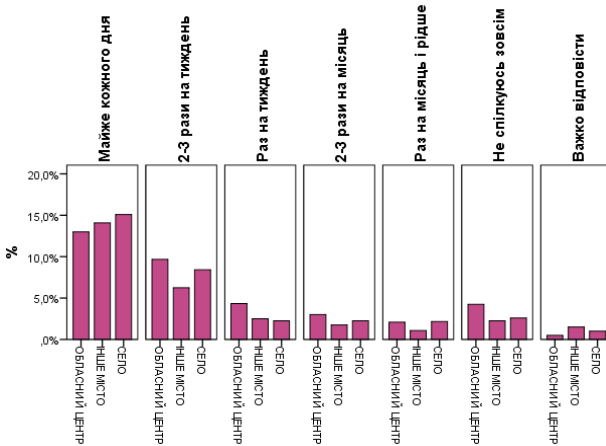
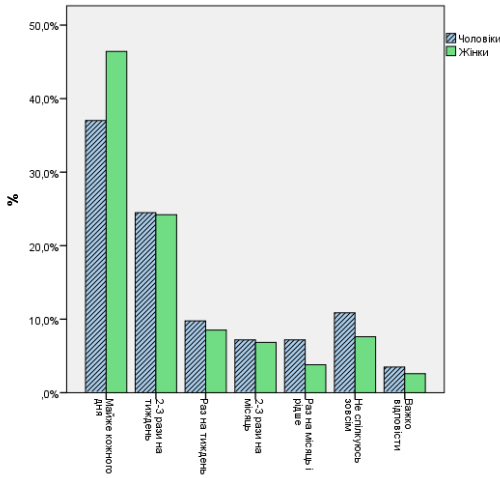


Рис. 5.30. Частота спілкування на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими залежно від статі та місця проживання

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Це підтверджує висновки науковців [84; 85, с. 165], що будувати і використовувати соціальні мережі краще вдається жінкам, тому вони є головними акумуляторами соціального капіталу. Досліджено, що мережі жінок загалом забезпечують їм більш міцну соціальну підтримку, ніж мережі чоловіків. Разом з цим, соціальні мережі жінок, як правило, менші за розміром, вони охоплюють, більше родичів і подруг і менше тих осіб, які мають доступ до ресурсів та влади. Однак мережі слабше допомагають жінкам, ніж чоловікам, при працевлаштуванні та розвитку кар'єри [86]. Жіночі соціальні мережі є менш інструментальними і меншою мірою сприяють досягненню більш високого суспільного становища [87]. Жінки також рідше порівняно із чоловіками, беруть участь у політичних та громадських організаціях чи об'єднаннях. Разом з тим, громадські зв'язки, що виникають за такої участі, оберігають індивідів від соціальної ізоляції, сприяючи їхній активності в діяльності суспільства, захищаючи їх, задовольняючи їхні потреби у спілкуванні, а отже, можуть бути засобом збереження здоров'я. Відповідно до цього, можна зробити висновки, що гендерний аспект впливу соціальних зв'язків на стан здоров'я має різні вияви. Через соціальну підтримку він позитивно впливає на стан здоров'я жінок, а через зайнятість і громадську активність – на стан здоров'я чоловіків.

Рівень соціальних зв'язків скорочується із віком. Старше покоління не тільки рідше, ніж молодь, зустрічається не по справах із сусідами, друзями, знайомими (рис. 5.31), але значно менше використовує мережу Інтернет.

Незначно, але вищими є соціальні зв'язки у сільській місцевості порівняно із міськими поселеннями, зокрема за частотою спілкування на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими. Однак доступність та використання мережі Інтернет у сільській місцевості суттєво нижче. Частково це

пов'язано із нижчим рівнем освіти населення у сільській місцевості та значно меншою доступністю мережі Інтернет. При цьому, як правило, вихідці з сільської місцевості незалежно від того, чи залишаються вони проживати в селі або переїжджають в міста, часто виявляються не в змозі включитися в нові мережі [88]. При цьому важливим є те, що ті, хто опиняється повністю або майже повністю виключені з мереж соціальних контактів і взаємопідтримки, дійсно мають помітно нижчі показники матеріального добробуту і СЕС.

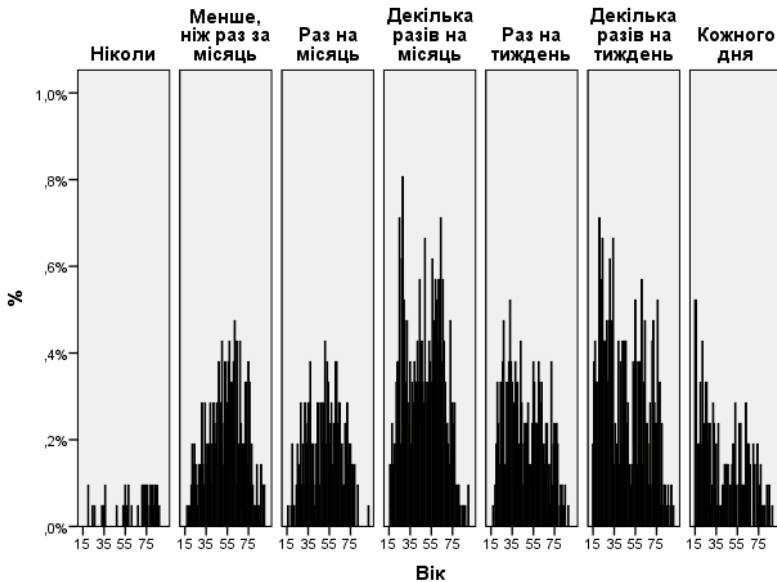


Рис. 5.31. Частота зустрічей не по справах із сусідами, друзями, знайомими

Джерело: [83].

Необхідним атрибутом дослідження соціальних зв'язків є громадська та суспільно-політична діяльність. Під час проведення авторського соціологічного дослідження респондентам було поставлено запитання щодо того, як багато часу на день вони приділяють ознайомленню з суспільно-політичними питаннями у пресі, мережі Інтернет, по радіо або телебаченню. Виявлено, що 11,5% населення не приділяє цьому питанню уваги зовсім (табл. 5.18). Більше таких осіб серед жінок та у міських поселеннях. З'ясовано, що у цьому разі вагому роль відіграє освіта. Серед респондентів із початковою та середньою освітою частка тих, хто зовсім не цікавиться суспільно-політичною ситуацією, понад 40%. Вища ця частка також серед осіб із найнижчим рівнем доходу. Ці факти черговий раз доводять те, що освіта та дохід мають суттєвий опосередкований вплив на стан здоров'я населення, як зокрема у даному випадку, через соціальні зв'язки.

Ще одним аспектом соціального капіталу, зокрема соціальних зв'язків, є соціокультурний. Відвідуваність закладів культури в Україні залишається низькою. Понад 60% опитаних на запитання «Як часто Ви відвідували за останні 12 місяців театри, кінотеатри, цирк та інші заклади культури?» відповіли, що не відвідували зовсім. Суттєвої відмінності за гендерною ознакою при цьому не спостерігається. Однак існують суттєві відмінності між населеними пунктами (табл. 5.19). Майже $\frac{3}{4}$ сільського населення не відвідує закладів культури. Достатньо часто відвідують лише 6,0% чоловіків та 3,6% жінок.

Таблиця 5.18

**Розподіл респондентів за рівнем ознайомлення
з суспільно-політичними питаннями у пресі, мережі
Інтернет, по радіо або телебаченню**

Тип поселення	Відповідь	Стать		Разом
		Чоловіки	Жінки	
Сільська місцевість	Важко відповісти	2,2	4,1	3,2
	Більше 1 години	31,0	21,3	25,7
	31–60 хвилин	23,4	21,3	22,2
	16–30 хвилин	25,0	27,1	26,2
	До 15 хвилин	10,3	13,1	11,9
	Зовсім не приділяю	8,2	13,1	10,9
	Разом	100,0	100,0	100,0
Міські поселення	Важко відповісти	0,8	2,1	1,5
	Більше 1 години	27,3	19,3	22,9
	31–60 хвилин	22,8	20,0	21,3
	16–30 хвилин	27,0	27,3	27,2
	До 15 хвилин	11,1	18,8	15,3
	Зовсім не приділяю	10,9	12,6	11,8
Разом	Важко відповісти	1,3	2,7	2,1
	Більше 1 години	28,5	19,9	23,8
	31–60 хвилин	23,0	20,4	21,6
	16–30 хвилин	26,3	27,2	26,8
	До 15 хвилин	10,9	16,9	14,2
	Зовсім не приділяю	9,9	12,8	11,5
	Разом	100,0	100,0	100,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Таблиця 5.19

**Розподіл респондентів за рівнем
відвідування закладу культури**

Тип поселення	Відповідь	Стать		Разом
		Чоловіки	Жінки	
Міські поселення (обласний центр)	Не відвідував	53,3	52,7	52,9
	1–2 рази	22,1	23,0	22,6
	3–4 рази	11,6	9,9	10,6
	5 і більше	10,6	11,1	10,9
	Важко відповісти	2,5	3,3	2,9
	Разом	100,0	100,0	100,0
Міські поселення (не обласні центри)	Не відвідував	62,5	57,0	59,5
	1–2 рази	22,5	26,9	24,9
	3–4 рази	6,9	5,7	6,2
	5 і більше	6,9	8,8	7,9
	Важко відповісти	1,3	1,6	1,4
	Разом	100,0	100,0	100,0
Сільська місцевість	Не відвідував	71,7	73,8	72,8
	1–2 рази	13,0	16,3	14,8
	3–4 рази	8,2	5,9	6,9
	5 і більше	6,0	3,6	4,7
	Важко відповісти	1,1	,5	,7
	Разом	100,0	100,0	100,0
Разом	Не відвідував	62,2	61,0	61,6
	1–2 рази	19,2	21,9	20,7
	3–4 рази	9,0	7,3	8,1
	5 і більше	7,9	7,9	7,9
	Важко відповісти	1,7	1,8	1,8
	Разом	100,0	100,0	100,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

2. Довіра та солідарність. Довіра як складова соціального капіталу охоплює коло людей (або соціальних груп), які входять в систему довірчих відносин та певним чином обумовлює соціально-економічну ефективність суспільства. Д. Коулмен, використовуючи методологію раціонального вибору в контексті концепції соціального капіталу, говорить про довіру як одну з типів раціональної соціальної дії. При цьому під відносинами довіри він розуміє об'єднання ризику при прийнятті рішень. Автор підкреслює важливість довіри як фундаменту громадських інститутів [68].

Є кілька типів довіри: в межах встановлених відносин і соціальних мереж; незнайомим людям (часто на основі очікувань поведінки або загальних норм); до інститутів управління (у тому числі щодо справедливості правил, процедур, офіційного вирішення спорів і розподілу ресурсів). Найбільш визначальним чинником для здоров'я може бути довіра до медичних працівників. Однак важливим є ступінь довіри до представників інших соціальних інститутів, релігії тощо. Високий рівень довіри означає безпеку у завтрашньому дні та мінімізацію стресу, що позитивно впливає на здоров'я. Як і соціальні зв'язки, вияв довіри має певні особливості на індивідуальному та популяційному рівнях.

Для індивідуального рівня це:

- виявлення особистої довіри до інших людей;
- сприйняття злочинності, насильства;
- наявність почуття безпеки; інституційна довіра до державних і місцевих інститутів.

На популяційному рівні це наявність злочинності, корупції на рівні регіону, країни тощо. Рівень злочинності в Україні високий, причому за 2015–2016 рр. він досягнув найвищих значень за незалежності країни (рис. 5.32). Зараз він навіть перевищує показники 1990-х рр., які, як прийнято вважати, були «розпалом» злочинності в Україні.

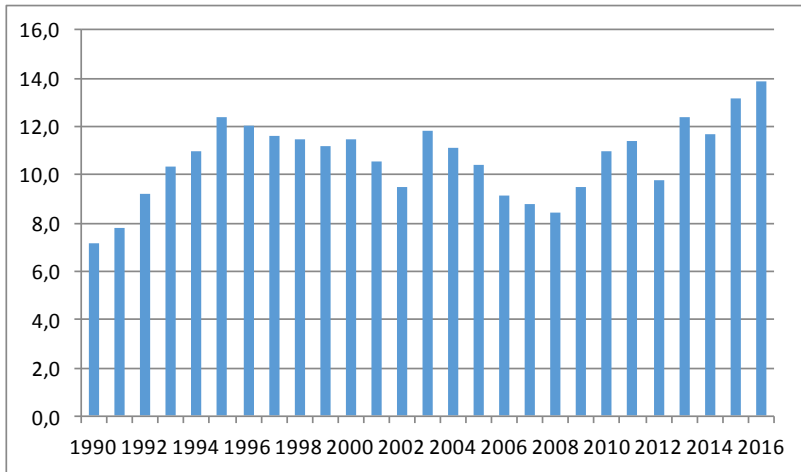


Рис. 5.32. Рівень злочинності в Україні (всього злочинів на 1000 населення)

Джерело: [37].

За даними ДССУ, із загальної кількості зафіксованих правоохоронними органами кримінальних виявів 35,3% є тяжкими та особливо тяжкими. У загальній кількості злочинів багато таких, які безпосередньо стосуються стану здоров'я населення. Зокрема, 9,5% – злочини проти життя та здоров'я особи, 4,6% – злочини у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їхніх аналогів або прекурсорів та інші злочини проти здоров'я населення, 4,3% – злочини проти безпеки руху та експлуатації транспорту.

Усього внаслідок злочинних діянь у 2015 р. загинуло 8,7 тис. осіб, із числа яких 35,8% було умисно вбито; 28,6% загинуло внаслідок ДТП, пов'язаних зі злочинами; 7,9% – через нанесення умисних тяжких тілесних ушкоджень. При цьому недостатньо точно фіксуються дані про смертність та захворюваність у зоні проведення АТО, що певним чином занижує наведені статистичні дані.

Отримані дані свідчать не тільки про прямі людські втрати та втрати здоров'я внаслідок високого рівня злочинності (1,5% від усіх смертей та 1,8% інвалідності в країні), а й про опосередкований вплив, пов'язаний із наслідками для психічного здоров'я та зниженням почуття безпеки та інституційної довіри до державних і місцевих інститутів з боку населення.

Так, за даними дослідження [83], лише 14,0% опитаних українців повністю або майже повністю довіряють більшості людей (8–10 рівні довіри за 11-бальною шкалою) (рис. 5.33), тоді як у Швеції частка таких осіб досягає 30,0%, хоча у Польщі вона становить тільки 9,5%. Середнє значення показника довіри за цією шкалою в Україні дорівнює 5,21³, у Польщі – менше 3,95%, але у Швеції – 6,25% (рис. 5.34).

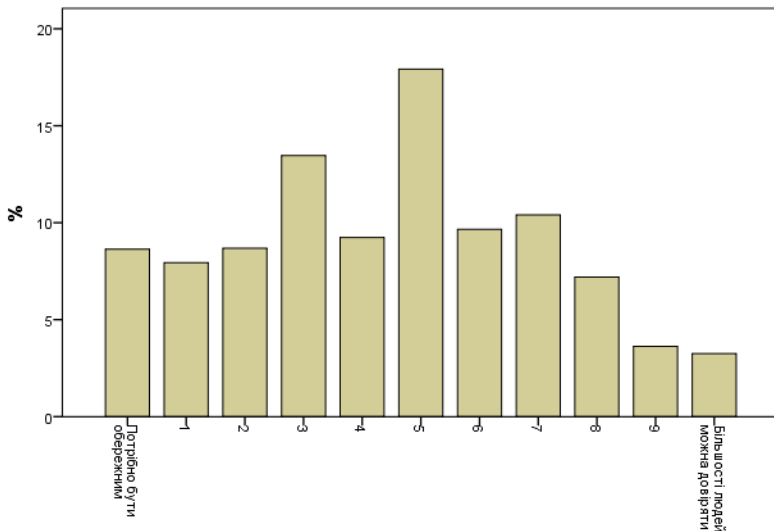


Рис. 5.33. Міжособистісна довіра: розподіл респондентів за рівнем довіри до людей в Україні у 2014 р.

Джерело: [83].

³ Максимально позитивний результат – 10, максимально негативний – 0.

Четверта частина респондентів в Україні (25,5%, 0–2 рівні за 11-бальною шкалою) припускає, що більшість людей за нагоди намагатиметься обманювати, і лише 13,5% опитаних (8–10 рівні) розраховують на чесну та порядну поведінку з боку оточення. Середнє значення, за даними проведеного опитування, для України становить 4,77 (Польща – 4,70; Швеція – 6,78). Отже, як і в попередньому разі, населення України виявляє суттєву недовіру до оточення.

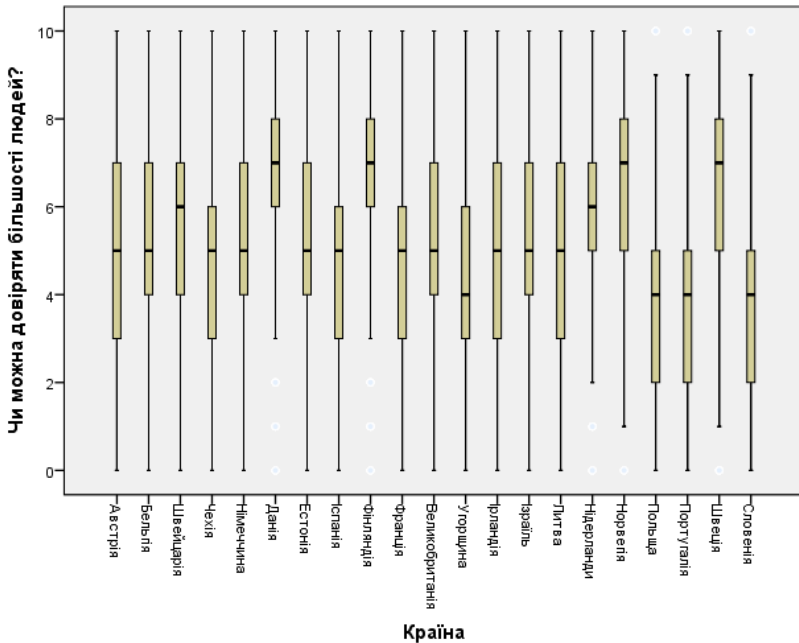
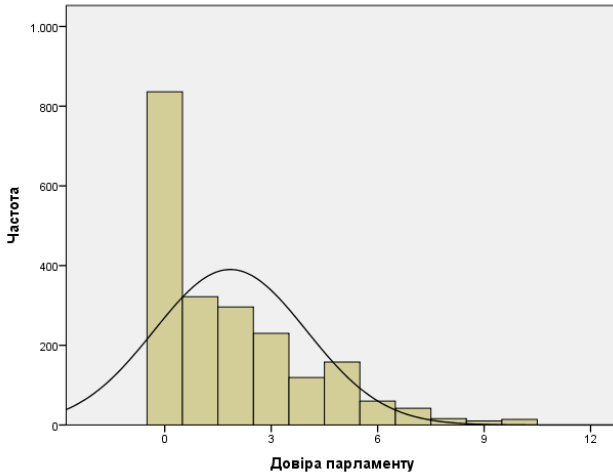


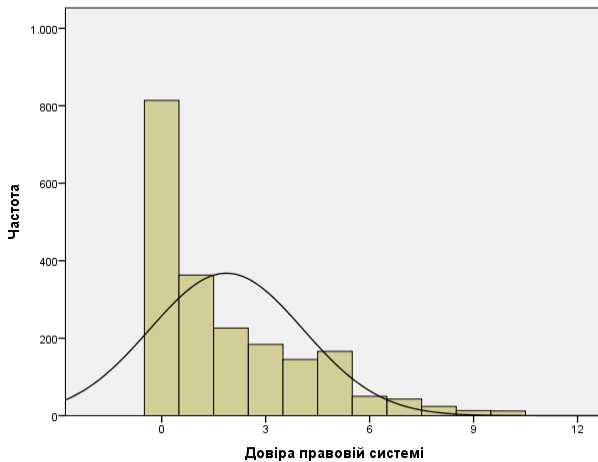
Рис. 5.34. Міжособистісна довіра: розподіл респондентів за рівнем довіри до людей у країнах Європи у 2014 р. (середні, медіальні та інтервальні (95%) значення)

Джерело: розраховано за [83].

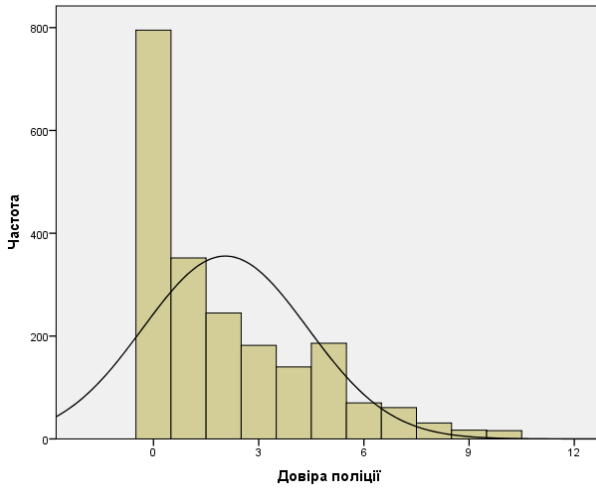
Також обстеження показало, що українці не довіряють практично ні одному з суспільних інститутів (рис. 5.35). Найбільша недовіра виявлена до поліції та політиків.



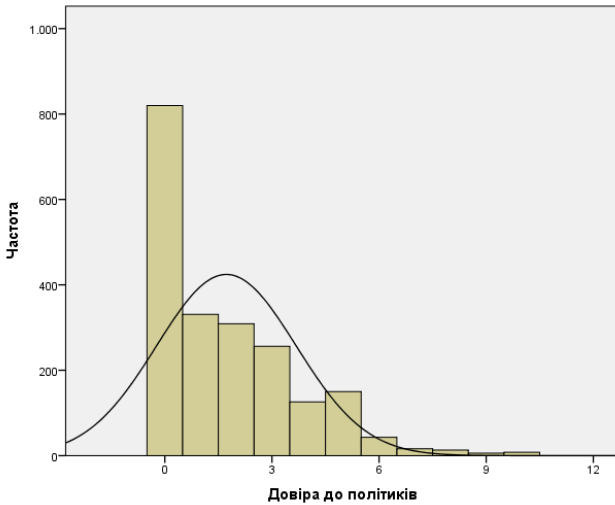
(середнє – 1,33333 стандартне відхилення – 2,13)



(середнє – 1,8, стандартне відхилення – 2,21)



(середнє – 2,05, стандартне відхилення – 2,35)



(середнє – 1,72, стандартне відхилення – 1,95)

Рис. 5.35. Довіра до окремих суспільних інститутів в Україні, 2014 р.

Джерело: [83].

Спостерігається залежність рівня довіри від віку респондентів. Найбільший рівень довіри проявляє населення старшого віку, особливо від 70 років і старших. З віком збільшується частка респондентів, які надають високу довіру парламенту та поліції. Молодь, навпаки, більш скептично ставиться до суспільних інститутів, порівняно із іншими групами населення.

Таким чином, можна визнати, що довіра є одним з важливих детермінант, які визначають не тільки соціальне, а й економічне здоров'я країни. У країнах з низьким рівнем довіри люди бояться вступати у товарні та фінансові операції, відповідно, потенціал для економічного зростання набагато нижче. Вчені роблять висновок, що у країнах, де рівень довіри нижче 30% загрожує небезпека надовго потрапити у пастку бідності [77].

3. Соціальна підтримка. Соціальна підтримка є однією з важливих складових соціального капіталу. У широкому сенсі термін «соціальна підтримка» означає позитивний вплив соціального оточення на людину і на її інтеграцію у систему соціальних відносин. У більш вузькому сенсі соціальна підтримка, – це безпосередня допомога у важких життєвих ситуаціях.

Одним із видів соціальної підтримки є солідарність, яка надається незнайомцям, на умовах, які вони самі визначають. Високий рівень солідарності в суспільстві означає те, що в критичних (і не тільки) для здоров'я станах із високою ймовірністю буде надана відповідна підтримка.

Соціальна підтримка, особливо емоційна, а також підтримка близьких людей, поліпшує прогноз щодо стану здоров'я у людей із серйозними захворюваннями системи кровообігу [89; 90] та інсультами [91; 92], хворобами органів травлення [93]. Відсутність соціальної підтримки виражається через конфлікт або втрату зв'язків між близькими людь-

ми, а також пов'язана зі станом здоров'я населення і такими чинниками ризику: високий кров'яний тиск [94], ожиріння [95; 96] та інші. Соціальні конфлікти, особливо військові також суттєво знижують опірність організму та підвищують ризик інфекції [97; 98].

Більш детально соціальну підтримку можна поділити на чотири типи (табл. 5.20).

Таблиця 5.20

Типи соціальної підтримки (у разі хвороби на індивідуальному рівні)

Тип	Визначення	Форма	Приклад
Емоційний	Вираження співчуття, любові, довіри і турботи	Нематеріальна	Близькі друзі та члени сім'ї спілкуються із хворим з існуючої проблеми, заохочуючи до позитивного зворотного зв'язку
Інструментальний	Матеріальна допомога та обслуговування	Матеріальна	Надання державної допомоги, допомоги з боку громади чи окремих людей
Інформаційний	Поради, пропозиції та інформація	Нематеріальна	Лікарі надають інформацію щодо хвороби, її детермінант та ризиків
Оцінковий	Інформація для підвищення самооцінки	Нематеріальна	Психологи або близькі друзі та члени сім'ї сприяють до визначення точної оцінки поточної ситуації для підвищення самооцінки

Джерело: [99].

Емоційна підтримка виражається певними діями, які хтось робить для інших, щоб вони відчувати себе любимими та потрібними, щоб підтримати почуття власної гідності. Така підтримка часто приймає форму нематеріальних видів допомоги. Навпаки, інструментальна підтримка відноситься до видів матеріальної допомоги і обслуговування. Прикладом є допомога з догляду за дитиною, допомога внаслідок одержання загального чи професійного захворювання, на-

дання транспорту або грошей та ін. Інструментальна допомога є найбільш поширеною в Україні та відома за назвою «соціальний захист». Інформаційна підтримка – це надання різноманітної інформації щодо життєдіяльності людини: консультації, рекомендації, пропозиції тощо. Оцінковий тип соціальної підтримки, як і емоційний, має психологічний характер. Проблема низької самооцінки є доволі поширеною та часто відіграє значну роль як у випадку збереженні здоров'я, так і для лікування.

Хоч перераховані вище типи соціальної підтримки більше стосуються індивідуального рівня, можна емпірично зробити висновки, що в Україні існують проблеми щодо кожного з них. Найменш проблемною вважаємо емоційну підтримку, яка у багатьох випадках доречна та позитивно впливає на емоційний стан людини. В Україні зберігаються сімейні традиції, багатьом людям властиве почуття взаємовиручки та підтримки. Розвиток волонтерського руху в Україні за останні роки також підтверджує доволі високий рівень співчутливості серед українців. Хоча є певні винятки як на рівні сім'ї, так і громад.

Щодо інструментальної підтримки, то з одного боку держава щороку витрачає значні кошти на виплату соціальної допомоги, оскільки кількість тих, хто її отримує, щороку зростає. У структурі доходів населення загалом частка соціальної допомоги становить 22,3%. Однак розмір виплат за допомогою є здебільшого мізерний і не дає змоги людині покращувати детермінанти здоров'я, які пов'язані з матеріальними інвестиціями. Зокрема, розмір допомоги на дитину-інваліда в Україні становить 949 грн. Такий розмір є дуже мізерним. У будь-якому разі, враховуючи вплив макроекономічних чинників, зокрема сучасного рівня інфляції, девальвації та інших, такий розмір допомоги не може забезпечити достатній рівень споживання послуг, пов'язаних із збереженням здоров'я.

Інформаційна підтримка також є недостатньою. Люди не володіють повною інформацією щодо детермінант здоров'я, ризиків для здоров'я та методах лікування. Більш детально про це йшлося вище (п. 5.4.).

Важливим елементом соціальної підтримки на індивідуальному рівні також є сприйняття соціальних норм – правил, стандартів, зразків, які соціально схвалені та законодавчо закріплені й регулюють соціальну поведінку людей. Соціальні норми можна поділити на правові, моральні та власне соціальні. Правові норми – це норми, які закріплені у законодавчих актах. Моральні норми за-суттю є неформальними, які регулюють поведінку людини у суспільстві, її ставлення до інших людей, до соціуму і до себе. До них належать також релігійні норми.

Власне до соціальних норм можна зарахувати загальні правила соціальної поведінки (звичаї, традиції, табу), соціальну відповідальність тощо. Знання і дотримання людиною цих норм збільшує її соціальний капітал, дає змогу досягти більшого успіху в житті, у тому числі у питаннях збереження здоров'я.

На рівні громад важливу роль відіграють такі складові соціальної підтримки як соціальна відповідальність, доступність послуг, доступність та якість медичного обслуговування та показники його ефективності.

Соціальна відповідальність. Її суть полягає у тому, що люди та організації мають поводитися етично та обґрунтовано щодо вирішення соціальних, культурних, економічних та екологічних питань. Прагнення до соціальної відповідальності допомагає окремим особам, організаціям та урядам позитивно впливати на соціальний розвиток, бізнес, розвиток суспільства загалом [100].

Щодо здоров'я соціальну відповідальність розглядаємо за такими особливостями:

1. Індивідуальна соціальна відповідальність за власне здоров'я і здоров'я своїх близьких. Це означає, що людина має діяти так, щоб не завдавати шкоди насамперед власному здоров'ю. Для цього вона має володіти знаннями про детермінанти власного здоров'я, ризики щодо здоров'я, бути грамотною у сфері збереження свого здоров'я та мати можливості і бажання застосовувати їх на практиці.

2. Соціальна відповідальність бізнесу, яка з одного боку, полягає у виробництві лише безпечних для здоров'я людей товарів та послуг, а з іншого, надання допомоги інвалідам, соціально вразливим верствам населення, що дозволить покращити стан їхнього здоров'я.

3. Соціальна відповідальність держави, яка є важливим якісним показником розвитку і зрілості всієї системи державно-суспільних відносин, соціальної орієнтованості державної політики, а також домінування в суспільній свідомості загально гуманістичних цінностей і демократичних ідей, інститутів і норм турботи держави за економічним, соціально-психологічним і соціальним становищем соціально вразливих груп.

Статистичний аналіз впливу соціального капіталу на нерівність у стані здоров'я населення країни здійснено методом логістичної регресії. В якості залежної змінної була використана самооцінка здоров'я за авторським соціологічним опитуванням (відсутність жодного хронічного захворювання) та ЕСО (суб'єктивна оцінка здоров'я від дуже доброго до дуже поганого (рівнів оцінки)).

У якості незалежних змінних у логістичному аналізі були використані три групи. Перша група включає індикатори, які характеризують соціальні зв'язки, громадську та культурну активність: ознайомлення з суспільно-політичними питаннями у пресі, Інтернеті, по радіо або телебаченню; частота спілкування на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими; частота відвідуваності театрів, кінотеатрів, цирку та інших закладів культури (за авторським соціологічним опитуванням); частота зустрічей з друзями, колегами або родичами (ЕСО). Друга група пов'язана із дослідженням ступеня довіри серед населення: міжособистісна довіра; довіра парламенту, довіра суспільним інститутам (ЕСО). Третя група незалежних змін включає індикатори допомоги в кризовій ситуації: чи намагаються люди в основному допомагати іншим або дбають про власний інтерес та чи отримуєте Ви підтримку та допомогу від близьких Вам людей, коли Ви цього потребуєте (ЕСО).

Отримані результати підтверджують те, що соціальні зв'язки певним чином впливають на поведінку щодо здоров'я, оскільки вони визначають індивідуальні звички, пов'язані із здоров'ям [101]. Наприклад, подружжя може відслідковувати, гальмувати, регулювати або сприяти поведінці щодо здоров'я таким чином, щоб сприяти здоров'ю партнера [102]. Соціальні зв'язки можуть породжувати почуття відповідальності та занепокоєння щодо інших людей, що потім призводить до того, що люди захищають не тільки власне здоров'я, але й здоров'я інших людей [103]. Таким чином, у різний спосіб соціальні зв'язки можуть впливати на звички, що визначають стан фізичного та психічного здоров'я і у підсумку рівень смертності.

Таблиця 5.21

Вплив основних характеристик індивідуального соціального капіталу на шанси мати гарне здоров'я

Характеристики соціального капіталу	Відношення шансів, OR				
	чоловіки	жінки	місто	село	
1	2	3	4	5	
<i>Соціальні зв'язки, громадська та культурна активність:</i>					
<i>Як часто Ви зустрічаєтесь з друзями, родичами та колегами просто так, не у справах:</i>					
– ніколи або менше одного разу на місяць	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
– кілька разів на місяць	OR	3,205***	3,075***	3,239***	3,602***
	CI	1,529-6,758	1,786-5,306	1,894-5,580	1,760-7,413
– кілька разів на тиждень	OR	5,179***	3,948***	4,299***	3,654***
	CI	2,329-11,654	2,334-6,969	2,539-7,299	1,764-7,615
– щодня	OR	5,996***	3,453***	3,360***	6,212***
	CI	2,212-16,867	1,791-6,690	1,791-6,338	2,280-17,636
<i>Наскільки часто Ви спілкуєтесь на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими?</i>					
Не спілкуюсь зовсім	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
2-3 рази на місяць	OR	2,265*	0,856	1,880*	1,644
	CI	1,008-5,875	0,101-6,860	1,010-3,505	0,588-5,002
2-3 рази на тиждень	OR	2,435**	1,815*	1,974*	1,849*
	CI	1,175-5,075	0,989-3,368	1,084-3,600	1,000-3,425
Майже кожного дня	OR	2,000*	1,949*	2,138**	1,877*
	CI	1,001-4,023	1,042-3,653	1,184-3,869	1,055-3,605
<i>Як багато часу на день Ви приділяєте ознайомленню з суспільно-політичними питаннями у пресі, Інтернеті, по радіо або телебаченню?</i>					
Зовсім не приділяю	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
31-60 хвилин	OR	1,978*	1,366	0,880	1,429*
	CI	0,987-3,978	0,750-2,491	0,450-1,812	1,001-2,022
Більше 1 години	OR	1,294	1,786*	0,830	0,952
	CI	0,657-2,557	1,010-3,303	0,373-1,722	0,465-1,945

Продовження табл. 5.21

1	2	3	4	5	6
<i>Як часто Ви відвідували за останні 12 місяців театри, кінотеатри, цирк та інші заклади культури?</i>					
Не відвідував	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
1-2 рази	OR	2,899***	2,893***	1,505*	2,999***
	CI	1,775-4,747	1,910-4,385	1,067-2,124	1,631-5,536
3-4 рази	OR	4,154***	3,419***	1,761*	5,592***
	CI	2,004-8,756	1,782-6,576	1,027-3,029	2,162-15,027
5 і більше	OR	2,791***	5,957***	2,055***	6,990***
	CI	1,361-5,786	3,076-11,629	1,216-3,485	2,100-25,653
Ступень довіри					
<i>Більшості людей можна довіряти чи варто бути обережним, маючи справу з людьми?¹:</i>					
– потрібно бути обережним	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
– середній ступінь довіри (5 балів)	OR	1,981	1,615	1,390	2,657*
	CI	0,659-6,199	0,865-3,022	0,830-2,330	1,132-6,289
– більшості людей можна довіряти	OR	1,345	1,322	1,086	1,853
	CI	0,264-7,540	0,670-2,611	0,503-2,355	0,713-4,764
Взаємодопомога					
<i>Чи отримуєте Ви підтримку та допомогу від близьких Вам людей, коли Ви цього потребуєте?²</i>					
– ніколи не отримую	OR	1,000	1,000	1,000	1,000
– середній рівень допомоги (3 бали)	OR	1,708	4,125	3,051	3,538
	CI	0,178-14,471	0,742-29,974	0,649-16,074	0,435-32,958
– завжди отримую	OR	6,489**	9,552***	6,897**	3,811*
	CI	2,242-8,856	1,803-16,202	1,566-14,444	1,120-13,611

Примітка: *** відповідає довірчій імовірності $p < 0,001$, ** – $p < 0,01$, * – $p < 0,05$.

Джерело: розраховано за [83] та за результатами авторського соціологічного опитування.

⁴ За шкалою від 0 до 10 балів, де 0 балів означає, що «Потрібно бути обережним», а 10 – що «більшості людей можна довіряти»

⁵ За шкалою, де 0 балів означає «зовсім не довіряю», а 10 балів означає «повністю довіряю»

Загалом, як кількісні (розмір та різноманітність), так і якісні (переваги та витрати) аспекти соціальних зв'язків є демографічно та соціально побудовані. Зокрема, жінки, як правило, мають більшу кількість осіб, з якими вони підтримують зв'язки, ніж чоловіки; дорослі освічені люди порівняно з молодшими та менш освіченими. Різноманітність соціальних зв'язків також має свої особливості. Наприклад у дорослих людей з більш високим рівнем освіти зв'язки більш різноманітні [104]. Соціодемографічні варіації кількісних аспектів соціальних зв'язків можуть частково пояснити різницю у нерівності щодо здоров'я, оскільки розміри та різноманітність соціальних зв'язків поліпшують його стан. Люди із більшою кількістю зв'язків мають більше коло осіб, друзів, знайомих з якими можна спілкуватись, а також отримувати соціальну підтримку та інформацію щодо здоров'я.

Разом з цим соціальні зв'язки можуть мати і негативний вплив на здоров'я. Наприклад, відносини з однолітками, які позиціонують ризиковану для здоров'я поведінку, таку як вживання алкоголю, може негативно позначитись на поведінці. Інший приклад, коли малорухливий спосіб життя та споживання «нездорової» їжі одного з подружжя може позначитись на поведінці іншого. Цей «соціальний вірус» негативно впливає на здоров'я здійснюється через кілька механізмів [105]. Одним з яких є соціальні норми.

Гендерні відмінності у соціальних зв'язках та їх нерівний вплив на здоров'я частково можна розглядати в контексті шлюбу. Історично склалося так, що шлюб дає більше користі для здоров'я для чоловіків, ніж для жінок. Чоловіки не тільки відчують більшу користь від здоров'я через позитивний спосіб життя та поведінку на здоров'я, що часто супроводжують шлюб, вони також відчують менше витрат, пов'язаних із доглядом за іншим подружжям, вихованням дітей, доглядом за старшими батьками та балансом вимог до

праці та сім'ї [106]. Тому отримані результати, за якими соціальні зв'язки мають більший вплив на українських чоловіків, ніж на жінок є цілком обґрунтованими.

Також доцільно зауважити, що диференційований доступ, переваги та витрати на соціальні зв'язки між соціально-демографічними групами з часом змінюються [104]. Зокрема, порівняння даних щодо впливу соціальних зв'язків на стан здоров'я (див. таб. 5.21) із подібним оцінюванням Н. М. Левчук [81], засвічує зростання цього впливу. Натомість міжособистісна довіра та довіра до громадських інститутів вже не має суттєвого значення для здоров'я. Це доводить необхідність періодичного моніторингу розвитку соціальних зв'язків та їх впливу на стан здоров'я різних соціально-демографічних груп. Це також актуально ще й у зв'язку із тим, що найважливіші соціальні зв'язки впливають на стан здоров'я протягом усього життя: вплив батьків у дитячому віці, однокласників у підлітковому, інтимні партнери – у дорослому віці тощо. Основні пояснювальні механізми цих впливів також можуть змінюватися протягом життя.

Іншою особливістю є те, що соціальні зав'язки більше позначається на стані здоров'я сільських мешканців, ніж на мешканцях міських поселень. Такі результати можна пояснити тим, що міське населення має вищий рівень освіти та дозволяє їх краще вирішувати питання пов'язані із станом власного здоров'я. Крім цього, сільські громади традиційно розглядаються як такі, що мають вищий рівень соціального капіталу [107]. Справа у тому, що нижча щільність населення заохочує зв'язок між мешканцями, а нижчий рівень суспільних послуг у сільській місцевості сприяють співпраці та обміну інформацією. Інше питання, який зміст цієї інформації та чи позитивно вона вплине на зміцнення здоров'я.

Відвідування культурних заходів сприяє розширенню соціальних зв'язків та позитивно впливає на стан здоров'я шля-

хом зняття напруги чи стресу. Отримані в результаті розрахунків дані дають змогу зробити висновки про те, що ті, хто часто відвідують заклади культури мають більше шансів не мати хронічних захворювань, порівняно із тими хто їх не відвідує зовсім. Особливо це стосується жінок (майже у 6 разу) та населення сільської місцевості (майже у 7 разу) (див. рис. 5.19).

Важливим для здоров'я населення України є такий елемент соціального капіталу к взаємодопомога. Люди, які завжди отримують підтримку та допомогу від близьких, коли цього потребують, у 6–9 разу мають більші шанси мати добре здоров'я. Найперед це жінки, а також мешканці міських поселень.

Таким чином, більшість складових соціального капіталу певним чином визначають стан здоров'я населення країни. По суті, соціальний капітал виступає потенційним ресурсом, який може бути використаний для покращення здоров'я населення. Найбільш перспективним є покращення соціальних зв'язків та посилення взаємодопомоги серед населення. Соціальні зв'язки можуть принести користь здоров'ю за межі цільових людей, впливаючи на здоров'я інших людей у соціальних мережах.

Першочерговим заходом при цьому є зниження соціальної ізоляції шляхом покращення освітніх програм, поширення соціально-емоційних навичок, залучення у громадянську діяльність, створення умов для забезпечення того, щоб всі громади були економічно розвиненими та містили громадські місця для спілкування та навчання; сприяння стабільним шлюбам та інституту сім'ї для всього населення країни, вжиття заходів для збільшення довіри населення до держави інститутів.

Підсумовуючи результати дослідження висвітлені у п'ятому розділі монографії доцільно наголосити на тому, що здоров'я населення визначає низка СЕД: СЕС, дохід, зайнятість, освіта, соціальний капітал.

Зокрема, низький СЕС населення є передумовою низького рівня його здоров'я. При цьому в Україні більшість населення має СЕС, що є ознакою соціально-економічної нерівності. Результатом цього є вкрай незадовільні показники смертності та захворюваності населення. Тобто соціальний градієнт відіграє одне з вирішальних значень при формуванні здоров'я населення. Суспільство має докласти значні зусилля для покращення існуючої ситуації, адже це не тільки економічна, а й політична та етична проблеми. Основними шляхами при цьому мають бути такі: формування гнучкої та адекватної соціальної політики, розширення соціальної відповідальності, створення підґрунтя для розвитку «соціальних ліфтів» та контроль СЕД здоров'я населення.

Одну з визначальних ролей для здоров'я населення України має дохід. Бідне населення має більшу ймовірність померти при захворюваннях системи кровообігу та органів дихання, через зовнішні причини. Особливо це стосується чоловіків. Це пов'язано з тим, що вони більше зайняті у шкідливих умовах праці, проживають у гірших умовах, а також схильні до випадкових отруєнь та самоушкоджень, порівняно із жінками.

Підсумовуючи дані оцінювання впливу доходу та зайнятості на стан здоров'я населення України, можна зробити такі висновки:

- сучасний стан матеріального добробуту населення України характеризується зростанням рівня бідності та зубожіння населення. Бідність, за різними розрахунками, охоплює від 50 до 70% населення;

- при цьому зростає нерівність у розподілі доходів, яку важко виміряти через відсутність даних про найменш дохідну (маргінальну) та найбільш дохідну (мільйонери) частину населення. Загалом інформація про доходи населення є недостатньо репрезентативною, оскільки значна її частина перебуває у тіні;

– рівень доходу безпосередньо впливає на стан здоров'я населення, здійснюючи також опосередкований вплив через інші детермінанти здоров'я, такі як освіта, харчування, житлові умови, умови у РПЖ тощо;

– найбільш негативно впливає низький дохід на зростання рівня смертності (особливо чоловіків) та захворюваності (особливо жінок) населення від хвороб системи кровообігу;

– зайняте населення має вищі шанси бути здоровим не тільки через наявність доходу, а й через обмежену кількість стресів за відсутності хвороби. Шанси бути хворим пропорційно зростають із тривалістю безробіття.

Освіта є вагомим детермінуючим чинником здоров'я населення. Вона впливає на здоров'я безпосередньо через наявність знань про ризики для здоров'я, можливість профілактики захворювань та способи їхнього лікування та опосередковано, через можливість отримати більш високий статус зайнятості, доходи, розширити соціальні контакти тощо.

Окрему увагу необхідно приділити напрямкам політики у сфері збереження здоров'я, які стосуються раннього періоду життя людини, розширення грамотності у сфері збереження здоров'я власне у цьому віці. Так, адекватний соціальний і когнітивний розвиток в дитинстві є необхідним фундаментом для успіху в галузі освіти, що відповідно забезпечує здоров'я та успіх у житті. В Україні програми грамотності у сфері збереження здоров'я розвинуті недостатньо.

Важливим аспектом є навчання санітарної грамотності батьків, адже більшість з них не отримали цих знань у свій час і не мають змоги навчити цьому своїх дітей. Необхідні кваліфіковані фахівці у галузі розвитку дитини, поступове введення елементарної освіти для батьків. Особливо це стосується сімей із низьким рівнем освіти та невисокими доходами.

Медичні працівники також мають звертати увагу на детермінанти, що визначають стан здоров'я та чинники ризику

виникнення хвороб: тютюнопаління, шкідлива їжа, неочищена вода, малорухливий спосіб життя тощо. Ці захисні заходи можуть бути інтегровані в кожному як на національному, так і регіональному рівнях, ефективно поєднуючи їх, з відповідними існуючими програмами освіти.

Великий обсяг фактичних даних, накопичених протягом останніх двох десятиліть вказує на важливість ролі соціального капіталу. Відображення і включення цих даних передбачає необхідність включення виховання співтовариства і соціальних мереж. Вважаємо, що серед СЕД, які можуть визначати здоров'я та сприяти зменшенню нерівності у стані здоров'я населення, соціальний капітал посідає вагоме місце.

Література до 5 розділу

1. Панова Л. В. Модель социальных детерминант как основа многоуровневой методологии изучения здоровья / Л. В. Панова // Петербургская социология сегодня. – 2013. – Т. 1. – С. 221–252.
2. Римашевская Н. М. Неравенство доходов и здоровье / Н. М. Римашевская, О. А. Кислицина // Народонаселение. – 2004. – № 2. – С. 5–17.
3. Гулина М. А. Словарь-справочник по социальной работе / М. А. Гулина. – СПб. : Питер. Питер, 2008. – 400 с.
4. A Dictionary of Public Health [Електронний ресурс] / Edited by J. M. Last. – Oxford University Press, 2007. – Режим доступу : [http://www.oxfordreference.com / view/10.1093/acref/9780195160901.001.0001/acref-9780195160901-e-4231](http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/acref/9780195160901.001.0001/acref-9780195160901-e-4231).
5. Sundquist K. Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden / K. Sundquist, M. Yang // Health & Place. – 2007. – № 13. – P. 324–334.
6. Blane D. Social determinants of health socioeconomic status, social class, and ethnicity / D. Blane // American Journal of Public Health. – 1995. – Т. 85, № 7. – С. 903–905.
7. Black D. Inequalities in Health: A Report of a Research Working Group / D. Black et al. – London : Department of Health and Social Security, 1980. – 417 p.

8. Epstein H. Life and Death on the Social ladder / H. Epstein // *The New York Review of Books*. – Vol. XLV. – P. 26–30.
9. Тапилина В. С. Социально-экономический статус и здоровье населения / В. Тапилина // *Социологические исследования*. – 2004. – № 3. – С. 126–137.
10. Cavalini L. T. Morbidity and mortality in Brazilian municipalities: a multilevel study of the association between socioeconomic and healthcare indicators / L. T. Cavalini, A. C. de Leon // *International journal of epidemiology*. – 2008. – Vol. 37, № 4. – P. 775–783.
11. Draper G. Health inequalities in Australia: mortality / G. Draper, G. Turrell, B. Oldenburg. – Canberra : Qld. Univ. Technol. & Aust. Inst. Health Welf, 2004. – 148 p.
12. Huisman M. Socioeconomic inequalities in mortality rates in old age in the World Health Organization Europe region / Huisman M. et al. // *Epidemiologic reviews*. – 2013. – Т. 35, № 1. – P. 84–97.
13. Spijker J. J. A. Socioeconomic Determinants of Regional Mortality Differences in Europe / J. J. A. Spijker. – Dutch University Press, 2004. – 303 p.
14. Glymour M. M. Socioeconomic status and health / M. M. Glymour, M. Avendano, I. Kawachi // *Social epidemiology*. – 2014. – Т. 2. – P. 17–63.
15. Social determinants of health: the solid facts [Електронний ресурс] / Edited by: R. G. Wilkinson, M. Marmot. – Copenhagen : World Health Organization. – 2003. – Режим доступу : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108082/1/e59555.pdf>.
16. Грузева Т. С. Обґрунтування та розробка системи досягнення рівності в охороні здоров'я населення в сучасних умовах стратифікації суспільства : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : 14.02.03 / Т. С. Грузева. – К., 2004. – 39 с.
17. Marmot M. G. Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study [Електронний ресурс] / M. G. Marmot, M. J. Shipley // *Bmj*. – 1996. – Т. 313, № 7066. – P. 1177–1180. – Режим доступу : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2352486/pdf/bmj00567-0025.pdf>.
18. Pincus T. Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age

- 18–64 United States population [Електронний ресурс] / Т. Pincus, L. F. Callahan, R. V. Burkhauser // *Journal of Chronic Diseases*. – 1987. – № 40(9). – P. 865–874. – Режим доступу : [http://www.jclinepi.com/article/0021-9681\(87\)90186-X/fulltext](http://www.jclinepi.com/article/0021-9681(87)90186-X/fulltext).
19. Marmot M. Status syndrome: How our position on the social gradient affect longevity and health / M. Marmot. – London : Bloomsbury Publishing, 2004. – 320 p.
20. Kristensen T. S. Socioeconomic status and psychosocial work environment: results from a Danish national study / T. S. Kristensen, V. Borg, H. Hannerz // *Scand J Public Health Suppl*. – 2002. – № 59. – P. 41–48.
21. Mackenbach J. P. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox / J. P. Mackenbach // *Soc Sci Med*. – 2012. – № 75. – P. 761–769.
22. Косова Л. Б. Третий возраст: социальное самочувствие / Л. Б. Косова // *Демоскоп Weekly*. – 2015. – № 667–668. – С. 1–6.
23. Левчук Н. М. Нерівність доступу до освіти в Україні: соціальні детермінанти та наслідки / Н. М. Левчук // *Демографія та соціальна економіка*. – 2005. – № 2. – С. 148–158.
24. Никифорова В. Г. Гендерна рівність в Україні: проблеми та шляхи удосконалення / В. Г. Никифорова, А. І. Табанова // *Вісник соціально-економічних досліджень*. – 2014. – № 2 (53). – С. 218–225.
25. Шестаковський О. Гендерна нерівність на ринку праці України: структурні передумови і тривкі стереотипи / О. Шестаковський // *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. – 2013. – № 1. – С. 49–53.
26. Возьний К. Гендерні аспекти зайнятості: українські реалії і світовий досвід / К. Возьний // *Вісник ТНЕУ*. – 2009. – № 1. – С. 69–80.
27. Mackenbach J. P. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health / J. P. Mackenbach et al. // *Reducing Inequalities in Health*. – Routledge, 2002. – P. 25–49.
28. Перерахунок пенсійних виплат з 1 грудня 2016 року [Електронний ресурс] // Портал Дебет-Кредит. – 1.12.2016. – Режим доступу : <https://news.dtki.ua/labor/pensions/41384>.

29. Національна доповідь про людський розвиток 2011 «Україна: на шляху до соціального залучення» / Е. Лібанова [та ін.] // Незалежне видання Програми розвитку ООН в Україні. – К., 2011. – 123 с.
30. Шушпанов Д. Г. Дослідження доходів крізь призму здоров'я населення / Д. Г. Шушпанов // Сучасні тенденції розвитку економічних систем : моногр. за заг. ред. д-ра екон. наук В. І. Гринчуцького. – Тернопіль : ТНЕУ, 2015. – С. 67–85.
31. Доходи та витрати населення за регіонами України : стат. зб.; Архів 2009–2014 рр. [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України. – Режим доступу : https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/03/Arch_dv.htm.
32. Витрати і ресурси домогосподарств України (за даними вибіркового обстеження життя домогосподарств України) : стат. зб.; Архів 2009–2015 рр. [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України. – Режим доступу : <http://ukrstat.gov.ua>.
33. Самооцінка домогосподарствами України рівня своїх доходів (за даними вибіркового опитування домогосподарств) : стат. зб.; Архів 2008–2015 рр. [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України. – Режим доступу : <http://ukrstat.gov.ua>.
34. Тіньова економіка в Україні: масштаби та напрями подолання : ана-літ. доп. / Т. А. Тищук, Ю. М. Харазішвілі, О. В. Іванов ; за заг. ред. Я. А. Жаліла. – К. : НІСД, 2011. – 96 с.
35. Балакірева О. М. Тіньові доходи та інші позаправові практики населення: масштаби та динаміка / О. М. Балакірева, Є. В. Білоус // Український соціум. – 2015. – № 3. – С. 146–157.
36. Юрчик Г. М. Оцінювання диференціації доходів населення України з урахуванням їх тіньової компоненти / Г. М. Юрчик, Н. М. Самолюк // Демографія та соціальна економіка. – 2016. – № 3. – С. 133–144.
37. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
38. Індекс інфляції [Електронний ресурс] // Мінфін. – Режим доступу : <https://index.minfin.com.ua/ua/economy/index/inflation/>.
39. Бідність та нерівні можливості дітей в Україні / Черенько Л. М., По лякова С. В., Реут А. Г. [та ін.] ; за ред. Е. М. Лібанової. – К. :

- Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), Український центр соціальних реформ, 2009. – 288 с.
40. Лібанова Е. М. Нерівність за доходами в сучасній Україні / Е. М. Лібанова // Соціально-трудова відносина: теорія та практика. – 2014. – № 2. – С. 26–36.
 41. Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу / за ред. Е. М. Лібанової. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, 2012. – 404 с.
 42. Коваліско Н. В. Стратифікаційні порядки суспільства: методики та емпіричні розвідки в регіональному розрізі / Н. В. Коваліско // Український соціум. – 2010. – № 3 (34). – С. 7–16.
 43. Розподіл населення за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів [Електронний ресурс] / ДССУ. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdv_dg_rik/dvdg_u/rozpodil2010_u.htm.
 44. Структура сукупних ресурсів домогосподарств [Електронний ресурс] / ДССУ. – Режим доступу : http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/gdv_dg_rik/dvdg_u/strukt_res2010_u.htm.
 45. Архів валютних курсів [Електронний ресурс] / Мінфін. – Режим доступу : <https://index.minfin.com.ua/ua/exchange/nbu/>.
 46. Черенько Л. М. Нові форми бідності в Україні: основні прояви та оцінка масштабів явища / Л. М. Черенько // Демографія та соціальна економіка. – 2015. – № 1. – С. 11–21.
 47. Державна фіскальна служба України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://sfs.gov.ua/>.
 48. Балакірева О. М. Нерівномірність доходів населення України як соціально-економічна проблема / О. М. Балакірева, С. М. Черненко // Український соціум. – 2009. – № 3. – С. 49–64.
 49. European health for all database (HFA-DB) [Електронний ресурс]. – WHO: Europe. – February 2016. – Режим доступу : http://data.euro.who.int/hfad/ shell_en.html.
 50. Українська база медико-статистичної інформації [Електронний ресурс] / ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». – Режим доступу : <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html>.
 51. Brenner M. H. Mortality and economic instability: detailed analyses for Britain and comparative analyses for selected industrialized

- countries [Електронний ресурс] / М. Н. Brenner // International Journal of Health Services. – 1983. – Т. 13, № 4. – Р. 563–620. – Режим доступу : <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2190/6XA5-4W36-M8HR-NX1X>.
52. Lu J. L. C. Mortality improvement by socio-economic circumstances in England (1982 to 2006) / J. L. C. Lu, Wong, M. Bajekal // British Actuarial Journal. – 2014. – Т. 19, № 1. – Р. 1–35.
53. Milner A. Long-term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis / A. Milner, A. Page, A. D. LaMontagne // PloSone. – 2013. – Т. 8, № 1. – Р. 51333.
54. Lehtinen V. Unemployment and mental disturbance [Електронний ресурс] / V. Lehtinen // Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. – Режим доступу : http://www.sjweh.fi/download.php?abstract_id=2293&file_nro=1.
55. Про освіту. Закон України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>.
56. Baker D. P. The education effect on population health: a reassessment / D. P. Baker, J. Leon, E. G. Smith Greenaway // Population and development review. – 2011. – Т. 37, № 2. – Р. 307–332.
57. Mikkonen J. Social Determinants of Health: The Canadian Facts Social Determinants of Health: The Canadian Facts / J. Mikkonen, D. Raphael. – Toronto : York University School of Health Policy and Management, 2010. – 63 p.
58. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease / [M. A. Winkleby, D. E. Jatulis, M. S. Erica Frank and ect.] // American journal of public health. – 1992. – Т. 82, № 6. – Р. 816–820.
59. Александрова С. А. Статусная несовместимость и перспективы социальной мобильности / С. А. Александрова // Народонаселение. – 2003. – № 4. – С. 61–67.
60. Державна служба зайнятості України: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.dcz.gov.ua/>.
61. 7th Global Conference on Health Promotion: track themes [Електронний ресурс]. – WHO. – Режим доступу : <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en>.

62. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2015 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України) : стат. зб. [Електронний ресурс] / відп. за вип. І. І. Осипова. – К. : ДССУ, 2015. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
63. Грішнова О. А. Підвищення доступності та якості освіти як один із шляхів пом'якшення демографічної кризи в Україні / О. А. Грішнова, В. П. Думанська // Демографія та соціальна економіка. – 2007. – № 2. – С. 80–92.
64. Wadsworth M. E. J. Changing social factors and their long-term implication for health / M. E. J. Wadsworth, M. G. Marmot // British medical bulletin. – 1997. – Vol. 53, № 1 – P. 198–209.
65. Nickoloff B. Health Canada. Towards a Common Understanding: Clarifying the Core Concepts of Population Health: A Discussion Paper. [Електронний ресурс] / B. Nickoloff. – Ottawa, Ontario, Canada : Health Canada; 1996. – Режим доступу : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/docs/common/index.html>.
66. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків : моногр. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, Д. М. Павлова [та ін.] ; наук. ред. О. М. Балакірева. – К. : ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2014. – 156 с.
67. How education makes you healthier: Staying in learning for just one extra year led to 16% increase in people rating their wellbeing as good rather than mediocre [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.dailymail.co.uk/health/article-3254236/How-education-makes-healthier.html>.
68. Coleman J. S. Social Capital in the Creation of Human Capital / J. S. Coleman // The American Journal of Sociology. – 1988. – Vol. 94, Supplement: Organizations and Institutions: Sociological and Economic Approaches to the Analysis of Social Structure. – P. 95–120.
69. Кислицына О. А. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России / О. А. Кислицына. – М. : РИЦ ИСПЭН, 2005. – 374 с.
70. From social integration to health: Durkheim in the new millennium / L. F. Berkman [et al.] // Social science & medicine. – 2000. – Т. 51, № 6. – P. 843–857.

71. Sugisawa H. Social networks, social support, and mortality among older people in Japan / H. Sugisawa, J. Liang, X. Liu // *Journal of Gerontology*. – 1994. – Т. 49, № 1. – P. 3–13.
72. Vveinhardt J. Social Capital as a Cause and Consequence of Corporate Social Responsibility / J. Vveinhardt, R. Andriukaitiene, L. M. Cunha // *Transformations in Business & Economics*. – 2014. – Т. 13, № 2A. – P. 161–184.
73. Baumeister R. F. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation / R. F. Baumeister, M. R. Leary // *Psychological bulletin*. – 1995. – Т. 117, № 3. – P. 497–529.
74. Thoits P. A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health / P. A. Thoits // *Journal of health and social behavior*. – 2011. – Т. 52, № 2. – P. 145–161.
75. Pinguat M. Associations of social networks with cancer mortality: a meta-analysis / M. Pinguat, P. R. Duberstein // *Critical reviews in oncology/hematology*. – 2010. – Т. 75, № 2. – P. 122–137.
76. Berkman L. F. Social integration, social networks, social support, and health / L. F. Berkman, T. Glass // *Social epidemiology*. – 2000. – Т. 1. – P. 137–173.
77. Heaney C. A. Social networks and social support // *Health behavior and health education: Theory, research, and practice*. – 2008. – Т. 4. – P. 189–210.
78. The impact of perceived stress, social support, and home-based physical activity on mental health among older adults / K. H. Kwag [et al.] // *The International Journal of Aging and Human Development*. – 2011. – Т. 72, № 2. – P. 137–154.
79. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health / P. A. Thoits // *Journal of health and social behavior*. – 2011. – Т. 52, № 2. – P. 145–161.
80. The effects of types of social networks, perceived social support, and loneliness on the health of older people: Accounting for the social context / C. Stephens [et al.] // *Journal of aging and health*. – 2011. – Т. 23, №. 6. – P. 887-911.
81. Левчук Н. М. Асоціальні явища як наслідок дефіциту соціального капіталу в Україні / Н. М. Левчук // *Український соціум*. – 2011. – №. 1. – С. 135–147.

82. Smith K. P. Social networks and health / K. P. Smith, N. A. Christakis // *Annu. Rev. Sociol.* – 2008. – Т. 34. – Р. 405–429.
83. European Social Survey: ESS7 – 2014 Data Download [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=7>.
84. Westermann O. Gender and social capital: The importance of gender differences for the maturity and effectiveness of natural resource management groups / O. Westermann, J. Ashby, J. Pretty // *World Development.* – 2005. – Т. 33, № 11. – Р. 1783–1799.
85. Барчунова Т. В. Гендерное измерение социального капитала в Рос-сии (на примере Новосибирска) / Т. В. Барчунова // *Социальный капитал и социальное расслоение в современной России* / под ред. Д. Твигг и К. Шектер. – М. : Альпина Паблишер, 2003. – С. 162–191.
86. Lutter M. Is There a Closure Penalty? Cohesive Network Structures Diversity, and Gender Inequalities in Career Advancement [Електронний ресурс] / M. Lutter. – Cologne : Max Planck Institute for the Study of Societies, 2013. – Режим доступу : http://www.mpifg.de/pu/mpifg_dp/dp13-9.pdf.
87. Нилов В. М. Гендерные аспекты социального капитала / В. М. Нилов // *Научный диалог.* – 2015. – № 3 (39). – С. 150–162.
88. Тихонова Н. Е. Социальный капитал как фактор неравенства // *Общественные науки и современность.* – 2004. – № 4. – С. 24–35.
89. Barth J. Lack of social support in the etiology and the prognosis of coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis / J. Barth, S. Schneider, R. J. von Känel // *Psychosomatic medicine.* – 2010. – Т. 72 – № 3. – Р. 229–238.
90. Gallagher R., Social support and self-care in heart failure R. Gallagher, M. L. Luttik, T. Jaarsma // *Journal of Cardiovascular Nursing.* – 2011. – Т. 26, № 6. – Р. 439–445.
91. Relationship between quality of life and social support in stroke patients / M. Heidarzadeh [et al.] // *Iran Journal of Nursing.* – 2009. – Т. 22, № 59. – Р. 23–32.
92. Social network, social support, and risk of incident stroke: Atherosclerosis Risk in Communities study / M. Nagayoshi [et al.] // *Stroke.* – 2014. – Т. 45, № 10. – Р. 2868–2873.

93. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders / R. L. Levy [et al.] // *Gastroenterology*. – 2006. – Т. 130, № 5. – P. 1447–1458.
94. Holt-Lunstad J. Is there something unique about marriage? The relative impact of marital status, relationship quality, and network social support on ambulatory blood pressure and mental health / J. Holt-Lunstad, W. Birmingham, B. Q. Jones // *Annals of behavioral medicine*. – 2008. – Т. 35, № 2. – P. 239–244.
95. Adolescent affiliations and adiposity: a social network analysis of friendships and obesity / T. W. Valente [et al.] // *Journal of Adolescent Health*. – 2009. – Т. 45, № 2. – P. 202–204.
96. Beets M. W. Parental social support and the physical activity-related behaviors of youth: a review / M. W. Beets, B. J. Cardinal, B. L. Alderman // *Health Education & Behavior*. – 2010. – Т. 37, № 5. – P. 621–644.
97. Urbanisation and infectious diseases in a globalised world / E. Alirol [et al.] // *The Lancet infectious diseases*. – 2011. – Т. 11. – № 2. – P. 131–141.
98. Letendre K. Does infectious disease cause global variation in the frequency of intrastate armed conflict and civil war? / K. Letendre, C. L. Fincher, R. Thornhill // *Biological Reviews*. – 2010. – Т. 85, № 3. – P. 669–683.
99. Glanz K. Health behavior and health education: theory, research, and practice [Електронний ресурс] / K. Glanz, B. K. Rimer, K. Viswanath // John Wiley & Sons. – 2008. – Режим доступу : <http://www.med.upenn.edu/hbhe4/part3-ch9-key-constructs-social-support.shtml>.
100. Wikler D. Personal and social responsibility for health / D. Wikler // *Ethics & International Affairs*. – 2002. – Т. 16, № 2. – P. 47–55.
101. Umberson D. Social Relationships and Health Behaviors across the Life Course / D. Umberson, R. Crosnoe, C. Reczek // *Annual Review of Sociology*. – 2010. – № 36. – P. 139–157.
102. Waite L.–J. Does marriage matter? / L.–J. Waite // *Demography*. – 1995. – Т. 32. – № 4. – P. 483–507.
103. Umberson D. Social relationships and health: A flashpoint for health policy / D. Umberson, M.–J. Karas // *Journal of health and social behavior*. – 2010. – Т. 51. – № 1_suppl. – P. S54–S66.

104. McPherson M. Social Isolation in America: Changes in Core Discussion Networks over Two Decades / M. Mc Pherson, L. Smith-Lovin, M. Brashears // *American Sociological Review*. – 2006. – № 71. – P. 353–75.
105. Smith K. Social Networks and Health / K. P. Smith, N. Christakis A. // *Annual Review of Sociology*. – 2008. – № 34. – P. 405–29.
106. Spain D. Balancing act: Motherhood, marriage, and employment among American women / D. Spain, S. Bianchi. – Russell Sage Foundation, 1996. – 240 p.
107. Watkins F. Is the rural idyll bad for your health? Stigma and exclusion in the English countryside / F. Watkins, A. Jacoby // *Health Place*. – 2007. – № 13. – P. 851–864.

РОЗДІЛ VI

ДОВКІЛЛЯ ТА СПОСІБ ЖИТТЯ ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

6.1. Регіональний профіль здоров'я: особливості детерміналізації

Важливим аспектом дослідження здоров'я населення є диференціація показників його стану залежно від території (місця) проживання та оцінювання детермінант, які зумовлюють таку нерівність. Так, ефекти простору чи місця стосуються чинників, які містять інформацію про місця або оточення, а не тільки про людей, які у них проживають [1]. Народження і подальше проживання людей в тій чи іншій місцевості накладає відбиток на стан їхнього здоров'я. Для одних він буде позитивний, для інших – ні.

Соціологічна основа для концептуалізації географічних відмінностей у стані здоров'я запропонована С. Макінтайером [2]. Вона охоплювала соціально-екологічні конструкти композиційних, контекстуальних та колективних детермінант щодо психічного і фізичного стану здоров'я. Композиційні змінні визначаються соціально-демографічними характеристиками населення, яке проживає в певному місці, таких як вік, стать, етнічна належність, зайнятість і доходи. Контекстуальні змінні стосуються більш широких соціальних і фізичних можливостей у регіоні, таких як наявність і доступ до послуг. Контекстуальні ефекти можуть

також містити вплив культурного фону, як наприклад, етнічні, релігійні та лінгвістичні особливості спільнот, а також вплив екології або навколишнього середовища. Колективні змінні стосуються соціально-культурних та історичних особливостей регіону, у тому числі норм, цінностей, рівня соціальної згуртованості тощо.

За останні 20 років зріс інтерес до вивчення взаємозв'язку між місцем (територією) проживання та рівнем здоров'я. Протягом цього періоду емпіричні зв'язки між ними були визначені у різних просторових масштабах. Наприклад, численні дослідження підтвердили, що нерівний доступ до відповідних медико-санітарних ресурсів є в гірших соціально-економічних умовах [3–5]. Однак незважаючи на широкий спектр даних, існує порівняно незначна кількість публікацій, що пропонують теоретичні пояснення цих спостережень.

Насамперед необхідно з'ясувати, що розуміється як місце (територія) проживання та які ознаки різних місць проживання визначають здоров'я населення. Місце (територія) проживання – це певна географічна місцевість, де мешкає людина, фізичне середовище її проживання. Для збереження здоров'я важливими є сприятливі природні умови, відповідна екологічна обстановка та розвинена соціальна інфраструктура в районі, де проживає населення. З позиції предмета дослідження наявність і доступність соціальної інфраструктури може мати пріоритетне значення, оскільки значних відмінностей у природних умовах на території України немає. Наявність чи відсутність певних об'єктів соціальної інфраструктури може мати значні наслідки для здоров'я. Це стосується таких об'єктів, як заклади охорони здоров'я; дошкільні та шкільні навчальні заклади; транспорті комунікації; водопровід та каналізація; електромережі; зв'язок, у тому числі мережа Інтернет; заклади культури; супермаркети або звичайні магазини, які

продають «здорову» їжу, «зелені» зони відпочинку тощо. У випадках, коли населення потребує щоденного доступу до ресурсів соціальної інфраструктури, наприклад такі, як продукти харчування чи дитячі садочки, їхня присутність і наявність у місці проживання є одним із вирішальних з позиції збереження їхнього здоров'я.

Варто виокремити два аспекти, пов'язані з наявністю інфраструктури та збереженням здоров'я населення. Перший визначається тим, що функції та призначення деяких закладів соціальної інфраструктури безпосередньо пов'язані із збереженням здоров'я населення, зокрема це: медичні заклади та спортклуби. Їхня доступність, як правило, автоматично підвищує ймовірність кращого рівня здоров'я серед населення. Другий аспект пов'язаний із тим, що наявність закладів соціальної інфраструктури в місці проживання людини економить її час та знижує можливість стресу. Якщо людина економить час, вона може його витратити із користю для власного здоров'я та здоров'я своєї сім'ї. Відповідно стрес також є одним із визначальних детермінант здоров'я населення, а тому його зниження може позитивно вплинути на стан здоров'я.

Існують дослідження, які доводять вплив місця проживання на окремі захворювання. Наприклад, учені США підтверджують, що в районах з несприятливими екологічними умовами (забруднене повітря, промисловий шум, активний дорожній рух) і з низькою якістю облаштування (розбиті дороги, брудні вулиці) у кілька разів підвищений ризик розвитку цукрового діабету в старшому віці. На думку експертів, такі результати пояснюються тим, що люди в таких місцях відчувають надмірне психологічне напруження, що виникає внаслідок таких умов проживання [6].

Проблема регіональної диференціації стану здоров'я населення в Україні існує давно, однак її гострота з часом не зменшується. Нерівність у доходах, можливостях зайнятості,

доступності медичної допомоги та інші детермінанти визначають нерівність у здоров'ї населення. Ступінь впливу перелічених детермінант встановити доволі складно: по-перше, через те, що у вітчизняній науці досі не розроблено методику для цього, а по-друге, для цього недостатньо вихідної інформації. При цьому, як було зазначено, оцінювання такого впливу є необхідною передумовою збереження та покращення здоров'я населення, хоча б з позиції розроблення стратегічних орієнтирів реформування системи охорони здоров'я, оскільки це дасть можливість виокремити детермінанти, які визначають стан здоров'я населення конкретного регіону чи місцевості.

Результати самооцінювання населенням власного здоров'я, яке щороку здійснює ДССУ, засвічують їхню суттєву диференціацію між регіонами. Зокрема, у 2015 р. своє здоров'я як «добре» оцінили у Львівській області 65,4% респондентів, а у Харківській області майже у два рази менше – 33,5% [7]. При цьому, крім Львівської області, «добрим» оцінили стан власного здоров'я й мешканці інших областей західної України: Рівненської, Чернівецької, Івано-Франківської. Проведення самооцінки практично завжди є суб'єктивним, на неї можуть впливати багато чинників. Наприклад, респонденти з різним рівнем освіти за однакового стану здоров'я можуть по-різному його оцінити (п. 3.4). Однак оскільки відразу у кількох областях України під час обстеження отримані приблизно однакові результати, це свідчить про високу їхню достовірність. Цей факт також доводить, що вплив СЕД на нерівність у здоров'ї населення є одним із визначальних.

Підтвердити або спростувати результати самооцінювання можливо через аналіз регіональної диференціації здоров'я між регіонами України, який здійснено методом групування регіонів за основними індикаторами смертності та захворюваності (за загальними та окремими причинами).

Щодо регіональної диференціації смертності в Україні варто зазначити, що для неї характерний західний спадаючий градієнт смертності. При цьому розподіл показників дитячої смертності за регіонами не має чіткої закономірності. Коефіцієнт смертності дітей віком до року в Донецькій та Кіровоградській областях (11 померлих на 1000 народжених живими) вищий, ніж у Київській (5) та Полтавській (5) областях понад 2 рази (2015 р.). Причому слід зауважити, що ця проблема у Донецькій області виникла не тільки тому, що нині на її території тривають військові дії: дитяча смертність у цьому регіоні була високою завжди.

Коефіцієнт смертності у працездатному віці найвищий у Донецькій (620,9 особи на 100000 населення віком 15–59 років), Житомирській (604,6) та Дніпропетровській (581,2) областях. Дві із названих областей є найбільш індустріально розвиненими в Україні, тому цей показник може бути пов'язаний із виробничою діяльністю, умовами та безпекою праці. Найнижчий коефіцієнт смертності у працездатному віці в м. Києві (346,4) та на заході країни – в Чернівецькій (347,8), Тернопільській (348,7), Львівській (358,2) та Івано-Франківській (373,3) областях, тобто в регіонах, де відсутня важка промисловість.

За оцінюванням СКС за всіма причинами смертності в Україні виокремлено п'ять груп (рис. 6.1). До групи з найвищим та високим СКС належить Київська та Житомирська області (північ); Кіровоградська та Дніпропетровська області (центр), Херсонська область (південь). До групи з найнижчим показником СКС потрапив м. Київ, Львівська, Тернопільська та Івано-Франківська області (захід). Інформація щодо СКС по тимчасово окупованій території Автономної Республіки Крим, м. Севастополя та частини тимчасово окупованих територій Донецької та Луганської областей відсутня. Загалом,

за винятком Закарпатської області спостерігаються певні закономірності в розподілі певних регіонів за СКС.

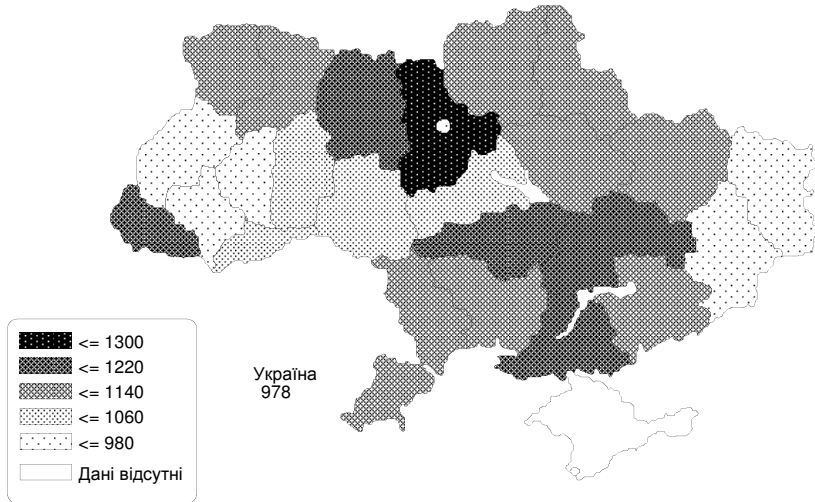


Рис. 6.1. Стандартизовані коефіцієнти смертності населення від усіх причин за регіонами України, на 100000 осіб у 2016 р.

Джерело: [8].

Найявні також значні розходження щодо СКС за окремими причинами смертності (табл. 6.1). Суттєві відмінності у показниках СКС між регіонами України спостерігаються як за неінфекційними причинами (цереброваскулярні хвороби (у 6,3 рази), хвороби органів дихання (3,4), травлення (2,6), ішемічна хвороба серця (2,5), через інфекційні та паразитарні хвороби (7,0)), так і внаслідок зовнішніх причин смерті (2,6), у тому числі самогубств (9,7).

Таблиця 6.1

Диференціація стандартизованих коефіцієнтів смертності населення внаслідок деяких хвороб між регіонами України за 2015 р., на 100 000 населення

Причина смерті	СКС, Україна /ЄС*	Регіон із найвищим коефіцієнтом	СКС	Регіон із найнижчим коефіцієнтом	СКС	Різниця між найвищим і найнижчим коефіцієнтами, разів
Самогубства	18/10	Кіровоградська обл.	25	м. Київ	4	6,25
Інфекційні й паразитарні хвороби	26/9	Дніпропетровська обл.	49	Тернопільська обл.	8	6,12
Цереб्रो-васкулярні хвороби	143/52	Сумська обл.	299	Чернівецька обл.	48	6,23
Хвороби органів дихання	28/17	Тернопільська обл.	46	м. Київ	19	2,42
Хвороби органів травлення	52/29	Луганська обл.	80	Тернопільська обл.	31	2,58
Зовнішні причини захворюваності та смерті	80/36	Херсонська обл.	99	м. Київ	50	1,98
Ішемічна хвороба серця	452/80	Чернівецька обл.	630	Закарпатська обл.	270	2,33
Усі причини смерті	1080/343	Київська обл.	1224	м. Київ	910	1,34

Джерело: Узагальнено автором за [8].

Варто також зауважити, що диференціація показників СКС за хворобами, перелік яких наведено в табл. 5.1, характерна не тільки для 2015 р. Ця диференціація з незначними відхиленнями спостерігається понад 10 років, і за деякими хворобами вона нині поглиблюється, зокрема за цереброваскулярними, інфекційними та паразитарними.

За деякими причинами смерті виявлено певні закономірності між регіонами України. Насамперед це стосується хвороб системи кровообігу (рис. 6.2). СКС від цих хвороб є нижчим у західних областях України та у м. Києві; східні, центральні та північні області (особливо Київська область) мають нижчі показники. На думку фахівців [9; 10], першочерговою причиною поширення хвороб системи кровообігу та смертності від них є спосіб життя та СЕД. Структурний аналіз можливих причин (чому саме у цих областях показники смертності найнижчі) здійснено на прикладі Чернігівської області. Він засвідчив, що Чернігівська область має:

– один з найвищих в Україні рівень безробіття, який не дає змоги підтримувати належний матеріальний стан людини, з одного боку, а з іншого – змушує її перебувати у стані постійного стресу, що негативно впливає насамперед на стан здоров'я і є одним із чинників ризику смертності від хвороб кровоносної системи;

– одні з найгірших показників якості харчування. Зокрема, вкрай недостатнім є споживання фруктів та ягід. Як відомо, їхнє споживання, а також споживання овочів, є необхідним атрибутом профілактики хвороб системи кровообігу. За даними досліджень, нестаток споживання фруктів та овочів становить 11–12% у структурі чинників, які є причинами передчасної смертності від хвороб системи кровообігу [11; 12]. Крім цього, населення області занадто багато споживає у їжі вуглеводів, що також негативно впливає на систему кровообігу;

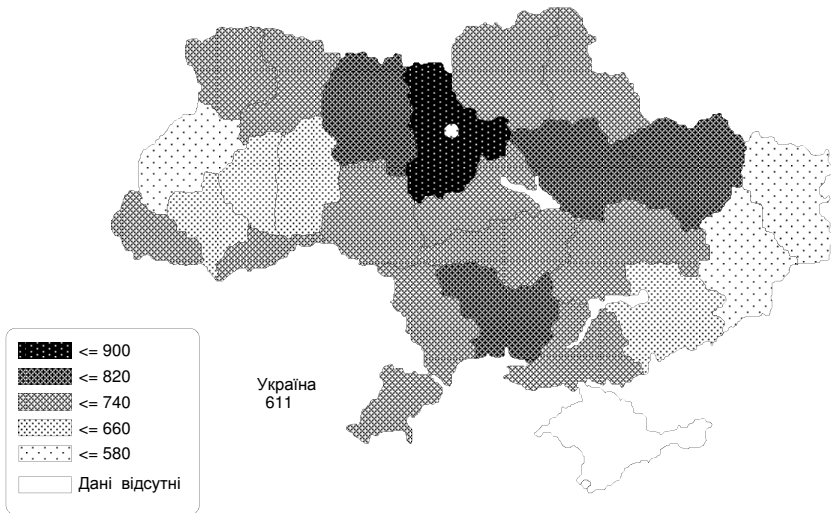


Рис. 6.2. Стандартизований коефіцієнт смертності населення хвороб систем кровообігу за регіонами, на 100000 осіб, 2016 р.

Джерело: [8].

– найнижчі серед регіонів України показники доступності медичної допомоги. Зокрема за даними опитування домогосподарств [7], у Чернігівській області у 2013 р. було 46,8% домогосподарств, в яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців за потреби не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки, але при цьому потребував цього. У 2016 р. цей показник зріс до 67,5%. Нижчий він був тільки у Вінницькій та Закарпатській областях¹.

¹ Оцінка по Закарпатській області становить протягом періоду спостереження становить понад 94%, що ставить під сумнів її об'єктивність.

СКС від інфекційних та паразитарних хвороб має чітко виражений південно-східний зростаючий градієнт (рис. 6.3). Дніпропетровська область, яка має найвищий показник цього коефіцієнта, є високоурбанізованою, густозаселеною (найбільш індустріальною).

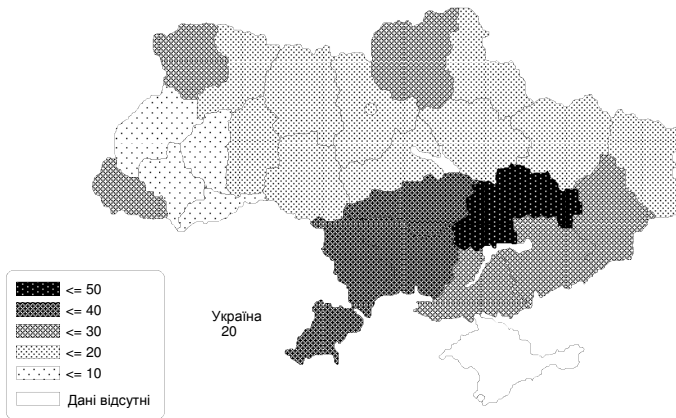


Рис. 6.3. Стандартизований коефіцієнт смертності населення від інфекційних і паразитарних хвороб за регіонами України, на 100000 осіб, 2016 р.

Джерело: [8].

Як відомо, значна частка смертності від інфекційних хвороб в Україні припадає на туберкульоз та ВІЛ. Зазначені області не є винятком. Саме високий рівень смертності від цих хвороб зумовлює таку ситуацію. У п. 3.1 детально описано причини та детермінанти, які визначають захворюваність і смертність від туберкульозу та ВІЛ/СНІДу. Однак зауважимо, що СЕД та індивідуальна відповідальність за власне здоров'я відіграють при цьому вирішальну роль.

Схожою є ситуація із регіональною диференціацією смертності від хвороб органів травлення (рис. 6.4). Величина

СКС за цією причиною найвища у високоурбанізованих Луганській, Донецькій та Дніпропетровській областях, які, крім цього, характеризуються найвищим в Україні рівнем тютюнопаління.

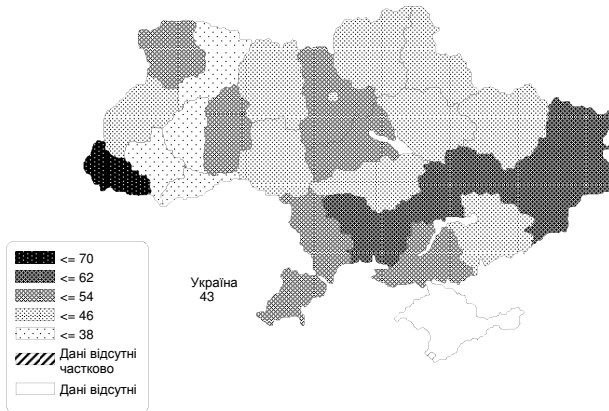


Рис. 6.4. Стандартизований коефіцієнт смертності населення від хвороб органів травлення за регіонами України, на 100000 осіб, 2016 р.

Джерело: [8].

Смертність від злоякісних новоутворень кілька років є найвищою у Дніпропетровській та Запорізькій областях (рис. 6.5), які вважаються в Україні найбільш промислово розвиненими. Причому основна спеціалізація промисловості – важка промисловість, діяльність якої пов’язана із значними екологічними ризиками. Це підтверджують також дані офіційної статистик, відповідно до яких у цих областях один із найвищих рівнів забруднення атмосферного повітря: Дніпропетровська – 346,6 кг на 1 особу у 2013 р., Запорізька – 198,3 (у середньому по Україні – 147,7 кг). Значно більша, ніж в інших регіонах країни, також є кількість осіб, які

працюють у шкідливих умовах праці. Зокрема, кількість працівників, які працюють в умовах, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, у процентах до облікової кількості штатних працівників у Дніпропетровській області становить 40,8%, у Запорізькій – 35,0 (в середньому по Україні – 29,5%). Ці дані доводять значимість місця та умов проживання для зменшення захворюваності та смертності на злоякісні новоутворення і необхідність посилення контролю за шкідливими викидами в доквілля та умовами праці найманих працівників.

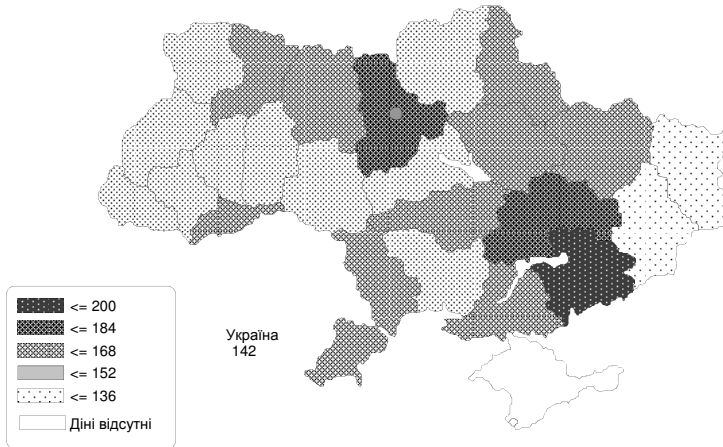


Рис. 6.5. Стандартизований коефіцієнт смертності населення від злоякісних новоутворень за регіонами України, на 100000 осіб, 2016 р.

Джерело: [8].

Існують також певні закономірності в розподілі смертності за регіонами за зовнішніми причинами (рис. 6.6). Однак у цьому разі варто звернути увагу не на ті регіони, де СКС від зазначених причин високий, а де він низький. Це

західні області України та насамперед м. Київ. У столиці за всіма зовнішніми причинами смерті СКС є одним з найнижчих в Україні. Так, низькі показники смертності від зовнішніх причин можуть бути досягнені за умови покращення СЕД, які властиві м. Києву: високий рівень доходу, освіти, соціального капіталу, тощо. Крім цього, у столиці вищий порівняно з іншими регіонами України рівень розвитку інфраструктури, у тому числі медичної (швидкість реагування на нещасні випадки), кращі житлові умови (наприклад, відсутність опалення твердим паливом) тощо. Ці узагальнення підтверджують висновок про те, що не тільки інфекційні чи неінфекційні хвороби викликані СЕД, а й зовнішні причини захворюваності чи смертності.

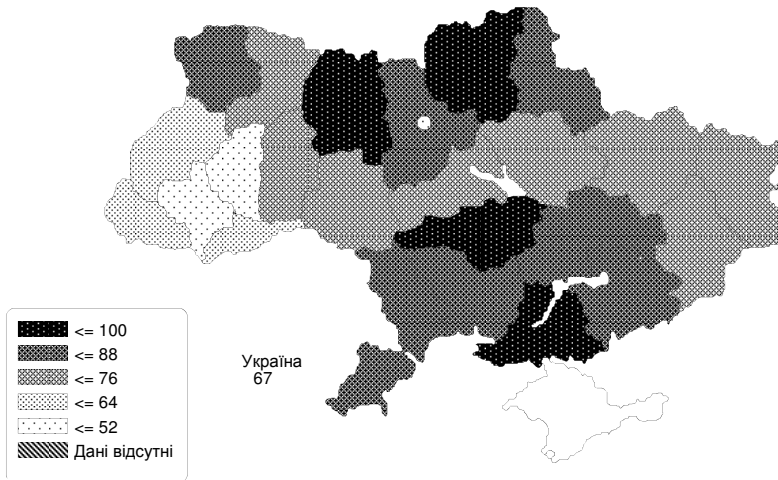


Рис. 6.6. Стандартизований коефіцієнт смертності населення від зовнішніх причин смерті за регіонами України, на 100000 осіб, 2016 р.

Джерело: [8].

Оскільки на СКС не впливає статево-вікова структура населення, його диференціація між регіонами України як за всіма, так й за окремими причинами смерті, може означати те, що:

– по-перше, детермінанти здоров'я в регіонах із підвищеними показниками не є достатньо сприятливими для уникнення смертності від вказаних хвороб;

– по-друге, існують чинники ризику, які спричиняють смертність від зазначених хвороб в одних регіонах та їхню незначну вагу в інших;

– по-третє, заходи щодо усунення ризиків хвороб в окремих регіонах з сторони державних і громадських організацій, діяльність яких пов'язана зі збереженням здоров'я населення, є недостатньо ефективними.

Нерівність у смертності між регіонами України зумовлює нерівність у СОТЖ. Якщо у м. Києві показник СОТЖ становить 74,21 року (69,84 – чоловіки та 78,22 – жінки), то в Житомирській області він дорівнює 70,14 року (64,7 – чоловіки, 75,67 – жінки), тобто майже на 4 роки менший. Отже, диференціація, хоч і незначна, але наявна. Причому вона має певні закономірності. Зокрема, крім м. Києва, показник СОТЖ вищий у західних областях України (насамперед у Тернопільській, Львівській, Чернівецькій та Івано-Франківській), тоді як найнижчий – у північних та південно-східних областях (рис. 6.7). Аналогічна біполярність спостерігається також за показниками СОТЖ чоловіків і СОТЖ жінок. Це свідчить про наявність більш сприятливих для здоров'я населення детермінант на заході нашої країни.

Крім СОТЖ, проведено оцінювання СОТЖБІ, що базувалася на визначенні середньої кількості років, які людина може прожити без інвалідності, якщо нинішні тенденції смертності та інвалідності зберігатимуться. Варто зауважити, що показник майже не використовується для аналізу

здоров'я населення в Україні, однак кілька десятиріч є одним з індикаторів здоров'я населення в європейських та інших країнах. Проведене оцінювання за цим показником в Україні дало змогу отримати такі результати (рис. 6.8):

– показник СОТЖБІ менший від показника СОТЖ на 8,38 року і становить 62,99 року. Це означає, що ймовірна тривалість здорового життя новонародженого в Україні в 2014 р. становитиме 62,99 року, а 8,38 року він проживе з інвалідністю (відповідно чоловіки – 57,29 та 8,96, жінки – 68,50 і 7,87);

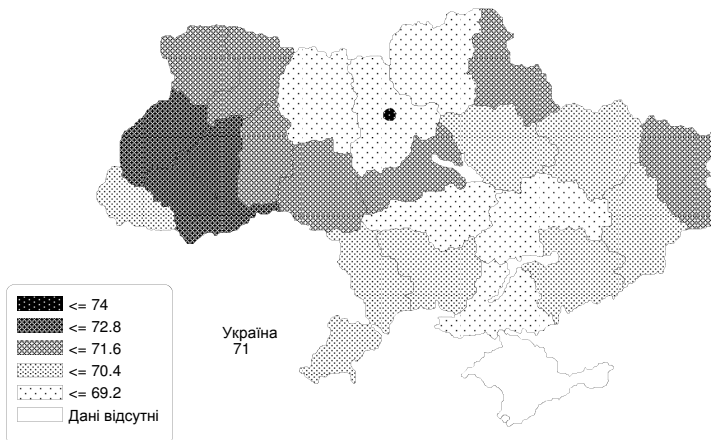


Рис. 6.7. Групування регіонів України за показником середньої очікуваної тривалості життя (квінтільні групи), 2016 р.

Джерело: [8].

– найбільша відмінність у показниках СОТЖБІ та СОТЖ (вища ймовірність прожити з інвалідністю) у таких регіонах, як: Хмельницька (12 років), Черкаська (10,5), м. Київ (10,5), Житомирська (10,2) та Львівська області (10,1); найменша – Херсонська (6,3), Дніпропетровська (6,9) та Закарпат-

ська (6,9) області. Це свідчить про більш значну ймовірність інвалідизації населення у регіонах з найвищими показниками та суттєві втрати здорових років життя внаслідок інвалідності;

– найвищий показник СОРЖБІ характерний для західних областей України: Чернівецька (65,9), Тернопільська (65,8) та Івано-Франківська (64,2);

– найнижчий показник СОРЖБІ – у Житомирській (59,33), Хмельницькій (59,84), Чернігівській (60,40) та Черкаській (61,31) областях.

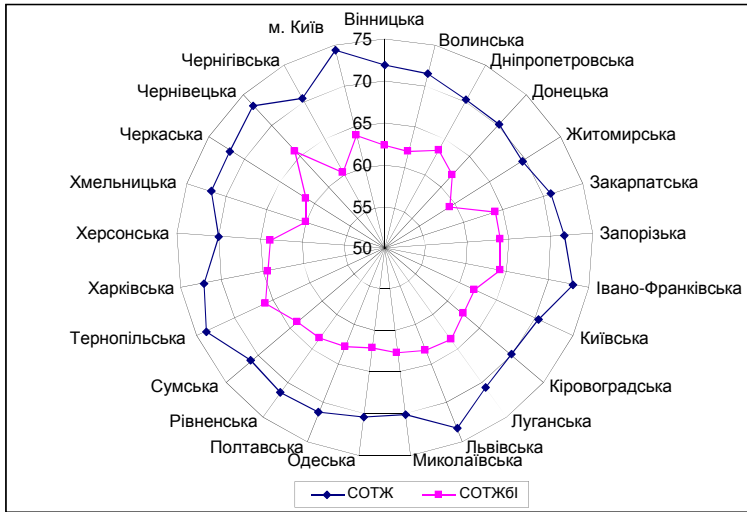


Рис. 6.8. Середня очікувана тривалість життя та середня очікувана тривалість життя без інвалідності за регіонами України, 2015 р.

Джерело: [8].

Отже, для показників СОТЖБІ спостерігаються приблизно ті самі закономірності, що й СОТЖ. Проте слід зауважити, що СОТЖБІ є більш інформативним показником щодо оцінювання здоров'я, оскільки враховує не тільки рівень смертності населення. Однак в Україні показники рівня інвалідності населення, які використовуються для розрахунку пропорції інвалідів та які є основою для визначення СОТЖБІ є недостатньо достовірними. Як вже зазначалося (п. 33) найбільша проблема полягає у тому, що кількість інвалідів, яку наводить вітчизняна статистика, скорше за все завищена. Зокрема, це стосується інвалідів III групи, які становлять 48,7% від загальної чисельності інвалідів. Справа у тому, що частина населення прагне стати інвалідами фіктивно, щоб отримати додатковий дохід у вигляді пенсії з інвалідності або взагалі замістити нею заробітну плату. На це в людей є певні причини, серед яких високий рівень безробіття, низький рівень заробітної плати, незначна різниця в розмірах оплати праці та соціальних трансферах тощо. Сприяє зростанню фіктивних інвалідів також недосконалість вітчизняного законодавства. Відрізнити реальних інвалідів від фіктивних практично не можливо. Однак фактом залишається те, що чисельність інвалідів в Україні щораз зростає – з 2006 по 2013 р. їхня кількість підвищилась майже на 300 тис. осіб (коефіцієнт інвалідності зріс за цей період з 51 до 61,2 особи на 1000 населення) [13, с. 192].

На відміну від показників смертності та СОТЖ, яскраво виражених закономірностей поширеності захворювань між регіонами України немає. Найвищий рівень поширеності захворювань (кількість зареєстрованих захворювань на 100000 населення) мають м. Київ, Донецька та Вінницька області, які територіально між собою не пов'язані. Це явище також частково характерне для Запорізької та Луганської областей,

які мають найнижчий рівень поширеності захворювань. Однак, на відміну від статистики смертності, статистика захворюваності може не повністю відображати реальний стан явища через певні суб'єктивні чи об'єктивні причини (див. п. 2.1). Наприклад, варто зазначити, що наявність даних про високий рівень захворюваності у м. Києві можна пояснити передусім більшою кількістю звернень населення за медичною допомогою, що відповідно пов'язано з її доступністю, високим рівнем освіти киян та більш широким запровадженням у столиці медичного страхування та медичних кас, ніж в інших регіонах нашої країни.

Однак незважаючи на дискусійність питання щодо повноти наявних даних, загальну картину вони відображають, особливо щодо захворюваності за окремими хворобами. Розрахунок коефіцієнтів поширеності хвороб (КПХ) за окремими хворобами також вказує на значну їхню диференціацію між регіонами. Насамперед це стосується такої соціально небезпечної хвороби, як ВІЛ/СНІД, яка є найбільш поширеною у південних областях України, де її поширеність у десятки разів вища, ніж в інших регіонах. Існує суттєва диференціація також за іншими хворобами.

Найбільш ілюстративно демонструє вплив території проживання на стан здоров'я нерівність у здоров'ї між міським та сільським населенням. Історично розвиток міських поселень та сільської місцевості мав різні вектори розвитку. На сучасному етапі відмінності в економічній, соціальній, культурній та інших сферах не подолано. Це не може не вплинути на стан здоров'я населення. На основі узагальнень досліджень [14–18] пропонуємо перелік детермінуючих переваг, які тою чи іншою мірою є визначальними для здоров'я населення, яке проживає у міських поселеннях або сільській місцевості (табл. 6.2).

Таблиця 6.2

**Детермінуючі переваги місця проживання
в міських поселеннях та сільській місцевості
для здоров'я населення**

Тип поселення	Міські поселення	Сільська місцевість
Детермінуючі переваги	Дохід, зайнятість, житлові умови, освіта, соціальний капітал, доступність медичної допомоги, культура, соціальна інфраструктура.	Продовольча безпека та споживання продуктів харчування, вживання наркотиків, фізична активність, стресові ситуації.

Джерело: власна розробка автора.

Проживання у міських поселеннях має такі основні переваги для здоров'я: отримання більш високих доходів, ширші можливості зайнятості, кращі житлові умови, більші можливості отримати якісну освіту, вищий рівень соціального капіталу, більша доступність медичної допомоги, кращий розвиток культури та соціальної інфраструктури загалом.

Однак у сільській місцевості вищі продовольча безпека, споживання натуральних «здорових» продуктів харчування, менше вживання наркотичних речовин (це не стосується споживання алкоголю), більша фізична активність, менше стресових ситуацій.

Отже, міські поселення мають більше переваг щодо здоров'я над сільською місцевістю, принаймні в кількісному виразі. Однак ступінь переваги визначити достатньо важко. Таким чином, завданням у цій ситуації є формування методології та практична реалізація оцінювання ступеня впливу тієї чи іншої детермінанти на стан здоров'я населення залежно від місця проживання, оскільки рівень розвитку міських поселень чи сільської місцевості, насамперед

інфраструктури в них, у різних країнах неоднаковий. В Україні фізична відстань часто створює соціальну дистанцію в сільських громадах. Недостатнє транспортне сполучення для деяких мешканців сіл визначає пошук основних засад у житті – робочих місць, житла, харчування, медичного обслуговування, соціальні, культурні та рекреаційні можливості – постійним викликом.

На підтвердження цього наведемо дані про стан здоров'я населення міських поселень і сільської місцевості в Україні. Причому офіційна статистика фіксує парадоксальні дані: з одного боку, рівень смертності населення нижчий у міських поселеннях, а з іншого – рівень захворюваності нижчий у сільській місцевості. Така ситуація потребує детального аналізу.

Щодо смертності зазначимо, що серед населення загалом СКС за всіма причинами смерті вищий у сільській місцевості (1171,7 на 100000 осіб), ніж у міських поселеннях (1034,5) у 1,13 разу. За 2008–2013 рр. це відношення не змінилось, скоротившись лише на 0,01 пункту. Однак, якщо порівняти динаміку СКС у міських поселеннях та сільській місцевості за більш тривалий період (з 1990 р.), можна вести мову про тенденцію до зменшення нерівності між ними. У 2013 р. зафіксовано найменшу різницю між цими показниками (рис. 6.9). За даними ДССУ, у 2014–2015 рр. зазначена тенденція не збереглась. Зменшення нерівності у рівні смертності міського та сільського населення є одним з пріоритетних завдань соціальної політики країни. Досягти цього можливо лише шляхом усунення негативного впливу на стан здоров'я населення сільської місцевості певних СЕД.

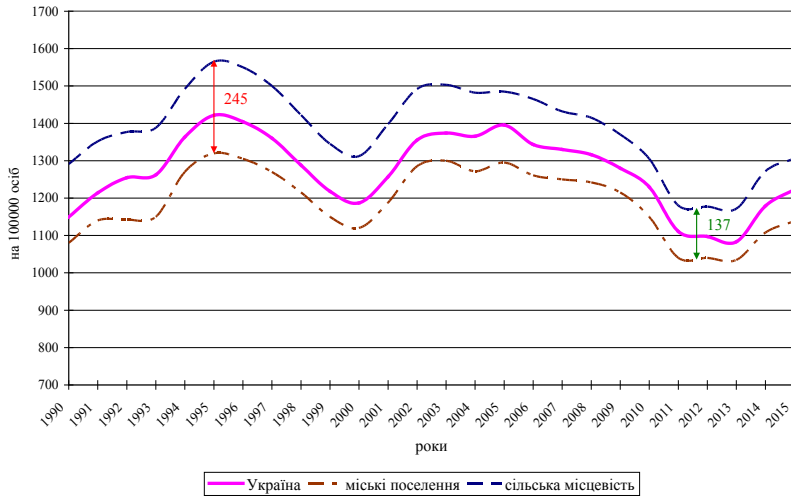


Рис. 6.9. Стандартизовані коефіцієнти смертності населення в Україні (за місцем проживання)

Джерело: [8].

Більш значним відношення КС у міських поселеннях до КС у сільській місцевості, у дитячому та підлітковому віці (табл. 6.3). Воно зменшується до мінімуму у віці 80 років, що певною мірою пов'язано із зростанням рівня смертності з віком. Якщо визначити різницю між КС у міських поселеннях та сільській місцевості, то найбільшою вона є серед населення від 45 років і старших із максимумом у віковому інтервалі 60–64 роки – понад 500 на 100000 осіб відповідного віку. Це дуже велика різниця, яка зумовлюється детермінуючими перевагами, які є у міських поселеннях (див. табл. 6.2)

Таблиця 6.3

**Коефіцієнти смертності за віковими групами
та місцем проживання, на 100000 осіб відповідного
віку, 2015 р.**

Вікові групи	Сільська місцевість	Міські поселення	Відношення
Населення загалом	1758,3	1326,5	1,33
0	853,9	759,4	1,12
1–4	45,0	30,9	1,46
5–9	22,9	16,7	1,37
10–14	29,1	21,2	1,37
15–19	73,4	50,4	1,46
20–24	122,4	88,6	1,38
25–29	188,1	153,3	1,23
30–34	317,8	254,6	1,25
35–39	452,6	371,7	1,22
40–44	559,6	467,5	1,20
45–49	773,3	639,0	1,21
50–54	1106,1	883,8	1,25
55–59	1616,2	1249,6	1,29
60–64	2413,8	1902,8	1,27
65–69	3066,0	2605,4	1,18
70–74	4485,1	4104,8	1,09
75–79	6759,7	6290,7	1,07
80–84	10857,4	10726,1	1,01
85 і старші	18131,5	18351,6	0,99

Джерело: [19].

За причинами смерті між міськими поселеннями та сільською місцевістю також існують відмінності. Причому є певні причини, рівень смертності за якими вищий у міських поселеннях, а є такі, за якими він більш значний у сільській місцевості (табл. 6.4). Зокрема, вищим є показники СКС від цереброваскулярних хвороб – у 1,3 разу (більше на 35,7 на 100000 осіб); від СНІДу – у 2,1 разу (більше на 6,7 відповідно); новоутворень – у 1,1 разу (на 15,8); хвороб сечостатевої системи – у 1,4 разу (на 1,6). Таким чином, медико-соціальне значення зазначених захворювань як причини смерті в містах вище, ніж у сільській місцевості. У зв'язку з цим виконання профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів має проводитися з урахуванням СЕД, які визначають ці захворювання, поширеності захворювань в окремих віково-статевих групах, наявності лікарів-фахівців, відповідного обладнання тощо. При цьому варто враховувати суттєво нижчий рівень вертифікації причин смертності в сільській місцевості порівняно із міськими поселеннями. Зокрема, це може стосуватись цереброваскулярних хвороб, діагностування яких неможливе без відповідного обладнання, яке у сільській місцевості відсутнє. Отже, з огляду на це нижчий рівень смертності від цереброваскулярних хвороб серед сільського населення, який фіксує офіційна статистика, може бути вищим.

Частково це може стосуватись смертності від СНІДу, яка значно вища у міських поселеннях. Однак у цьому разі ця нерівність визначається насамперед суттєво вищим рівнем наркоманії в містах.

Також варто зауважити, що смертність загалом та смертність від хвороб сечостатевої системи суттєво визначається місцем проживання, яке безпосередньо пов'язане з хімічним складом питної води, який, як правило, гірший у містах.

Таблиця 6.4

**Стандартизовані коефіцієнти смертності міського та сільського населення
України у 2013 р., на 10000 осіб**

Територія	Всього померлих	Деяких інфекційних та паразитарних хвороб	3-ніх від		Новоутворень	розладів психіки та поведінки		розладів психіки та поведінки вживання алкоголю	Хвороб нервової системи	Хвороб системи кровообігу	3-ніх від		ішемічної хвороби серця	перебоєва скляричних хвороб	Хвороб органів дихання	Хвороб органів травлення	алкогольної хвороби печінки	3-ніх від	Зовнішні причини захворюваності та смертності						
			Туберкульоз	СНДЛ		3-ніх від	3-ніх від				падінь	випадкових утоплень та занурень у воду							нещасних випадків, спричинених дією диму, вогню	випадкового отруєння, спричиненого отруйними речовинами	нависного самоубиття (у тому числі самогубства)	наслідків нападу з метою убивства чи насесення			
Міські поселення	10345	273	119	129	1680	24	15	99	6373	4146	1574	234	538	48	60	713	99	47	38	23	113	147	44		
Сільська місцевість	11717	251	157	62	1522	46	32	145	7297	5157	1217	384	514	70	44	1033	143	45	82	49	169	273	48		
Відношення	113	092	132	048	091	192	213	146	114	124	077	164	096	146	073	145	144	096	216	213	150	186	109		
Різниця	1372	-22	3,8	-6,7	-15,8	2,2	1,7	4,6	92,4	1001	-35,7	15,0	-2,4	2,2	-1,6	32,0	4,4	-0,2	4,4	2,6	5,6	12,6	0,4		

Джерело: [19]

Необхідно також зауважити, що найвищу кореляцію між причинами смертності та місцем проживання виявлено між часткою міського населення та СКС від злоякісних новоутворень ($R = 0,614$, $p \leq 0,05$) (рис. 6.10). Основною причиною, яка зумовлює нерівність у захворюванні на злоякісні новоутворення між містом та селом в Україні, є онкозахворювання органів травлення, особливо шлунка, чинники ризику якого – переважно харчування та стрес [20; 21]. До особливостей українського соціуму слід зарахувати відносну урбанізацію харчування, яка частково замінює натуральні продукти в сільській місцевості та значно заміщує їх у містах. Вищий рівень захворюваності на органи травлення онкозахворювання шлунка у міських поселеннях і менші темпи зниження захворюваності в часі можуть бути зумовлені також підвищеним рівнем стресу, який властивий способу життя міського населення.

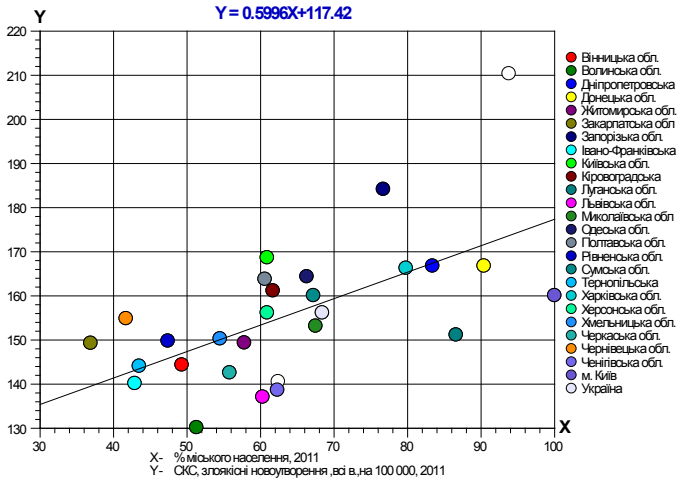


Рис. 6.10. Взаємозв'язок між часткою міського населення та стандартизованим коефіцієнтом смертності від новоутворень, 2015 р.

Джерело: розраховано автором за [8].

Разом з тим, причин смерті, за якими рівень СКС вищий у сільській місцевості, значно більше. Насамперед це ішемічна хвороба серця – у 1,24 разу (більше на 101,1 на 100000 осіб); зовнішні причини захворюваності та смертності – 1,45 разу (більше на 32,0 відповідно), у тому числі навмисного самоушкодження – у 1,9 разу, випадкових утоплень та занурень у воду – у 2,2 разу, нещасних випадків, спричинених дією диму, вогню та полум'я, – 2,1 разу; хвороб органів дихання – 1,6 разу (на 15,0) тощо.

Ішемічна хвороба серця часто асоціюється з особливостями способу життя і пов'язаних з ним чинників ризику, які, поряд з етнічними особливостями, здатні пришвидшити розвиток захворювань та викликати смертність. Враховуючи те, що у сільській місцевості порівняно з міськими поселеннями вищий рівень ожиріння населення та нижчий рівень освіти, можна припустити, що це можуть бути основні детермінанти смертності від ішемічних хвороб, які зумовлюють її нерівність за типом поселення.

У містах суттєвим, майже у два рази нижчим, ніж у сільській місцевості, є рівень суїцидальної активності населення (у 2013 р. – 14,7 на 100 тис. проти 27,3), що, на наш погляд, може бути пов'язано з СЕД: вищим рівнем доходів, кращим розвитком соціального капіталу, а також більш розвиненою структурою спеціалізованих установ, які надають допомогу потенційним суїцидентам і їхнім близьким.

СОТЖ у міських поселеннях вища, ніж у сільських, на 2,2 року у чоловіків (66,9 проти 64,7) та на 1,2 року у жінок (76,6 проти 75,4). Така нерівність характерна для всіх регіонів України, за винятком Закарпатської області, де тривалість життя в сільській місцевості на 0,5 року вища, ніж у міських поселеннях. Найбільше СОТЖ міського населення над сільським переважає у Чернігівській (5,2 року) і Житомирській (4,3 року) областях.

На відміну від смертності, рівень захворюваності офіційна статистика фіксує вищим у міських поселеннях. Зокрема, первинна захворюваність вища у міських поселеннях на 1,2 разу, а поширеність хвороб – 1,6 разу (табл. 6.5). Серед областей найвища диференціація цих показників у Дніпропетровській (1,5 та 2,4 разу) та Донецькій (1,5 та 2,0 разу) областях. У двох областях – Вінницькій (0,94 та 1,3) та Київській (0,98 та 1,5) – рівень поширеності хвороб вищий у сільській місцевості. Отже, існують певні відмінності у величині співвідношень захворюваності у міських поселеннях та сільській місцевості, що може бути викликано, з одного боку, специфікою дії СЕД на рівні окремого регіону. З іншого боку, це може бути зумовлено не тільки кращим здоров'ям дітей у районних містах і селищах, а й низькою медичною активністю їхніх сімей, а також більш низькою якістю роботи районних служб охорони здоров'я і, як наслідок, меншою частотою виявлення захворювань, ніж у великих містах.

За класами хвороб, рівень захворюваності між містами та селами також неоднаковий. Найвище відношення за інфекційними та паразитарними хворобами, які становлять 2,2% від усіх хвороб, та хворобами органів дихання (19,3% відповідно) – 1,9 разу. При цьому хвороби системи кровообігу, від яких помирає більшість українського населення, є це єдиним класом хвороб, за якими рівень захворюваності переважає у сільській місцевості. Такі результати дають змогу зробити висновки про нерівномірність розподілу СЕД. Однак, як було зазначено, існує багато проблем з обліком захворюваності, тому необхідно оперувати перевіреними даними.

На протипагу вищеподаним даним, аналіз результатів самооцінювання населенням стану здоров'я [7] свідчить, що здоров'я краще серед представників міст, населення яких оцінило власний стан здоров'я як «добре» – 50,5% і як погане – 8,8%. У сільській місцевості ці показники відповідно 50,2% та 10,6%.

Таблиця 6.5

Співвідношення показників захворюваності між населенням міських поселень та сільської місцевості, 2015 р.

	Поширеність хвороб		Захворюваність (первинна)	
	Відношення рівня поширеності хвороб у міських поселеннях до сільської місцевості	Структура поширеності хвороб (населення загалом)	Відношення рівня захворюваності у міських поселеннях до сільської місцевості	Структура первинної захворюваності (населення загалом)
Усі хвороби	1,21	100	1,65	100,0
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,02	2,2	2,8	3,9
Новоутворення	1,20	2,3	1,51	1,4
Хвороби нервової системи	1,08	5	1	2,3
Хвороби ока та придаткового апарату	1,17	5	1,54	5,3
Хвороби системи кровообігу	0,87	31,5	0,87	7,3
у т.ч. гіпертонічна хвороба (всі форми)	0,85	14,4	0,84	2,9
Хвороби органів дихання	1,88	19,3	2,13	42,8
Хвороби органів травлення	1,26	9,7	1,29	4,0
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	1,83	2,6	1,92	6,0
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	1,17	5,4	1,31	4,7
Хвороби сечостатевої системи	1,39	5,4	1,45	4,7
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	1,58	2,6	1,58	6,7

Джерело: розраховано автором за [8].

Підтверджують це також дані авторського соціологічного опитування, за яким жодних хронічних хвороб не має 45,8%

міського населення і 43,7% сільського. В містах менша частка тих осіб, які мають хронічне захворювання системи кровообігу (20,8% проти 22,2% у сільській місцевості), однак більша тих, хто хворіє на органи дихання (8,9% проти 7,4%).

Отже, підсумовуючи результати порівняльного аналізу стану здоров'я населення міських поселень і сільської місцевості, можна зазначити, що, незважаючи на той факт, що відмінності між ними не суттєві, наявні характерні ознаки нерівності між ними. Населення міст передусім страждає від хвороб органів дихання, деяких інфекційних та паразитарних хвороб, зовнішніх причин смерті. У сільській місцевості такими є хвороби системи кровообігу, особливо ішемічна хвороба серця.

Ще однією проблемою, яка поглиблюється останнім часом, є нерівність у соціальному середовищі в містах, яка виникає за неадекватного міського планування і ринкових механізмів, що виявляються у вигляді комфортабельних районів для «багатих» і неблагополучних у соціальному вимірі районів для «бідних». Часто це райони з високими рівнями поширення злочинності, наркоманії, безробіття та іншими проблемами. Отримання даних про здоров'я населення таких міських районів є доволі проблемним завданням, однак необхідним та можливим із використанням насамперед соціологічних методів.

Аналіз поєднаних ризиків місця проживання (високий рівень злочинності, відсутність чистого повітря, доглянутої території, розвиненої транспортної мережі, магазинів і підприємств побутового обслуговування), так званий «ефект коктейля», свідчить про те, що чим більше проблем у певному районі, тим вища загроза для здоров'я. Найбільш негативно впливають на здоров'я високий рівень злочинності брудна і недоглянута територія, відсутність розвиненої транспортної мережі. Детальніше питання впливу довкілля, житлових

умов та доступності медичної допомоги на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення висвітлено у наступному підрозділі монографії.

Загалом урбанізація неоднозначно впливає на здоров'я населення: з одного боку, в містах через кращі економічні та соціально-гігієнічні умови основні показники здоров'я вищі, ніж у сільській місцевості; з іншого боку, зростаюче соціально-економічне розшарування міського населення є причиною нерівності у стані його здоров'я. У цьому разі надзвичайно посилюється значимість ефективного управління містом. Експерти ВООЗ стверджують, що в сучасних умовах за ефективного місцевого управління з більшою ймовірністю можна очікувати підвищення СОТЕЖ.

6.2. Соціально-економічні та екологічні умови проживання: значення для здоров'я

Ураховуючи значний вплив на стан здоров'я населення, найбільш вдалим трактуванням терміна «довкілля» вважаємо те, де його визначено як систему взаємопов'язаних природних та антропогенних об'єктів і явищ, в якій здійснюються праця, навчання, побут і відпочинок людей [22, с. 234]. У цьому разі це поняття охоплює соціальні, природні й штучні фізичні, хімічні та біологічні чинники, які прямо або опосередковано впливають на життя, здоров'я і діяльність людини.

Трьохрівневе концептуальне бачення детермінант, які визначають здоров'я населення, дає змогу зарахувати довкілля до структурного рівня, тобто детермінант мезорівня. Науковці мають різні погляди на роль довкілля у формуванні здоров'я населення, що пов'язано з різними підходами до дослідження, відмінністю у розумінні суті цієї категорії та її структури. Проведені дослідження дають змогу з'ясувати причинно-наслідкові зв'язки між демографічними та СЕД, які

можуть визначати місце проживання людини із відповідним довкіллям (рис. 6.11).

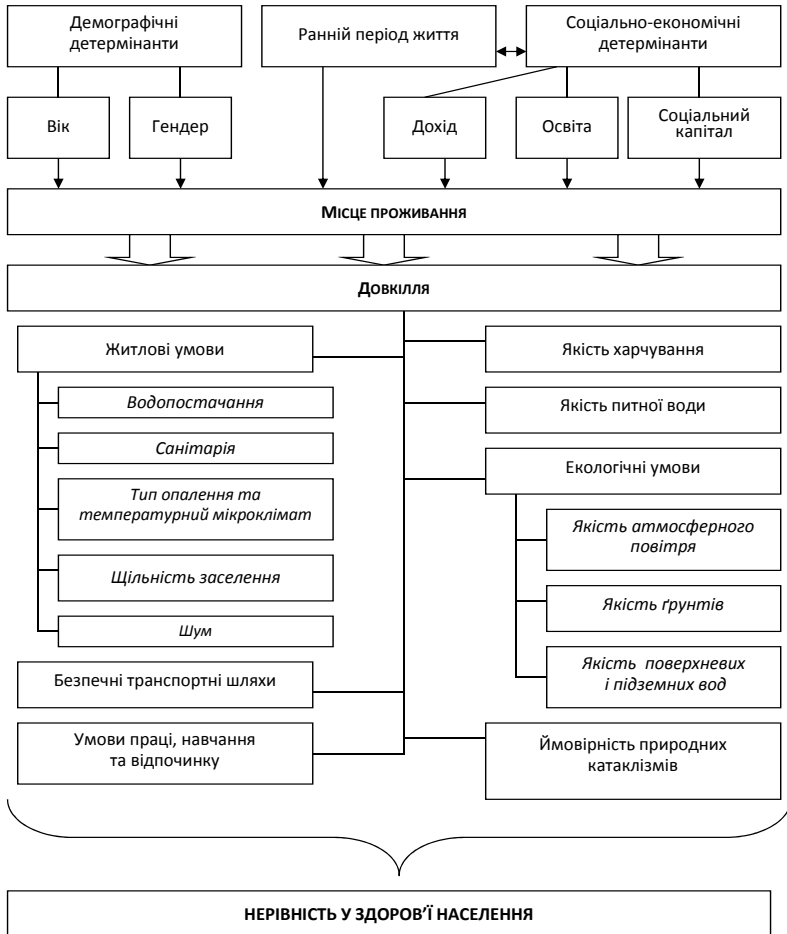


Рис. 6.11. Механізм впливу довкілля на нерівність у здоров'ї населення

Джерело: власна розробка автора.

Сучасний перелік складових довілля не обмежується лише екологічними умовами (якість атмосферного повітря, ґрунтів, поверхневих та підземних вод, ультрафіолетове й іонізуюче випромінювання, зміна клімату, стан екосистем та ін.), а охоплює стан антропогенного середовища (безпека громадських місць, рівень шуму, електромагнітні поля і т. ін.), ризики на робочих місцях, житлові умови, якість та безпеку харчових продуктів і питної води тощо.

Перелічені умови довілля певним чином визначають нерівність у здоров'ї населення. Незважаючи на широкий перелік цих умов, більшість експертів та науковців в економічно розвинених країнах не має єдиного погляду щодо того, яка частка припадає на ці умови у співвідношенні детермінант, які забезпечують здоров'я населення. Існує думка, що довілля становить лише 10% [23–25].

Разом з цим, за оцінюванням ВООЗ, у світі 24% захворюваності (втрачені роки життя) та приблизно 23% смертельних випадків (передчасна смертність) пов'язані з детермінантами довілля [26]. Серед дітей віком 0-14 років частка смертей, зарахованих до умов довілля, становить 36%. Спостерігаються також значні регіональні відмінності щодо внеску умов в різні захворювання – через різницю у впливі різних детермінант та доступності медичної допомоги за регіонами. Наприклад, 25% всіх смертей у регіонах, що розвиваються, були пов'язані з проблемами довілля, тоді як лише 17% випадків смерті пояснювалися такими причинами в розвинених регіонах [26]. Хоча це є доказом значного впливу умов НС на рівень захворюваності, однак ця оцінка консервативна, адже немає достатньо доказів такого впливу за багатьма класами хвороб. Крім цього, у багатьох випадках причинно-наслідкові зв'язки між екологічною небезпекою та рівнем захворюваності є складним.

Згідно з оцінюванням Регіонального бюро ВООЗ, в Європі на частку екологічних чинників, таких як доступ до чистої води та санітарно-гігієнічних послуг, житлові умови, якість повітря, середовище на роботі й схильність до впливу екстремальних погодних умов, припадає 13–20% тягаря хвороб. У всіх європейських країнах існують нерівності щодо впливу чинників довкілля на здоров'я. І ці нерівності можуть доходити до крайності: в найменш забезпечених групах схильність несприятливих впливів часто буває, як мінімум у п'ять разів вища, ніж у групах з високим рівнем доходів.

За даними авторського соціологічного обстеження, серед детермінант, які, на думку респондентів, найбільше впливають на стан їхнього здоров'я, довкілля має 23%. Це повністю збігається з оцінками ВООЗ, наведеними вище.

Багато захворювань та смертей викликано шкідливим впливом довкілля. Дослідження ризиків та небезпечних детермінант, пов'язаних із довкіллям, має важливе значення для діагностики хвороб, які їх викликають. Ця інформація також корисна для лікарів, які мають розрізняти безпечні від небезпечних детермінант та роз'яснити це пацієнтам. Загалом умови довкілля беруть участь в етіології практично кожної хвороби. Для діагностики захворювань переважно екологічного походження лікарі мають здійснити ретельне екологічне оцінювання в їхньому анамнезі.

Експерти ВООЗ наводять дані досліджень, за якими понад 5% усіх смертей як у світі, так й в Україні, пов'язані із забрудненням атмосферного повітря (табл. 6.6). Основною причиною цих смертей є хвороби системи кровообігу (ХСК) – ішемічна хвороба серця (ІХС) та інсульти (72%), а також хвороби органів дихання, у тому числі онкологічного характеру.

Таблиця 6.6

Деякі глобальні чинники ризику смертності населення у світі, пов'язані з довкіллям

Чинники ризику	Причини смерті	Додаткова смертність в світі, кількість випадків на рік і частка від загальної кількості випадків смерті, %	Додаткова смертність в Україні, тисяч випадків на рік і частка від загальної кількості випадків смерті, %
Забруднення атмосферного повітря (ЗАП)	72% – ІХС та інсульти; 14% – хронічної обструктивної хвороби легень (ХОЗЛ) або гострих інфекцій нижніх дихальних шляхів, 14% – онкозахворювання легень. Інша можлива причина: ГРЗ у дітей до 4 років	У містах: РМ – до 3% смертності від ХСК і хвороб органів дихання (ХОД) серед дорослих; 5% смертності від онкозахворювання трахеї, бронхів і легень; 1% смертності дітей від гострих респіраторних захворювань (ГРЗ)	35,0 тис. / 5,3%
Забруднення повітря у житлових приміщеннях, у т. ч. при спалюванні твердого палива (вугілля)	34% – інсульт; 25% – ІХС; 22% – ХОЗЛ; 13% – пневмонії; 5% – онкозахворювання легень. Інші можливі причини: ГРЗ у дітей до 5 років, туберкульоз, мертвонародження	4,3 млн. / 7,6 %	9,6 тис. / 1,4%
Забруднення та інфікування води, інфікування продуктів харчування	Діарея, гепатит А, шистоматоз, тиф, холера, лихоманка, паразитози	Від діареї – 1,6 млн. / 2,8%	15,3 тис. / 2,3%
Свинець	затримка росту у дітей, зниження IQ, ХСК, анемія, ХОТ	0,5 млн. / 0,9%	1,3 тис. / 0,2%
Потепління клімату	Кліщовий енцефаліт, діарея, паразитози	Приблизно 150 тис. / 0,3%	0,6 тис. / 0,1%
Умови праці	Онкозахворювання трахеї, бронхів, легень, лейкемія, мезотеліома ХОД, травми	Приблизно 750 тис. / 1,3%	0,7 тис. / 0,1%
ДТП	Смертельні випадки від травм	1,2 млн. / 2,1%	4,5 тис. / 0,7 %

Джерело: узагальнено автором за [27].

Фактичні дані свідчать, що через забруднення повітря втрачається в середньому вісім місяців, а в найбільш густонаселених містах – понад два роки життя. Забруднення повітря є одним з основних чинників ризику для здоров'я, пов'язаних із довкіллям. Знижуючи рівень забруднення повітря, країни можуть зменшувати тягар таких хвороб, як інсульт, хвороби серця і онкозахворювання легенів, а також хронічні й гострі респіраторні захворювання, в тому числі астма.

Чим нижчий рівень забруднення повітря, тим кращим є здоров'я систем дихання та кровообігу як у тривалій, так і в короткостроковій перспективі.

За оцінюванням експертів ВООЗ, у 2012 р. через забруднення атмосферного повітря в містах і сільських районах у світі загалом зафіксовано 3,7 млн. випадків передчасної смерті людей. Приблизно 88% таких випадків сталося в країнах із низьким і середнім рівнями доходу населення.

Зменшення викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря можливе за обмеження використання домашніх енергосистем, що працюють на вугіллі та біомасі, спалювання сільськогосподарських відходів, за запобігання лісовим пожежам і скорочення деяких видів ведення агролісового господарства (наприклад, виробництво деревного вугілля). Це сприяє зменшенню основних джерел забруднення повітря в містах і передмістях, що розвиваються.

Зниження рівня забруднення атмосферного повітря сприяє також зменшенню викидів CO₂ і швидшій утилізації забруднювачів, таких як частинки сажі й метан, відповідно зумовлюючи пом'якшення зміни клімату в найближчій і довгостроковій перспективах.

Приблизно 7 млн. випадків передчасної смерті спричинені забрудненням атмосферного повітря і повітря всередині приміщень. На сьогодні це один із найбільш значних глобальних чинників ризику для здоров'я. Його можна

порівняти також з таким чинником ризику для здоров'я, як тютюнопаління. Хоча він за значимістю поступається лише чинникам ризику, пов'язаним із гіпертонією і харчуванням.

За оцінюванням ВООЗ, приблизно 80% випадків передчасної смерті через забруднення атмосферного повітря зафіксовані як наслідок ішемічної хвороби серця та інсульту, 14% – хронічної обструктивної хвороби легень або гострих інфекцій нижніх дихальних шляхів і 6% – онкозахворювання легенів.

За оцінюванням Міжнародного агентства ВООЗ з вивчення раку (МАВР) [28], забруднення атмосферного повітря є канцерогенним для людей. Відповідно забруднення повітря твердими частинками найтісніше пов'язане з підвищеною онкозахворюваністю, особливо легенів. Спостерігається також взаємозв'язок між забрудненням атмосферного повітря і онкозахворюваністю сечовивідних шляхів / сечового міхура.

Так, у 2012 р. забруднення атмосферного повітря в містах і сільських районах призвело до 3,7 млн. випадків передчасної смерті у світі; ця смертність спричинена впливом дрібних твердих частинок діаметром 10 або менше мікронів, які призводять до розвитку серцево-судинних, респіраторних і онкологічних захворювань.

Жителі країн із низьким і середнім рівнями доходу піддаються непропорційному впливу тягаря забруднення атмосферного повітря – 88% (із 3,7 млн. випадків передчасної смерті у цих країнах).

Вплив забруднювачів повітря на здоров'я населення в країнах Південно-Східної Європи, до яких належить Україна, є одним із найвищих в європейському регіоні. Зокрема, приблизно 95% населення регіону живе у містах, де концентрація шкідливих речовин в атмосферному повітрі у 2–3 рази перевищує гранично допустимі рівні (ГДР), рекомендовані ВООЗ [29].

Показники смертності, пов'язані з впливом довкілля, в Україні є одними з найвищих в Європі. Зокрема, в Україні, за даними ВООЗ, СКС, пов'язаний із НС, майже у два рази вищий, ніж у Польщі, та у 4,5 разу, як у Швеції (табл. 6.7). В Україні суттєво вищий рівень смертності, пов'язаної з довкіллям, як від інфекційних хвороб, так і від неінфекційних хвороб і травм. Загалом кількість смертей, пов'язаних з довкіллям, в Україні становить приблизно 135 тис. на рік. Це дорівнює приблизно 20% від загальної кількості випадків смерті, що також є вищим показником порівняно з країнами ЄС, зокрема Швецією та Польщею.

Таблиця 6.7

**Показники смертності, пов'язаної
з впливом довкілля, 2013 р.**

		Польща	Швеція	Україна
1	СКС ² разом (на 100 000 населення)	95,4	41,4	186,5
2	СКС через інфекційні, паразитарні, неонатальні та харчові захворювання (на 100 000 населення)	0,7	1,0	4,4
3	СКС через неінфекційні захворювання (на 100 000 населення)	83,8	35,0	158,6
4	СКС через травми (на 100 000 населення)	10,8	5,3	23,5
5	% випадків смертей, пов'язаних із НС	16	10	20
6	% DALY, пов'язані з НС	15	12	18

Джерела: [8; 30].

З 1990 по 1997 р. в Україні спостерігалась тенденція до зменшення обсягів викидів забруднюючих речовин в атмосферу, насамперед від стаціонарних джерел забруднення (рис. 6.12). Однак після 1997 р. ця тенденція змінилась, і обсяги викидів або незначно зростали, або незначно зменшувалися.

² Пов'язані з НС.

лись. Загалом за 1997–2013 рр. обсяги викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря підвищилися, насамперед через пересувні джерела забруднення (на 69%), що пов'язано з постійним зростанням кількості одиниць автотранспорту. Як підсумок, відбулось значне зростання внеску відпрацьованих газів у забруднення атмосферного повітря, особливо великих міст України.

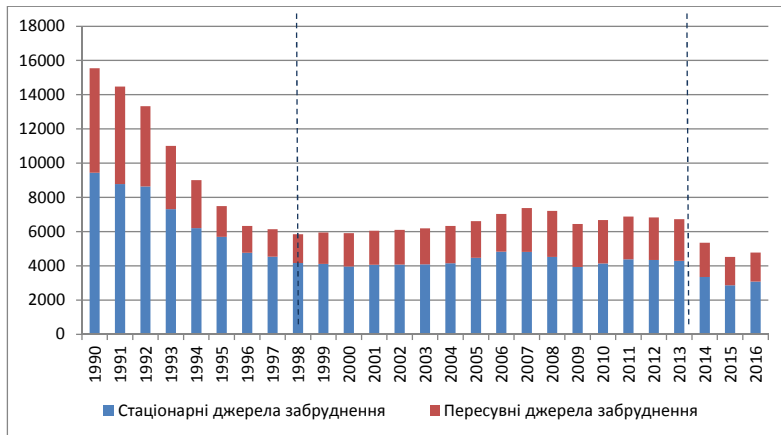


Рис. 6.12. Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря в Україні, т на рік

Джерело: [31].

Як і у разі з іншими офіційними статистичними показниками, дані щодо забруднення за 2014–2016 рр. не містять інформації про тимчасово окуповану територію Автономної Республіки Крим, м. Севастополь та частину зони проведення АТО, а тому не можуть бути враховані в ході оцінювання динаміки цих процесів.

За даними авторського опитування, лише 57,3% населення країни оцінює повітря у районі свого мешкання як чисте. У

міських поселеннях таких осіб значно менше – 48,7% (табл. 6.8). Ці дані умовно збігаються із даними офіційної статистики, за якою атмосферне повітря більш забруднене у містах.

Таблиця 6.8

**Чистота повітря у місці проживання
(за самооцінкою населення)**

	Разом		Міські поселення		Сільська місцевість	
	Частота	%	Частота	%	Частота	%
Так	687	57,3	387	48,7	300	74,1
Ні	453	37,8	366	46,0	87	21,5
Важко відповісти	60	5,0	42	5,3	18	4,4
Разом	1200	100,0	795	100,0	405	100,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Спостерігається чітка залежність між станом атмосферного повітря і тим, які детермінанти людина визначає як провідні у впливі на своє здоров'я (табл. 6.9). Так, серед опитаних, які вважають повітря у регіоні проживання забрудненим, екологічним детермінантам порівняно з іншими чинниками надають більш вагому роль у впливі на стан свого здоров'я 28% осіб. Ті ж респонденти, які схиляються до думки, що вони мешкають на території з чистим повітрям, екологічним детермінантам віддають перевагу 18% індивідуумів, вважаючи, що на стан їхнього здоров'я здійснюють більш суттєвий вплив інші детермінанти (табл. 6.9).

Результати логістичної регресії за проведеним опитуванням доводять залежність стану здоров'я (шанси мати/не мати хронічне захворювання) від чистоти атмосферного повітря (табл. 6.10). Зокрема, проживання у місцевостях з забрудненим атмосферним повітрям насамперед збільшує шанси мати хронічні захворювання ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин (в 1,9 разу) та системи кровообігу (в 1,8 разу). Частково це стосується хвороб органів дихання. Разом з тим, населення, яке проживає на території з відносно чистим повітрям має більше шансів не мати жодного хронічного захворювання (в 1,5 разу).

Таблиця 6.9

Залежність між оцінкою стану атмосферного повітря та значенням екологічних детермінант для здоров'я населення

			Чи є екологічні детермінанти провідними у впливі на стан здоров'я населення		Разом	
			Ні	Так		
Чи можете Ви стверджувати, що у районі, де Ви мешкаєте, чисте повітря?	Так	Осіб	389	298	687	
		%	56,6	43,4	100,0	
	Ні	Осіб	176	277	453	
		%	38,9	61,1	100,0	
	Важко відповісти	Осіб	36	24	60	
		%	60,0	40,0	100,0	
Разом			Осіб	601	599	1200
%			50,1	49,9	100,0	

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Таблиця 6.10

Вплив стану атмосферного повітря на шанси мати (не мати) хронічне захворювання (все населення)

Класи хвороб	Район проживання має чисте повітря (відповідь ні)		
	OR	CI 95%	p
Хвороби системи кровообігу	1,853	1,383–2,484	$p \leq 0,001$
Хвороби органів дихання	1,690	1,087–2,630	$p \leq 0,05$
Хвороби ендокринної системи, розлади харчування та порушення обміну речовин	1,928	1,159–3,213	$p \leq 0,01$
	Район проживання має чисте повітря (відповідь так)		
	OR	CI 95%	p
Відсутність жодного хронічного захворювання	1,460	1,139–1,872	$p \leq 0,01$

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Найбільше атмосфера в Україні забруднена оксидом вуглецю (CO) (41,9%) (рис. 6.13). При цьому жодних тенденцій до зменшення обсягу викидів цієї речовини у розрахунку на душу населення немає (рис. 6.14). CO утворюється за неповного згоряння вуглецевих речовин. У повітря CO потрапляє внаслідок спалювання твердих відходів, з вихлопними газами і викидами промислових підприємств.

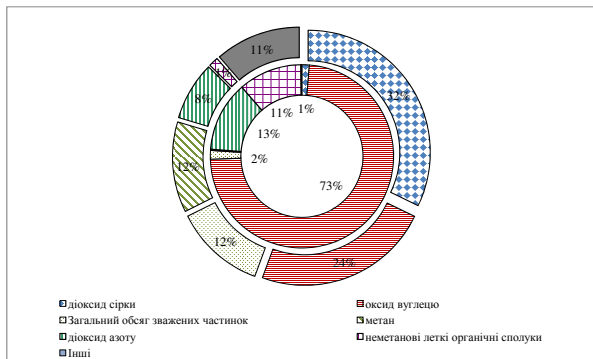


Рис. 6.13. Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря в Україні (зовнішнє коло – стаціонарні джерела забруднення; внутрішнє – пересувні)

Джерело: [31].

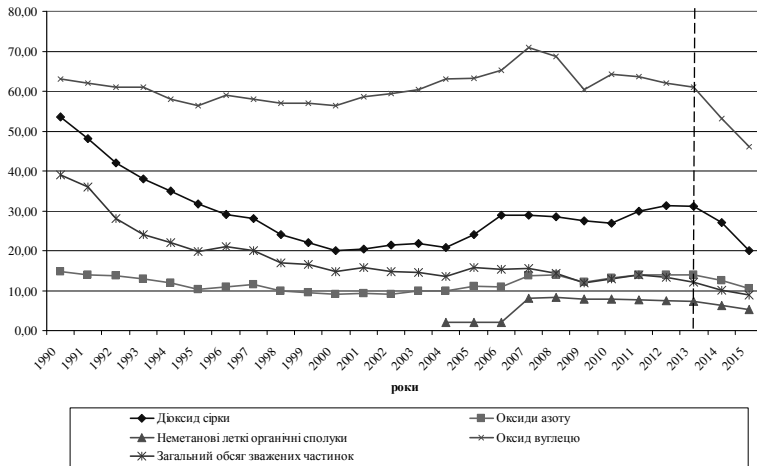


Рис. 6.14. Викиди основних забруднюючих речовин в атмосферне повітря в Україні (кг на одну особу)

Джерело: [31].

Унаслідок вдихання у великих кількостях CO швидко надходить у кров, міцно з'єднується з гемоглобіном крові, підвищує кількість цукру в крові, послаблює подачу кисню до серця, що перешкоджає нормальному постачанню органів і тканин киснем, негативно впливаючи насамперед на нервову і серцево-судинну системи [32, с. 13]. У здорових людей цей ефект виявляється в зменшенні здатності виносити фізичні навантаження. У людей з хронічними хворобами серця він може впливати на життєдіяльність організму загалом. У разі перебування на автомагістралі з інтенсивним рухом транспорту протягом 1–2 год. у деяких людей із хворим серцем можуть спостерігатися різні симптоми погіршення стану здоров'я [33].

CO також легко проникає через плаценту і впливає на плід, який чутливий до будь-якої нестачі кисню. Причому

цей вплив є настільки значним, що може становити загрозу для нормального розвитку плода.

Особливо чутливими до впливу CO є індивідууми, чия здатність транспортування кисню знижена через анемію або гемоглабіноз, насамперед діти та літні люди; ті, хто потребує додаткового надходження кисню через лихоманку, гіпертиреоз або вагітність; особи з ішемічною хворобою серця, з церебральним або загальним артеріосклерозом. Крім цього, діти і підлітки, в яких легені працюють краще, досягають рівня інтоксикації CO швидше, ніж здорові дорослі. До групи ризику належать також курці, чий стартовий рівень CO вищий, ніж у тих, хто не палить.

Друге місце за обсягами викидів в атмосферне повітря в Україні займає діоксид сірки (SO_2) (18%), який надходить у НС унаслідок здійснення викидів підприємствами теплоенергетики і комунально-побутовими секторами, транспортом. Від 2000 р. обсяги викидів SO_2 в Україні практично не змінюються та становлять 29–32 кг на одну особу. Вплив SO_2 в концентраціях, вищих ГДК, може спричинювати порушення функцій дихання і суттєве збільшення кількості різних хвороб дихальних шляхів, характеризується дією на слизові оболонки, запаленням носоглотки, трахеї, бронхітом, кашлем, хрипотою і біллю в горлі. Особливо висока чутливість до дії SO_2 спостерігається у людей із хронічними порушеннями органів дихання, з астмою. При спільних концентраціях діоксиду сірки і зважених частинок (у вигляді сажі) в середньому за добу вище, як 200 мкг/м^3 , у дорослих і дітей спостерігаються незначні зміни у функціонуванні легень, що спричиняє захворювання дихальних шляхів. Так, наприклад, бронхіти значно частішають за підвищення рівня оксидів сірки в повітрі [33]. Разом з цим, висока концентрація SO_2 призводить до підвищення рівня захворюваності та смертності від ХСК. Крім цього, коли SO_2 поєднується з водою, утворюється

сірчана кислота, яка є основним компонентом небезпечних для здоров'я людини кислотних дощів.

Приблизно однаковими нині є обсяги викидів в атмосферне повітря оксиду азоту, зокрема діоксиду азоту (NO_2), та зважених частинок (ЗЧ).

Основними джерелами антропогенних викидів NO_2 є процеси згоряння (обігрівання, вироблення електроенергії, функціонування двигуна в транспортних засобах тощо).

Оксиди азоту подразнюють і роз'їдають слизові оболонки очей і легенів, підвищують сприйнятливість до інфекційних захворювань, спричиняють бронхіт і пневмонію. Якщо в повітрі містяться спільно оксиди азоту та діоксид сірки, то виникає ефект синергізму, тобто посилення токсичності цієї газоподібної суміші. Частики розміром менш як 5 мкм здатні проникати в лімфатичні вузли, затримуватися в альвеолах легенів, засмічувати слизові оболонки [34, с. 233]. Епідеміологічні дослідження засвідчили, що симптоми бронхіту у дітей з бронхіальною астмою збільшуються в зв'язку з тривалим впливом NO_2 . Усі перелічені умови докільля певним чином визначають нерівність у здоров'ї населення. Незважаючи на широкий перелік цих умов, більшість експертів і науковців в економічно розвинених країнах не має єдиного погляду щодо їхньої частки у співвідношенні детермінант, які забезпечують здоров'я населення.

ЗЧ містять пил, золу, сажу, дим, сульфати, нітрати. Залежно від складу вони можуть бути і високотоксичними, і майже нешкідливими. ЗЧ утворюються внаслідок згорання всіх видів палива: при роботі двигуна автомобілів і при виробничих процесах. При проникненні ЗЧ в органи дихання відбувається порушення систем дихання і кровообігу. Небезпечним є поєднання високих концентрацій зважених речовин і діоксиду сірки. Люди з хронічними порушеннями в легенях, ХСК, частими простудними захворюваннями, особи похило-

го віку та діти дуже чутливі до впливу дрібних ЗЧ. Пил та аерозолі не тільки ускладнюють дихання, а й призводять до кліматичних змін, оскільки відображають сонячне випромінювання та ускладнюють відведення тепла від Землі.

В європейському регіоні вплив ЗЧ зменшує тривалість життя кожної людини в середньому майже на 1 рік здебільшого через підвищений ризик розвитку хвороб системи кровообігу, респіраторних захворювань та онкозахворювання легень. Останні дослідження 25 міст ЄС засвідчили, що середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) може бути збільшена приблизно до 22 місяців у найбільш забруднених містах, якщо в довгостроковій перспективі концентрація ЗЧ буде скорочена удвічі.

Також необхідно зауважити, що, крім цього, забруднюючі речовини, які утворюються від спалювання побутових твердих видів палива на відкритому вогні або в традиційних печах, підвищують ризик розвитку гострих інфекцій нижніх дихальних шляхів і пов'язану з ними смертністю серед дітей молодшого віку; забруднення повітря всередині приміщень за використання твердого палива також є одним з основних чинників ризику розвитку серцево-судинних захворювань, хронічної обструктивної хвороби легень і онкозахворювання легенів у дорослих [23–25].

Проведений кореляційний аналіз між рівнями смертності та захворюваності з обсягами викидів шкідливих речовин в атмосферне повітря засвічує, що вищеперелічені речовини-забруднювачі негативно впливають на стан здоров'я українського населення. Загалом цей вплив не визначальний, оскільки значення показників кореляції не є високими (наприклад, кумулятивний вплив усіх забруднюючих речовин на поширення хвороб становить $R = 0,583$). Однак у будь-якому разі це підтверджує факт впливу забруднювачів атмосферного повітря на рівень захворюваності та смертності в Україні. Особливо це стосується мешканців

міських поселень, показники кореляції в яких є вищими, ніж аналогічні у сільській місцевості. Населення сучасних міст має підвищений ризик розвитку як канцерогенних, так і неканцерогенних ефектів. Встановлено, що тільки за дії 5-ти ідентифікованих у повітрі сполук можна очікувати зростання кількості захворювань органів дихання, імунної системи, вроджених вад розвитку тощо [35, с. 31].

Наведені розрахунки засвідчують, що шкідливі викиди:

– CO частково зумовлюють захворюваність та смертність від деяких інфекційних і паразитарних хвороб (ДІПХ) (рис. 6.15) та меншою мірою смертність від ХСК та злоякісних новоутворень органів травлення, що є опосередкованою причиною смерті 21–22,0 тис. осіб щорічно;

– SO₂ впливає на підвищення смертності та захворюваності ОД. Особливо високі показники кореляції між захворюваністю на гострий і повторний інфаркти, що підтверджує думку про те, що людина, яка має шкідливі звички, більш вразлива до впливу забруднювачів повітря і т. ін. Забруднення повітря названою речовиною є причиною смерті 9–10 тис. осіб щорічно;

– NO₂ має вплив на ХСК і смертність від злоякісних новоутворень. Загалом сумарний канцерогенний ризик для здоров'я населення населених пунктів, що створюється ідентифікованими сполуками, у 2014 р. досяг показника 1,8–7,3 кількості випадків онкозахворювань на 1 тис. осіб. Це зумовлює щорічний приріст екологічної детермінанти, пов'язаної з онкологічними захворюваннями, до 10,4 від кількості випадків на 100 тис. населення. Такий рівень ризику суттєво перевищує міжнародні прийнятні показники ризику і потребує вжиття заходів до його зниження [35, с. 31]. Унаслідок забруднення атмосфери NO₂ в Україні щорічно помирає приблизно 5,5 тис. осіб;

– ЗЧ незначно впливають на смертність від ДІПХ, злоякісних новоутворень та ХОД, але при цьому такі викиди є причиною смерті приблизно 3,5 тис. осіб у нашій країні.

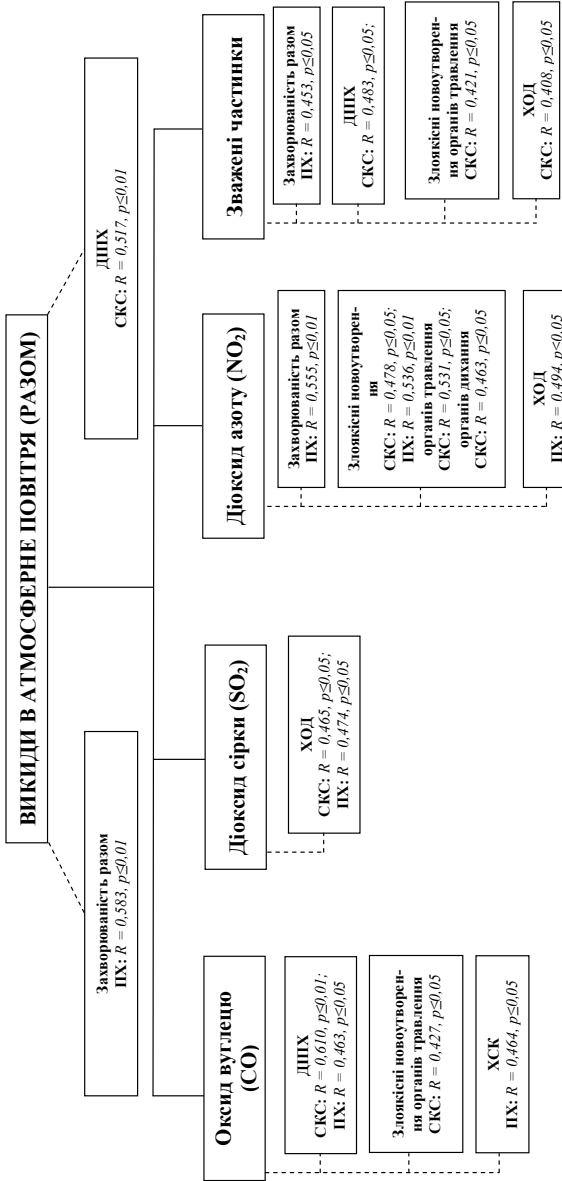


Рис. 6.15. Вплив забруднювачів атмосферного повітря на стан здоров'я населення України³

Джерело: власна розробка автора.

³ Умовні позначення: СКС – стандартизований коефіцієнт смертності; ПХ – поширеність хвороб; ДПХ – деякі інфекційні та паразитарні хвороби; ХСК – хвороби сис-теми кровообігу; ХОД – хвороби органів дихання.

Так, окрім забрудненого атмосферного повітря, на стан здоров'я населення України впливають й інші екологічні детермінанти, такі як забруднення (насамперед пестицидами) земельних і водних ресурсів, що зрештою також має антропогенне економічне походження. Однак масштаби цього впливу, за розрахунками, порівняно із забрудненням атмосферного повітря, не такі значні.

Для оцінювання впливу забруднення довкіллям на стан здоров'я населення загалом використано інтегральний показник стану навколишнього природного середовища (ІПСНПС), який запропонували укладачі статистичного бюлетеня «Регіональний людський розвиток» [36]. Цей показник характеризує комфортність проживання за наявного стану навколишнього природного середовища; є інтегрованою оцінкою показників стану земельних і водних ресурсів та атмосферного повітря.

Проведені розрахунки засвідчують, що забруднення довкілля найбільше впливає на рівень смертності від злоякісних новоутворень органів травлення (передусім шлунка) ($R=0,661$, $p \leq 0,01$) та меншою мірою – злоякісних новоутворень органів дихання ($R=0,468$, $p \leq 0,05$).

В Україні існує суттєва регіональна диференціація щодо рівня забруднення атмосферного повітря і відповідно неоднакового його впливу на стан здоров'я населення. Зменшення обсягів викидів за останні 25 років (рис. 6.16) суттєво цю диференціацію не змінили. Як і раніше, значно вищими є обсяги викидів забруднюючих речовин в атмосферу як на кілометр квадратний, так і на душу населення, у Дніпропетровській, Донецькій та Луганській областях (рис. 6.16). У цих областях найбільша щільність населення, яке мешкає в межах санітарно-захисних зон промислових підприємств і піддається несприятливому впливу шкідливих умов довкілля, що є порушенням вимог Державних санітарних

правил планування та забудови населених місць. У міських поселеннях 3,0% проб (6496 із 219880) атмосферного повітря містять забруднюючі речовини у концентраціях, що перевищують гранично допустимі, у сільських поселеннях – 1,3%.

Вищеназвані області є також «лідерами» за окремими видами забруднюючих речовин (табл. 6.11). Понад 70% від загальної кількості викидів СО припадає на Дніпропетровську та Донецьку області; понад 50% викидів SO_2 – на Донецьку, Дніпропетровську та Івано-Франківську; понад 50% викидів NO_2 – на Донецьку, Дніпропетровську та Запорізьку, а 50% ЗЧ – на Донецьку та Дніпропетровську області. При цьому перераховані області, крім Івано-Франківської, мають високі показники смертності та захворюваності на хвороби, зумовлені впливом умов довкілля (рис. 6.17).

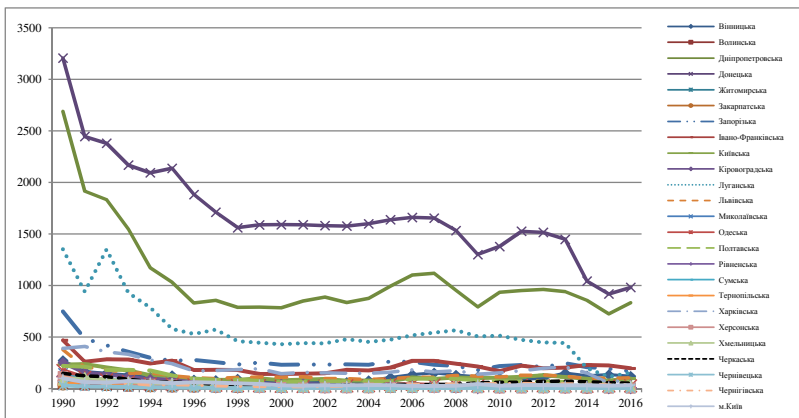


Рис. 6.16. Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення за регіонами України, тис. т

Джерело: [31].

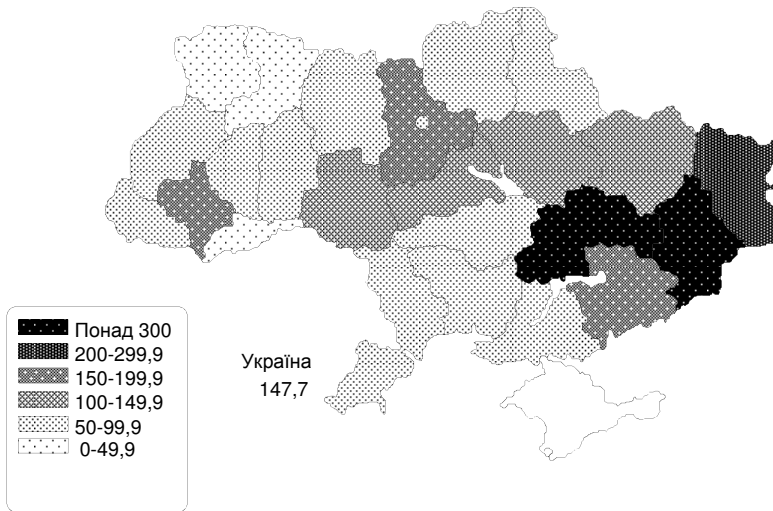


Рис. 6.17. Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря від стаціонарних та пересувних джерел забруднення, кг на одну особу, 2015 р.

Джерело: [31].

Інший вектор впливу довкілля на стан здоров'я населення – це житлові умови. Погані житлові умови давно визнані джерелом погіршення стану здоров'я. Ще у XIX ст. працівники охорони здоров'я звернули увагу на низький рівень санітарії та недостатню вентиляцію як одні з причин виникнення інфекційних захворювань. Із часом кількість доказів, що якість житла пов'язана із рівнем здоров'я населення, його смертністю та захворюваністю на інфекційні хвороби, хронічними захворюваннями, травмами і психічними розладами, щораз зростала. Думка про те, що житлові умови є одними з основних, які зумовлюють нерівність щодо здоров'я, одна з домінуючих у наукових та практичних розробках, пов'язаних із вивченням СЕД.

Таблиця 6.11
Викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря, 2014 р.

№	Області	Забруднюючі речовини															
		Всі речовини		Оксид вуглецю				Діоксид сірки				Діоксид азоту				Зважені частинки	
		%	кг на одну особу	міс-це	%	кг на одну особу	міс-це	%	кг на одну особу	міс-це	%	кг на одну особу	міс-це	%	кг на одну особу	міс-це	
																	кг на одну особу
1	Донецька	33,7	332,2	1	36,5	84,3	2	30,6	97,1	2	23,6	18,0	2	33,6	39,8	1	
2	Дніпропетровська	35,7	363,0	2	35,7	109,0	1	16,7	69,8	3	16,4	16,5	3	21,3	33,3	2	
3	Луганська	10,3	136,6	3	12,7	57,0	3	6,6	40,7	7	9,1	13,5	4	8,1	18,6	4	
4	Івано-Франківська	4,7	146,8	4	0,4	26	11	10,7	106,6	1	4,7	11,4	5	4,5	16,8	5	
5	Запорізька	5,7	138,1	5	7,1	40,2	4	8,1	63,1	2	12	22,6	1	3,1	9,0	7	

Джерело: розраховано автором за [31].

Разом з цим, емпіричні свідчення щодо причинно-наслідкового зв'язку між житлом та здоров'ям досі є недостатніми. Дотепер в європейському регіоні щороку від несприятливих житлових умов помирає приблизно 100 тис. осіб. Ще значна кількість населення через цю причину має захворювання дихальної, нервової та серцево-судинної систем, новоутворення, а також отримує травми, отруюється тощо [37].

Науковці виокремлюють також два різні шляхи, за якими депривація житла впливає на стан здоров'я: вплив околиць та наслідки окремого житлового приміщення. При цьому спільна експертиза обох шляхів та їхніх масштабів у вітчизняній науковій літературі відсутня. Частково це пов'язано із недостатністю статистики з цього питання.

Експерти ВООЗ [37] до вищезазначеного також додають такі чинники ризику:

1. Сирість і пліснява в житловому приміщенні, які найбільше впливають на зростання смертності (0,07 випадків смерті від цієї причини) та захворюваності на бронхіальну астму, особливо серед дітей. У сирих приміщеннях більш високий ризик респіраторних захворювань та наявність таких загальних симптомів, як втома, головний біль, запаморочення і труднощі в концентрації уваги [38]. Сирість може так само посилювати соціальну ізоляцію, оскільки люди соромляться запрошувати до себе в гості друзів і родичів [39, с. 28].

Часто сирість та пліснява пов'язані із зношеністю житла. За даними ДССУ, 1/3 населення України мешкає у будівлях, які побудовані понад 50 років тому (у сільській місцевості – 38%), і лише 2,3% – у будівлях, збудованих після 2001 р. (у сільській місцевості – 1,7%). На початок 2016 р. кількість старих і аварійних будинків становила 59,9 тис. од. (2013 – 3,8 млн.), в яких проживало 88,5 тис. осіб (2013 – 89,5). Водночас 47,6% населення мешкає у житлі, в якому ніколи

після будівництва не було капітального ремонту. Виділення коштів на капітальний ремонт житла в Україні у 2013 р. порівняно із 1991 р. зменшилося в декілька разів і становить у середньому 10% [40]. Капітальний ремонт житла практично не здійснюється: у 2016 р. було відремонтовано тільки 0,1% від загальної площі житла, причому капітальні ремонти проводилися лише у 6 регіонах України [41]. Як наслідок, 1/3 будинків в Україні потребує поточного або капітального ремонту. Нестача коштів на ремонт призводить, окрім зміни вологості та температурного режиму, втрат води, тепла і руйнування споруд, до збільшення витрат мешканців будинків на забезпечення власних побутових потреб. Такий стан справ з якістю житла не може не вплинути на здоров'я тих, хто в ньому мешкає. Додатковим підтвердженням того, що житлові умови – це одна з визначальних детермінант захворюваності на астму, є результати авторського дослідження. За даними дослідження, серед тих опитаних, хто має хронічну астму, всі мешкають у поганих або задовільних житлових умовах.

2. Безпосередньо з якістю житлових приміщень пов'язаний рівень травматизму. За даними ВООЗ, на смертельні травми, пов'язані із житловими приміщеннями, припадає 7,5 тис. випадків смерті в європейському регіоні. На важливість проектування будинку для уникнення травм звертають увагу багато науковців. Зокрема, на думку Р. Рансона [42], атрибутами низькоякісного житла, які підвищують ризик травми, є такі: відкриті джерела опалення, незахищені вікна верхніх поверхів, підвіконня низької висоти, слизькі поверхні, тонкі скляні вікна в місцях з високою ймовірністю контакту, неналежно спроектовані сходи з недостатнім освітленням тощо. Будівництво і матеріали будівель впливають на ризик отримання травми внаслідок пожеж. Ці небезпеки частіше присутні в тимчасових приміщеннях, але спостерігаються також у постійному житлі.

За дослідженнями Дж. Крайгер і Д. Хігінса [43], з житлом безпосередньо пов'язані ХСК та загальна смертність. Населення, що мешкає в орендованому житлі, характеризується вищим рівнем смертності, ніж ті особи, які мають власне помешкання (за умови однакових інших СЕД). Вплив на здоров'я низької якості житла може поєднуватись із проблемними сусідами, неякісними комунальними послугами, високим рівнем безробіття, недостатнім транспортним сполученням та відсутністю (недостатністю) місць відпочинку, екологічною небезпекою, насильством тощо.

Проте в Україні дотовірна статистика домашнього травматизму відсутня.

3. Перенаселеність житла є одним із найважливіших показників якості житлових умов. За дослідженнями, висока щільність заселення житла викликає високий рівень таких захворювань, як менінгококове [44], туберкульоз [37] і гепатит [45]. Якщо в житловому приміщенні знаходиться інфікований хворий, поширення інфекції більш імовірно в умовах перенаселеності житла.

Туберкульоз, пов'язаний з перенаселеністю житла в субрегіонах В і С Європейського регіону, є щорічно причиною 0,8 випадків смерті (СКС).

Із перенаселенням житла чи неналежними житловими умовами також пов'язані психологічний дискомфорт і стреси, які можуть спричинювати хвороби системи кровообігу, нервової системи, психіки та загострювати будь-які інші захворювання. Дослідження впливу скупченості на психічне здоров'я свідчать про високу кореляцію між депресією, психологічними симптомами, смертністю внаслідок нещасних випадків і насильницькою смертністю (в тому числі самогубства). Несприятливий вплив на психічне здоров'я починає виявлятися, коли щільність заселення житла становить 1,5 особи на кімнату [45]. Згідно з проведеними

розрахунками, в Україні нестача житлової площі корелюється із СКС унаслідок самоушкодження ($R=0,432$; $p \leq 0,05$), що свідчить про те, що перенаселеність житла впливає на психічне здоров'я українців.

При цьому, незважаючи на певне зростання в Україні за останні десятиріччя середнього розміру як загальної, так і житлової площі на одну особу, цей показник і надалі залишається нижчим за середньоєвропейський. Так, середній розмір житлової площі в Україні у 2016 р. становив $16,0 \text{ м}^2$ на одну особу (табл. 6.12), тоді як у Польщі – $26,3 \text{ м}^2$, а у багатьох розвинутих країнах Європи перевищує 38 м^2 [40]. Певним нормативом у цьому може бути показник, визначений у Звіті Лондонської міської адміністрації «Стандарти житлової площі» – 22 м^2 [46].

Таблиця 6.12

Щільність заселення житла домогосподарств в Україні

Індикатор	Одиниця виміру	Всі домогосподарства	у т. ч. які проживають			
			у міських поселеннях			у сільській місцевості
			у великих містах	у малих містах	всього	
Середній розмір загальної площі ²	м^2 на одну особу	24,2	20,9	25,1	22,7	27,0
Середній розмір житлової площі	м^2 на одну особу	16,0	13,5	17,0	15,0	18,0
Частка населення, яке живе у перенаселеному житлі ⁴	%	53,2	61,8	48,5	56,1	47,7
Частка дітей віком до 18 років, які живуть у перенаселеному житлі ⁴	%	75,5	81,6	70,6	77,1	72,5

Джерело: [47].

Так, частка населення, яке живе у перенаселеному житлі, в Україні є високою – 53,2%. У 2016 р. більшим цей показник є у великих містах – 61,8%. Найбільш негативно перенаселення житла може впливати на стан здоров'я дітей віком до 18 років. Враховуючи важливість для майбутнього здоров'я людини її розвиток у РПЖ, цей факт викликає особливе занепокоєння. Відповідно надзвичайно важливим питанням є зменшення перенаселення, збільшення житлової площі на одну особу. Зростання останньої, проте, зумовлено не тільки збільшенням обсягів житлового будівництва, а й скороченням чисельності населення. У зв'язку з цим пріоритетними заходами покращення ситуації може бути зменшення ставок на кредитування житла, особливо для молоді. Так, вартість і доступність житла є одними із чинників, які зумовлюють перенаселеність житлових приміщень. На даний час як в Україні, так і в більшості країн світу, комфортне житло стає менш доступним. За розрахунками О. Макарової, якщо б середньостатистична сім'я була здатна відкладати щомісяця одну заробітну плату на купівлю житла, то (умовно) для придбання 2-кімнатної квартири на вторинному ринку знадобиться від 9 років у Сумах до 23 років у Полтаві [41].

У цьому разі житло є важливим об'єктом соціальної політики, зокрема щодо забезпечення соціальної справедливості. Зниження доступності житла посилює соціальну несправедливість та нерівність і відповідно негативно впливає на стан здоров'я населення. Крім цього, через високу вартість житла залишається менший обсяг грошей для інших статей державного та місцевих бюджетів, які необхідні для збереження здоров'я, в тому числі на продовольчу безпеку, забезпечення якісною питною водою, освітою та доступом до послуг охорони здоров'я.

4. Холод у приміщеннях – це також показник якості умов проживання. Смертність від хвороб системи кровообігу без-

посередньо пов'язана з тривалим впливом надмірно низької температури в житлових приміщеннях. Так, дослідження П. Вілкінсона [48] засвідчили, що мінімуми показника смертності від хвороб системи кровообігу спостерігалися при середній денній температурі приблизно 20°C. Підвищення цього рівня, так само як зниження, збільшує ризик смертності. Основними детермінантами холодних температур для британських помешкань були: вік житла (чим старіше, тим більш холодне), відсутність / незадоволеність системою опалення, вартість опалення (найбільш висока вартість – понад холодне житло), розмір житла (чим менший, тим холодніше), низький рівень доходу домогосподарства (чим менше, тим більш холодне житло).

За оцінюванням Дж. Раджа та Р. Гілкріста [49], щорічно 38 200 додаткових випадків смерті в зимовий період в 11 європейських країнах пов'язані з низькою температурою в помешканні, що становить 12,8 додаткових випадків смерті на 100 000 осіб через холод у житлових приміщеннях.

5. Шум може призводити до стресу, який супроводжується як фізичними, так і психологічними порушеннями, з несприятливими впливами на нервову, травну, імунну та серцево-судинну системи. За даними ВООЗ, щорічно 4,8 випадків інфаркту міокарда та 30,1 випадків ішемічної хвороби серця на 100000 осіб пов'язані з шумом від руху транспорту. Для зниження впливу шуму на здоров'я українського населення необхідно насамперед затвердити Проект наказу МОЗ «Про затвердження Державних санітарних норм допустимих рівнів шуму в приміщеннях житлових та громадських будинків і на території житлової забудови» [50], який дасть змогу впорядкувати питання, пов'язані з допустимими рівнями звуку та звукових тисків й умовами виконання санітарних норм допустимого шуму. Це вкрай необхідно, оскільки санітарні норми, прийняті за колишнього СРСР на території

України не застосовуються (відповідно до розпорядження Кабінету Міністрів України № 94-р від 20 січня 2016 р.).

Необхідно також запровадити дієві механізми дотримання чинного законодавства у цій сфері: Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» («Відомості Верховної Ради України», 1994 р., № 27, ст. 218); Правил користування приміщеннями житлових будинків, затверджених Постановою Кабінету Міністрів України № 572 від 8 жовтня 1992 р. та ін.

6. Вторинний тютюновий дим (ВТД) – це дим, що заповнює житлові та громадські або інші закриті простори, де люди сплять тютюнові вироби. У керівних принципах до ст. 8 Рамкової конвенції ВООЗ з боротьби проти тютюну йдеться, що «...безпечного рівня впливу тютюнового диму» не існує. Формування довкілля, яке, на 100% вільне від тютюнового диму, є єдиним шляхом захисту людей від шкідливих наслідків вдихання вторинного тютюнового диму [51].

ВТД завдає також шкоду і тим, хто не палить, сприяючи розвитку у дітей респіраторних інфекцій та бронхіальної астми, а у дорослих – онкозахворювання легенів і уражень коронарних судин серця. За даними ВООЗ, кількість смертей, пов'язаних з ВТД, становить в європейському регіоні 7,3 особи на 100000 населення щороку.

В Україні, незважаючи на те, що згідно із Законом України «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення (№ 2899-IV від 22 вересня 2005 р.) введено заборону на куріння тютюнових виробів, а також електронних сигарет і кальянів у громадських та інших місцях, регулювання тютюнопаління в житлових приміщеннях практично не здійснюється, а кількість курців зменшується не суттєво, про що йтиметься у наступних підрозділах.

7. Однією із найбільш складних проблем є забруднення повітря у житлових приміщеннях насамперед через використання твердих видів палива та наявність диму, з чим пов'язано 1,4% випадків смерті (понад 60 тис. осіб) в Україні. У країнах ЄС цей показник суттєво нижчий – 0,3%. При цьому, за оцінюванням ВООЗ, у Швеції таких смертей за останній період не реєструється, а у Польщі зафіксовані поодинокі випадки.

Тривалий проміжок часу в Україні зменшувалась частка житла, в якому використовують тверді види палива. Частково це було пов'язано із поширенням газифікації житлових приміщень, яка на даний час становить 83,1%. Однак паливно-енергетична криза в останній період призвела до зворотного процесу. За останні роки в Україні тверді види палива подекуди замінюють природний газ. Зараз розробляються проекти переведення деяких міст на опалення твердими видами палива, наприклад, м. Тернопіль на опалення торфом, що з позиції збереження здоров'я населення викликає занепокоєння. Як і в разі із забрудненням атмосферного повітря, за таких умов страждають система кровообігу (59% від кількості випадків смерті) та органи дихання (40%).

8. Важливими характеристиками якості житла є індикатори благоустрою, серед яких: обладнання приміщень водопроводом, системами каналізації та опалення; постачання гарячої води, газу; наявність ванн і підлогових електроплит. За період з 1995 по 2016 рр. загалом в Україні покращилось обладнання житлових приміщень, особливо зросла частка тих, які оснащені опаленням та гарячою водою (рис. 6.18). Разом з цим, житлові приміщення, в яких мешкають українці, залишаються недостатньо комфортними і практично за всіма показниками, які характеризують цю комфортність, значно поступаються аналогічним у країнах ЄС. Значна частина житла в Україні залишається небезпечною для їхніх мешканців.

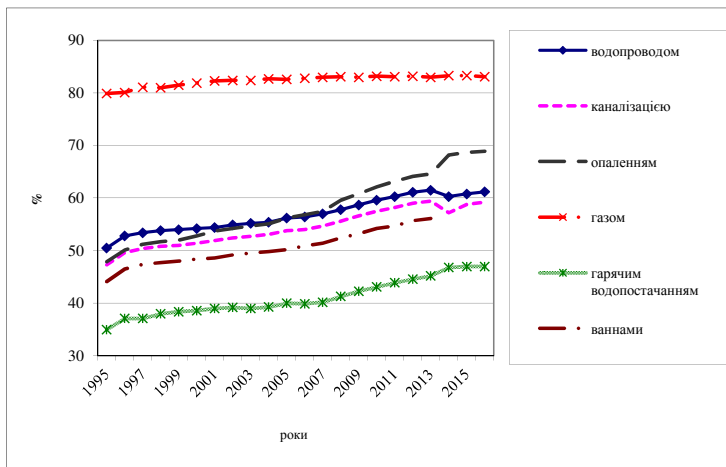


Рис. 6.18. Обладнання житлового фонду України

Джерело: [52].

Частина випадків смертей в Україні також пов'язана з негативним впливом неналежних житлових умов, зокрема з відсутністю якісної питної води та каналізації у житлових приміщеннях. В Україні лише 60,4% (у сільській місцевості тільки 27,4%) населення забезпечено водопроводом і 58,4% (відповідно 23,3%) – каналізацією. При цьому 14% житлових приміщень домогосподарств віддалені від джерел водопостачання більш ніж на 500 м (у міських поселеннях цей показник становить 30%). Гаряче водопостачання має 61,2% (у сільській місцевості 20,8%) помешкань. І це тоді, коли у більшості країн Європи, зокрема у Польщі та Швеції, забезпеченість якісною питною водою та каналізацією становить 100%.

За проведеними розрахунками, існує кореляційний зв'язок між високим рівнем забезпеченості водопроводом (1) та каналізацією (2) житлових приміщень і низьким

рівнем смертності населення від ХСК (за стандартизованим коефіцієнтом смертності): $R(1) = -0,473$, $p \leq 0,05$; $R(2) = -0,489$, $p \leq 0,01$. Це підтверджує висновки про існуючий взаємозв'язок між станом здоров'я населення, довкіллям СЕД та важливістю їхнього комплексного вивчення.

За даними авторського опитування лише 57,4% населення України оцінює свої житлові умови як «добрі» та «дуже добрі». Однак 5,3% респондентів стверджують, що мешкають у «поганих» або «дуже поганих» житлових умовах (табл. 6.13). Такі дані підтверджують наявність значних резервів і можливостей покращення житлових умов та відповідно зменшення їхнього негативного впливу на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення. При цьому суттєвих відмінностей у цих показниках між міськими поселеннями та сільською місцевістю немає.

Таблиця 6.13

**Стан житлових умов населення України
(за даними самооцінювання)**

	Разом		Міські поселення		Сільська місцевість	
	Частота	%	Частота	%	Частота	%
Дуже добрі	78	6,5	53	6,7	25	6,2
Добрі	609	50,8	405	50,9	204	50,4
Задовільні	445	37,1	292	36,7	153	37,8
Погані	59	4,9	39	4,9	20	4,9
Дуже погані	5	0,4	4	0,5	1	0,2
Важко відповісти	4	0,3	2	0,3	2	0,5
Разом	1200	100,0	795	100,0	405	100,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Таблиця 6.14

Вплив житлових умов на шанси мати (не мати) хронічне захворювання (населення загалом)

Класи хвороб	OR	CI 95%	p
Хвороби системи кровообігу			
Житлові умови: – дуже добрі та добрі	1,000		
– задовільні	1,423	1,055–1,918	$p \leq 0,05$
– дуже погані та погані	1,976	1,135–3,423	$p \leq 0,05$
Хвороби органів травлення			
Житлові умови: – дуже добрі та добрі	1,000		
– задовільні	1,156	0,528–1,371	ns
– дуже погані та погані	1,397	0,992–1,968	$p \leq 0,05$
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини			
Житлові умови: – дуже добрі та добрі	1,000		
– задовільні	1,322	1,030–1,777	$p \leq 0,05$
– дуже погані та погані	1,634	1,120–2,384	$p \leq 0,01$
Відсутність жодного хронічного захворювання			
Житлові умови: – дуже добрі та добрі	1,000		
– задовільні	1,255	1,008–1,805	$p \leq 0,05$
– дуже погані та погані	1,422	1,119–1,807	$p \leq 0,01$

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Оцінювання всіх нерівностей щодо здоров'я, пов'язаних із впливом довкілля, незважаючи на значні труднощі через обмежений обсяг фактичних даних, дає змогу отримати важливі висновки. Однак необхідні більш детальні відомості та досконалі аналітичні методи для вирішення таких основних завдань:

- кількісного оцінювання можливих наслідків для здоров'я різних підгруп населення, зумовлених впливом тих чи інших детермінант;

- виявлення тих детермінант, впливу яких можна запобігти;

- диференційованого аналізу впливу на здоров'я конкуруючих чинників ризику, як наприклад, тютюнопаління або тип харчування;

- визначення і більш глибокого аналізу кумулятивного ефекту від множинних впливів;

- вивчення додаткових і синергічних (менш імовірними є антагоністичні) взаємодій між СЕД і шкідливими детермінантами довкілля;

– повнішого розуміння природи вікових і гендерних відмінностей в уразливості дітей, дорослих і літніх людей за несприятливих екологічних впливів.

Екологічний аспект соціальної нерівності та її численні вимірювання, що об'єднується загальним поняттям «екологічна справедливість», або «екологічна (не)рівність», в останній період щораз більше привертають увагу і науковців, і урядових органів різних країн. При цьому результати оцінювання ступеня впливу довкілля на стан здоров'я населення та нерівність у здоров'ї не завжди однакові. Це пов'язано із багатьма обставинами, які доцільно проаналізувати.

По-перше, ступінь впливу довкілля на стан здоров'я населення залежить від специфіки території, на якій проводять дослідження. Для одних територій він буде значний (економічно розвинуті), для інших – менш значний (депресивні). Більш економічно розвинені регіони (країни) мають ширші можливості для благоустрою, забезпечення кращих умов життя, здійснення більш ефективного контролю за якістю питної води та продуктами харчування, а також зниження рівня забруднення атмосферного повітря, ґрунтів, водних ресурсів тощо.

По-друге, СЕД корелюють з якістю середовища проживання. Соціально-економічна нерівність, зумовлена нерівністю у доходах, зайнятості, освіті, соціальному капіталі, визначає неоднаковий вплив ризиків довкілля. Соціально благополучні групи часто живуть і працюють у більш сприятливих екологічних умовах порівняно із населенням загалом і, навпаки, найбільш вразливі верстви суспільства переважно проживають у найбільш небезпечних житлових районах, що погіршує відповідно стан їхнього здоров'я. Тобто, в найгіршій ситуації опиняються, як правило, ті, хто має найнижчі доходи та низький СЕС.

За даними авторського опитування, існує кореляційний зв'язок між якістю житлових умов та СЕС людини (особливо сильний), доходом та освітою. Крім цього, спостерігається

взаємозв'язок між СЕС, з одного боку, та станом атмосферного повітря й чистотою і доглянутістю території у районі проживання людини – з іншого (табл. 6.15). Ті, хто отримують вищі доходи, не тільки мають кращі житлові умови, а й мешкають у мікрорайоні, де краще транспортне сполучення та соціальна інфраструктура. Більш високий кореляційний зв'язок між СЕС та житловими умовами у міських поселеннях ($R = 0,281$, $p \leq 0,001$) порівняно із сільською місцевістю ($R = 0,180$, $p \leq 0,001$). Натомість взаємозалежність якості житлових умов, доходу та освіти спостерігається у сільській місцевості.

Таблиця 6.15

**Взаємозв'язок між умовами довкілля
та соціально-економічними детермінантами
(за самооцінку населення)**

Умови НС		СЕС	Дохід	Освіта	Добробут у РІЖ
Житлові умови	R	0,246	0,229	0,148	0,193
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$
Стан атмосферного повітря	R	0,139	0,027	0,006	0,020
	p	$p \leq 0,001$	ns	ns	ns
Чистота та доглянутість території	R	0,131	0,050	0,037	0,010
	p	$p \leq 0,001$	ns	ns	ns
Транспортне сполучення	R	0,014	0,145	0,039	0,018
	p	ns	$p \leq 0,01$	ns	ns
Соціальна інфраструктура	R	0,049	0,071	0,024	0,012
	p	ns	$p \leq 0,05$	ns	ns

Примітка: «ns» статистично незначущі кореляції.

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Кореляційний аналіз між показниками стану довкілля та інших детермінант здоров'я населення областей України вказує на високу взаємозалежність деяких з них. Зокрема,

існує високий кореляційний зв'язок між рівнем забезпеченості водопроводом (1), каналізацією (2) та опаленням (3) житлових приміщень із доходами на душу населення ($R(1) = 0,735$; $R(2) = 0,768$; $R(3) = 0,768$); наявністю вищої освіти ($R(1) = 0,660$; $R(2) = 0,681$; $R(3) = 0,715$); рівнем безробіття ($R(1) = -0,707$; $R(2) = -0,721$; $R(3) = -0,658$) та іншими детермінантами (табл. 6.16). Варто зауважити, що зазначені взаємозв'язки є більш міцними у міських поселеннях, ніж у сільській місцевості. Це, як правило, пов'язано з такими основними причинами: вищим рівнем доходу, підвищеною соціально-економічною нерівністю та гіршими екологічними умовами у містах.

По-третє, детермінанти, пов'язані з соціально-економічною нерівністю, впливають на залежність «вплив-відповідь». За однакового рівня впливу неблагополучні групи індивідуумів можуть виявляти більш високу вразливість щодо розвитку несприятливих наслідків для їхнього здоров'я, наприклад, за синергізму між множинними чинниками ризику [53].

Таблиця 6.16

Взаємозв'язок між умовами навколишнього середовища та соціально-економічний детермінант

Умови НС		Освіта	Дохід	Безробіття	Тип поселення
Водопостачання	R	0,660	0,735	-0,707	0,671
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$
Каналізація	R	0,681	0,768	-0,721	0,684
	p	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$
Опалення	R	0,715	0,768	-0,651	0,666
	P	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$
Викиди в атмосферу	R	0,827	0,929	-0,461	0,546
	P	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$
Інтегральний показник навколишнього природного середовища	R	-0,427	-0,836	0,464	-0,771
	P	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,001$	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,001$

Джерело: розраховано за [31].

По-четверте, нерівність у стані здоров'я пов'язана не тільки із соціально-економічною нерівністю, а й з демографічними ознаками, а також з їхнього комбінацією.

За даними авторського дослідження з'ясовано, що стан житлових умов суттєво пов'язаний з СЕС, доходом та освітою населення старших вікових груп, тоді як рівень добробуту у РПЖ має більший вплив на стан життєвих умов осіб віком 18–24 роки. При цьому, вплив СЕС доходу та освіти на житлові умови зростає від 18 до 59 років, але знижується у віці понад 60 років (табл. 6.17, рис. 6.19). Вплив добробуту у РПЖ, навпаки, із віком зменшується. Однак у будь-якому разі перелічені у табл. 6.17 СЕД визначають стан житлових умов, в яких проживає населення всіх вікових груп.

Таблиця 6.17

Взаємозв'язок стану житлових умов та інших соціально-економічних детермінантом (за віковими групами населення)

Вік		СЕС	Дохід	Освіта	Добробут у РПЖ
18–24	R	0,207	0,173	0,192	0,400
	p	p≤0,001	p<0,05	p<0,05	p<0,001
25–49	R	0,211	0,208	0,122	0,195
	P	p<0,001	p<0,001	p<0,01	p<0,001
50–59	R	0,350	0,322	0,208	0,173
	p	p<0,001	p<0,001	p<0,01	p<0,05
60 та понад	R	0,192	0,209	0,129	0,127
	p	p<0,01	p<0,001	p<0,05	p<0,05

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Отже, для одних демографічних груп населення неналежні умови довкілля будуть мати гірші наслідки для здоров'я, ніж для інших. При цьому це стосується не тільки літніх людей, а й дітей і жінок. Наприклад, за даними ВООЗ,

найбільше страждають від несприятливого стану довкілля діти до 5 років. Смертність від інфекцій нижніх дихальних шляхів та хвороб органів травлення у дітей цього віку переважно пов'язують саме із довкіллям [54].

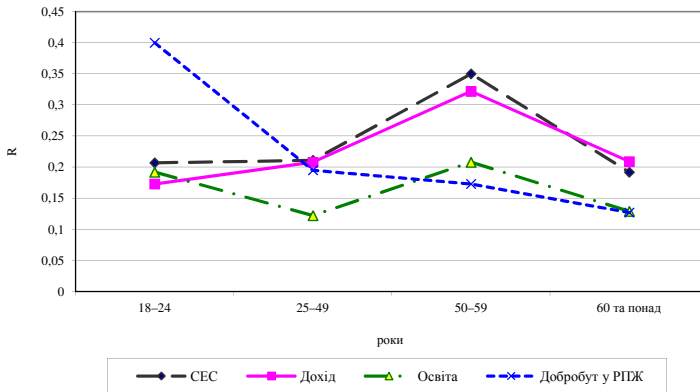


Рис. 6.19. Взаємозв'язок стану житлових умов та інших соціально-економічних детермінант (за віковими групами населення)

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Крім цього, діти родин із нижчим СЕС, які проживають у бідних районах, більше схильні до ризику травматизму, у тому числі зі смертельними наслідками, ніж їхні однолітки, батьки яких мають вищий СЕС. Це стосується більшості причин травм, таких як ДТП, утоплення, отруєння, падіння і опіки тощо [55, с. 16].

За даними авторського дослідження, не тільки у РПЖ, а й у віці 18–24 роки, спостерігається певна залежність стану здоров'я від умов довкілля. Зокрема, у цьому віковому періоді доволі суттєво на рівень захворюваності населення впливають житлові умови, в яких проживає людина, та

меншою мірою стан атмосферного повітря (табл. 6.18), особливо у сільській місцевості (OR = 4,000; $p \leq 0,05$).

Таблиця 6.18

Вплив основних складових довкілля на шанси бути здоровим (не мати жодного хронічного захворювання, за віковими групами)

Вік		Житлові умови (добрі та дуже добрі, п. 19, Дод. А)	Стан атмосферного повітря (район де проживання має чисте повітря, п. 2.1., Дод. А)
18–24	OR	1,534	2,265
	CI	1,068–2,203	0,989–5,194
	p	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$
25–49	OR	0,789	0,822
	p	ns	ns
50–59	OR	0,910	0,455
	p	ns	ns
60 та понад	OR	1,402	1,210
	CI	0,998–2,224	1,044–4,755
	p	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$

Примітка: «ns» статистично незначущі показники

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Водночас слід зауважити, що в Україні вплив умов довкілля на стан здоров'я жінок і чоловіків неоднозначний. Так, шанси не мати жодного хронічного захворювання у 1,53 разу вищі серед чоловіків, які проживають у добрих житлових умовах, порівняно з тими, в кого вони задовільні або погані. Для жінок такий показник становить 1,34 (за нижчою довірчою ймовірністю). Чоловіки, які проживають у задовільних та поганих житлових умовах, також мають більший ризик набути хронічні захворювання органів травлення (OR = 1,806; $p \leq 0,05$).

Щодо впливу забрудненого атмосферного повітря на стан здоров'я чоловіків і жінок суттєвих відмінностей не виявлено. Шанси набути індивідуумом хронічне захворювання у місцях,

де атмосфера більш забруднена, порівняно із тими, хто мешкає на території з відносно чистим повітрям, для чоловіків та жінок приблизно однакові – у 1,44 та 1,42 разу відповідно. Разом з тим, поганий стан атмосферного повітря є детермінантою захворюваності на органи дихання серед чоловіків (OR = 2,005; $p \leq 0,05$), а також таких хвороб у жінок:

- ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин (OR = 2,014; $p \leq 0,05$);
- сечостатевої системи (OR = 2,044; $p \leq 0,05$);
- новоутворень (OR = 2,154; $p \leq 0,05$).

Щодо впливу довкілля на смертність населення, то зазначимо, що кореляції між індексом забруднення атмосферного повітря та ПСНПС вищі для чоловіків, ніж для жінок, за такими причинами смерті: деякі інфекційні та паразитарні хвороби, злоякісні новоутворення органів травлення та дихання.

Перенаселеність житлових приміщень, сирість, холод мають негативні наслідки для фізичного і психічного здоров'я населення загалом. Однак особливий ризик виникнення захворюваності через перенаселеність для дітей. Наприклад, старий, брудний ковровлін, часто в аварійному житлі, є потужним резервуаром для пилу, алергенів і токсичних хімічних речовин. Їхній вплив може призвести до виникнення хвороб органів дихання, алергічних, неврологічних, гематологічних та інших хвороб.

Отже, отримані дані дають змогу зробити висновок, що забруднення атмосферного повітря більш негативно впливає на рівень захворюваності жінок, але менш негативно на рівень їхньої, порівняно із чоловіками, смертності. Так, населення, яке проживає у місцях із високим ступенем забруднення атмосферного повітря (як жінки, так і чоловіки), має бути, по-перше, поінформоване про наявні загрози у зв'язку з таким становищем, по-друге, необхідною є більш ретельна профілактика хвороб, захворюваність на які становить найбільшу небезпеку.

Таким чином, на основі викладеного можна зробити висновок про те, що умови довкілля відіграють значну роль у формуванні здоров'я населення, особливо для представників певних демографічних і соціально-економічних груп. Існує також тісний взаємозв'язок між станом довкілля та іншими детермінантами здоров'я, зокрема соціально-економічними. Це загалом потребує від держави та громад застосування комплексного підходу щодо ведення політики у сфері охорони здоров'я, яка, по-перше, має стати невід'ємною частиною програм розвитку країни загалом (громади), по-друге, дати можливість запобігти виникненню хвороб, покращуючи детермінанти здоров'я населення, у тому числі стан довкілля.

Зменшення нерівності у здоров'ї та забезпечення екологічної справедливості мають бути невід'ємним компонентом стратегічного управління у сфері охорони довкілля та систем територіального планування. Це потребує більш повної інтеграції елементів оцінювання екологічних ризиків для здоров'я із встановленими процесами планування (регіонального, міського та інфраструктурного) з метою створення належних умов для повсякденного життя.

Запорукою успіху розроблених стратегій є чітке розмежування коротко- і довгострокових завдань, адже, для зменшення соціально-економічно зумовлених екологічних нерівностей слід використовувати різні підходи. У довгостроковій перспективі максимально корисними для неблагополучних груп населення можуть бути втручання, спрямовані на забезпечення безпечних умов довкілля загалом, оскільки ці верстви часто піддаються несприятливим екологічним впливам. Загальне поліпшення умов довкілля для населення має, таким чином, забезпечити більш виражене зниження екологічних ризиків для найбільш вразливих груп. Як короткострокові завдання слід передбачити у стратегічному порядку на місцевому та національному

рівнях цільові заходи, спрямовані на підтримання тих груп населення, які можуть мати ризик найбільш важких або специфічних несприятливих наслідків через нерівності, пов'язані з умовами довкілля, зокрема екологічні.

За відсутності на національному або місцевому рівні даних для визначення пріоритетів, можна використовувати рекомендації Комітету із соціальних детермінант ВООЗ як основу для здійснення державних втручань, спрямованих на зниження соціальної нерівності щодо ризиків довкілля. Такі втручання можуть забезпечити вирішення таких завдань: покращення умов повсякденного життя людей; усунення нерівномірного розподілу владних повноважень, фінансових та інших ресурсів; оцінювання і аналіз стану проблеми, а також ефективності вжитих заходів.

6.3. Доступність та якість медичних товарів і послуг

Доступність та якість медичних товарів і послуг характеризується передусім розвитком медичної допомоги, особливо первинної, а також доступністю ліків. Доступ до комплексних та якісних послуг охорони здоров'я має важливе значення для пропаганди і підтримки здоров'я, запобігання та боротьби з хворобами, зменшення рівня інвалідності й передчасної смерті та забезпечення рівності щодо здоров'я для населення загалом. Доступність медичних послуг впливає на загальний стан фізичного, соціального і психічного здоров'я та якість життя.

Разом з цим, чіткого трактування доступності та якості медичних товарів і послуг як у наукових, так і в правових джерелах, немає. Здебільшого використовується поняття «доступність медичної допомоги», яке також недостатньо окреслено у вітчизняному законодавчому полі, хоча і поширене

у нормативно-правових актах. Зокрема, це поняття міститься в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» як один з основних принципів охорони здоров'я (ст. 4) [56]. Зазначений термін також використовується в Законі України «Про екстрену медичну допомогу» щодо визначення завдань системи екстреної медичної допомоги (ст. 5) [57]. Однак останнім часом питанню вирішення проблеми доступності медичної допомоги приділяється значна увага, про що свідчить розробка проекту Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [58], яким передбачено, що держава забезпечує виконання заходів щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості за такими основними напрямками: сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я та матеріально-технічної бази таких закладів, проведення у сільській місцевості періодичних виїзних прийомів лікарів-спеціалістів тощо. Прийняття цього проекту за основу та його реалізація має забезпечити реальні перспективи для покращення як рівня доступності, так і якості медичної допомоги у сільській місцевості.

Відповідно до визначення Комітету ООН з економічних, соціальних і культурних прав доступність трактується як один із взаємопов'язаних елементів забезпечення права на здоров'я у всіх його формах і на всіх рівнях. Зокрема, заклади, товари і послуги охорони здоров'я мають бути доступні кожній людині без будь-якої дискримінації [59; 60].

Отже, доступність медичних товарів і послуг – це насамперед вільний доступ до служб охорони здоров'я незалежно від географічних, економічних, соціальних, культурних, організаційних чи мовних бар'єрів. Відповідно якість медичних послуг слід розуміти як сукупність характеристик медичної допомоги, що відображають її здатність задовольняти потреби пацієнтів з урахуванням

стандартів охорони здоров'я, що відповідають сучасному рівню медичної науки.

Сприяння доступу полягає в тому, щоб допомогти людям розпоряджатися відповідними ресурсами охорони здоров'я для збереження та зміцнення свого здоров'я. Якщо послуги є доступними, а їхнє надання – якісне, то існує можливість отримати своєчасну медичну допомогу, що має важливе значення насамперед для скорочення рівня смертності. При цьому ступінь доступу населення до медичних товарів та послуг залежить від фінансових, організаційних, соціальних або культурних бар'єрів, які обмежують використання послуг. Таким чином, рівень доступу, який вимірюється з точки зору використання, залежить від фізичної доступності та прийнятності послуг, а не тільки від пропозиції. Доступні послуги мають бути релевантними та ефективними. Так, наявність послуг і перешкоди для доступу мають розглядатися відповідно до різних точок зору, потреб у сфері охорони здоров'я та матеріальних і культурних умов різних груп населення. Рівність доступу може вимірюватися за наявністю, використанням або результатами послуг.

Експерти ВООЗ визначають фізичну, економічну та інформаційну доступність медичної допомоги [27].

Фізичною доступністю слід розуміти наявність якісних медичних послуг у необхідних обсягах для тих, хто їх потребує; забезпеченість медичними працівниками, особливо лікарями; сприятливі години роботи медпрацівників, ефективні системи призначень та інші аспекти організації та доставки послуг, які дають змогу людям отримувати ці послуги, коли вони їм потрібні.

Іншим аспектом фізичної доступності є географічна доступність. Медичні товари та послуги мають бути в межах територіальної доступності для всіх верств населення, особливо уразливих або маргінальних груп, таких як жінки, діти, підлітки, люди похилого віку, інваліди та особи з ВІЛ / СНІД, у тому числі у сільській місцевості.

Географічна доступність є важливою з позиції своєчасності надання медичних послуг. Своєчасність – це здатність системи охорони здоров'я швидко надавати медичну допомогу після визнання потреби. Заходи своєчасності охоплюють:

– наявність призначень і догляд за хворобами або травмами, коли це необхідно;

– час на очікування в амбулаторіях чи поліклініках.

Затримка часу між виявленням потреби в конкретному тесті чи лікуванні та фактичне отримання цих послуг може негативно вплинути на здоров'я та витрати на догляд. Наприклад, затримки в отриманні допомоги можуть призвести до: підвищення емоційного стресу, посилення ускладнень, вищих витрат на лікування, збільшення госпіталізації та смерті, якій можна запобігти.

Економічна доступність – це міра здатності людей платити за медичні товари та послуги без фінансових труднощів. У цьому разі враховується не тільки ціна медичних послуг, а й непрямі та альтернативні витрати (наприклад, витрати на транспортування до і з медичних установ).

Доступність інформації визначає право на пошук, одержання та передавання інформації щодо вирішення проблем із здоров'ям. Проте цей доступ до інформації не має обмежувати право на конфіденційність даних про особисте здоров'я.

В Україні доступність медичних товарів і послуг є низькою. Про це свідчать соціологічні дослідження, у тому числі проведені ДССУ [7] та автором.

За даними ДССУ, у 2015 р. серед домогосподарств, в яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, 29% респондентів повідомили про випадки неможливості задовольнити свої потреби, що більше в 1,4 разу порівняно з 2014 р. Суттєвої відмінності між міськими поселеннями та сільською місцевістю у доступності медичної допомоги, за даними опитування, не виявлено. Однак є вікові

особливості доступності медичної допомоги: серед опитаних віком 60 років і старших вона суттєво нижча порівняно із населенням працездатного віку. Так, якщо серед респондентів працездатного віку, які протягом останніх 12 місяців потребували медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя, не змогли їх отримати 21,7% (у домогосподарствах з однією особою) та 25,3% (з двома та більше особами), то серед опитаних, старших від осіб працездатного віку, таких 40,8% та 38,5% відповідно.

Доступність медичної допомоги значною мірою залежить від фінансових можливостей домогосподарств [7], тобто від економічної доступності. Так, основною причиною недоступності окремих видів медичної допомоги більшість населення домогосподарств протягом 2009–2015 рр. вказало занадто високу вартість ліків, медичних товарів, послуг охорони здоров'я. По 32% домогосподарств із груп домогосподарств першого дециля та домогосподарств, середньодушові еквівалентні загальні доходи яких на місяць нижчі за прожитковий мінімум, за потреби не змогли отримати ліки, медичні товари та послуги, тоді як серед домогосподарств десятого дециля таких була п'ята частина (табл. 6.19).

У 24% від загальної кількості домогосподарств особи-респонденти повідомили про випадки неможливості придбання необхідних, але занадто дорогих ліків. Наявні також проблеми з доступністю послуг лікарів. У 52% домогосподарств, у яких хто-небудь із членів за потреби не отримав медичну допомогу (15% від усіх домогосподарств), хворі не мали можливості відвідати лікаря. У сільській місцевості таких домогосподарств виявлено 58%, що свідчить про нижчу фізичну доступність медичних послуг. У 79% таких випадків опитані пояснили це високою вартістю послуг, у 13% – відсутністю медичного спеціаліста потрібного профілю (у сільській місцевості – чверть) та 8% – занадто довготривалою чергою [7].

Продовження табл. 6.19

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	3732,5	400,8	468,2	470,4	420,6	415,8	413,8	340,3	313,5	259,5	229,6
% від кількості домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців за потреби не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя:											
	86,7	86,5	88,4	89,3	90,6	85,7	87,3	84,4	84,3	81,4	85,4
у тому числі з причин (%):											
занадто висока вартість	97,4	97,2	96,9	98,9	97,4	96,8	98,2	96,9	97,9	96,1	96,9
Кількість домогосподарств (тисяч), у яких хто-небудь із членів за потреби не зміг відвідати лікаря:											
	2250,0	260,6	283,6	263,0	251,8	231,1	228,6	219,7	198,7	162,3	150,6
% від кількості домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців за потреби не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя:											
	52,3	56,2	53,6	49,9	54,3	47,6	48,2	54,5	53,5	50,9	56,0
у тому числі з причин (%):											
занадто довго-тривале очікування в черзі	8,2	10,9	12,5	6,2	5,4	9,8	9,9	5,7	5,8	9,0	4,4
відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю	12,8	9,7	15,5	12,8	19,2	10,7	11,6	5,5	15,6	11,2	14,6
занадто висока вартість послуг	79,0	79,4	72,0	81,0	75,4	79,5	78,5	88,8	78,6	79,8	81,0

Джерело: [7]

Більшість домогосподарств (94–99%), які за потреби проведення медичних обстежень, придбання медичного приладдя, отримання лікувальних процедур, відвідування стоматолога та протезування змушені були відмовитися від цих видів медичної допомоги, зазначили причиною відмови їхню високу вартість.

Серед домогосподарств, члени яких потребували, але не отримали медичної допомоги, 45% повідомили про випадки недоступності для хворих членів родини необхідного лікування у стаціонарних лікувальних установах. Така ситуація склалася у 13% домогосподарств країни. Майже всі такі домогосподарства (97%) вказали, що вимушена відмова від належного лікування спричинена занадто високою його вартістю. Зараз не тільки для амбулаторного, а й лікування в стаціонарі, потрібні значні фінансові ресурси. Це підтверджують дані обстеження ДССУ, за якими серед тих членів домогосподарств, які перебували на стаціонарному лікуванні, 93% забезпечували себе у лікарні медикаментами, 80% – їжею, 65% – постільною білизною. Частка осіб, які не використовували нічого з вищепереліченого, становила лише 4%. Варто зауважити, що за 2014–2016 рр. перераховані показники зросли, що свідчить про погіршення ситуації щодо доступності медичної допомоги.

Підтверджують той факт, що економічна доступність медичної допомоги в Україні залишається низькою, також результати авторського соціологічного дослідження. З'ясовано, що лише 18,3% респондентів завжди у разі хвороби звертаються за допомогою до медичних працівників (табл. 6.20). При цьому 4,6% осіб ніколи не звертаються, 25,6% – переважно не звертаються. Причин такої ситуації може бути кілька: нестача коштів на лікування, відсутність кваліфікованих спеціалістів, територіальна віддаленість медичних закладів від місця проживання людини, низький рівень відповідальності за власне здоров'я тощо. Одна з особливостей частоти звернень за допомогою до медичних працівників у разі хвороби пов'язана з віком людини. Із віком цей показник зростає.

Таблиця 6.20

Частота звернень за допомогою до медичних працівників у разі хвороби, % респондентів

	Всі респонденти	Чоловіки	Жінки	Міські поселення	Сільська місцевість
Завжди звертаються не практикують самолікування	18,3	16,8	19,5	20,4	14,1
Переважно звертаються, ігнорують лише в дуже легких випадках	22,2	17,7	25,9	24,0	18,5
Звернення залежить від обставин	33,5	32,4	34,4	31,2	38,0
Переважно не звертаються	21,5	25,6	18,1	19,6	25,2
Ніколи не звертаються	4,6	7,6	2,1	4,8	4,2
Разом	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Всі респонденти	Вікові групи			
		18–25	26–49	50–59	60 і старші
Завжди звертаються не практикують самолікування	18,3	16,7	15,6	18,0	23,3
Переважно звертаються, ігнорують лише в дуже легких випадках	22,2	20,0	22,3	21,7	23,0
Звернення залежить від обставин	33,5	34,0	35,3	31,8	32,0
Переважно не звертаються	21,5	24,0	21,9	24,0	18,4
Ніколи не звертаються	4,6	5,3	4,9	4,6	3,2
Разом	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

У табл. 6.21 представлено результати оцінювання причин низького рівня звернення респондентів за допомогою до медичних працівників у разі хвороби. Основною причиною цього є скрутне матеріальне становище, нестача коштів на лікування, тобто низька економічна доступність медичної допомоги. Так, 36,5% респондентів, які завжди чи інколи не звертаються за медичною допомогою, визначили цю причину незвернення як одну з провідних. Для жінок характерна більша економічна недоступність медичної допомоги порівняно з чоловіками. Зокрема, 43,5% з них вказують на те, що не звертались за медичною допомогою саме з цієї причини. Це свідчить про економічне підґрунтя гендерної нерівності у доступності медичної допомоги в Україні.

Таблиця 6.21

Причини незвернень населення за допомогою до медичних працівників у разі хвороби, % респондентів

	Всі респонденти		Чоловіки		Жінки		Міські поселення		Сільська місцевість	
Немає потреби у лікарняному листі	11,5	19,4	13,7	22,5	9,4	16,4	12,9	21,7	9,2	15,8
Мають сумніви у кваліфікації медичного персоналу	13,4	22,7	13,7	22,5	13,0	22,8	15,6	26,2	9,9	16,8
Надають перевагу народним засобам, народній медицині	12,1	20,6	12,0	19,7	12,2	21,4	11,4	19,2	13,3	22,7
Медичний заклад знаходиться далеко від дому	4,9	8,3	4,1	6,7	5,6	9,7	1,9	3,2	9,6	16,5
Через нестачу часу, необхідність вистоювати у чергах	16,8	28,5	16,3	26,7	17,3	30,4	16,0	26,9	18,2	31,1

Продовження табл. 6.21

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Через скрутне матеріальне становище, нестачу коштів на лікування	21,6	36,5	18,0	29,5	24,8	43,5	22,0	37,1	20,8	35,5
Знають, як себе лікувати	14,0	23,8	15,6	25,6	12,6	22,0	14,1	23,8	13,9	23,8
Інше	2,8	4,8	3,1	5,1	2,5	4,5	3,1	5,2	2,4	4,0
Важко відповісти	2,9	4,9	3,3	5,3	2,5	4,5	3,0	5,0	2,8	4,8
Разом	100,0	169,4	100,0	163,5	100,0	175,2	100,0	168,3	100,0	171,1
	Всі респонденти		Вікові групи							
			18–25		26–49		50–59		60 і старші	
Немає потреби у лікарняному листі	11,5	19,4	13,2	21,1	12,0	19,5	10,4	18,3	10,9	19,9
Мають сумніви у кваліфікації медичного персоналу	13,4	22,7	18,5	29,5	13,3	21,6	13,0	22,9	10,6	19,3
Надають перевагу народним засобам, народній медицині	12,1	20,6	10,6	16,8	12,9	21,0	9,1	16,0	13,9	25,3
Медичний заклад знаходиться далеко від дому	4,9	8,3	4,0	6,3	3,8	6,1	6,1	10,7	6,6	12,0

Продовження табл. 6.21

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Через нестачу часу, необхідність вистювати у чергах	16,8	28,5	21,2	33,7	21,0	34,1	16,0	28,2	8,9	16,3
Через скрутне матеріальне становище, нестачу коштів на лікування	21,6	36,5	10,6	16,8	16,8	27,4	27,3	48,1	30,8	56,0
Знають, як себе лікувати	14,0	23,8	15,9	25,3	14,3	23,3	12,6	22,1	13,6	24,7
Інше	2,8	4,8	2,6	4,2	2,9	4,7	1,7	3,1	3,3	6,0
Важко відповісти	2,9	4,9	3,3	5,3	3,0	5,0	3,9	6,9	1,3	2,4
Разом	100,0	169,4	100,0	158,0	100,0	162,7	100,0	176,3	100,0	181,9

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Рівень економічної доступності медичної допомоги знижується з віком. Так, якщо серед осіб віком 15–25 років, які у разі хвороби не завжди звертались за допомогою до медичних працівників, однією з причин незвернень було матеріальне становище (16,8%), то серед населення віком 60 років і старших таких виявилось 56,0%.

Отже, існує суттєва залежність тих осіб, які не звертаються за медичною допомогою через скрутне матеріальне становище, за дохідними групами (рис. 6.20). У 4–5 дохідних групах таких осіб немає, тоді як у першій – 26,4%, а в другій – 60,2%.

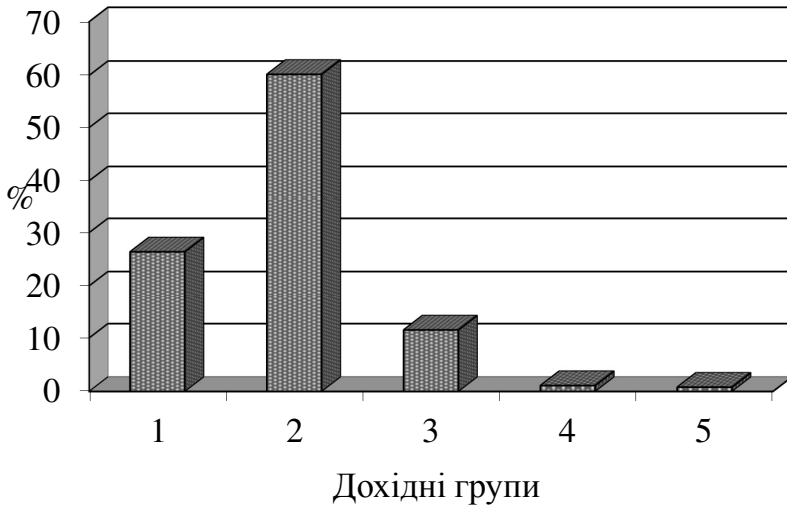


Рис. 6.20. Розподіл респондентів, які не звертались у разі хвороби за допомогою до медичних працівників через скрутне матеріальне становище за дохідними групами

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Варто зауважити, що більшість із тих осіб, які зазначили, що не відвідують лікаря через скрутне матеріальне становище, має хронічні захворювання. Найбільш часто таке спостерігається серед хворих на хвороби системи кровообігу ($OR = 3,656$; $p \leq 0,001$), кістково-м'язової системи ($OR = 2,290$; $p \leq 0,001$) та органів травлення ($OR = 2,220$; $p \leq 0,001$).

На думку автора у цьому разі доцільно акцентувати на взаємозв'язку між ними. Адже наявність хвороби, особливо хронічної, знижує працездатність та конкурентоспроможність людини на ринку праці, переміщує її в категорію соціально вразливих верств населення. Враховуючи низький рівень соціальних допомог і державного фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я, наявність у людини хронічного захворювання дуже часто означає складність або недоступність повноцінного для неї лікування.

Фізична доступність закладів охорони здоров'я також не висока. Так, 8,3% тих, хто не звертався за медичною допомогою, серед причин вказали, що медичний заклад знаходиться далеко від їхнього місця проживання. Особливо це стосується населення, що проживає у сільській місцевості (16,5%), зокрема старших вікових груп (понад 10%). Однак тенденції, які спостерігались в Україні протягом багатьох років, лише погіршували ситуацію. З 1990 по 2013 р. кількість лікарняних ліжок зменшилась з 135,5 до 88,0 на 10 000 населення (у 2015 р. – 78,1) (табл. 6.22). Крім цього, якість забезпечення цих ліжок, їхня функціональність не відповідають сучасним світовим стандартам.

Позитивним моментом є зростання планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів. Надання первинної медико-санітарної допомоги, яка є звичайним джерелом допомоги, особливо важливе. Первинна медико-санітарна допомога дає змогу розвивати значущі та постійні відносини з пацієнтами та надавати інтегровані послуги сім'ї та суспільству. Звичайна первинна медико-санітарна допомога пов'язана з: більшою довірою пацієнта до постачальника медичних послуг, кращим спілкуванням пацієнта з провайдером, підвищеною ймовірністю того, що пацієнти будуть отримувати відповідну медичну допомогу, зниженням смертності від усіх причин, поліпшенням послуг охорони здоров'я, що передбачає збільшення доступу та використання доказових клінічних профілактичних послуг.

До останніх належать такі:

- запобігання захворюванню шляхом пропаганди здорової поведінки у людей без чинників ризику (наприклад, консультування з дієтою та тренуваннями);
- запобігання захворюванню, забезпечуючи захист тим, хто перебуває в зоні ризику (наприклад, дитячі щеплення);

Таблиця 6.22

Основні показники діяльності системи охорони здоров'я України ⁴

	1990	1995	2000	2005	2010	2013	2014	2015
Кількість лікарів усіх спеціальностей								
тис. осіб	227	230	226	224	225 ⁴	217 ⁴	186 ⁴	186 ⁴
на 10 000 населення	44,0	45,1	46,2	47,9	49,3 ⁴	48,0 ⁴	43,5 ⁴	43,7 ⁴
Кількість середнього медичного персоналу								
тис. осіб	607	595	541	496	467	441	379	372
на 10 000 населення	117,5	116,5	110,3	106,2	102,4	97,4	88,6	87,3
Кількість лікарняних закладів, тис. од.	3,9	3,9	3,3	2,9	2,8	2,2	1,8	1,8
Кількість лікарняних ліжок								
тис. од.	700	639	466	445	429	398	336	333
на 10 000 населення	135,5	125,1	95,0	95,2	94,0	88,0	78,5	78,1
Кількість лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, ⁴ тис. од.	6,9	7,2	7,4	7,8	9,0	10,8	9,8	10,0
Планова смінь амбулаторно-поліклінічних закладів								
тис. відвідувань за зміну	895	966	973	990	993	1037	912	912
на 10 000 населення	173,1	189,0	198,4	211,7	217,7	229,2	213,4	214,2
Кількість відвідувань лікарів на амбулаторному прийомі та відвідувань лікарями хворих удома, в тому числі з екстреною та планово-консультативною допомогою								
млн.	500,5	495,8	491,9	499,0	494,5	474,1	396,7	397,5
на одного жителя	9,7	9,7	10,0	10,6	10,8	10,5	9,3	9,3
Кількість осіб, які були госпіталізовані у лікарняні заклади (МОЗ)								
млн. осіб	12,6	11,2	9,6	10,1	10,5	10,2	8,6	8,6
на 100 осіб	24,4	21,9	19,4	21,6	22,9	22,4	20,0	20,2
Середня тривалість перебування хворого у стаціонарі (МОЗ), днів	16,4	16,8	14,9	13,5	12,5	11,9	11,6	11,4

Джерело: [62].

– виявлення та лікування людей без симптомів, але на яких можуть впливати чинники ризику, перед розвитком клінічної хвороби (наприклад, скрінінг на гіпертонічну хворобу або колоректальне онкозахворювання).

⁴ Без урахування лікарів-стоматологів.

Первинна медико-санітарна допомога є базисом будь-якої системи охорони здоров'я, оскільки задовольняє приблизно 80–90% потреб населення у медичній допомозі. Одним з її завдань є профілактика захворювань. Сучасна європейська політика з питань охорони здоров'я базується на тому, що на рівні первинної медичної допомоги держава має забезпечити неперервність медичної опіки. Досвід економічно розвинених країн засвічує, що зростання рівня розвитку первинної медичної допомоги забезпечує зменшення витрат та підвищення ефективності діяльності системи охорони здоров'я [61, с. 186]. Відповідно зростання у 2012 р., 2013 р. та 2015 р. у країні кількості амбулаторних закладів первинної медико-санітарної допомоги має змогу підвищити доступність медичної допомоги та покращити стан здоров'я населення.

Разом з цим, видається, що однією з найбільш гострих проблем фізичної доступності медичної допомоги в Україні на даний час є недостатній розвиток екстреної медичної допомоги, діяльність служб якої регулюється Законом України «Про екстрену медичну допомогу» [57]. Надання екстреної медичної допомоги за адміністративно-територіальним принципом окремо взятої території є недостатньо ефективним, що може призводити до зниження доступності та якості такого виду допомоги. З метою запобігання таким загрозам залучаються у разі потреби найближчі заклади екстреної медичної допомоги сусідніх територій.

За таким принципом мережа закладів екстреної медичної допомоги має бути приведена у відповідність до потреб населення у таких медичних послугах. При цьому має бути визначена потреба у кількості та місцезнаходженні пунктів постійного і тимчасового базування бригад екстреної медичної допомоги для своєчасного її надання [61, с. 186].

Доступність медичної допомоги з-поміж іншого означає своєчасне надання персональних медичних послуг для досягнення найкращих результатів у сфері охорони здоров'я. На даний час своєчасність надання екстреної медичної допомоги в Україні низька, особливо у сільській місцевості та у разі отримання людиною травм, наприклад, унаслідок ДТП. Причинами такої ситуації є низька матеріально-технічна база амбулаторних закладів, застарілий автомобільний парк бригад екстреної медичної допомоги, недостатність медичного персоналу тощо. Вважаємо, що суттєва вища летальність в Україні порівняно із країнами ЄС зумовлена певною мірою названими причинами.

Знижує доступність медичної допомоги недостатня забезпеченість кваліфікованими медичними працівниками. За період 1990–2015 рр. в Україні суттєво зменшилась забезпеченість середнім медичним персоналом (на 25%) (див. табл. 6.22). Особливостями кадрового забезпечення системи охорони здоров'я в Україні також є низька частка тих, хто забезпечує первинну ланку, та висока частка тих, хто працює в стаціонарі, на противагу країнам ЄС, де ситуація дещо інша (табл. 6.23). Крім цього, мотивація медичних працівників до праці в Україні надзвичайно низька, адже вони отримують суттєво нижчу заробітну плату не тільки порівняно з колегами з європейських, а й з інших країн світу. Довготривало оплата праці у системі охорони здоров'я залишається також однією з найнижчих серед інших сфер діяльності в Україні. При цьому через низьку привабливість медичної сфери для молоді серед медичних кадрів починає стрімко зростати чисельність пенсіонерів та осіб передпенсійного віку, частка яких досягла 24,5% [63]. Така ситуація негативно позначається на якості медичного обслуговування зараз та може мати невтішні наслідки у майбутньому.

Україні також існує територіальна нерівність у забезпеченні медичними працівниками. Найвища забезпеченість лікарями

визначена у м. Києві та деяких західних областях (рис. 6.21), найменша – в Херсонській та Миколаївській областях (різниця між найвищим і найнижчим показниками – 1,9 разу). Наявна також нерівність у забезпеченості молодшими медичними працівниками (медсестрами – 1,5 разу, акушерами – 3,3 разу, фельдшерами – 3,2 разу).

Таблиця 6.23

**Індикатори забезпеченості кадрами
та фінансове забезпечення системи охорони здоров'я
України та країн ЄС за 2014 р.**

Індикатор	Польща	Україна	Швеція	ЄС
Чисельність лікарів загальної практики на 100000 населення, осіб	22	36	67	88
Чисельність лікарів-терапевтів на 100000 населення, осіб	102	114	95	99
Частка лікарів, які працюють у стаціонарі, %	48	95	55	58
Загальні витрати на охорону здоров'я, в % від ВВП	6,9	7,5	9,5	10,3
Готівкові виплати сімей на охорону здоров'я, % від загальних витрат на охорону здоров'я	23,5	46,2	14,1	14,9
Державні витрати на охорону здоров'я, паритет купівельної спроможності, оцінка ВООЗ, у дол. США на особу	1115	297	4385	3127

Джерело: [3].

Загалом система охорони здоров'я країни характеризується нестачею висококваліфікованих кадрів – рівень укомплектованості лікарями становить приблизно 79,5%, у тому числі лікарями обласних лікарень – 85,1%, міських – 77,8, центральних районних – 76,2, дільничних – 71,3, селищних лікарських амбулаторій – 69,2%. Отже, спостерігається суттєва нестача медичних працівників у сільській місцевості, що зумовлено загальними соціально-економічними проблемами її розвитку, зокрема низькою наповнюваністю місцевих бюджетів, постійним

недофінансуванням сфери охорони здоров'я, соціально-побутовими проблемами лікарських кадрів, що працюють у медичних закладах на цих територіях [64].

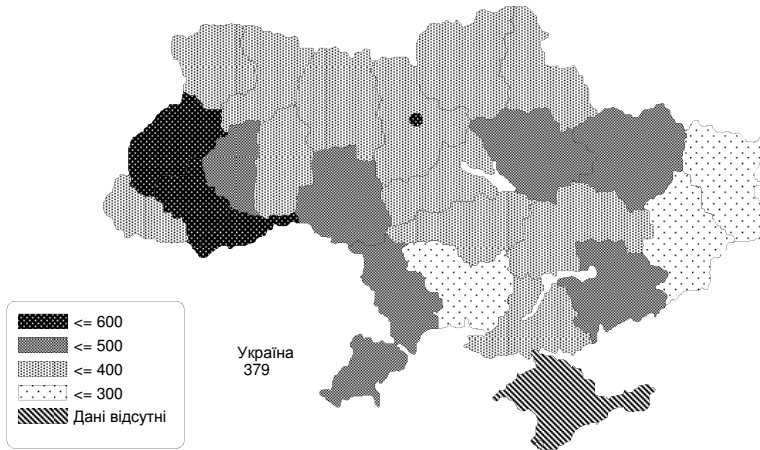


Рис. 6.21. Кількість лікарів, фізичних осіб на 100000 населення

Джерело: [8].

За даними ДССУ, частка домогосподарств, в яких хто-небудь із членів за потреби не зміг відвідати лікаря через відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю, становила 12,8%. Авторське дослідження засвічує, що 22,7% осіб не відвідують за потреби медпрацівників, оскільки мають сумніви в їхній кваліфікації. Більшу недовіру медичним працівникам висловлюють мешканці міських поселень (26,2%) та молодь віком 18–25 років (29,5%). Цей показник особливо відображає формування довіри населення до майбутньої «оновленої» системи охорони здоров'я в Україні.

Разом з цим, забезпеченість медичним персоналом, особливо лікарями, безпосередньо впливає на стан здоров'я населення, насамперед на рівень смертності населення в

Україні. Використовуючи макроаналітичну методику та кореляційний аналіз, виявлено, що низька забезпеченість лікарями знижує СОТЖ ($R = 0,826$), підвищує рівень смертності ($R = 0,826$), особливо від зовнішніх причин, хвороб системи кровообігу, органів дихання та травлення (табл. 6.24).

Таблиця 6.24

Вплив забезпеченості лікарями та медикаментами на рівень смертності та середню очікувану тривалість життя

	Індикатори	R	P
1.	Середня очікувана тривалість життя		
	Забезпеченість лікарями ⁵	0,826	$p \leq 0,001$
	Забезпеченість медикаментами ⁶	0,658	$p \leq 0,001$
2	СКС, всі причини		
	Забезпеченість лікарями	-0,852	$p \leq 0,001$
	Забезпеченість медикаментами	-0,701	$p \leq 0,001$
3	СКС, хвороби системи кровообігу		
	Забезпеченість лікарями	-0,479	$p \leq 0,05$
	Забезпеченість медикаментами	-0,458	$p \leq 0,05$
4	СКС, зовнішні причини смерті		
	Забезпеченість лікарями	-0,769	$p \leq 0,001$
5	СКС, хвороби органів дихання		
	Забезпеченість лікарями	-0,482	$p \leq 0,05$
6	СКС, хвороби органів травлення		
	Забезпеченість лікарями	-0,455	$p \leq 0,05$

Джерело: розраховано автором.

Крім регіональної нерівності у забезпеченні лікарями, існують відмінності у фінансуванні та забезпеченості медикаментами зарегіонами України. Найвища забезпеченість

⁵Кількість лікарів усіх спеціальностей у розрахунку на душу населення

⁶Вартість і ліжко-дня на медикаменти

визначена у м. Києві, де вартість одного ліжка-дня у 2,9 разу вища за аналогічний показник у Чернігівській області, де він найнижчий. Така нерівність позначається на показниках здоров'я. Так, виявлена залежність між рівнем фінансування на медикаменти та СОТЖ ($R = 0,658$) і СКС від усіх причин ($R = 0,701$). Серед причин смертності низький рівень фінансування насамперед впливає на смертність від хвороб системи кровообігу.

Загалом фінансування системи охорони здоров'я перебуває на дуже низькому рівні. Незважаючи на те, що загальні витрати на охорону здоров'я становлять 7,5% від ВВП, що суттєво не відрізняється від країн ЄС, у грошовому виразі у паритеті купівельної спроможності показник є дуже низьким – 297 дол. США на душу населення. Це більш як у 10 разів менше, ніж у країнах ЄС (рис. 6.22). Така ситуація зумовлена невисоким обсягом ВВП у країні. Обмеженість фінансових ресурсів на охорону здоров'я зумовлює необхідність пошуку інноваційних підходів до формування державної політики в цій сфері, одним з яких є покращення СЕД здоров'я населення.

Нині населення змушено самотійно оплачувати власне лікування, недостатньо звертаючи увагу на профілактику захворювань. Наприклад, недостатнє забезпечення медикаментами підтверджується даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств. За отриманими даними, основну частину ліків та медичного приладдя населення купувало в аптечних закладах за власні кошти (понад 90%). За даними авторського опитування, 31,3% респондентів зазначили, що за останні 12 місяців вони або їхня сім'я зазнали дорогих медичних витрат.

Разом із тим, 7% коштів, витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я, було спрямовано на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі економіки (на хабарі, «подяку», грошову винагороду громадянам, які за-

ймаються наданням медичної допомоги без відповідного юридичного оформлення цієї діяльності тощо) [7].

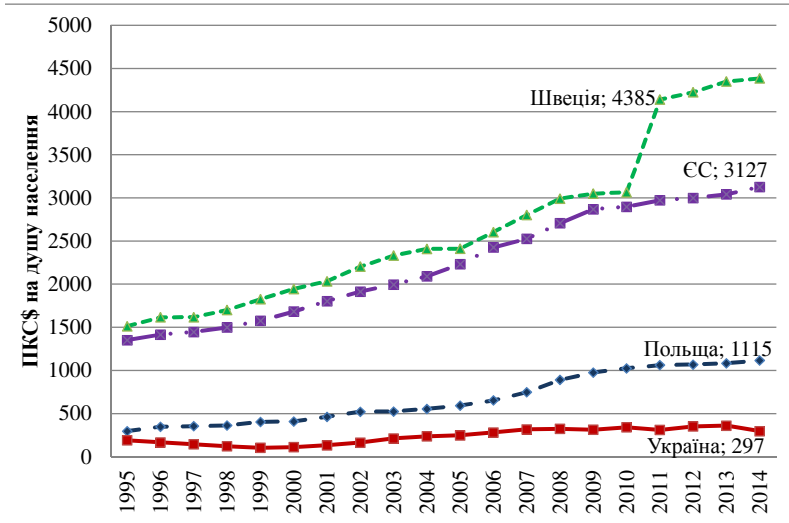


Рис. 6.22. Державні витрати на охорону здоров'я, паритет купівельної спроможності, у дол. США на особу, оцінка ВООЗ

Джерело: [8].

Нині населення змушено самостійно оплачувати власне лікування, недостатньо звертаючи увагу на профілактику захворювань. Наприклад, недостатнє забезпечення медикаментами підтверджується даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств. За отриманими даними, основну частину ліків та медичного приладдя населення купувало в аптечних закладах за власні кошти (понад 90%). За даними авторського опитування, 31,3% респондентів зазначили, що за останні 12 місяців вони або їхня сім'я зазнали дорогих медичних витрат.

Разом із тим, 7% коштів, витрачених населенням на оплату послуг охорони здоров'я, було спрямовано на оплату послуг, отриманих у неформальному секторі економіки (на хабарі, «подяку», грошову винагороду громадянам, які займаються наданням медичної допомоги без відповідного юридичного оформлення цієї діяльності тощо) [7].

Дані авторського дослідження також свідчать, що інформаційна доступність перебуває відповідно на високому рівні, оскільки тільки 5,9% респондентів зазначили, що вони не отримали необхідної інформації щодо збереження власного здоров'я. Однак більшість людей схильна ототожнювати цю інформацію переважно із способами лікування, тоді як важливу роль для здоров'я відіграють знання про ризики для здоров'я та детермінанти, які визначають стан здоров'я населення.

Отже, якісні медичні товари і послуги – це насамперед своєчасне надання персональних медичних послуг та прозорість і контроль за виробництвом медичних товарів для досягнення найвищих результатів у сфері охорони здоров'я. Ця тематична сфера зосереджується на трьох компонентах доступу до медичного обслуговування: страховий захист, медичні послуги та своєчасність догляду.

Перешкодами для надання якісних медичних послуг є висока вартість догляду, недостатнє або відсутнє страхування, відсутність наявності послуг і компетентного догляду. Ці перешкоди у доступі до медичних послуг призводять до незадоволення потреб у сфері охорони здоров'я, затримок в отриманні відповідної допомоги, неможливості отримати профілактичні послуги, фінансових тягарів тощо.

В Україні досі відсутнє обов'язкове державне медичне страхування. Вважаємо, що це є однією з перешкод для охоплення всього населення медичною допомогою та суттєвим гальмівним чинником збереження та зміцнення здоров'я населення. Медичне страхування має певні переваги,

зокрема воно дає пацієнтам змогу вступити у систему охорони здоров'я. Відсутність адекватного охоплення ускладнює людям отримання медичного обслуговування, яке їм потрібне, обтяжуючи їх великими рахунками. Незастраховані особи мають: більше шансів мати поганий стан здоров'я, рідше отримувати медичну допомогу, а також гірші за якістю медичні послуги, пізніше діагностувати хвороби, вищу ймовірність передчасної смертності.

Покращення доступу до медичних послуг частково залежить від того, що люди мають постійне джерело надання медичної допомоги (тобто постачальника або заклад, в якому регулярно отримують допомогу). Люди із таким джерелом медичної допомоги мають кращий стан здоров'я та менші витрати на лікування.

Серед найбільш гострих проблем, які слід вирішувати у найближчому майбутньому в Україні, можна виокремити такі:

- розробка та запровадження обов'язкового медичного страхування;
- вирішення диспропорцій, що впливають на доступність медичної допомоги (наприклад, соціально-економічний статус, вік, стать, статус інвалідності, гендерна ідентичність та місце проживання);
- оцінювання спроможності системи охорони здоров'я надавати послуги застрахованим особам;
- визначення змін у потребах працівників охорони здоров'я, оскільки нові моделі доставки первинної медичної допомоги мають стати більш поширеними;
- моніторинг зростаючого використання телемедицини як інноваційного методу надання медичної допомоги.

6.4. Особливості харчування: наслідки для здоров'я

Їжа є однією з основних потреб людини, тому харчування – це важлива детермінанта, що визначає стан здоров'я. Обсяги та якість харчування залежать від багатьох чинників як на макрорівні, так і на рівні індивідуума. Провідними серед цих чинників є соціально-економічні, зокрема продовольча безпека, за відсутності якої громадяни не впевнені у можливості придбати продукти харчування потрібної якості та у відповідній кількості. Відсутність продовольчої безпеки є перешкодою для повноцінного харчування. Населення відчуває продовольчу небезпеку в разі скорочення власних доходів, меншого споживання фруктів та овочів, молочних і м'ясних продуктів, продуктів, що містять багато вітамінів тощо. Це відповідно негативно впливає на стан його здоров'я.

Незважаючи на те, що над обґрунтуванням значення продовольчої безпеки та якості харчування для здоров'я населення працюють не тільки окремі фахівці, а й установи на глобальному, регіональному і національному рівнях, досягти остаточного розуміння цього питання не вдається. Складність як з методологічної, так і з практичної точки зору, полягає у тому, що суспільний розвиток за останні десятиріччя є надзвичайно динамічним. Зокрема, змінюються технології виробництва харчових продуктів, медичні технології, а також з'являються нові інфекції тощо. Ці зміни потребують інноваційних підходів до оцінювання зв'язку «дохід – харчування – здоров'я», особливо з позиції регулювання політики у сфері збереження здоров'я.

Існуючі підходи з цього приводу як у світовій, так і в українській науці, можна поділити на два основні напрями: медичний, пов'язаний із дослідженням зв'язку «харчування – хвороба» [65; 66], та сучасний, соціально-

економічний, за яким харчування розглядається як одна із СЕД здоров'я [67–71]. При цьому динамічність політичних та соціально-економічних процесів в українському соціумі вимагають їхнього постійного моніторингу, зокрема важливим є оцінювання впливу продовольчої безпеки та рівня споживання продуктів харчування (СПХ) на стан здоров'я населення.

Продовольча безпека має важливе значення для підтримання здоров'я і добробуту населення. Концептуально існують відмінності між продовольчою безпекою певної території (наприклад, регіону, країни) та населення (або домашніх господарств). У контексті даного дослідження є сенс розглядати продовольчу безпеку як доступність «здорових» продуктів харчування високої якості для населення зараз та у майбутньому.

За оцінюванням Продовольчої та сільськогосподарської організації ООН (ПСО ООН), за станом на кінець 2015 р. у світі 795 млн. населення (приблизно кожен восьмий мешканець планети) потерпало від хронічного недоїдання (нестачі енергії, яку отримують з їжею) [72].

У глобальному розумінні голоду, який трактується як нестача продовольства, в Україні немає. Однак, за даними обстеження, яке щорічно проводить Державна служба статистики України (ДССУ), у 2015 р. 15073 (або 4,9%) домогосподарствам не вдалося забезпечити за наявним рівнем доходу навіть достатнє харчування [7]. Причому це більше порівняно з 2013 р. на 1,2 пункту та на 1,4 пункту щодо 2011 р. Це зростання пояснюється високим рівнем інфляції та зубожінням населення, тобто впливом СЕД.

Як не парадоксально, але ситуація щодо недостатньої доступності продуктів харчування донедавна була складнішою в сільській місцевості, де у 2015 р. не вдалося забезпечити достатнє харчування 5,5% домогосподар-

ствам (проти 4,7% у міських поселеннях). Однак інфляційні процеси, зростання цін на продукти харчування найбільше негативно позначиться на добробуті мешканців міст ніж сільських. У будь-якому разі, згідно з даними опитування, здоров'я населення міських домогосподарств поставлено під загрозу через недостатню доступність продуктів харчування. Отже, це перша група ризику.

Розподіл домогосподарств за самооцінкою рівня доходів залежно від їхнього чисельного складу свідчить, що найбільший ризик недостатньо харчуватися мають домогосподарства з одною особою (7,5%) або із п'ятьома та більше (7,0%). Це означає, що одинакам, які не мають підтримки від інших, або великим за кількістю домогосподарствам, що, як правило, мають багато дітей, важче себе забезпечити. Щодо кількості дітей у домогосподарствах маємо чітку тенденцію – чим більше дітей, тим вища ймовірність опинитися у групі тих домогосподарств, яким не вдається забезпечити достатнє харчування: 3,4% – із однією дитиною, 5,0% із двома дітьми, 14,0% – з трьома, 15,8% з чотирма. До групи ризику також найбільше потрапляють домогосподарства із однією особою у працездатному віці (7,2%) та двома і більше у непрацездатному (5,0%). За останні роки ситуація змінилася не на користь осіб у непрацездатному віці.

Розподіл домогосподарств за самооцінкою рівня їхніх доходів залежно від розміру середньодушових еквівалентних загальних доходів свідчить, що деяким домогосподарствам, які мали доволі високі середньодушові еквівалентні загальні доходи (десята дохідна група), не вдавалося забезпечити навіть достатнє харчування (1,8%, або 1566 домогосподарствам). Хоча у цьому разі слід урахувати також суб'єктивність самооцінювання та відсутність чітких критеріїв поняття «достатнє харчування». За відсутності такого критерію,

респонденти визначають цей рівень самостійно. При цьому можна припустити, що різні соціальні страти «достатнє харчування» трактуватимуть по-різному: для найнижчої соціальної страти це може бути лише хліб, молоко і крупи, тоді як для вищих – це морська риба. Так, найбільша частка домогосподарств, яким не вдалося забезпечити навіть достатнє харчування серед тих домогосподарств, які належать до першої (найнижчої) децильної групи, становить 10,5%, у десятій (вищій) групі – 1,6% (рис. 6.23).

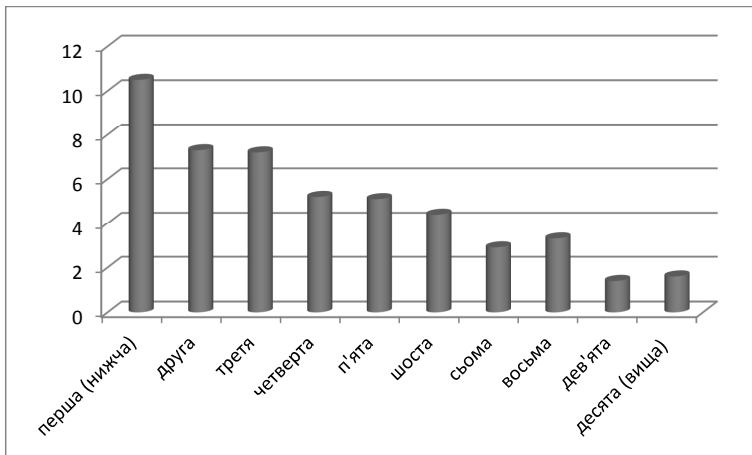


Рис. 6.23. Частка домогосподарств України, яким не вдалося забезпечити достатнє харчування, за самооцінкою рівня їхніх доходів, за децильними групами залежно від розміру середньодушових еквівалентних грошових доходів (у % у грудні 2015 р.)

Джерело: [7].

Крім цього, як вже зазначалося, домогосподарство із найвищими доходами, як правило, відмовляються брати участь в обстеженні, спотворює його результати і зміщує їх «вліво» – в бік менш дохідних груп, що знижує достовірність результатів даного обстеження.

Існують також регіональні відмінності у розподілі домогосподарств, яким не вдавалося забезпечити навіть достатнє харчування за самооцінкою рівня їхніх доходів. Найвищі показники у Карпатському (13,4%) та Причорноморському (5,8%) економічних районах. Високі показники у західних областях можна пояснити низьким рівнем зайнятості та відповідно невисокими доходами, а також вищими вимогами населення цього регіону до стандартів життя. Так, найвищий показник в Україні за останні роки стабільно має Закарпатська область (у 2015 р. – 45,5%). Навіть зважаючи на певну суб'єктивність наведених даних, адже самооцінка не може бути абсолютно точною, цифри доволі високі.

Одним із завдань авторського соціологічного опитування було також дослідження якості харчування та його вплив на стан здоров'я населення. За результатами оцінювання встановлено, що 9,3% опитаних оцінили своє харчування як «погане» (8,9%) або «дуже погане» (0,4%), як «дуже добре» та «добре» – понад половини населення, що загалом відповідає даним обстеження, які проводить ДССУ. Серед чоловіків виявилось більше таких, які оцінили своє здоров'я як «погане» (9,2%) або «дуже погане» (0,5%) порівняно із жінками (8,7% та 0,3% відповідно). Однак респондентів-жінок, які оцінюють своє здоров'я як «добре» та «дуже добре», менше (54,5%), ніж чоловіків (48,5%).

Опитуванням підтверджено, що харчування суттєво залежить від доходів населення (табл. 6.25). Так, 90% осіб, місячний дохід яких перевищує 5 тис. грн., оцінюють своє

харчування як «добре» та «дуже добре». Разом з тим, 54% тих, хто має місячний дохід менше 2 тис. грн., оцінює своє харчування як «задовільне», «погане» або «дуже погане». Коефіцієнт кореляції Пірсона між доходами та харчуванням населення становить $r = 0,239$ за високої статистичної значимості $p \leq 0,001$ (табл. 6.26). Більші значення кореляції зафіксовані між СПХ та соціальним статусом опитаних ($r = 0,337$, $p \leq 0,001$). Це свідчить, що дохід не завжди визначає правильний вибір продуктів харчування особою. Значну роль у цьому разі відіграє її освіта, культура та виховання, соціальний капітал та інші характеристики, рівень яких, як правило, прямо пропорційний до соціального статусу.

Проведене дослідження підтверджує дані ДССУ також щодо залежності СПХ та місця проживання. Так, за даними авторського дослідження, частка тих, хто має «погане» або «дуже погане» харчування в сільській місцевості, менша – 6,9% опитаних, тоді як у міських поселеннях – 10,6%.

Якість харчування значно впливає на стан здоров'я. Зокрема, виявлено зв'язок між СПХ та наявністю або відсутністю хронічного захворювання. Шанси не мати жодного захворювання зростають із підвищенням якості харчування тих, хто харчується «дуже добре», проти тих, хто харчується «погано» або «дуже погано» ($OR = 2,918$ (1,402 – 6,078), $p \leq 0,01$). Особливо це стосується жінок, оскільки шанси не мати хронічних хвороб серед тих, хто харчується «дуже добре», проти тих, хто «погано» або «дуже погано», у них у 4,952 разу вищі ($p \leq 0,01$). З'ясовано також, що якість харчування впливає на наявність хронічних захворювань системи кровообігу. Шанси не мати таких хвороб суттєво вищі у тих, хто харчується «дуже добре» ($OR = 2,525$ (1,118 – 5,801), $p \leq 0,05$), порівняно із тими хто «погано», або «дуже погано».

Таблиця 6.25

Взаємозв'язок між споживанням продуктів харчування та нерівністю у доходах населення України

Як Ви оцінюєте своє харчування?		Який на даний час дохід на члена Вашої сім'ї (у середньому за місяць), тис. грн.:						Разом
		до 1	1–2	2–3	3–5	5–10	понад 10	
«Дуже добре» (збалансоване, різноманітне, з дотриманням режиму харчування 3–4 рази на добу)	осіб	9	21	18	3	9	0	60
	%	15,0%	35,0%	30,0%	5,0%	15,0%	0,0%	100,0%
«Добре» (недостатньо різноманітне, однак регулярно споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо)	осіб	79	264	145	55	10	1	554
	%	14,3%	47,7%	26,2%	9,9%	1,8%	0,2%	100,0%
«Задовільне» (одноманітне, недостатньо споживаю овочів, фруктів, риби, м'яса, режиму харчування не дотримуюсь)	осіб	99	260	74	21	2	0	456
	%	21,7%	57,0%	16,2%	4,6%	0,4%	0,0%	100,0%
«Погане» (лише інколи споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо, надаючи перевагу дешевим продуктам)	осіб	34	63	9	1	0	0	107
	%	31,8%	58,9%	8,4%	0,9%	0,0%	0,0%	100,0%
«Дуже погане» (недоїдаю)	осіб	5	0	0	0	0	0	5
	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Важко відповісти	осіб	3	11	4	0	0	0	18
	%	16,7%	61,1%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Разом	осіб	229	619	250	80	21	1	1200
	%	19,1%	51,6%	20,8%	6,7%	1,7%	0,1%	100,0%

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Таблиця 6.26

**Взаємозв'язок між споживанням продуктів харчування,
соціальним статусом і доходами населення**

	Значення (R)	Зміщення (p)	Похибка	СІ 95% довірчий інтервал	
				Нижня	Верхня
Дохід	0,239	$p \leq 0,001$	0,026	0,189	0,288
Соціальний статус	0,337	$p \leq 0,001$	0,029	0,396	0,280

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Отже, важливим складником зв'язку «дохід – харчування – здоров'я» є якісні параметри харчування. Метою продовольчої безпеки є збільшення доступу населення не лише до харчування, а й до здорової їжі для ведення активного, здорового способу життя на стійкій основі.

Цей складник варто розглядати із двох позицій, що пов'язані між собою: якості продуктів харчування та його раціональності.

Більш якісні продукти харчування («здорові продукти»), що виготовлені на основі натуральної сировини або є цією сировиною, як правило, більш дорогі. Відповідно вони важкодоступні для осіб/домогосподарств із низькими доходами. Як свідчить значна кількість досліджень якості продуктів харчування, в Україні мало «здорових продуктів» і торгових мереж, які їх розповсюджують. На сучасному етапі гострою потребою для України є розподіл торгових мереж на такі категорії:

- торгують тільки продуктами із натуральної сировини;
- торгують переважно продуктами із натуральної сировини;

- торгують будь-якими продуктами в межах чинного законодавства.

Така практика існує у багатьох країнах. Завдяки цьому людина із високим та середнім рівнями доходу має вибір, які продукти їй купувати та споживати. Однак в Україні у більшості поселень населення незалежно від рівня доходу позбавлене можливості вибору якісних продуктів харчування через недостатній державний контроль якості, низький рівень соціальної відповідальності як з боку виробників, так і тих, хто реалізовує продукцію. Така ситуація є однією із головних передумов нераціонального харчування населення.

Оцінювати якість харчування можна кількома методами: за спожитими кілограмами, кілокалоріями та співвідношенням між спожитими білками, жирами і вуглеводами. Сучасні рекомендації ВООЗ, ПРО ООН, Європейської організації з безпеки харчових продуктів та інших міжнародних організацій ґрунтуються на використанні при оцінюванні значення продуктів харчування для здоров'я, їхньої енергетичної цінності і вмісту поживних речовин у спожитих продуктах, беручи при цьому до уваги обсяги спожитих кілограм певних продуктів харчування на душу населення [6].

Детальний аналіз СПХ у домогосподарствах за децильними (10%-ми) групами за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів відображає суттєву диференціацію між першою та десятою децильними групами у споживанні всіх продуктів: фруктів, ягід, горіхів, винограду – у 2,32 разу, м'яса і м'ясопродуктів – у 2,21 разу, масла – у 2,00 разу, молока та молочних продуктів – у 1,89 разу, риби і рибопродуктів – у 1,83 разу (табл. 6.27). Необхідно зауважити, що хоча ці співвідношення за останні роки зменшуються, їхнє значення залишаються високими і свідчать про нерівність у доступності продуктів харчування між різними

верствами населення та низький рівень продовольчої безпеки населення з низьким рівнем доходів. Враховуючи те, що більшість із перерахованих груп продуктів належить до рекомендованих дієтологами та іншими спеціалістами до споживання як «здорові» продукти харчування, можна стверджувати, що низький дохід – це високий ризик для здоров'я.

Аналіз динаміки споживання продуктів харчування в домогосподарствах першої та десятої децильних груп із 2000 по 2015 р. свідчить, що суттєво зросло споживання всіх (окрім картоплі) продуктів у першій групі та зменшилося споживання більшості продуктів (крім м'яса і м'ясопродуктів; фруктів, ягід, горіхів, винограду) у десятій групі. У першій групі особливо зросло споживання м'яса і м'ясопродуктів; риби і рибопродуктів (понад два рази); молока і молочних продуктів; яєць, олії та інших рослинних жирів; фруктів, ягід, горіхів, винограду (понад 1,5 разу). Однак, позитивна тенденція щодо зростання споживання продуктів як у першій децильній групі, так і певних продуктів у десятій у 2000–2009 рр. змінилася на суттєве зниження споживання у 2010–2015 рр., що пов'язано з наслідками світової фінансової кризи 2008 р. та високим рівнем інфляції в Україні за ці роки.

Важливим аспектом оцінювання рівня СПХ є структура їхнього споживання. Найбільшу частку в обох децильних групах має молоко та молочні продукти. На другому місці у структурі СПХ у першій децильній групі перебувають хліб і хлібні продукти (17,9%), тоді як на другому місці у десятій децильній групі – овочі та баштанні (15,8%). Крім цього, інші «здорові» продукти також мають більшу питому вагу у цій групі домогосподарств.

Таблиця 6.27
Споживання продуктів харчування в домогосподарствах першої та десятої децильних груп за рівнем середньодушових еквівалентних загальних доходів в Україні (у середньому за місяць у розрахунку на одну особу; кг)

	За децильними (10%-ми) групами (2014 р.)		Співвідношення між десятою та першою децильними групами, %	Раціональна норма споживання	Індекс достатності споживання продуктів за децильними групами до раціональної норми, %		Споживання в ЄС (2011 р.)	Індекс достатності споживання продуктів за децильними групами в Україні до споживання в ЄС, %	
	Перша	Десята			Перша	Десята		Перша	Десята
М'ясо і м'ясопродукти, кг	2,9	6,4	2,21	6,7	0,43	0,96	7,9	0,37	0,81
Молоко і молочні продукти, кг	9,9	18,7	1,89	31,7	0,31	0,59	20	0,50	0,94
Яйця, шт.	18	23	1,28	24,2	0,74	0,95	18,5	0,97	1,24
Риба і рибопродукти, кг	1,2	2,2	1,83	1,7	0,71	1,29	2	0,60	1,10
Цукор (у т. ч. цукор, використаний на кондитерські вироби), мед, кг	2,4	3,5	1,46	3,2	0,75	1,09	3,4	0,71	1,03
Олія і жири, кг	1,1	1,6	1,45	1,1	1,00	1,45	1,7	0,65	0,94
Овочі та баштани культури, кг	6,7	11,6	1,73	13,4	0,50	0,87	9,7	0,69	1,20
Фрукти, ягоди, виногради, кг	3,1	7,2	2,32	7,5	0,41	0,96	9,2	0,34	0,78
Хліб і хлібні продукти, кг	7,8	9,4	1,21	8,4	0,93	1,12	7,6	1,03	1,24

Джерело: [8; 74].

Варто зауважити, що за споживанням багатьох груп продуктів перша децильна група суттєво поступається раціональній нормі споживання продуктів, затвердженій Міністерством охорони здоров'я України (МОЗ України). Насамперед це стосується споживання молока і молочних продуктів (31,2% від раціональної норми), фруктів, ягід, горіхів, винограду (41,3), м'яса і м'ясопродуктів (43,3). Суттєвим є «дефіцит» споживання цих продуктів першою децильною групою порівняно із споживанням в ЄС. Деякі продукти харчування споживаються недостатньо також серед представників десятої децильної групи, насамперед фрукти, ягоди, виноград, молоко і молочні продукти. Хоча відхилення від норм у цьому разі значно менше, ніж у першій децильній групі. Варто наголосити, що саме фрукти та овочі є важливим компонентом здорового життя. Нові наукові дані вказують на те, що регулярне недостатнє споживання фруктів та овочів може бути чинником ризику виникнення хронічних захворювань, таких як хвороби системи кровообігу та деякі види онкозахворювань [75; 76]. За підрахунками ВООЗ, на частку низького споживання фруктів та овочів припадає приблизно 11% від загальної кількості випадків смерті внаслідок ішемічної хвороби серця і 9% через інсульт [77].

За методологією ПРО ООН, нерівність у споживанні вимірюється за допомогою коефіцієнта варіації енергетичної цінності спожитих продуктів харчування. Цей показник складається з двох основних компонентів: перший відображає нерівність СПХ, зумовлену доходами, другий – пов'язану з біологічними чинниками (стать, вік і вага членів домашніх господарств).

При високому значенні коефіцієнта варіації (30 та більше) нерівномірність розподілу енергії серед населення пов'язана насамперед із нерівномірністю розподілу доходів. За низького значення (приблизно 20) нерівномірність зумовлена переважно біологічними чинниками. В Україні значення коефіцієнта варіації, хоч і має тенденцію до зниження, залишається доволі

високим – 33,06% у 2015 р. (40,9 – у 2007 році). Це свідчить про нерівномірність доступу до продовольства серед населення, спричинену розходженнями у рівні доходів.

Дослідження енергетичної цінності харчування між країнами європейського регіону доводять, що існує доволі високий зворотний зв'язок між ним та рівнем смертності населення ($R = -0,611$, $p \leq 0,05$) (рис. 6.24). Так, чим більше населення споживає калорій, тим менший рівень смертності. Відповідно до причин смертності та захворюваності в європейському регіоні найбільший взаємозв'язок енергетичної цінності харчування із смертністю від хвороб системи кровообігу ($R = -0,662$, $p \leq 0,05$) та туберкульозу ($R = -0,505$, $p \leq 0,05$), а також із захворюваністю туберкульозом ($R = -0,516$, $p \leq 0,05$). Це ті причини смертності та захворюваності, показники яких в Україні суттєво вищі за наявні у країнах Європи. Отже, поліпшення якості та структури харчування є одним із пріоритетних напрямків їх зниження.

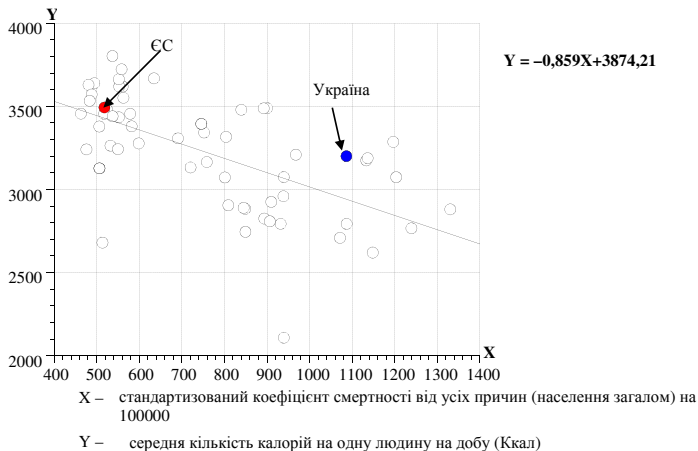


Рис. 6.24. Кореляція між рівнем смертності населення та кількістю спожитих кілокалорій в європейському регіоні, 2013 р.

Джерело: [30].

Аналіз енергетичної цінності харчування серед населення України свідчить, що загальна кількість спожитих кілокалорій суттєво менша у першій децильній групі: 2614 Ккал проти 3793 Ккал у середньому за добу на особу у десятій децильній групі (рис. 6.25). Аналіз динаміки цих показників за останні роки вказує на зниження їхніх величин у першій групі та зростання в десятій. Це може бути однією з детермінант, що визначає вищий рівень захворюваності та можливо, смертності серед населення першої децильної групи. Однак слід зауважити, що оцінка співвідношення між цими показниками з наукової точки зору є дещо суб'єктивною. Вона є узагальненою і не враховує споживання відповідно до окремих статевих-вікових груп населення, для яких формування норми споживання кілокалорій за добу є різним (навіть індивідуальним).

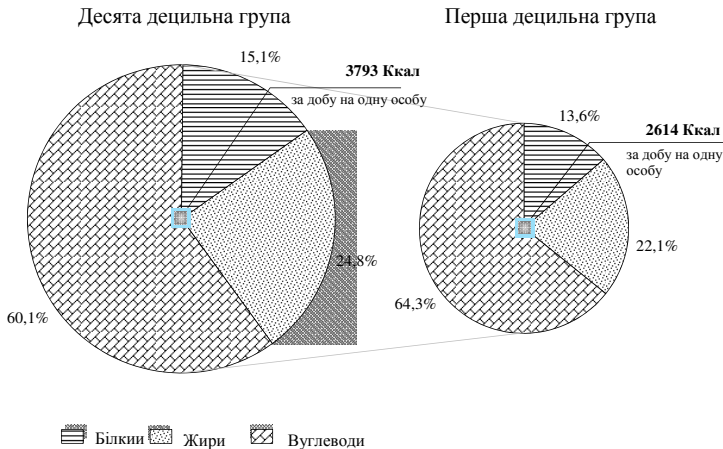


Рис. 6.25. Енергетична цінність і вміст поживних речовин у спожитих у домогосподарствах продуктах харчування у першій та десятій децильних групах в Україні у 2014 р.

Джерело: [77].

Збалансованість раціону харчування населення визначається за міжнародними стандартами ВООЗ, відповідно до яких частка білків не має бути нижчою або вищою від 10–15%, частка жирів має перебувати в межах 15–30%, частка вуглеводів – 55–75%. Проте ці співвідношення були запропоновані з врахуванням того, що значна частина населення світу (слаборозвинені країни) страждає від голоду та недоїдання. Останні дослідження науковців в економічно розвинених країнах пропонують таку оптимальну для здоров'я енергетичну структуру споживання: білки – 21–24%, жири – 30–33% (насичені жири мають становити не більше, ніж 12%), вуглеводи – 46% [78]. У середньому по ЄС частка білків у структурі споживання становить 11–14%, жирів – 35–40% і вуглеводів – 46–50%. При цьому спостерігається висока обернена кореляція між стандартизованим коефіцієнтом смертності від усіх причин ($R = -0,778$, $p \leq 0,05$), хвороб системи кровообігу ($R = -0,797$, $p \leq 0,05$), органів травлення ($R = -0,598$, $p \leq 0,05$), туберкульозу ($R = -0,645$, $p \leq 0,05$), а також захворюваності на туберкульоз ($R = -0,754$, $p \leq 0,05$) із споживанням жирів. Так, споживання жирів у межах 35–40% знижує ризик захворюваності та смертності від зазначених причин. Однак варто акцентувати, що у багатьох європейських країнах у структурі споживання жирів переважають ненасичені.

В Україні продукти тваринного походження становлять 28,9% від обсягу усіх спожитих продуктів. У першій децильній групі цей відсоток вищий. Крім цього, цей показник щороку зростає (у 2000 р. він становив 23,0%). Високий рівень споживання жирів такого походження є передумовою для виникнення захворювань органів травлення, хвороб системи кровообігу, ендокринних порушень (ожиріння) тощо.

Аналіз раціону харчування домогосподарств України за останні роки свідчить, що структура споживання перебуває

у межах, рекомендованих ВООЗ (як у десятій, так і в першій децильних групах). Ураховуючи сучасні рекомендації, що використовуються в економічно розвинених країнах, в Україні як в десятій, так і у першій децильних групах, з одного боку, недостатнє споживання білків і жирів, а з іншого – суттєво вищий рівень споживання вуглеводів (див. рис. 6.25). Хоча при цьому десята децильна група більше наближена до цього оптимального співвідношення, оскільки має дещо меншу частку у структурі споживання вуглеводів і більшу частку споживання білків і жирів, ніж у першій групі. Населення цієї групи недостатньо споживає білків і жирів, але забагато вуглеводів. Як відомо [79], дефіцит білка знижує рівень імунітету та стійкість організму до інфекцій, а надлишок вуглеводів призводить до ожиріння та цукрового діабету.

Таким чином проведений аналіз та розрахунки свідчать, що харчування є важливою детермінантою здоров'я населення. Також встановлено, що якість харчування безпосередньо залежить від рівня доходу, тобто має соціально-економічну природу. Тому покращення добробуту населення, з одного боку, та розширення інформації про здорове харчування, з іншого боку, є важливим напрямком збереження та зміцнення здоров'я населення.

6.5. Індивідуальна поведінка та відповідальність за власне здоров'я

Кожна людина вибирає певний тип поведінки, який впливає на її здоров'я. Можна вважати, що цей вибір здійснюється вільно та самостійно. Проте насправді це відбувається дещо по-іншому. Для того, щоб людина вважалася повністю відповідальною, в ідеалі мають бути виконані певні передумови: її дії мають бути інформативними, добровільними, базуватись на знаннях і порадах спеціалістів. Ці пе-

редумови часто є необхідними атрибутами для реалізації поведінки, спрямованої на забезпечення здорового способу життя індивідуума. Наприклад, несправедливо вважати безвідповідальними за власне здоров'я осіб, якщо вони не можуть зробити правильний вибір через незнання, психічну некомпетентність, звикання та культурний тиск.

Крім цього, на «здорову» поведінку впливає значна кількість конкуруючих чинників: культурне навантаження, санітарна грамотність, нерівність у доступності до медичної допомоги, психічна працездатність, генетична схильність, елементи асоціальної поведінки – тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія тощо. Розуміння того, які чинники ризику перебувають у межах або поза межами контролю особи, необхідно обговорювати під час дослідження відповідальності за здоров'я.

Так, хоча індивідууми мають відігравати провідну роль у збереженні власного здоров'я, вони не можуть бути повністю відповідальними за це. Припускаючи, що за здоров'я відповідають як окремі люди, так і суспільство, це означає, що останнє також має сприяти пропагуванню збереження здоров'я та запобіганню захворювань.

Відповідно слід виокремити два основні види відповідальності за стан здоров'я населення: соціальна та особиста. Соціальна пов'язана насамперед із розвитком суспільних і громадських інститутів, соціально-економічним, демократичним та організаційним рівнями розвитку країни. Цей вид відповідальності охоплює забезпечення доступності якісних медичних товарів і послуг, екологічну безпеку, розвиток СЕД, демократії, культури, дотримання норм етики, якість інформаційного простору та інші процеси, які можуть визначати здоров'я населення. Соціальна відповідальність залежить не тільки від керівників держави, а й від публічних осіб, які можуть вплинути на особисту відповідальність населення за стан власного здоров'я (ОВНСВЗ). Остання, як

підтверджує зроблений висновок, не може розглядатись опосередковано, а тільки як елемент загальної системи збереження здоров'я. При цьому суспільство частково відповідає за здоров'я своїх членів. Однак питання про те, як вони мають реалізувати цю відповідальність, воно не вирішує.

Шість із десяти провідних чинників, що спричиняють глобальний тягар виникнення захворювань, пов'язані з індивідуальною поведінкою: небезпечний секс, високий кров'яний тиск, вживання тютюну та алкоголю, високий рівень холестерину й ожиріння. Хвороби, пов'язані зі способом життя, також потребують підвищення витрат на охорону здоров'я. Наприклад, витрати на охорону здоров'я охоплюють приблизно 16% ВВП США, або 1,9 трлн. дол. на рік [80]. З них медичні витрати, пов'язані з тютюнопалінням, становлять 75,5 млрд.; з ожирінням – 75 млрд., з алкоголізмом і наркоманією – 34,5 млрд. [81]. У Державному бюджеті України окремих статей щодо вищеперелічених видатків немає. Це визначається недооцінюванням важливості фінансування заходів, пов'язаних із покращенням СЕД здоров'я населення (або заходами щодо поліпшення громадського здоров'я).

Отже, ОВНСВЗ пов'язують насамперед з дотриманням «здорового» харчування, фізичною активністю, відсутністю шкідливих звичок (тютюнопаління, надмірне споживання алкоголю, вживання наркотиків, ризикована сексуальна поведінка) тощо. На думку експертів, дотримання цих правил дасть змогу суттєво знизити рівень захворюваності та смертності від: ішемічної хвороби серця, цереброваскулярних хвороб, новоутворень, діабету, ожиріння [82] та інфекційних хвороб, які становлять загрозу для здоров'я населення України, зокрема туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, гепатитів В та С.

У межах авторського соціологічного опитування респондентам пропонувалось визначити, хто є найбільш відповідальним за стан їхнього здоров'я. Особисто відповідальними за стан

власного здоров'я вважають себе 84,7% осіб, що є позитивним результатом. Однак це становить лише 48% від загальної кількості відповідей на це запитання (рис. 6.26). Відповідальність на державу покладають 36,3% опитаних (20,5% відповідей) та на медичних працівників – 34,6% (19,5%). Суттєвих відмінностей між розподілом відповідальних за стан власного здоров'я між чоловіками та жінками не виявлено. Особисту відповідальність вони розподіляють однаково, однак жінки дещо більше вважають відповідальними медичних працівників, а чоловіки – членів сім'ї.

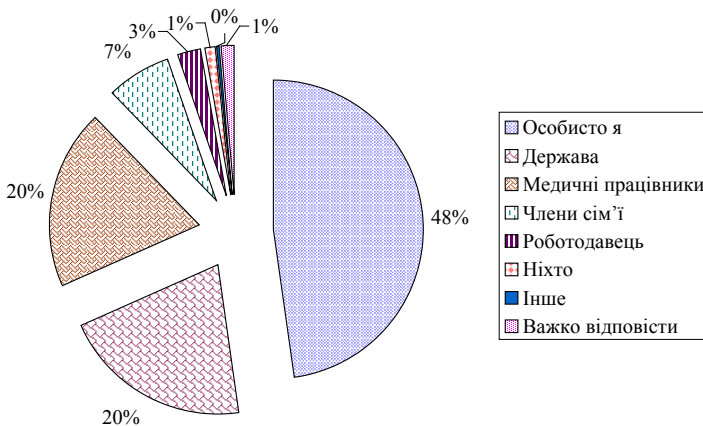


Рис. 6.26. Структура чинників, які визначають відповідальність населення за стан власного здоров'я

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Не виявлено значних відмінностей також серед населення міських поселень і сільської місцевості. При цьому більш відповідальними сільські мешканці вважають державу, медичних працівників та членів сім'ї, а міські – особисто себе. Оскільки населення у містах має вищий рівень освіти та є більш поінформованим, ніж у селах,

можна зробити висновок про важливу роль цих чинників у розподілі відповідальності за здоров'я. Це підтверджують дані відповідей щодо розподілу відповідальності за стан власного здоров'я серед осіб із різним рівнем освіти. Серед населення з неповною вищою та вищою освітою рівень особистої відповідальності значно вищий – 51% відповідей (проти 46% серед осіб з середньою та початковою освітою).

ОВНСВЗ змінюється з віком. Суттєво нижчий її показник серед населення старшого віку (понад 59 років) – лише 43% відповідей. У цьому віці населення більшу відповідальність за стан власного здоров'я покладає на державу (25%) та медичних працівників (22%). Це може бути пов'язано із стереотипами минулого, що держава має забезпечити лікування та медичний догляд, які характерні для старшого покоління та відсутні серед молоді. Зокрема, державу як відповідальну за стан здоров'я вказують лише 16% респондентів віком 18–24 роки.

Високу кореляцію за результатами дослідження виявлено між рівнем ОВНСВЗ та СЕС населення ($R = 0,685$; $p \geq 0,01$). Так, чим вище становище респонденти визначають для себе у соціальній ієрархії, тим більше серед них тих, хто вказує на особисту відповідальність за стан власного здоров'я (від 73,8% на найнижчі, першій ієрархічній позиції до 100% на найвищій, десятій). Аналогічні результати отримані під час порівняння рівня ОВНСВЗ та доходів, які отримує населення ($R = 0,684$; $p \geq 0,01$). Чим вищий дохід, тим більша відповідальність за стан власного здоров'я.

Загалом науковій літературі та практичних дослідженнях неодноразово наголошувалося на взаємозв'язку між рівнем доходів осіб та їхньою індивідуальною поведінкою щодо збереження власного здоров'я. Наприклад, висновки британських дослідників підтверджують, що є висока ймовірність того, що бідні верстви населення мають «нездорове» харчування, сидячий спосіб життя, більш схильні до ожирін-

ня та частіше вживають алкоголь. Ці висновки пов'язують зі значною кількістю чинників, у тому числі із бідністю, низькою доступністю освіти та інформації, гіршими умовами проживання тощо [67]. Отже, дані, отримані у результаті авторського дослідження, черговий раз доводять, що СЕС та дохід суттєво визначають індивідуальну поведінку та рівень відповідальності особи щодо збереження здоров'я населенням загалом.

За результатами дослідження також встановлено, що серед осіб віком 18–60 років ⁷, які вважають себе відповідальними за стан власного здоров'я, менше тих, хто має хронічні захворювання органів дихання, травлення, нервової системи та новоутворення, і більше тих, хто не має жодного хронічного захворювання. Це свідчить про те, що населення, яке особисто відповідальне за стан власного здоров'я, є більш здоровим, та доводить необхідність посилення заходів щодо підвищення ОВНСВЗ.

Індивідуальна поведінка щодо збереження здоров'я охоплює різні аспекти. Авторське дослідження дає можливість детальніше оцінити реальний стан і перспективи змін. Розглянемо основні з них.

Фізична активність визначається як будь-який фізичний рух, вироблений скелетними м'язами, що потребує витрат енергії, в тому числі на заходи, що проводяться під час роботи, гри, домашніх занять, подорожей і відпочинку. Можна визначити принаймні чотири сфери, де люди мають можливість виявляти фізичну активність у повсякденному житті: робота (особливо така, яка характеризується ручною працею); пересування (наприклад, спосіб, яким людина добираєть-

⁷ У цьому разі відповіді респондентів понад 59 років не враховано через високий рівень поширеності хвороб у цій віковій групі та нижчу частку особистої відповідальності за стан власного здоров'я

ся на роботу); домашні обов'язки (робота по господарству); вільний час (заняття будь-якими видами спорту). Фізична неактивність визначається як дуже незначна фізична активність у будь-якій із цих сфер або взагалі її відсутність [39, с. 290].

Експертами ВООЗ фізична неактивність (бездіяльність) визначена як четвертий провідний чинник ризику глобальної смертності, що спричиняє приблизно 3,2 млн. смертей у світі.

Загалом у світі приблизно 23% дорослих віком 18 років і старших були недостатньо активними у 2010 р. (чоловіки – 20% та жінки – 27%). Зниження фізичної активності частково пояснюється бездіяльністю у вільний час і сидячою поведінкою на роботі та вдома. Крім того, збільшення використання «пасивних» видів транспорту також сприяє недостатній фізичній активності [83].

Регулярні фізичні навантаження середньої тяжкості, такі як ходьба, їзда на велосипеді або участь у спортивних заходах, мають значні переваги для збереження здоров'я. Хоча наслідки фізичної неактивності, які впливають на рівень захворюваності та смертності, часто складно відокремити від тих, що пов'язані з ожирінням та нездоровим харчуванням. Однак дослідження вказують на те, що уникнення сидячої поведінки та регулярна фізична активність (незалежно від маси тіла, індексу його маси та харчових звичок) мають захисний ефект щодо виникнення серцевих захворювань й інсульту та, можливо, інших захворювань, у тому числі онкозахворювань та депресії. Так, за даними ВООЗ, фізична активність може зменшити ризик розвитку хвороб системи кровообігу (хвороби серця – на 15–39%, інсульту – на 33%), діабету (на 12–35%), злоякісних новоутворень товстої кишки та молочної залози, депресії тощо [83]. Крім того, адекватний рівень фізичної активності знижує ризик переломів стегна або хребців та допомагає контролювати вагу.

У країнах світу 81% підлітків віком 11–17 років були недостатньо фізично активними у 2010 р. Дівчата-підлітки були менш активними, ніж хлопчики-підлітки: 84% та 78% не відповідали рекомендаціям ВООЗ [83]. При цьому фізична активність серед дітей пропонує унікальні вікові переваги [84], як і вправи серед людей похилого віку. Ваговимірвальні вправи відіграють важливу роль у підтримці щільності кісткової тканини та запобіганні остеопорозу й пов'язаної з цим захворюваності (наприклад, від переломів стегна).

За даними Держкомстату України, частка дітей, які займаються фізкультурою та спортом не менше разу на тиждень, у 2015 р. становила 99,3%. Питома вага тих, хто займається фізкультурою, серед чоловіків 18 років і старших дорівнює 35,5%, жінок – 23,9%. Ці дані у міських поселеннях суттєво перевищують показники у сільській місцевості. Така нерівність має історичний характер і пов'язана насамперед із низьким рівнем забезпечення спортивною інфраструктурою у сільській місцевості, відсутністю кадрів, поширенням фізичної праці, специфікою ментальності населення у селах. При цьому, незважаючи на вікові та територіальні особливості, частка тих осіб, які займаються фізкультурою та спортом не менше разу на тиждень, від 2009 р. щораз зростає. Однак офіційні статистичні матеріали не дають можливості оцінити частоту занять фізичною культурою у різних за рівнем матеріального добробуту групах населення та виявити причини цих відмінностей.

За даними авторського дослідження, здійснено розподіл респондентів залежно від того, скільки часу на день вони проводять сидячи (рис. 6.27).

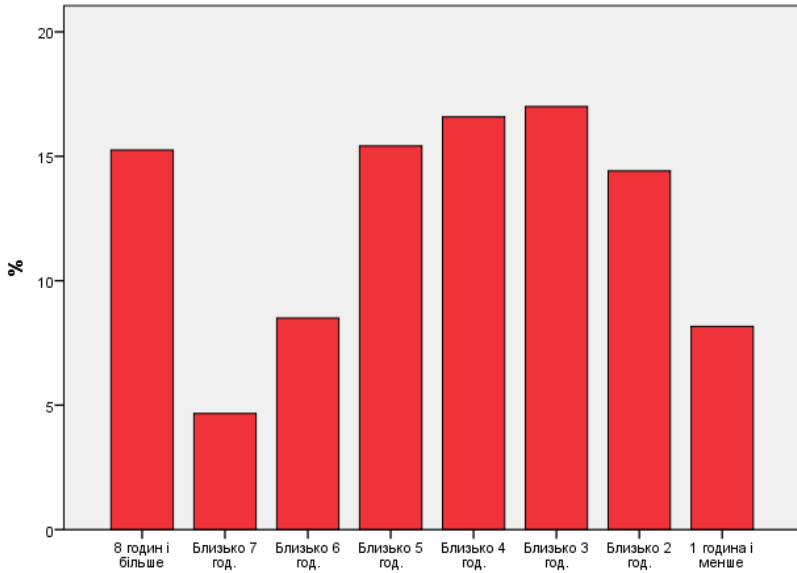


Рис. 6.27. Розподіл респондентів за часом перебування у сидячому стані

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Понад 15% опитаних проводять у сидячому стані понад 8 год. Вищими є також цей та інші показники, які характеризують низьку фізичну активність, зафіксовані серед чоловіків, мешканців міських поселень та осіб із вищою освітою. Фізична активність також знижується з віком, причому найбільш стабільно серед жінок (табл. 6.28).

Таблиця 6.28

**Розподіл фізичної активності населення
(за віком та статтю), %**

Скільки годин на день Ви проводите сидячи?	Чоловіки				Жінки			
	18–24	25–49	50–59	60 і старші	18–24	25–49	50–59	60 і старші
8 год. і більше	8,8	16,9	16,2	21,3	11,4	12,1	13,6	17,4
Приблизно 7 год.	1,3	3,7	5,1	3,7	4,3	6,4	4,2	5,0
Приблизно 6 год.	8,8	5,1	7,1	7,4	7,1	12,1	7,6	9,5
Приблизно 5 год.	11,3	17,3	11,1	11,1	20,0	14,3	19,5	16,4
Приблизно 4 год.	22,5	12,9	14,1	20,4	21,4	15,0	18,6	18,9
Приблизно 3 год.	22,5	21,3	18,2	12	14,3	14,3	17,8	16,9
Приблизно 2 год.	15	14,7	14,1	14,8	11,4	18,2	12,7	10,4
1 година і менше	10	8,1	14,1	9,3	10,0	7,5	5,9	5,5
Середня кількість годин, год.	5,15	4,68	4,83	4,47	4,74	4,66	4,52	4,34

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Водночас виявлена кореляційна залежність між рівнем доходів та обсягом часу, проведеним у сидячому стані: чим вищий дохід, тим інтервал часу більший ($R = 0,130$; $p \leq 0,001$).

З'ясовано, що ті особи, які щодня перебувають у сидячому стані понад 8 год., мають у 2,3 разу більше шансів отримати хронічне захворювання органів дихання ($OR = 2,298$; $p \leq 0,001$) та у 2,7 разу менше шансів не мати жодного хронічного захворювання порівняно з тими, хто проводить сидячи 1 год. та менше. Таким чином, доведено негативний вплив «сидячого» способу життя на стан здоров'я населення.

Указом Президента України в країні введено в дію Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація», метою якої є формування

у суспільстві умов для оздоровчої рухової активності та ведення здорового способу життя для формування здоров'я громадян як найвищої соціальної цінності в державі [85]. Однак заходи, спрямовані на реалізацію цієї концепції, поки мають декларативний характер і не змінюють ситуацію кардинально.

Надлишкова вага та ожиріння – це наслідок формування аномальних або надмірних жирових відкладень, які можуть завдавати шкоди здоров'ю. Це індикатор, який характеризує якість харчування та рівень фізичної активності серед населення. Характерні для сучасного суспільства малорухливий спосіб життя, нераціональне харчування зі збільшенням кількості рафінованих продуктів, постійні психологічні стреси призводять до зростання частоти випадків ожиріння серед осіб будь-якого віку, особливо молоді [86].

За даними ВООЗ, у 2015 р. понад 1,9 млрд. дорослих від 18 років і старших мали надлишкову вагу, з них понад 650 млн. страждали від ожиріння. Загалом 39% дорослих від 18 років і старших (39% чоловіків і 40% жінок) мали надлишкову вагу. Приблизно 13% дорослого населення планети (11% і 15% відповідно) страждали від ожиріння. Крім того, серед тих, хто мав надлишкову вагу або ожиріння, – близько 41 млн. дітей віком до 5 років і менше. З 1975 по 2015 р. кількість людей, які страждають від ожиріння, у світі зросла більш ніж втричі [87]. Надмірна вага й ожиріння, які раніше вважалися характерними для країн із високим рівнем доходу, тепер стають більш поширеними в країнах із низьким і середнім рівнями доходу, особливо в містах.

Додаткова маса тіла негативно впливає на стан здоров'я. Вона є одним з основних чинників ризику щодо виникнення таких неінфекційних захворювань [87; 88]:

– хвороби системи кровообігу (здебільшого хвороби серця та інсульт). Ожиріння призводить до збільшення об'єму

крові та неминучого підвищення її тиску, зростає навантаження на діяльності серця навіть у стані спокою. Труднощі із кровообігом призводить до варикозного розширення вен і аритмій серця. За надмірної ваги ймовірність тромбозу в глибоких венах ніг у 2,5 разу вища, ніж у людей із нормальною масою тіла. Найбільшому ризику піддаються особи віком до 40 років, причому у жінок із тромбоз трапляється в 6 разів частіше, ніж із нормальною;

– цукровий діабет: в осіб із надмірною вагою в десять разів це є частішим явищем, ніж із нормальною;

– хвороби кістково-м'язевої системи (особливо остеоартрит – вкрай інвалідизуюче дегенеративне захворювання суглобів);

– деякі онкологічні захворювання (в тому числі ендометрію, молочної залози, яєчника, передміхурової залози, печінки, жовчного міхура, нирки і товстої кишки).

Загалом люди, які страждають від ожиріння, мають значні порушення у функціонуванні всіх органів і систем. За підвищення нормальної ваги на 10% життя скорочується на 14%. При збільшенні нормальної ваги на 20% життя скорочується на 45%.

В Україні від ожиріння страждає 24,1%⁸ населення (25,7% жінок; 22,0% чоловіків), що є одним з найнижчих показників у Європі. Для порівняння: у Швеції ці показники становлять відповідно 20,6%; 23,1%, 16,2%. Це свідчить про дуже високий ступінь ожиріння серед жінок. Загалом показник ожиріння у країнах Західної Європи коливається від 16 до 28%. У 2025 р., як прогнозують дослідники, українці досягнуть показника рівня ожиріння населення, що становитиме 25,9%. Той факт, що рівень ожиріння населення країни зростає доводять дані обстеження домогосподарств, яке

⁸ Стандартизована за віком поширеність ожиріння (ІМТ – більше 30 кг / м²); особи 18 років і старші; розрахунки ВООЗ.

щорічно проводить ДССУ. За цими даними, з 2009 по 2015 р. частка населення віком 18 років і старших, яке має ожиріння та крайнє ожиріння, збільшилась з 14,6 до 15,5% [47]. На даний час ще 38,8% населення у цьому віці має надлишкову масу тіла (табл. 6.29). У великих містах рівень ожиріння серед населення дещо нижчий, а у сільській місцевості – вищий. Так, ожиріння – це одна з детермінанта що негативно впливає на стан здоров'я мешканців сіл в нашій країні.

Таблиця 6.29

Розподіл населення віком 18 років і старших залежно від величини індексу маси тіла у 2015 р.

	У тому числі з індексом маси тіла:				
	менше 18,5 (знижена маса тіла)	від 18,5 до 25 (норма)	від 25 до 30 (надлишкова маса тіла)	від 30 до 40 (ожиріння)	понад 40 (крайнє ожиріння)
Україна	1,1	44,6	38,8	14,9	0,6
Міські поселення	1,3	46,7	37,1	14,3	0,6
великі міста	1,4	48,9	37,0	12,2	0,5
малі міста	1,2	43,7	37,1	17,3	0,7
Сільська місцевість	0,8	40,4	42,0	16,1	0,7

Джерело: [47].

В Україні ожиріння призводить до передчасної смертності насамперед від цереброваскулярних хвороб ($R = 0,507$; $p \leq 0,01$), хвороб органів травлення ($R = 0,477$; $p \leq 0,05$) та хвороб сечо-статевої системи ($R = 0,441$; $p \leq 0,05$). Більш вразливими щодо цього є жінки, ніж чоловіки. Для жінок зазначені показники є дещо вищими. За поширення надмірної ваги тіла та ожиріння зменшується також СОТЖ ($R = 0,546$; $p \leq 0,01$).

Тютюнопаління. Куріння і вживання алкоголю значно впливають на здоров'я людей і є одними з визначальних детермінант його формування. Активне куріння та надмірне споживання алкоголю є компонентами саморуйнівної поведінки, що призводить до погіршення стану здоров'я індивіда і завдає шкоди людям, які його оточують.

За оцінювання експертів ВООЗ, від хвороб, пов'язаних з палінням, щорічно вмирає 4 млн. людей у світі. Якщо ситуація з палінням не зміниться, у 2025 р. щорічні втрати становитимуть 10 млн. осіб.

Маємо значну кількість наукових доказів, що тютюнопаління асоціюється майже з 40 хворобами і станами, більшість з яких є причинами передчасної смерті.

Найбільш високим соціальним тягарем стають: хронічне обструктивне захворювання легень, злоякісне новоутворення легень, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертонія, остеопороз і деякі інші.

Зокрема, той, хто палить, має в 2–3 рази вищий ризик виникнення інфаркту порівняно з тими, хто не палить. За даними ВООЗ, 25% смертей від ішемічної хвороби серця зумовлено курінням; тривалість життя курців віком 35–69 років скорочується в середньому на 20 років [89]. У проведених дослідженнях популяцій куріння було визнано незалежним чинником ризику раптової коронарної смерті не тільки у пацієнтів з клінічними ознаками коронарної хвороби серця, а й за їхньої відсутності. Для чоловіків віком 45 років старших, які палять по 25 і більше сигарет на день, ризик померти від хвороб систем кровообігу вищий у 15 разів порівняно з тими, які не палять [90].

Курці становлять 96–100% від загальної кількості хворих на злоякісні новоутворення легенів. Ті, хто почав палити у РПЖ, мають високий ризик захворіти на злоякісні новоутворення легенів. Результати дослідження колишніх курців з

онкозахворюванням легенів підтвердили, що ті особи, які почали курити до 15 років, мають в два рази більше клітинних мутацій порівняно з тими, хто почав курити після 20 років. Вплив тривалого тютюнопаління на смертність від злоякісних новоутворень легенів є значним. Люди, які палили протягом багатьох років, а потім збільшилися від цієї згубної звички в середньому віці, уникали подальшого ризику щодо виникнення онкозахворювання легенів. При цьому припинення куріння до середнього віку дає змогу unikнути більш ніж 90% ризиків, пов'язаних із курінням [91].

В Україні тютюнопаління є опосередкованою причиною кожного п'ятого випадку смерті осіб віком 30–35 років. Україна належить до країн із найбільш високою поширеністю тютюнопаління, адже частка тих, хто палить, серед населення віком 15 років і старших становить 24% (рис. 6.28) (серед жінок – 9,0% та чоловіків – 42,4%). За іншим показником – стандартизована за віком розповсюдженість тютюнопаління серед населення 15 років і старших, який більш точно відображає рівень проблеми, Україна посідає 12 місце в Європі – 30,27% (для чоловіків – 50,6% – 6 місце в Європі). При цьому споживання тютюнових виробів у країні зростає на 1,5–2%.

Найбільша частота паління реєструється серед чоловіків віком 20–29 років (60% – у містах і 70% – у сільській місцевості). Розрахунки підтверджують, що із цієї когорти молодих чоловіків 25% помруть передчасно внаслідок хвороб, пов'язаних із палінням [92].

У підсумку тютюнопаління призводить до погіршення стану здоров'я населення, у тому числі до передчасної смертності: щороку в Україні помирає 63 тис. осіб від причин, які пов'язані із палінням, що становить близько 700 осіб на 100000 населення (СКС). Для порівняння: у Польщі цей показник становить 218 осіб, у Швеції – 153; загалом по ЄС – 152.

За даними ВООЗ, Україна за абсолютними цифрами споживання сигарет перебуває на 17 місці серед інших країн. Якщо у світі на кожну людину припадає в середньому 870 випалених сигарет за рік, то в Україні – 1500 – 1800 шт. на день, тобто приблизно в 2 рази більше, ніж у середньому на земній кулі.

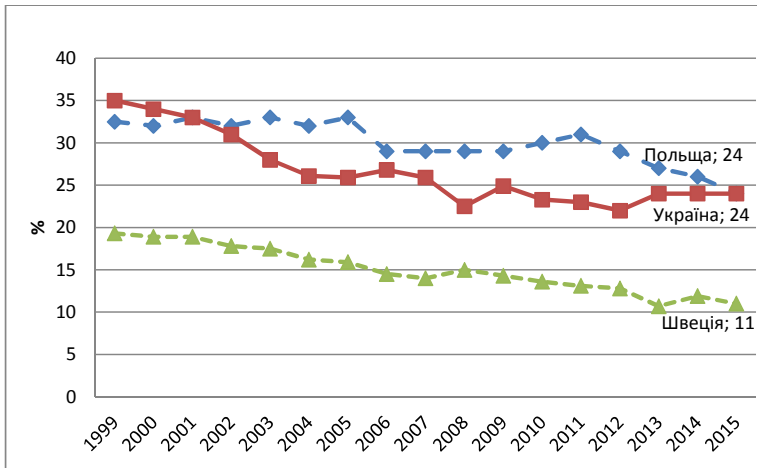


Рис. 6.28. Частка осіб, віком 15 років і старших які палять щоденно %

Джерело: [30].

Разом з цим, необхідно вказати на позитивні тренди, пов'язані із зменшенням тютюнопаління в Україні. Так, якщо у 2001 р. серед населення віком 12 років і старших палило 23,5%, то у 2015 р. ця частка зменшилася до 18,4% (табл. 6.30). Незважаючи на це, частка тих, хто палить багато років (6 та більше), залишається високою. Неоднозначними є також результати оцінювання щодо кількості викурених сигарет тими, хто палить. З одного боку, зменшується частка тих, хто викурює 16 та більше сигарет на добу. З іншого боку, зростає частка тих, хто викурює 6–15 сигарет на добу.

Таблиця 6.30

Розподіл членів домогосподарств віком 12 років і старших, які палять, за тривалістю куріння та кількістю викурених сигарет

Індикатори	Роки		
	2001	2007	2015
Кількість осіб віком 12 років і старших, які повідомили, що курять:			
тисяч осіб	9913,3	9850,3	6205,7
відсотків до загальної кількості населення віком 12 років і старших	23,5	24,9	18,4
Розподіл осіб, які повідомили, що вони курять, за тривалістю куріння (%):			
1 – 5 років	19,1	18,5	13,9
6 – 10 років	17,2	19,3	19,7
11 – 15 років	10,8	12,8	13,8
16 – 20 років	16,8	15,8	17,9
понад 20 років	36,1	33,6	34,7
Розподіл осіб, які повідомили, що вони курять, за кількістю викурених сигарет на добу (%):			
1 – 5	16,5	14,5	13,8
6 – 10	33,5	31,4	36,1
11 – 15	10,2	13,3	14,4
16 – 20	36,0	37,5	33,6
понад 20	3,8	3,3	2,1

Джерело: [93].

Серед негативних тенденцій, пов'язаних із тютюнопалінням в Україні, необхідно також виокремити те, що серед підлітків 16–17 років, які палять, 16% хлопців та 12% дівчат викурюють по 16–20 сигарет на день. Схильність до ризику та експериментування, юнацький максималізм, нетерпляче намагання бути дорослим – усі ці вікові особливості психології підлітків та молоді провокують їх до тютюнопаління. Це

впливає на можливість припинення куріння у майбутньому, особливо для жінок, оскільки існує зв'язок між віком початку куріння, поточним статусом щодо куріння та тютюновою залежністю. Найбільша частка щоденних курців фіксується саме серед тих, хто розпочав палити у ранньому віці [94]. Загалом ранній вік початку тютюнопаління є найбільш небезпечним, адже часто призводить до раннього виникнення хвороб та передчасної смертності.

Жінки у всіх вікових групах курять значно менше, ніж чоловіки (табл. 6.31). Однак жінки у репродуктивному віці (з 18 до 49 років) більш схильні до куріння порівняно з представницями старшого віку. Небезпечно, що їхня частка не зменшується. Жіноче куріння в Україні переважно є атрибутом поведінки мешканець міст. Однак рівень тютюнопаління серед жінок, які проживають у сільській місцевості, хоч і є нижчим, але не має тенденцій до зменшення. Пояснити це явище можна соціокультурними змінами, пов'язаними із роллю жінки у соціумі. Серед чоловіків суттєвих відмінностей між рівнем тютюнопаління в міських поселеннях та сільській місцевості немає.

За даними авторського опитування, виявлено залежність тютюнопаління від рівня освіти. Особи з вищою освітою курять рідше, що переважно пов'язано з рівнем їхньої обізнаності щодо шкідливості тютюнопаління. Зокрема, серед респондентів з вищою освітою тих, хто не курить, 70,5%, а серед осіб з середньою освітою – 64,8% (рис. 6.29).

Аналіз поширеності тютюнопаління в групах, які відрізняються за рівнем доходів, не виявив лінійного зв'язку між ними, бо найбагатша і найбідніша групи мали однаково високі рівні поширеності куріння. При цьому такі результати отримані як за даними дослідження домогосподарств ДССУ, так і за авторським соціопитуванням.

Таблиця 6.31

**Розподіл членів домогосподарств віком
12 років і старших, які палять, за віком та статтю**

Вік	Паління	Всі ре-спонденти	у т. ч.	
			чоловіки	жінки
18–24	так	33	48,8	15,7
	інколи	10,7	5	17,1
	ні	56,3	46,2	67,2
25–49	так	37,0	55,9	18,6
	інколи	6,2	7,0	5,4
	ні	56,8	37,1	76,0
50–59	так	27,2	49,5	8,5
	інколи	3,7	6,1	1,7
	ні	69,1	44,4	89,8
60 і старші	так	11,0	25,9	3,0
	інколи	3,6	9,3	0,5
	ні	85,4	64,8	96,5
Разом	так	28,1	47,7	11,9
	інколи	5,4	7,0	4,1
	ні	66,5	45,3	84,0

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Разом з цим, існують суттєві регіональні відмінності у рівні тютюнопаління серед населення. Найнижчий рівень спостерігається у західних областях (наприклад, мінімальний рівень у Тернопільській обл. – 13,0%), а найвищий у східних – Запорізькій, Донецькій, Дніпропетровській. Погоджуємось, що вирішальну роль у такому розподілі відіграють такі ментальні чинники: перевага населення з високим рівнем релігійності, нижчі показники розлучуваності, вища дітність та менша частота вживання алкоголю [95].

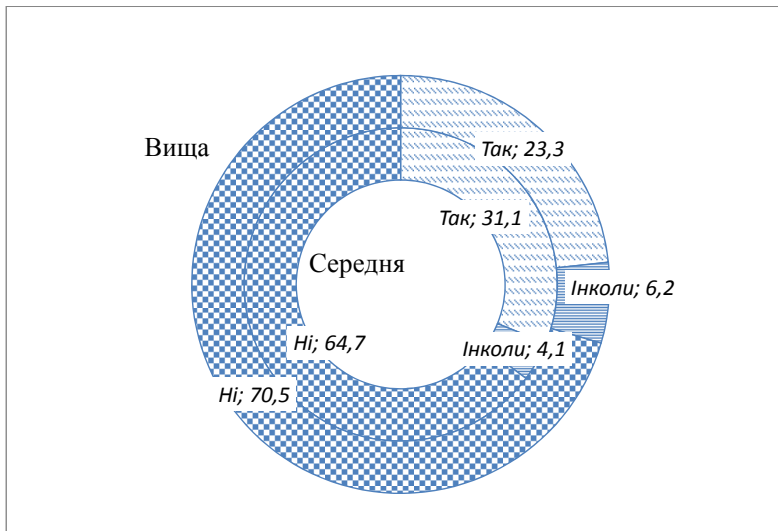


Рис. 6.29. Взаємозв'язок поширеності тютюнопаління та рівня освіти в Україні

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Враховуючи регіональні відмінності поширеності тютюнопаління (частка населення віком 12 років і старших, яке курить не менше 5 цигарок на добу із тривалістю куріння понад 5 років) та рівня смертності (СКС за причинами), виявлено залежність між ними (табл. 6.32). Зокрема, найбільше тютюнопаління впливає на смертність від злоякісних новоутворень органів дихання ($R = 0,611$), а також із меншим ступенем – смертності від хвороб органів травлення та туберкульозу. Важливим є також те, що тютюнопаління більш негативно впливає на рівень смертності жінок.

Таблиця 6.32

**Взаємозв'язок між тютюнопалінням
та смертністю населення України**

		Разом		Чоловіки		Жінки	
		R	p	R	p	R	p
1	СКС: туберкульоз	0,502	p≤0,01	0,442	p≤0,05	0,576	p≤0,01
2	СКС: злоякісні новоутворення (загалом)	0,447	p≤0,05	0,225	ns	0,660	p≤0,001
3	СКС: злоякісні новоутворення органів травлення	0,485	p≤0,05	0,245	ns	0,671	p≤0,001
4	СКС: злоякісні новоутворення органів дихання	0,611	p≤0,001	0,597	p≤0,001	0,631	p≤0,001

Примітка: «ns» – статистично незначуща кореляція

Джерело: розраховано за [8; 94]

Крім цього, необхідно зауважити, що країна зазнає значних фінансових втрат через тютюнопаління. З одного боку, ці втрати пов'язані з лікуванням захворювань, спричинених курінням, а з іншого – зумовлені непрацездатністю курців, оскільки вони стають непрацездатними внаслідок хвороб, спричинених курінням, і не можуть фінансово забезпечити себе та свої сім'ї. Тільки через останню причину, за даними Українського центру контролю над тютюном, Україна щорічно втрачає понад 3 млрд. дол. США. Сума втрат майже втричі перевищує доходи держбюджету від тютюнових акцизів, які за 2016 р. оцінюють на рівні 1,1 млрд. дол. США [86].

Починаючи з 2011 р., в Україні прийнято законодавчі акти і вжито заходів, які спрямовані на боротьбу з тютюнопалінням серед населення. Серед них варто виокремити такі основні:

– про заборону тютюнової реклами; набув чинності 16 вересня 2012 р. Для світової практики такі заборони є стандартами, прописаними в Рамковій конвенції Всесвітньої

організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну, прийнятої в 2003 р. Це перший юридичний документ, метою якого є зниження смертності через вживання тютюну і зменшення використання тютюну у світі загалом;

– про запровадження великих (50% від площі пачки) попереджень із малюнками на тютюнових упаковках; набув чинності 4 жовтня 2012 р.;

– про звільнення закладів громадського харчування та інших місць від тютюнового диму; набув чинності 16 грудня 2012 р. [94]. Це насамперед вплинуло на зменшення тютюнопаління серед заможних верств населення, які частіше відвідують готелі, кафе і ресторани;

– про збільшення акцизного оподаткування тютюнових виробів, що на фоні зменшення обсягу реальних доходів населення знизило доступність тютюнових виробів.

Саме завдяки зазначеним законодавчим змінам в Україні вдалось зменшити поширеність куріння серед населення. Проте те, що в Україні досі помирає 63 тис. осіб від хвороб, спричинених тютюнопалінням, тому в країні надалі необхідно впроваджувати норми, які дають змогу зменшити привабливість і доступність тютюнових виробів.

Однією із таких законодавчих ініціатив є законопроект №2820 «Про внесення змін до деяких законів України щодо охорони здоров'я населення від шкідливого впливу тютюну» від 13.05.2015 р., який, ґрунтуючись на новітній Директиві ЄС (2014/40/ЄС), пропонує заборонити сигарети з ароматизаторами, збільшити зображення попереджень про шкоду куріння на пачках сигарет, заборонити продаж електронних сигарет неповнолітнім та запровадити звітність виробників про склад тютюнової продукції [97].

Загалом істотно поліпшити здоров'я населення не можливо без залучення коштів і здійснення значних матеріальних витрат, впливаючи лише на тютюнопаління. Дослідження

свідчать, що більшість (65%) дорослих курців хоче позбавитись цієї звички і намагається зробити це не раз [89]. Розвиток залежності від нікотину – одна із головних перешкод при відмові від паління. Разом з цим, необхідно зазначити, що відсутність в Україні системи допомоги для відмови від куріння призвела до того, що певна частка людей, які намагалися припинити курити, знов повернулася до куріння [98]. Так, Методичні рекомендації для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну, які затверджені наказом МОЗ України № 746 від 26.09.2012 р. [99], використовуються медперсоналом недостатньо. Насамперед це пов'язано з їхньою низькою мотивацією.

Сьогодні для забезпечення позитивного ефекту є нагальна потреба в одночасному застосуванні негайної адміністративної заборони і посиленні уваги до заходів із популяризації та утвердження здорового способу життя.

Загалом, як підтверджує досвід багатьох країн, окремі заходи щодо боротьби з тютюнопалінням працюють більш ефективно у комплексі, доповнюючи і підсилюючи один одного.

Зловживання алкоголем – це один із найбільш вагомих чинників ризику, які впливають на погіршення стану здоров'я населення та є значним соціальним і економічним тягарем для суспільства.

У світі щорічне вживання алкоголю становить понад 6 л на людину віком 15 років і старші, що означає 13,5 г чистого алкоголю на день. Чверть цього споживання (24,8%) не було зареєстровано, тобто пов'язано з алкоголем, який незаконно вироблявся або продавався за межами державного контролю.

В Україні щорічне вживання алкоголю становить 8,1 л на людину віком 15 років і старші, що дещо менше, ніж у країнах ЄС (10,0 л). При цьому після 3,3 л у 1996 р. до 9,5 л у 2008 р. рівень споживання алкоголю населенням країни

суттєво не змінюється (рис. 6.30). За даними ВООЗ, приблизно 5 л на особу в країні вживається нелегального алкоголю. Враховуючи цей факт, визначено, що Україна перебуває на 6 місці у світі за рівнем вживання алкоголю [100].

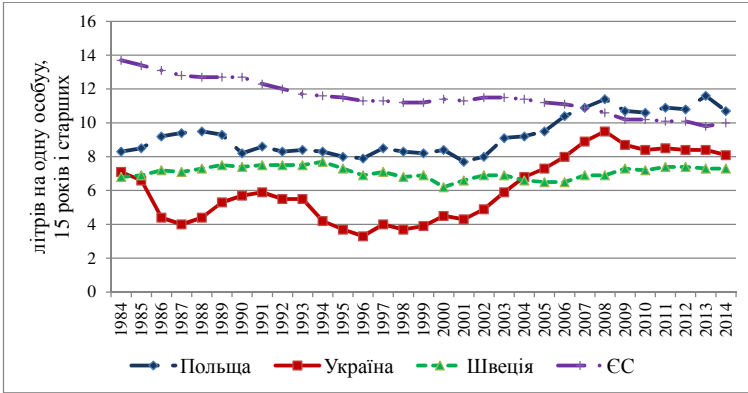


Рис. 6.30.1. Щорічне вживання алкоголю, літри чистого спирту на людину, 15 років і старші

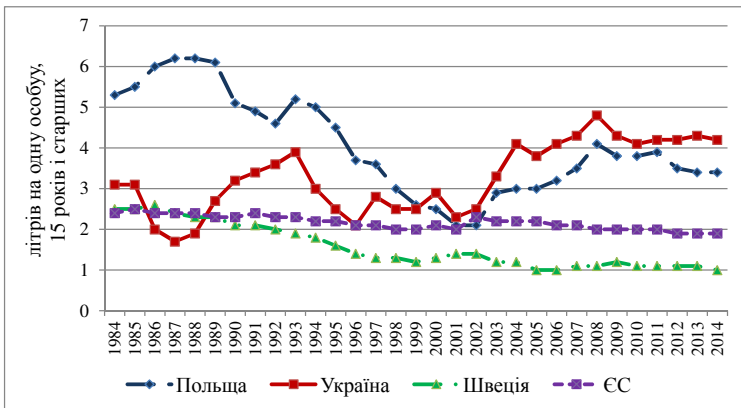


Рис. 6.30.2. Щорічне вживання міцних спиртних напоїв на людину, літри чистого спирту, 15 років і старші

Джерело: побудовано за [30].

Посилює негативну характеристику надвисокого вживання алкоголю в країні його структура. В Україні традиційно вживаються переважно міцні спиртні напої, які у структурі споживання становлять 48,0% (табл. 6.33). За рівнем вживання міцних спиртних напоїв, українці поступаються лише мешканцям чотирьох країн: Білорусі, Молдові, Росії та Гренаді. При цьому численні дослідження підтверджують, що міцні алкогольні напої є найбільш небезпечними для здоров'я населення. На відміну від України, у більшості країн ЄС структура вживання алкогольних напоїв інша: незначна частка міцних спиртних напоїв та доволі висока частка вина. Наприклад, у Швеції на міцні спиртні напої припадає тільки 15,1% від загального обсягу вживання алкоголю, а на вино – 46,6%.

Таблиця 6.33

Вживання алкоголю серед осіб віком 15 років і старших у літрах на душу населення на рік, 2010 р.

Місце в світовому рейтингу	Країна	Вживання разом, л на душу населення на рік	у т. ч.		Пиво, %	Вино, %	Міцні спиртні напої, %	Інше, %
			обліковане вживання	необліковане вживання (з незаконно виробленого алкоголю)				
6	Україна	13,9	8,9	5,0	40,5	9,0	48,0	2,6
14	Польща	12,5	10,9	1,6	55,1	9,3	35,5	0,0
50	Швеція	9,2	7,2	2,0	37,0	46,6	15,1	1,4

Джерело: [100].

Вживання в Україні напоїв із високою концентрацією спирту, хоча і несистематично, але у високих одноразових дозах здійснює доволі значний токсичний вплив на організм, нерідко з летальними наслідками. Так, погоджуємось, що відмінності у вживанні алкоголю в Україні порівняно з розвинутими євро-

пейськими країнами полягають не лише в кількості випитого, а й у культурі пиття, яка відсутня у більшості населення [101].

Дані авторського соціологічного дослідження засвідчують, що найбільша частота у вживанні алкогольних напоїв серед українців припадає на пиво (з різною інтенсивністю вживає 55,0% населення після 18 років) та міцні алкогольні напої (відповідно 51,2%). При цьому у великій кількості найбільше споживається пиво. Так, 17,2% респондентів зазначили, що вживають пиво або щодня, або кілька разів на тиждень. Вино у такий спосіб вживає лише 1,4%, а міцні алкогольні напої – 3,3% опитаних. Одночасно існують вікові, гендерні та географічні відмінності у вживанні алкоголю. Так, показник вживання міцних алкогольних напоїв суттєво вищий серед чоловіків, ніж серед жінок, та у сільській місцевості порівняно із міськими поселеннями (табл. 6.34). Оскільки серед чоловіків середнього віку, які мешкають у сільській місцевості, смертність є надвисокою, можна стверджувати, що зловживання алкоголем – це одна з причин такого явища. Значних вікових диспропорцій у вживанні алкогольних напоїв серед чоловіків не виявлено. Дещо меншим є вживання спиртних напоїв серед населення старших вікових груп (після 65 років). У жінок рівень вживання міцних алкогольних напоїв не високий. Найбільший пік вживання припадає на віковий інтервал від 36 до 50 років.

Особливе занепокоєння викликає поширення зловживання алкоголем серед дітей і підлітків. За наявними даними, 14% дітей до 12 років систематично вживають алкогольні напої; віком від 14 до 18 років таких дітей налічується 40%. Суттєво зростає також кількість дітей, які перебувають в алкогольній залежності від пива [102].

Таблиця 6.34

**Частота вживання міцних алкогольних напоїв
залежно від статі та місця проживання**

Стать	Частота вживання міцних алкогольних напоїв	Тип поселення			Разом
		Місто (обласний центр)	Інше місто	Сільська місцевість	
Чоловіки	Щодня	1,0%	1,3%	1,1%	1,1%
	Кілька разів на тиждень	3,0%	2,5%	8,2%	4,6%
	Раз на тиждень	11,6%	10,6%	12,5%	11,6%
	Кілька разів на місяць	20,6%	26,9%	21,7%	22,8%
	Раз на місяць і рідше	32,7%	32,5%	28,8%	31,3%
	Ніколи	31,2%	26,3%	27,7%	28,5%
Жінки	Щодня	0,0%	0,5%	0,0%	0,0%
	Кілька разів на тиждень	0,4%	2,1%	0,0%	0,8%
	Раз на тиждень	1,6%	1,0%	1,4%	1,4%
	Кілька разів на місяць	5,3%	3,6%	3,6%	4,3%
	Раз на місяць і рідше	28,8%	24,4%	30,3%	28,0%
	Ніколи	63,8%	68,9%	64,7%	65,6%
Разом	Щодня	0,5%	0,6%	0,5%	0,5%
	Кілька разів на тиждень	1,6%	2,3%	3,7%	2,5%
	Раз на тиждень	6,1%	5,4%	6,4%	6,0%
	Кілька разів на місяць	12,2%	14,2%	11,9%	12,7%
	Раз на місяць і рідше	30,5%	28,0%	29,6%	29,5%
	Ніколи	49,1%	49,6%	47,9%	48,8%

Джерело: за результатами авторського соціологічного опитування.

Алкоголь негативно впливає як на фізичне, так і психологічне здоров'я. Ступінь цього впливу значною мірою визначається обсягом споживання алкоголю, його міцністю та якістю. У 2012 р. приблизно 3,3 млн. померлих, або 5,9% від загальної кількості випадків смерті у світі, пов'язані з вживанням алкоголю. Існують значні статеві відмінності у рівні смертності, яка пов'язана з алкоголем: 7,6% смертей серед чоловіків проти 4,0% смертей серед жінок. [96]. Зловживання алкоголем також завдає шкоди іншим людям, їхньому психічному та інколи фізичному здоров'ю, наприклад, членам сім'ї, друзям, колегам і незнайомим людям.

Споживання алкоголю є причиною виникнення понад 200 хвороб і травм, зокрема цирозу печінки, злоякісних новоутворень, хвороб системи кровообігу, а також травм чи смертей унаслідок ДТП, самогубств, насильства та вбивств. Більшість останніх випадків характерна для осіб молодшого та середнього віку, що посилює актуальність вирішення цієї проблеми.

Доказом цього є високий кореляційний зв'язок між поширенням вживання алкоголю та рівнем смертності від злоякісних новоутворень ($R=0,576; p \leq 0,05$), ішемічної хвороби серця ($R = 0,439; p \leq 0,05$), самогубств та самоушкоджень ($R = 0,639; p \leq 0,01$), у країнах Європи (рис. 6.31).

Існують й інші причинно-наслідкові зв'язки між надмірним вживанням алкоголю та погіршенням стану здоров'я. Зокрема, експерти ВООЗ пов'язують зловживання алкоголю із поширенням інфекційних захворювань, таких як туберкульоз, ВІЛ / СНІД. Вживання алкоголю майбутньою матір'ю може викликати також алкогольний синдром плоду й ускладнення вагітності та пологів [100].

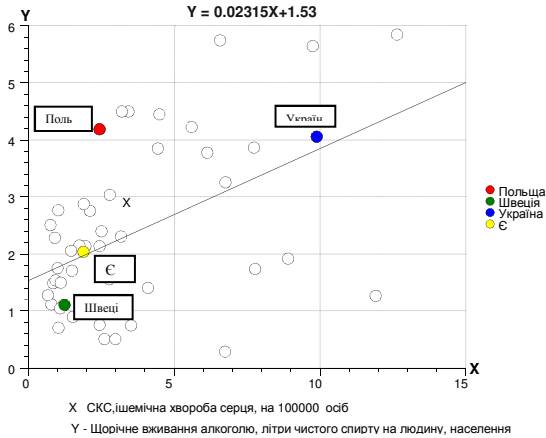


Рис. 6.31.1 Кореляція між смертністю від ішемічної хвороби серця та вживанням алкоголю у країнах європейського регіону, 2013 р.

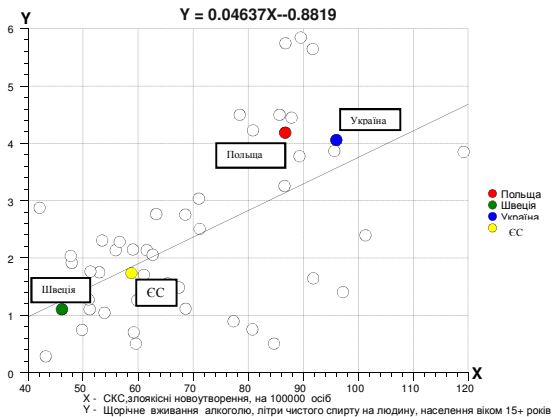


Рис. 6.31.2 Кореляція між смертністю від злоякісних новоутворень та вживанням алкоголю у країнах європейського регіону, 2013 р.

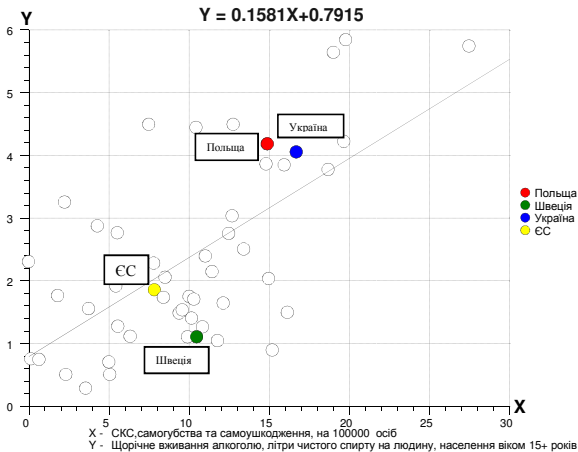


Рис. 6.31.3. Кореляція між смертністю від самогубств і самоушкоджень та вживанням алкоголю у країнах європейського регіону, 2013 р.

Джерело: розраховано за [30].

Варто зазначити, що в Україні є проблеми з обліком захворюваності та смертності, які пов'язані зі зловживанням алкоголем. Зокрема, не всі види алкогольної патології відображені в офіційному переліку діагнозів смерті, внаслідок чого багато видів алкогольної смертності не можуть бути проаналізовані. Інша особливість статистики алкогольної смертності полягає в тому, що багато її форм приховані неалкогольними діагнозами. Багато класів смертей містять алкогольну смертність у вигляді непрямих алкогольних втрат (алкогольна патологія як супутнє захворювання) і прямих – через фальсифікацію алкогольних діагнозів смерті, як наприклад, отруєння алкоголем. Отже, під час оцінювання наслідків зловживання алкоголем та їхнього впливу на стан здоров'я населення необхідно робити похибку на ці особливості.

За даними ДССУ, на даний час в Україні є позитивна тенденція до зменшення рівня алкоголізму та алкогольних психозів (порівняно з 1990 р. у два рази). Однак є регіони, в яких зростає як кількість нових випадків алкоголізму та алкогольних психозів, так і їхнє поширення. Це західні області країни: Закарпатська, Рівненська, Волинська, Тернопільська, Івано-Франківська (рис. 6.32). Така тенденція у відносно благополучних районах із позиції здоров'я населення є небезпечною, оскільки може погіршити ситуацію із смертністю та захворюваністю в цих областях.

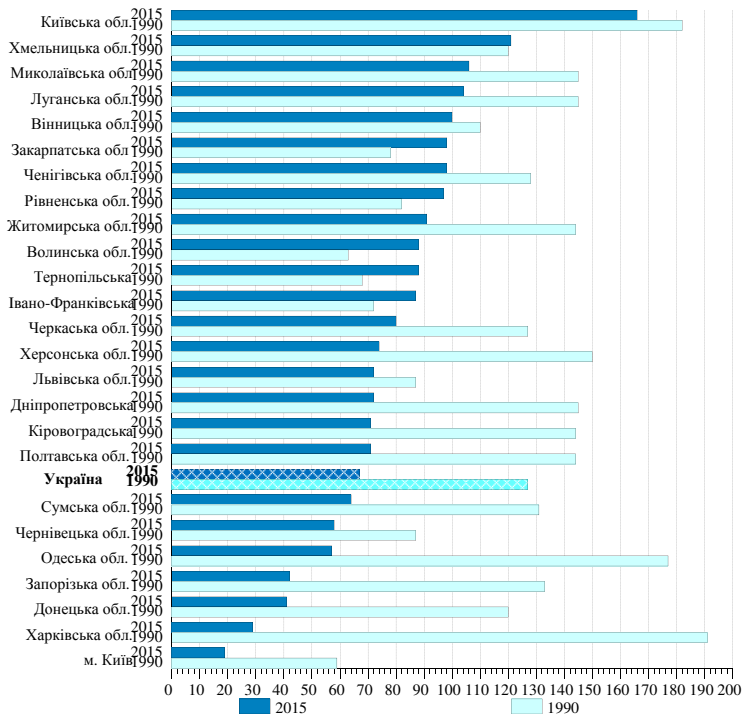


Рис. 6.32.1. Нові випадки алкоголізму та алкогольних психозів в Україні (за регіонами), на 100 000 населення

Джерело: [8].

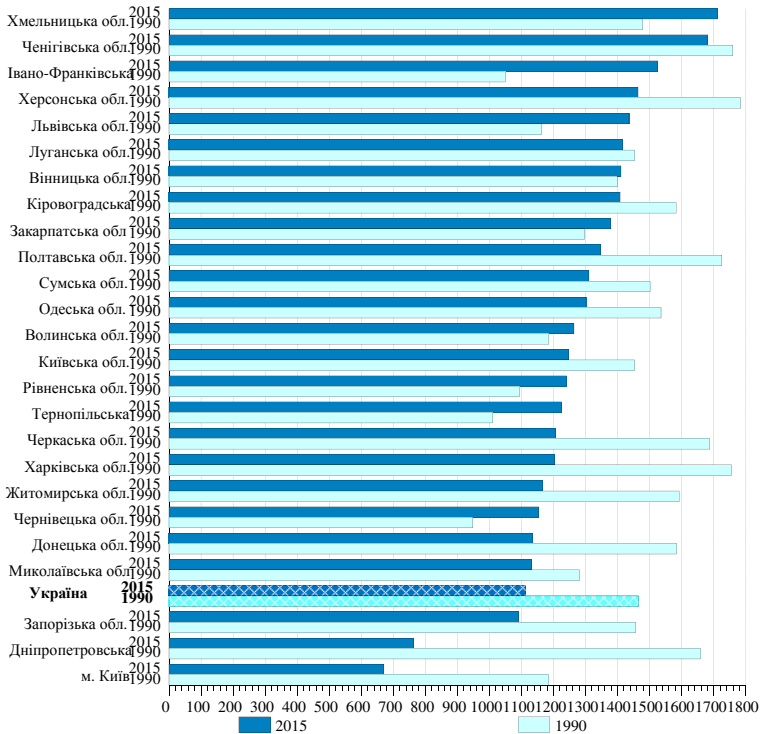


Рис. 6.32.1. Поширеність алкоголізму та алкогольних психозів в Україні (за регіонами), на 100 000 населення

Джерело: [8].

На основі дослідження регіональних індикаторів рівня смертності та алкоголізму виявлено залежність смертності від деяких хвороб та зловживання алкоголем серед населення. Насамперед це стосується хвороб системи кровообігу, де кореляція достатньо висока ($R = 0,594$), особливо серед чоловіків ($R = 0,711$) та мешканців сільської місцевості ($R = 0,720$) (табл. 6.35).

Таблиця 6.35

**Взаємозв'язок між поширеністю алкоголізму
та алкогольних психозів з рівнем смертності населення**

	Разом		Чоловіки		Жінки		Міські поселення		Сільська місцевість	
	R	p ≤	R	p ≤	R	p ≤	R	p ≤	R	p ≤
СКС: хвороби системи кровообігу	0,594	0,01	0,711	0,001	0,540	0,01	0,580	0,01	0,720	0,001
СКС: випадкове отруєння	0,402	0,05	0,400	0,05	0,380	ns	0,375	ns	0,390	ns
СКС: ендокринні захворювання	0,432	0,05	0,430	0,05	0,376	ns	0,300	ns	0,311	ns

Примітка: ns – статистично не значущі кореляції

Джерело: розраховано за [8; 19].

При аналізі даних про споживання алкоголю і стан здоров'я необхідно враховувати, що отримати адекватну інформацію щодо цього питання надзвичайно складно з огляду на те, що респонденти часто її приховують. Дані авторського опитування свідчить, що ті українці, які кожен день вживають алкогольні напої, частіше майже в 3 рази (чоловіки) і 2 рази (жінки) мають хронічне захворювання. Однак цей зв'язок був статистично незначимим.

Проте чіткий статистично значимий зв'язок простежується між споживанням алкоголю і наявністю хронічного захворювання системи кровообігу (табл. 6.36). Частота і кількість споживання алкоголю істотно впливають на виникнення серцевих симптомів у чоловіків. Ризик виникнення хвороб системи кровообігу збільшується у 9 разів для тих чоловіків, які щодня вживають міцні спиртні напої, порівняно із тими, хто їх не вживає взагалі. Для жінок такої залежності не виявлено. Передусім це пов'язано з тим, що серед опитаних жінок 2/3 від їхньої кількості ніколи не вживають міцних спиртних напоїв.

Загалом проблема зловживання алкоголем серед населення України постає не одне десятиріччя і суттєвого успіху щодо її вирішення не досягнуто досі. Чинників, які на це впливають, дуже багато. Одні з них більше діють на індивідуальному рівні, інші – на популяційному. Відповідно заходи, які нівелюватимуть вплив негативних чинників, також мають бути поділені на індивідуальні та громадські.

Таблиця 6.36

**Зв'язок між частотою вживанням міцних
алкогольних напоїв та наявністю хронічного
захворювання системи кровообігу**

Частота вживання алкоголю	чоловіки		жінки	
	OR	CI	OR	CI
Ніколи	1		1	
Раз на місяць і рідше	1,214	(0,673–2,191)	0,412	(0,301–0,767)
Кілька разів на місяць	3,324	(1,444–7,861)	0,614	(0,406–0,925)
Кілька разів на тиждень	5,463	(1,755–8,952)	0,325	(0,094–1,013)
Щодня	9,609	(1,546–12,487)	1,084	(0,310–3,619)
p		p ≤ 0,01		ns

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Держава несе відповідальність за розробку, впровадження, моніторинг та оцінку державної політики щодо зменшення вживання алкоголю. ВООЗ пропонує такі заходи політики у цьому напрямку:

- громадський рівень:
- регулювання маркетингу алкогольних напоїв (зокрема, для молодих людей);
- регулювання і обмеження доступності алкоголю;
- введення жорстких покарань за водіння в нетверезому стані;

- зменшення попиту через податкові та цінові механізми;
- індивідуальний рівень:
- підвищення інформованості про проблеми щодо громадського здоров'я, викликані зловживанням алкоголем, і забезпечення підтримки ефективної політики щодо зменшення вживання алкоголю;
- забезпечення доступного лікування для людей із розладами, викликаними вживанням алкоголю;
- впровадження скринінгу і коротких програм втручання щодо небезпечного і шкідливого вживання алкоголю в медичних послугах.

Для України також дуже гострою є зацікавленість державних і комерційних організацій, які займаються виробництвом алкогольних напоїв, у зростанні реалізації продуктів їхнього виробництва. Так, на сьогодні алкогольні напої становлять найбільшу частку в обороті продовольчих товарів роздрібних мереж та немережевих роздрібних торгових закладів, і вона залежно від формату коливається від 15,5% до 25% [103]. У цьому разі позиція держави має бути однозначною, що сприятиме зниженню негативного впливу алкоголю на здоров'я населення.

Зловживання алкоголем часто супроводжується іншими шкідливими звичками. Так, за даними авторського опитування, частка респондентів, які мають дві та більше шкідливих звичок, становить 17,7%. Серед чоловіків їх було значно більше (25,4%), ніж серед жінок (10,3%). Загалом приблизно 1/3 опитаних (26,1% чоловіків і 35,2% жінок) дотримуються здорового способу життя (не мають шкідливих звичок).

Респонденти-чоловіки, які мають дві та більше шкідливих звичок, у 4,5 разу частіше мають хронічне захворювання, ніж ті, які таких звичок не мають, тобто є більш відповідальними щодо власного здоров'я. У жінок цей показник становить 1,7 разу (табл. 6.37).

Таблиця 6.37

Співвідношення між станом здоров'я населення та кількості шкідливих звичок (тютюнопаління, надмірне вживання алкоголю, сидячий спосіб життя, «нездорове» харчування)

Кількість шкідливих звичок	Наявність хронічного захворювання			
	чоловіки		жінки	
	OR	CI	OR	CI
0	1		1	
1	1,882	0,861–5,110	1,352	0,797–2,033
2 та більше	4,682	1,715–9,618	1,701	1,033–4,051
p		p ≤ 0,05		p ≤ 0,05

Джерело: розраховано за результатами авторського соціологічного опитування.

Незважаючи на те, що індивідуальна відповідальність населення за власне здоров'я частково залежить від рівня їхнього доходу (наприклад, споживання фруктів), необхідно констатувати, що більшість складових цієї відповідальності не залежить від матеріального статусу, а здебільшого пов'язана з іншими СЕД: рівнем освіти, виховання, культури, моральними установками, які поширені на рівні держави, громади. Часто людина самостійно в змозі поліпшити своє здоров'я, виявляючи фізичну активність, звільняючись від шкідливих звичок тощо.

Таким чином, СЕД визначають здоров'я населення України не тільки безпосередньо а й опосередковано – через місце проживання, доступність та якість медичного обслуговування, індивідуальну відповідальність населення за власне здоров'я.

Література до 6 розділу

1. Ellaway A. Does area of residence affect body size and shape? / [A. Ellaway et al.] // *International journal of obesity*. – 1997. – Т. 21. – №. 4. – P. 304–308.
2. Macintyre S. What are spatial effects and how can we measure them? / S. Macintyre // *Exploiting national survey data: the role of locality and spatial effects*. – Manchester: Faculty of Economic and Social Studies, University of Manchester, 1997. – P. 1–17
3. LaVeist T. A. Social status and perceived discrimination: Who experiences discrimination in the health care system, how and why / T. A. LaVeist, C. Diala, N. C. Jarrett // *Minority health in America*. – 2000. – № 1. – С. 194–208.
4. Barik D. Issues of unequal access to public health in India / D. Barik, A. Thorat // *Frontiers in public health*. – 2015. – Т. 3. – P. 245.
5. Dowell J. Widening access to medicine may improve general practitioner recruitment in deprived and rural communities: survey of GP origins and current place of work / J. Dowell // *BMC medical education*. – 2015. – Т. 15. – № 1. – P. 165.
6. На развитие диабета влияет место жительства [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.aif.ru/health/249006>.
7. Самооцінка домогосподарствами України рівня своїх доходів (за даними вибіркового опитування домогосподарств) : стат. зб.; архів 2008–2015 рр. [Електронний ресурс] // Державна служба статистики України. – Режим доступу : <http://ukrstat.gov.ua>.
8. Українська база медико-статистичної інформації [Електронний ресурс] ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». – Режим доступу : <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html>.
9. Москаленко В. Ф. Відмінності в здоров'ї населення та стратегії досягнення рівності в охороні здоров'я / В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко, Т. С. Грузева // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. – 2004. – № 1. – С. 5–10.
10. Теренда Н. О. Основні фактори ризику у виникненні та розвитку хвороб систем кровообігу / Н. О. Теренда // *Вісник наукових досліджень*. – 2016. – №. 3. – С. 30–32.
11. Оганов Р. Г. Демографические тенденции в Российской Федерации: вклад болезней системы кровообращения / Р. Г. Оганов // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. – 2012. – № 11(1). – С. 5–10.

12. Максимова Т. М. Распространенность поведенческих факторов риска и болезней системы кровообращения [Электронный ресурс] / Т. М. Максимова, В. Б. Белов, Н. П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 1. – Режим доступа : <https://cyberleninka.ru/article/n/rasprostranennost-povedencheskih-faktorov-riska-i-bolezney-sistemy-krovoobrascheniya>.
13. Про становище інвалідів в Україні : нац. доп./ Мінсоцполітики України ; Державна установа «Науково-дослідний інститут соціально-трудоових відносин». – К., 2014. – 197 с.
14. Fotso J. C. Child health inequities in developing countries: differences across urban and rural areas / J. C. Fotso // International journal for equity in health. – 2006. – Т. 5, № 1. – P. 9.
15. Ompad D. C. Social determinants of the health of urban populations: methodologic considerations / D. C. Ompad [et al.] // Journal of Urban Health. – 2007. – Т. 84, № 1. – P. 42–53.
16. Vlahov D. Urban as a determinant of health / D. Vlahov [et al.] // Journal of Urban Health. – 2007. – Т. 84, – № 1. – P. 16–26.
17. Pampalon R. Health inequalities in urban and rural Canada: comparing inequalities in survival according to an individual and area-based deprivation index / R. Pampalon, D. Hamel, P. Gamache // Health & place. – 2010. – Т. 16, – № 2. – P. 416–420.
18. Fang P. Regional inequality in health and its determinants: evidence from China / Fang P. [et al.] // Health Policy. – 2010. – Т. 94, – № 1. – P. 14–25.
19. Населення України за 2015 рік : демограф. щорічник / відпов. за вип. М. Б. Тімоніна. – К. : Держ. служба статистики України, 2016. – 119 с.
20. Liu C. Nutrition and gastric cancer risk: an update / C. Liu, R. M. Russell // Nutrition reviews. – 2008. – Т. 66, № 5. – P. 237–249.
21. Leenders M. Fruit and vegetable consumption and mortality european prospective investigation into cancer and nutrition [Електронний ресурс] / М. Leenders [et al.] // American journal of epidemiology. – 2013. – Режим доступа : <https://academic.oup.com/aje/article/178/4/590/231641/Fruit-and-Vegetable-Consumption-and>.
22. Ильиных И. А. Экология человека : уч. пособ. / И. А. Ильиных. – М.–Берлин : Директ-Медиа, 2016. – 299 с.

23. Different perspectives for assigning weights to determinants of health [Електронний ресурс] / В. Booske [et al.]. – Режим доступу : <https://uwphi.pophealth.wisc.edu/publications/other/different-perspectives-for-assigning-weights-to-determinants-of-health.pdf>.
24. Health Equity and the Social Determinants of Health: A Role for the Medical Profession [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.cma.ca/assets/assets-library/document/en/advocacy/pd13-03-e.pdf>.
25. McGinnis J. M. The case for more active policy attention to health promotion / J. M. McGinnis, P. Williams-Russo, J. R. Knikman // Health Affairs. – 2002. – V. 21, № 2. – P. 78–93.
26. Prüss-Üstün A. Towards an estimate of the environmental burden of disease [Електронний ресурс] / A. Prüss-Üstün, C. Corvalán. – WHO, 2006. – Режим доступу : http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf.
27. World Health Organization: Official site [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/gho/en/>.
28. International Agency for Research on Cancer (WHO): Official [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.iarc.fr>.
29. Громадське здоров'я : підруч. [для студ. вищих мед. навч. закл.] / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузева [та ін.]. – [Вид. 3]. – Вінниця : Нова книга, 2013. – 560 с.
30. European health for all database (HFA-DB) [Електронний ресурс]. – WHO: Europe. – 2016. February. – Режим доступу : http://data.euro.who.int/hfadb/shell_en.html.
31. Довкілля України : стат. зб.; архів 2009–2015 рр. [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України. – Режим доступу : https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/07/Arch_dov_zb.htm.
32. Клименко В. Г. Забруднення атмосферного повітря : метод. розробка [для студ.-екол.] / В. Г. Клименко, О. Ю. Цигічко. – Х. : ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2010. – 26 с.
33. Загрязняющие вещества и их влияние на здоровье человека [Електронний ресурс] / Экологический сайт Павлодарского государственного университета им. С. Торайгырова. – Режим доступу : https://eco.psu.kz/index.php?option=com_content&view=article&id=78:2012-04-26-08-31-19&catid=36:2012-04-26-08-24-22&Itemid=2.
34. Николайкин Н. И. Экология : учеб. [для вузов] / Н. И. Николайкин, Н. Е. Николайкина, О. П. Мелехова – [3-е изд., стер.]. – М. : Дрофа, 2004. – 621 с.

35. Національна доповідь про стан навколишнього природного середовища в Україні у 2014 році. – К. : МЕНР України, ФОП Грінь Д. С., 2016. – 350 с.
36. Регіональний людський розвиток : стат. бюл. / Держкомстат України ; відпов. за вип. О. О. Кармазіна. – К., 2016. – 56 с.
37. Environmental burden of disease associated with inadequate housing A method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region: Summary report [Електронний ресурс] / Edited by M. Braubach, D. E. Jacobs, D. Ormandy. – WHO, 2011. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/142077/e95004.pdf.
38. Howden-Chapman P. Social Inequalities in Health: New Zealand 1999. [Електронний ресурс] / P. Howden-Chapman [et al.]. – Wellington : Ministry of Health, 2000. – Режим доступу : [http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/F6338BF7171E3F904C25696D001318EE/\\$file/SIHch2.pdf](http://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/F6338BF7171E3F904C25696D001318EE/$file/SIHch2.pdf).
39. Кислицына О. А. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России / О. А. Кислицына. – М. : РИЦ ИСПЭН, 2005. – 374 с.
40. Мельничук А. Л. Еколого-економічна безпека житлового фонду України / А. Л. Мельничук, Л. О. Коковський, Б. Б. Мариняк // Економічний часопис-XXI. – 2014. – № 9–10(2). – С. 64–67.
41. Макарова О. В. Житлові умови як ключовий аспект якості життя в Україні / О. В. Макарова // Вісник Національної академії наук України. – 2015. – № 6. – С. 28–33.
42. Ranson R. Healthy Housing: A Practical Guide / R. Ranson. – London, England : Spon Press and the World Health Organization Regional Office for Europe, 1991. – 292 p.
43. Krieger J. W. Housing and health: Time again for public health action / J. W. Krieger, D. L. Higgins // Am J Public Health. – 2002. – № 92(5). – P. 758–768.
44. Deutch S. Crowding as a risk factor of meningococcal disease in Danish preschool children: a nationwide population-based case-control study / S. Deutch [et. al.] // Scand. J. Infect. Dis. – 2004. – № 36. – P. 20–23.
45. Laber K. Effects of housing density on weight gain, immune function, behavior, and plasma corticosterone concentrations in BALB/c and C57BL/6 mice / Laber K. [et. al.] // J Am Assoc Lab Anim Sci. – 2008. – № 47(2). – P. 16–23

46. Housing Space Standards: A report by NATC Limited for the Greater London Authority (Report) [Електронний ресурс]. – 2006. – Режим доступу : <http://www.london.gov.uk/sites/default/files/archives/uploads-space-standards.pdf>.
47. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України : стат. зб. – К. : ДССУ, 2016. – 86 с.
48. Wilkinson P. Vulnerability to winter mortality in elderly people in Britain: population based study / P. Wilkinson [et al.] // *Bmj*. – 2004. – Т. 329, № 7467. – Р. 647–652.
49. Rudge J. Measuring the health impact of temperatures in dwellings: Investigating excess winter morbidity and cold homes in the London Borough of Newham / J. Rudge, R. Gilchrist // *Energy and Buildings*. – 2007. – Т. 39, № 7. – Р. 847–858.
50. Про затвердження Державних санітарних норм допустимих рівнів шуму в приміщеннях житлових та громадських будинків і на території житлової забудови : проект наказу МОЗ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/NT3278.html.
51. The WHO Framework Convention on Tobacco Control: an overview [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.who.int/fctc/WHO_FCTC_summary_January2015_EN.pdf.
52. Житловий фонд України: Статистичний бюлетень 2009-2016 рр. [Електронний ресурс] / ДССУ. – Режим доступу : https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_gf_bl.htm.
53. Социальные и гендерные неравенства в отношении окружающей среды и здоровья [Електронний ресурс] // Защитим здоровье детей в изменяющейся среде : Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья, (г. Парма, Италия, 10–12 марта 2010 г.). – Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/76522/Parma_EN_Conf_pb1_rus.pdf?ua=1.
54. 10 facts on preventing disease through healthy environments [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/features/factfiles/environmental-disease-burden/en>.
55. Рингач Н. О. Соціальні нерівності, ризики навколишнього середовища та здоров'я / Н. О. Рингач // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1. – С. 14–19.

56. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992 р. [Електронний ресурс] / ВРУ. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12/page>.
57. Про екстрену медичну допомогу : Закон України № 5081-VI від 05.07.2012 р. [Електронний ресурс] / ВРУ. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>.
58. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : проект Закону України [Електронний ресурс] / ВРУ. – Режим доступу : http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=62554.
59. United Nations human rights: Official site [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ohchr.org/EN/AboutUs/Pages/WhoWeAre.aspx>.
60. Бондарева Л. В. Доступність медичної допомоги населенню: теоретичний аспект / Л. В. Бондарева // Актуальні проблеми державного управління : зб. наук. праць ОРІДУ. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2011. – С. 11–14.
61. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / за ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2016. – 452 с.
62. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України. 2010–2016 рр. – ДССУ [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua>.
63. Заяць Г. С. Кадрове забезпечення охорони здоров'я України: аспекти модернізації / Г. С. Заяць // Наукові записки Національного університету «Острозька академія». – 2013. – № 23. – С. 39–42.
64. Заходи щодо розв'язання проблеми кадрового дефіциту [Електронний ресурс] / MfO3. – Режим доступу : <http://www.vz.kiev.ua/?p=2283>.
65. Nutrition and disease / edited by R. J. Jarrett. – London : Croom Helm, 1979. – 218 p.
66. Medical nutrition and disease: a case-based approach / edited by G. Morrison, L. Hark. – Oxford : Wiley-Blackwell, 2009. – 556 p.
67. Social determinants of health: the solid facts [Електронний ресурс] / Edited by: R. G. Wilkinson, M. Marmot. – Copenhagen : World Health Organization. – 2003. – Режим доступу : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108082/1/e59555.pdf>.

68. Mikkonen J. Social Determinants of Health: The Canadian Facts Social Determinants of Health: The Canadian Facts / J. Mikkonen, D. Raphael. – Toronto : York University School of Health Policy and Management, 2010. – 63 p.
69. Грузева Т. С. Харчування різних груп населення України в сучасних умовах стратифікації суспільства [Електронний ресурс] / Т. С. Грузева. – Режим доступу : http://www.medved.kiev.ua/arh_nutr/art_2004/n04_4_6.htm.
70. Корсак В. І. Структура споживання як визначальний фактор регіональної диференціації тривалості життя населення / В. І. Корсак // Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. – 2012. № 1 (52). – С. 105–115.
71. Смертність населення України у трудоактивному віці : моногр. / відпов. ред. Е. М. Лібанова. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 211 с.
72. Положение дел в области продовольствия и сельского хозяйства. Социальная защита и сельское хозяйство: разорвать порочный круг нищеты в сельских районах [Електронний ресурс] / Продовольственная та сільськогосподарська організація ООН. – Режим доступу: <http://www.fao.org/3/a-i4910r.pdf>.
73. Витрати і ресурси домогосподарств України (за даними вибіркового обстеження життя домогосподарств України) : стат. зб.; Архів 2009–2015 рр. [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України. – Режим доступу : <http://ukrstat.gov.ua>.
74. European Food Safety Authority [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.efsa.europa.eu/en/datexfoodcdb/datexfooddb.htm>.
75. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies [Електронний ресурс] / X. Wang [et al.]. – 2006. – Режим доступу : // <http://www.bmj.com/content/349/bmj.g4490>.
76. Dauchet L. Fruit and Vegetable Consumption and Risk of Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis of Cohort Studies Dallongeville [Електронний ресурс] / L. Dauchet. – 2006. – Режим доступу : <http://jn.nutrition.org/content/136/10/2588.full>.
77. Global Health Risks Summary [Електронний ресурс] /WHO. – Режим доступу : http://www.who.int/entity/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf?ua=1&ua=1.

78. Carbs, Protein or Fat – How much? When? Why? /New Zealand Institute of Health and Fitness [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.nzihf.co.nz/media-resources-1/articles/personal-training-nutrition-carbohydrates-protein-fat>.
79. Екотрофологія. Основи екологічно безпечного харчування : навч. посіб. / Т. М. Димань [та ін.]. – К. : Лібра, 2006. – 304 с.
80. National Coalition on Health Care Facts on the costs of health care [Електронний ресурс] / WHO. – Режим доступу : <http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>.
81. Centers for Disease Control and Prevention [Електронний ресурс] / Centers for Disease Control and Prevention. – Режим доступу : <http://www.cdc.gov/>.
82. Wikler D. Personal and social responsibility for health / D. Wikler // Ethics & International Affairs. – 2002. – Т. 16, № 2. – Р. 47–55.
83. Physical activity [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
84. Janssen I. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth / I. Janssen, A. G. LeBlanc // International journal of behavioral nutrition and physical activity. – 2010. – Т. 7, № 1. – Р. 40.
85. Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація: Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/42/2016>.
86. Паньків В. І. Ожиріння як медико-соціальна проблема / В. І. Паньків // Практична ангіологія. – 2006. – Т. 4. – №. 5. – С. 23-31.
87. What is overweight and obesity? [Electronic resource] / WHO. – Mode of access: http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what/en.
88. Kuczmarski R. J. Prevalence of overweight and weight gain in the United States / R. J. Kuczmarski // The American journal of clinical nutrition. – 1992. – Т. 55. – №. 2. – Р. 495-502.
89. WHO report on the global tobacco epidemic 2015 [Electronic resource] / WHO. – Mode of access: http://www.who.int/tobacco/global_report/2015/report/en/
90. Український центр контролю над тютюном / [Електронний ресурс] / Державна служба статистики України. – Режим доступу : <http://tobaccocontrol.org.ua/ukrayinskiy-centr-kontrolyu-nad-tyutyunom-novini/shchorichni-zbitki-ukrayini-vid-kurinnya-skladayut>.
91. Di Cicco M. E. Mortality in relation to smoking: the British Doctors Study / M. E. Di Cicco, V. Ragazzo, T. Jacinto // Breathe. – 2016. – Т. 12, № 3. – Р. 275.

92. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors / Doll R. [et al.] // *Bmj*. – 2004. – Т. 328, № 7455. – Р. 1519.
93. Тютюнопаління – найсерйозніша соціальна проблема [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://kr-admin.gov.ua/mol/molod/49.pdf>.
94. Контроль над тютюном в Україні : Другий Національний звіт. – К. : МОЗ України, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», 2014. – 128 с.
95. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2015 році: за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2015 року / Відп. за вип. І. І. Осипова. – К. : ДССУ, 2016. – 149 с.
96. Левчук Н. М. Тютюнопаління в Україні: оцінка факторів ризику / Н. М. Левчук // *Статистика України*. – 2010. – № 1(48). – С. 64–73.
97. У Комітеті з питань охорони здоров'я відбувся круглий стіл «Досягнення та проблеми України у сфері контролю над тютюном» [Електронний ресурс] / ВРУ. – Режим доступу : <http://www.rada.gov.ua/news/Novyny/138405.html>.
98. Красовський К. С. Тенденції поширеності куріння серед різних груп населення України у 2008–2015 роках / К. С. Красовський // *Україна. Здоров'я нації*. – 2016. – №. 4. – С. 47–54.
99. Григоренко А. А. Методичні рекомендації для медичних працівників закладів охорони здоров'я з надання лікувально-профілактичної допомоги особам, які бажають позбутися залежності від тютюну / А. А. Григоренко, К. С. Красовський. – К. : МОЗ України, 2012. – С. 27.
100. Global status report on alcohol and health 2014 [Електронний ресурс] / WHO. – Режим доступу : http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/.
101. Левчук Н. М. Демографічні наслідки зловживання алкоголем в Україні / Н. М. Левчук // *Демографія та соціальна економіка*. – 2005. – №1. – С. 46–56.
102. Бондар Т. С. Здоров'я школярів: практичні матеріали для повсякденної роботи педагога / Т. С. Бондар. – Х. : Веста: Ранок, 2009. – 192 с.
103. Корсак В. І. Причини і регіональні особливості надмірного споживання алкоголю населенням та соціальна функція бізнесу як вагомий фактор протидії / В. І. Корсак // *Вісник Запорізького національного університету*. – 2012. – № 4(16). – С. 159–167.

РОЗДІЛ VII

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ПОЛІТИКИ

РЕГУЛЮВАННЯ СОЦІАЛЬНО-

ЕКОНОМІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ТА

СКОРОЧЕННЯ НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І

НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

7.1. Моделювання впливу соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення.

У попередніх розділах монографії (3-6) здійснено оцінювання кожного із детермінант, які визначають стан здоров'я населення України. Разом з тим, з позиції розробки державної політики охорони здоров'я існує необхідність виявлення ступеня впливу СЕД на стан здоров'я населення. При цьому важливою є розробка науково обґрунтованого методологічного підходу, на основі якого об'єктивно та з високою достовірністю можна оцінити цей ступінь впливу.

На основі мікроданих авторського обстеження «Соціально-економічні детермінанти здоров'я населення України», проведеного в усіх регіонах України побудовано низку статистичних моделей, що відображають взаємозв'язок індикаторів здоров'я населення з основними детермінантами, які можуть його визначати.

За індикатори здоров'я (залежні змінні у моделі) приймалися такі:

- частка умовно здорових осіб – тих, хто немає хронічних хвороб (таких осіб за результатами опитування виявилось близько 45%);

- частка відносно здорових осіб – тих, хто не мав нехронічних захворювань протягом останніх 12 місяців (близько 40% осіб);

- частка абсолютно здорових – тих, хто немає хронічних хвороб і не мав нехронічних захворювань протягом останніх 12 місяців (близько 22% осіб).

Враховуючи дані аналізу, отримані у попередніх розділах за детермінуючі змінні (незалежні змінні) приймалися ті, які можуть суттєво визначати стан здоров'я населення Їх доцільно об'єднати у такі блоки: соціально-демографічний, спосіб життя, та якість у РПЖ.

Основними індикаторами блоку А «демографічні та соціально-економічні детермінанти» (табл. 7.1.1.) є:

- стать;
- вік;
- сімейний стан;
- рівень освіти;
- зайнятість;
- якість харчування;
- середньодушовий дохід;
- житлові умови;
- тип населеного пункту, в якому мешкає респондент;
- екологічні умови у населеному пункті;
- якість інфраструктури у населеному пункті.

Таблиця 7.1.1.

Модель оцінювання ймовірності бути умовно здоровим залежно від демографічних та соціально-економічних детермінант:

$$H_{sd} = 0,590 - 0,123 \cdot a_1 - 0,352 \cdot a_2 + 0,126 \cdot a_3 + 0,073 \cdot a_4 + 0,099 \cdot a_5$$

$$\left(\begin{array}{ll} R^2 = 0,804 & R^2_{\text{крит}} = 0,316 \\ F = 26,3 & F_{\text{крит}} = 2,7 \end{array} \right)$$

Детермінуючі змінні	Значення параметру	Пояснення параметру моделі
(вільний член рівняння)	0,590	Це середня ймовірність бути здоровим серед чоловіків у віці до 40 років, які не мають постійної (або тимчасової) роботи, які задовільно або погано харчуються і проживають в районі з поганими умовами (забруднене повітря, брудна та недоглянута територія, погана транспортна розв'язка та нерозвинена інфраструктура)
\hat{a}_1 - стать: жіноча	-0,123	За інших рівних умов, для жінок ймовірність бути здоровими зменшується в середньому на 0,123 і складає 0,467
\hat{a}_2 - вік: 40 років і старші	-0,352	За інших рівних умов, для населення віком 40 років і старших ймовірність бути здоровими зменшується в середньому на 0,352 і складає 0,238
\hat{a}_3 - статус зайнятості: мають постійну чи тимчасову роботу	+0,126	За інших рівних умов, для тих, хто має постійну чи тимчасову роботу ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,126 і складає 0,716
\hat{a}_4 - якість харчування: «добре» чи «дуже добре»	+0,073	За інших рівних умов, для тих, хто харчується «добре» чи «дуже добре» ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,073 і складає 0,663
\hat{a}_5 - умови в районі проживання: чисте повітря, чиста та доглянута територія, хороша транспортна розв'язка, розвинена інфраструктура	+0,099	За інших рівних умов, для тих, хто проживає в районі з гарними умовами (чисте повітря, чиста та доглянута територія, хороша транспортна розв'язка, розвинена інфраструктура) ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,099 і складає 0,689

Джерело: власна розробка автора.

У блоці В «спосіб життя» (табл. 7.1.2.) визначено детермінанти які значною мірою характеризують відповідальність людини за власне здоров'я. До них віднесено:

- консультивання у медичних працівників у випадку хвороби;

- отримання інформації щодо збереження свого здоров'я та її джерела;

- середній час, який щоденно приділяється ознайомленню з суспільно-політичними питаннями;

- частота спілкування із сусідами, друзями, знайомими на особисті теми;

- відвідування театрів, кінотеатрів та інші заклади культури;

- наявність шкідливих звичок (паління та вживання спиртових напоїв);

- активність статевого життя;

- тривалість щоденного перебування у сидячому положенні.

У блоці С «якість умов раннього періоду життя (до 18 років)» виділено такі характеристики (табл. 7.1.3):

- стан здоров'я у період до 18 років;

- рівень добробуту сім'ї, в якій респондент виховувався до 18 років;

- характер стосунків у сім'ї, в якій респондент виховувався до 18 років;

- повнота інформації щодо ризиків для здоров'я, яку респондент отримав до 18 років;

- відвідування спортивних секцій, гуртків тощо до 18 років;

- частота перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо до 18 років;

- паління у сім'ї, в якій респондент виховувався до 18 років;

- якість харчування у сім'ї, в якій респондент виховувався до 18 років;

- кількість дітей у сім'ї, в якій респондент виховувався до 18 років;

Таблиця 7.1.2.

Модель оцінювання ймовірності бути умовно здоровим залежно від детермінант, які визначають відповідальність населення за власне здоров'я і характеризують спосіб його життя:

$$H_{is} = 0,178 - 0,123 \cdot b_1 - 0,036 \cdot b_2 + 0,206 \cdot b_3 + 0,237 \cdot b_4 + 0,100 \cdot b_5$$

$$\left(\begin{array}{ll} R^2 = 0,827 & R_{\text{крит}}^2 = 0,316 \\ F = 30,6 & F_{\text{крит}} = 2,7 \end{array} \right)$$

Детермінуючі змінні	Значення параметру	Пояснення параметру моделі
(вільний член рівняння)	0,178	Це середня ймовірність бути здоровим серед тих, хто не звертається до медичних закладів у випадку хвороби, вживає міцні спиртві напої кожного дня чи кілька разів на тиждень, не відвідували культурні заклади протягом останніх 12 місяців, не живуть статевим життям, та проводять у сидячому положенні понад 5 годин на день
b_1 - звернення до медичних працівників у випадку хвороби: завжди або переважно	-0,123	За інших рівних умов, для тих, хто «завжди» або «переважно» звертається до медичних працівників у випадку хвороби, ймовірність бути здоровими зменшується в середньому на 0,123 і складає 0,055
b_2 - вживання міцних спиртвих напоїв кожного дня чи кілька разів на тиждень	-0,036	За інших рівних умов, для тих, хто кожного дня чи кілька разів на тиждень вживає міцні спиртві напої, ймовірність бути здоровими зменшується в середньому на 0,036 і складає 0,142

Продовження табл. 7.1.2

1	2	3
b_3 - відвідування театрів, кінотеатрів, цирку та інших закладів культури: протягом останніх 12 місяців	+0,206	За інших рівних умов, для тих, хто протягом останніх 12 місяців відвідував театри, кінотеатри, цирк та інші заклади культури, ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,206 і складає 0,384
b_4 - статеве життя: живуть	+0,237	За інших рівних умов, для тих, хто живе статевим життям ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,237 і складає 0,415
b_5 - час, що проводять у сидячому положенні: до 5 годин на день	+0,100	За інших рівних умов, для тих, хто проводить у сидячому положенні до 5 годин на день, ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,100 і складає 0,278

Джерело: власна розробка автора.

За результатами здійсненого аналізу визначено, що найбільш адекватними є моделі взаємозв'язку, що будуються для індикатора «Частка умовно здорових», в якості залежної змінної. Слід відмітити, що в моделях такого типу всі детермінуючі ознаки є бінарними змінними, тобто вони можуть приймати лише одне із двох можливих значень: 0 або 1.

Запропоновано три моделі за блоками визначених індикаторів.

Таблиця 7.1.3.

**Модель оцінювання ймовірності бути умовно здоровим
залежно від якості умов раннього періоду життя
(до 18 років):**

$$H_{qlch} = 0,180 + 0,134 \cdot c_1 + 0,077 \cdot c_2 + 0,078 \cdot c_3 + 0,101 \cdot c_4$$

$$\left(\begin{array}{ll} R^2 = 0,650 & R^2_{крит} = 0,527 \\ F = 8,0 & F_{крит} = 3,6 \end{array} \right)$$

Детермінуючі змінні	Значення параметру	Пояснення параметру моделі
(вільний член рівняння)	0,180	Це середня ймовірність бути здоровим у осіб, які в дитинстві не відвідували спортивні секції, гуртки тощо, не перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо, харчувалися «задовільно» або «погано», зростали у сім'ї, де виховувалося більше, ніж дві дитини
c_1 - відвідували спортивні секції, гуртки тощо	+0,134	За інших рівних умов, для тих, хто відвідував спортивні секції, гуртки тощо, ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,134 і складає 0,314
c_2 - перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо	+0,077	За інших рівних умов, для тих, хто перебував у санаторіях, таборах відпочинку тощо, ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,077 і складає 0,257
c_3 - якість харчування: «добре» чи «дуже добре»	+0,078	За інших рівних умов, для тих, хто харчувався «добре» чи «дуже добре», ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,078 і складає 0,258
c_4 - у сім'ї виховувалося не більше двох дітей	+0,101	За інших рівних умов, для тих, хто виховувався в сім'ї, де було не більше двох дітей, ймовірність бути здоровими збільшується в середньому на 0,101 і складає 0,281

Джерело: власна розробка автора.

Відповідно до результатів, які отримані за моделями ймовірності бути умовно здоровим, можна зробити такі висновки.

1. За соціально-демографічними детермінантами, ймовірність бути умовно здоровим коливається від 0,11 до 0,89 залежно від комбінації детермінуючих змінних (рис. 7.1.).



Рис. 7.1. Розподіл ймовірностей бути умовно здоровим залежно від демографічних та соціально-економічних характеристик населення

Джерело: власна розробка автора.

Так, за даними моделі визначено, що з віком стан здоров'я населення погіршується, особливо цей процес посилюється після 40 років. Тому цілком логічним є те, що однією із найвагоміших детермінуючих ознак, які визначають стан здоров'я населення є вік. При цьому варто зауважити, що суттєве погіршення стану здоров'я спостерігається занадто рано, у активному, працездатному віці. Дещо більше старіння позначається на стані здоров'я жінок. Це підтверджує висновки, які здійснено за результатами оцінювання гендерних особливостей детерміналізації здоров'я, наведених у 3 розділі,

та згідно яких стан здоров'я жінок є гіршим, порівняно із чоловіками за індикатором захворюваності, але кращий за індикатором смертності.

Наступною детермінуючою ознакою стану здоров'я є зайнятість. Наявність постійної або тимчасової роботи із високим заробітком за даними моделі є важливими детермінантами здоров'я як чоловіків, так і жінок, хоча чоловіків дещо більшою мірою. Таким чином, скорочення рівня безробіття, розширення сфери зайнятості населення є додатковим чинником покращення стану здоров'я населення. Також варто зауважити, що хоч і не так суттєво як зайнятість, на стан здоров'я впливає освіта, зростання рівня якої не тільки розширює знання і збереження та зміцнення здоров'я, а також покращує можливості зайнятості.

Виявлено, що доступність та якість харчування також визначають стан здоров'я, особливо жінок.

Стан довкілля є четвертою за вагомістю детермінантою з цього блоку, яка обумовлює стан здоров'я. Виявлено важливість доброго стану атмосферного повітря та розвитку соціальної інфраструктури.

У результаті, найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,89) визначається для чоловіків віком до 40 років, які мають постійну або тимчасову роботу, які харчуються «добре» або «дуже добре», а також проживають у районі з гарними умовами: де чисте повітря, чиста та доглянута територія, хороша транспортна розв'язка, розвинена інфраструктура.

Найнижча ймовірність бути умовно здоровим (0,11) визначається для жінок у віці старше 40 років, які не мають постійної (або тимчасової) роботи, які харчуються «задовільно» або «погано» і проживають в районі з поганими екологічними умовами та нерозвиненою інфраструктурою.

2. За характеристиками, які визначають спосіб життя, ймовірність бути умовно здоровим коливається від 0,02 до 0,72 залежно від комбінації детермінуючих змінних (рис. 7.2.).

Найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,72) визначається для тих, хто не звертається до медичних закладів у випадку хвороби (завжди або переважно), не вживає міцні спиртні напої кожного дня чи кілька разів на тиждень, відвідували культурні заклади протягом останніх 12 місяців, живуть статевим життям, а також проводять у сидячому положенні не більше 5 годин на день.



Рис. 7.2. Розподіл ймовірностей бути умовно здоровим залежно від характеристик способу життя

Джерело: Джерело: власна розробка автора.

Найнижча ймовірність бути умовно здоровим (0,02) для тих, хто «завжди» або «переважно» звертається до медичних закладів у випадку хвороби, вживає міцні спиртні напої кожного дня або кілька разів на тиждень, не відвідували культурні заклади протягом останніх 12 місяців, не живуть статевим життям, та проводять у сидячому положенні понад 5 годин на день.

3. За характеристиками якості життя у дитинстві ймовірність бути умовно здоровим коливається від 0,18 до 0,57 залежно від комбінації детермінуючих змінних (рис. 7.3.).



Рис. 7.3. Розподіл ймовірностей бути умовно здоровим залежно від якості умов раннього періоду життя

Джерело: Джерело: власна розробка автора.

Найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,57) визначається для осіб, які в дитинстві відвідували спортивні секції, гуртки тощо, перебували у санаторіях, таборах відпочинку тощо, харчувалися «добре» або «дуже добре», зростали у сім'ї, де виховувалося не більше двох дітей.

Найнижча ймовірність бути умовно здоровим (0,18) для тих, хто в дитинстві не відвідував спортивних секцій, гуртків тощо, не перебував у санаторіях, таборах відпочинку тощо, харчувався «задовільно» або «погано», зростав у сім'ї, де виховувалося більше, ніж дві дитини.

Індикатор рівня доходу родини, у якій виховувалась людина, не брався до уваги як детермінуюча змінна при побудові моделі, адже суттєво корелював із більшістю індикаторів цього блоку. Зрештою це стосується і випадку оцінювання впливу доходу на здоров'я у дорослому житті (демографічний та соціально-економічний блок).

Отже, серед трьох блоків, з якими будувались моделі, найбільш «вагомим» або детермінуючими ($\approx 41\%$) виявився перший у якому найбільше визначають стан здоров'я такі демографічні характеристики як вік та стать, а також СЕД, серед яких провідними є стан зайнятості та доступність та якість харчування. Важливим є також навколишнє середовище в якому проживає населення, що у свою чергу значною мірою залежить від його добробуту.

Меншою мірою, ніж попередній блок, але також суттєво обумовлюють стан здоров'я спосіб життя ($\approx 33\%$) та умови РПЖ ($\approx 26\%$). У першому випадку це фізична активність та розвиток соціального капіталу. Хоча роль останнього не однозначна. З одного боку ті, хто більше надають перевагу спілкуванню на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими, а також відвідають заклади культури, а це переважно жінки, мають краще здоров'я. З іншого боку ті, хто приділяє багато уваги ознайомленню з суспільно-політичними питаннями у пресі, Інтернеті, по радіо або телебаченню, а це переважно чоловіки мають здоров'я гірше. Це скоріш за все, пов'язано з тим, що під час перегляду новин, які часто є негативними, людина може отримати стрес, що негативно позначається на її стані здоров'я.

Отримана модель є також черговим доказом суттєвого впливу на стан здоров'я умов РПЖ. Відвідування спортивних секції та гуртків, санаторіїв та таборів відпочинку, добре харчування є запорукою гарного здоров'я у дорослому житті

7.2. Методологічні засади розрахунку композиційного індексу рівня здоров'я та визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я

Існуючи напрацювання у розробці методики інтегрального оцінювання здоров'я як серед українських так і серед зарубіжних науковців враховують переважно або показники захворюваності, або долучають до них показники смертності, очікуваної тривалості життя, народжуваності, тобто медико-демографічні показники. Аналіз причинно-наслідкових зав'язків між показниками здоров'я населення та детермінантами, які можуть його визначати, свідчить що значною мірою стан здоров'я населення залежить від якості СЕД. Класичні інтерпретації розрахунку інтегрального індексу здоров'я по суті є лише констатацією факту поганого або доброго стану здоров'я населення і не відображають причин, які його зумовлюють. Тому важливим є комплексне інтегральне оцінювання, яке поряд із станом здоров'я враховуватиме детермінанти, які його визначають або визначають нерівність у здоров'ї населення.

Перші методологічні розробки інтегрованої оцінки стану здоров'я населення з'явилися у середині минулого сторіччя. Вдосконалення принципів і методів, підбір показників цієї оцінки стали важливим напрямком демографічних, соціологічних, економічних та медичних досліджень. Найбільш популярним стала побудова інтегральних показників здоров'я населення з використанням класичного апарату таблиць дожиття, які дозволяють давати комплексну оцінку втрат населення, як внаслідок недожитих років, так і з урахуванням років життя, прожитих в станах неповного здоров'я (інвалідності), об'єднуючи інформацію не тільки

про кількість проживаючих, в середньому років, але і про їхню якість з урахуванням обмежень в активності, які пов'язані із захворюваннями, травмами і природним процесом старіння. У 1971 році експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) розроблено вимоги до інтегральних показників оцінки здоров'я населення задля обґрунтованого застосування інтегральної оцінки як критерію для порівняння здоров'я серед великих сукупностей населення і оцінки ефективності державних заходів щодо зміцнення і збереження здоров'я.

У цьому контексті вважаємо за доцільне поєднання у формуванні індексу стану здоров'я двох складових за якими воно вимірюється.

Відповідно до принципів, розвиненими в даному дослідженні, індекс стану здоров'я (далі – ІСЗ) пропонується визначати на мікрорівні – на рівні окремої особи – як стандартизовану величину, виміряну у безперервній шкалі так, що значення 0 відповідає найнижчому рівню здоров'я, а значення 1 – найвищому рівню здоров'я.

Такий підхід до побудови індексу дає можливість використати усі переваги, що надаються можливістю використання мікроданих, і спрямований, насамперед, на забезпечення можливості:

- оцінки ІСЗ для будь-якої групи осіб, визначених такими ознаками, як стать, регіон проживання, тип місцевості, рівень освіти, рівень життя;

- оцінки та порівняння показників нерівності за станом здоров'я за будь-якими групами осіб, визначених зазначеними ознаками.

Водночас слід зазначити, що аналіз величини ІСЗ для окремої особи, або порівняння рівнів ІСЗ для окремих осіб не має сенсу.

Індекс стану здоров'я визначається для кожної особи як композиційний індекс, який складається з індексу індивідуального здоров'я особи (*ІЗ*) та індексу тривалості життя особи (*ІТЖ*) за узагальненою формулою:

$$ІСЗ = \alpha \cdot ІЗ + (1 - \alpha) \cdot ІТЖ, \quad (7.1)$$

де α – ваговий коефіцієнт.

Індекс індивідуального здоров'я (*ІЗ*) визначається для кожної особи на основі даних обстежень (вибіркових або суцільних), зокрема шляхом вимірювання характеристик захворюваності, самооцінки рівня здоров'я особою тощо. У найпростішому випадку це може бути лише показник самооцінки особою рівня власного здоров'я. При цьому важливим є можливість визначення декількох (чим більше тим краще) категорій рівня здоров'я. На основі декількох характеристик рівні здоров'я визначаються за наявністю хронічних хвороб, їх серйозністю, рівнів самооцінки тощо. Як зазначалося, стандартизація *ІЗ* здійснюється так, що значення 0 відповідає найнижчому рівню здоров'я особи, а значення 1 – найвищому рівню її здоров'я.

Індекс тривалості життя (*ІТЖ*) визначається як вік особи плюс очікувана тривалість життя у цьому віці, з урахуванням статі та типу місцевості. Максимальна тривалість життя приймається рівною 100 років. Мінімальна – 67 років. Таким чином, при стандартизації цього показника отримуємо значення 1 (максимальний рівень здоров'я за цим показником) для всіх осіб чия розрахункова тривалість життя становить 100 років і більше. Значення 0 відповідає очікувані тривалості життя при народженні хлопчиків у сільській місцевості.

Як свідчать наведені пояснення за методологією побудови *ІСЗ* об'єднує індивідуальне і загальне: індивідуальні

характеристики здоров'я особи і загальні характеристики всієї сукупності осіб з урахуванням їх статі і умов проживання у конкретній країні. Слід очікувати, що з віком ІЗ буде мати тенденцію до зниження, а ІТЖ, навпаки до збільшення. Відповідно, композиційний індекс ІСЗ урівноважує ці тенденції і, таким чином, достатньо адекватно відображає стан здоров'я особи на основі потенційних (очікуваних) процесів і фактично досягнутого віку у конкретній країні.

Ваговий коефіцієнт α може визначатися з різних умов. В залежності від мети використання ІСЗ, важливості складових ІСЗ за думкою експертів, точності визначення кожної зі складових (більш точна характеристика має більшу вагу) та ін. З практичних міркувань доцільним є щоб ваговий коефіцієнт змінювався і інтервалі від 0,1 до 0,9. У граничному випадку, коли немає даних щодо індивідуальних характеристик здоров'я особи, $ICZ=ITJ$.

На основі індивідуальних значень ІСЗ (вірніше на основі розподілу цих значень за одиницями сукупності) визначаються характеристики нерівності за станом здоров'я. Такими характеристиками можуть бути індекс Джіні (визначений за даними мікрорівня або на основі децільного розподілу ІСЗ, децільний коефіцієнт, квінтільний коефіцієнт, ентропійні індекси тощо.

Розглянемо приклади розрахунку та використання індексів та характеристик нерівності для населення України. Індивідуальні характеристики здоров'я визначаються за даними вибіркового обстеження «Європейське соціальне дослідження», проведеного Інститутом соціології НАН України у 2014 р. При цьому для кожної особи встановлено п'ять рівнів здоров'я за самооцінкою. Відповідно стандартизовані значення ІЗ дорівнюють 0,0; 0,25; 0,50; 0,75; 1,0.

Індекс тривалості життя визнається на основі віку обстеженої особи та очікуваної тривалості життя для цього віку у відповідності до моделі смертності. Як зазначалося стандартизація показника здійснюється за формулою:

$$ITЖ = \frac{\text{вік} + \text{очікувана тривалість життя} - 67}{100 - 67}, \quad (7.2)$$

де 67 років, це очікувана тривалість життя при народженні, 100 років – вік (тривалість життя) за якого ІТЖ приймає значення 1, тобто приймається, що якщо вік + очікувана тривалість життя дорівнює або перевищує 100 років ІТЖ дорівнює 1.

На цьому етапі α доцільно прийняти рівним 0,5, тобто надати обом складовим індексу однакову складову.

На рис. 7.4 наведено дані, що ілюструють, особливості зміни індексів за віковими групами осіб з урахуванням їх статі.

З'ясовано, що як для чоловіків, так і для жінок ПЗ має достатньо високі значення у молодому віці (15-24 роки), але з віком він суттєво знижується: у чоловіків до значення 0,39 у віці 75 років і старших, а у жінок до 0,33 у цьому ж віці. Це пов'язано із зниженням рівня самооцінки власного здоров'я, яка, як правило є завищеною у молодому віці і заниженою у віці старшому. Особливо занижувати самооцінку стану власного здоров'я мають жінки. Тому ПЗ у них нижчий.

ІТЖ навпаки, має тенденцію до зростання. В результаті у чоловіків у віці 65-74 роки, а у жінок у віці 55-64 роки ІТЖ та ПЗ, а також ІСЗ мають однакові значення. ІСЗ розраховується як середнє між ПЗ та ІТЖ. Видається, що таке поєднання індикаторів, з одного боку макрорівня (СОТЖ) та з іншого боку, мікрорівня (індивідуальна самооцінка людиною стану

свого здоров'я, дає найбільш повну картину стану здоров'я та може служити вихідним атрибутом для визначення напрямків політики щодо збереження та покращення стану здоров'я.

Так, за проведеними розрахунками ІСЗ чоловіків в Україні нижчий за жінок, незважаючи на те, що за офіційною статистикою, дані якої вже піддавались сумніву у попередніх розділах свідчать про те, що захворюваність вища в чоловіків. При цьому ІСЗ у чоловіків стабільно низький у працездатному віці, що свідчить про необхідність вагомих кроків щодо виявлення причин цього явища та їх усунення. Частково про це йшла мова у попередніх розділах, коли здійснювалось оцінювання впливу СЕД на стан здоров'я чоловіків.

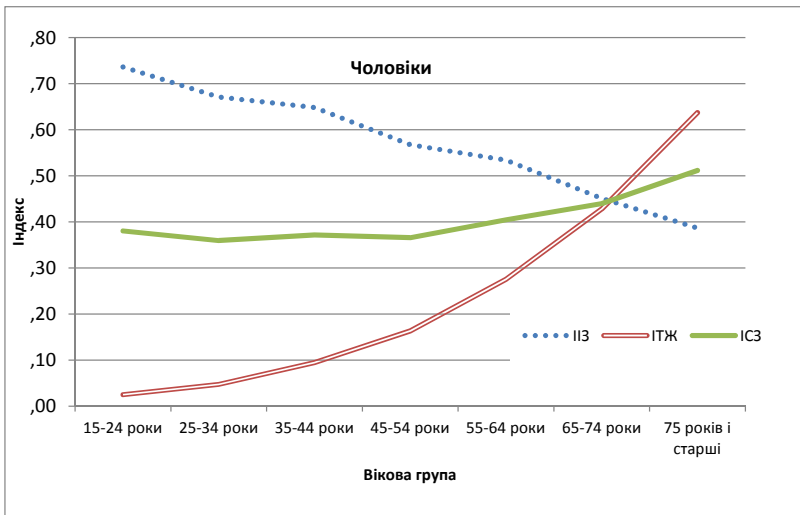


Рис. 7.4.1. Індекси стану здоров'я чоловіків за віковими групами

Джерело: власна розробка автора.

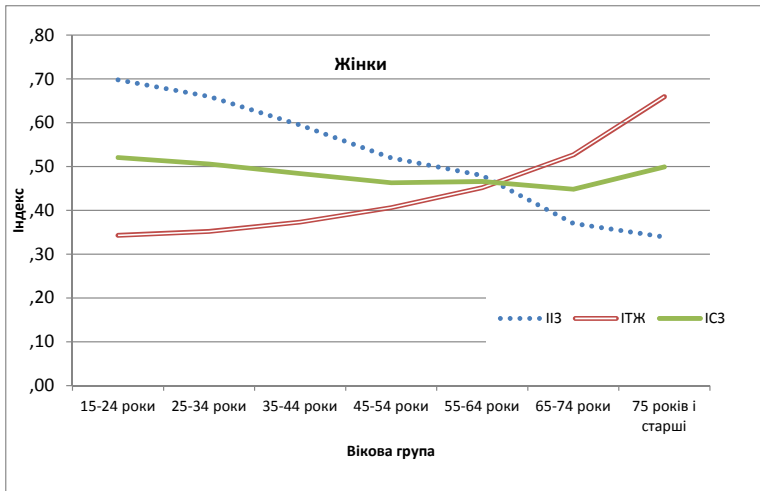


Рис. 7.4.2. Індекси стану здоров'я жінок за віковими групами

Джерело: розроблено автором

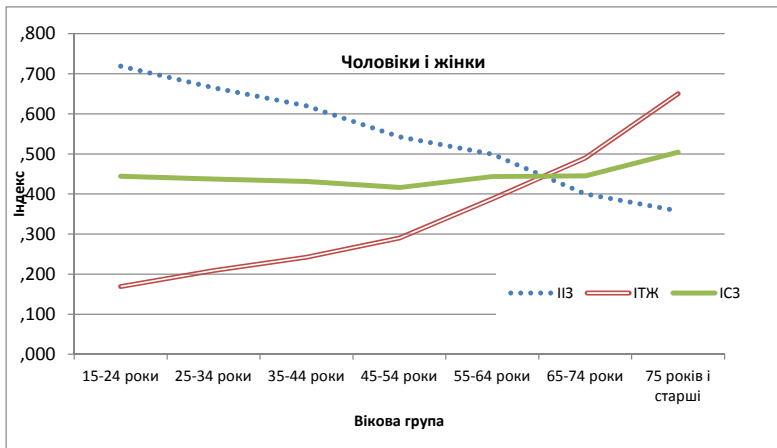


Рис. 7.4.3. Індекси стану здоров'я чоловіків та жінок за віковими групами

Джерело: власна розробка автора.

Характеристики нерівності у здоров'ї. Криві Лоренца наведені на рис. 7.5. та 7.6. Вони також підтверджують те, що нерівність у стані здоров'я існують та більш негативно ця нерівність позначається на чоловіках, ніж на жінках. Також необхідно наголосити, хоч і на не суттєвих, але наявних регіональних нерівностях у стані здоров'я населення в Україні.

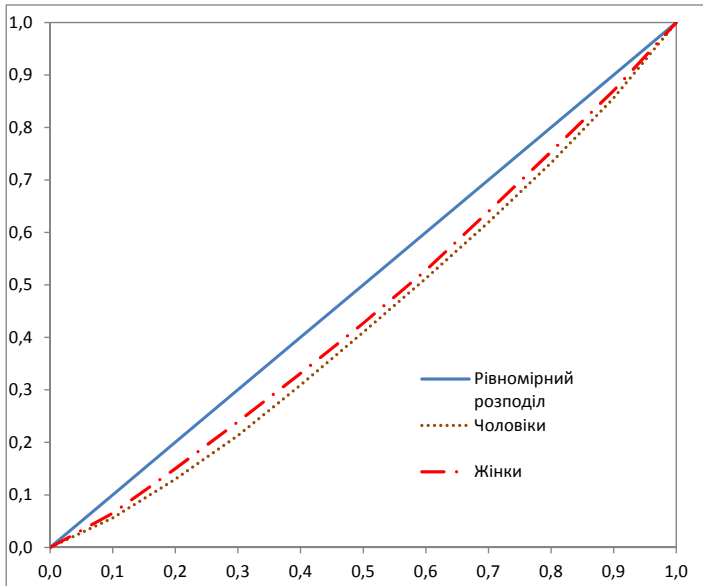


Рис. 7.5. Криві Лоренца, які характеризують гендерну нерівність у стані здоров'я населення України

Джерело: власна розробка автора.

Інші розрахунки доводять, що як в середині гендерних груп, так і в межах окремих регіонів також існують нерівності у стані здоров'я (рис. 7.7).

Так, показники розшарування за індексом Джині більше серед чоловіків (0,134), ніж серед жінок (індекс Джині –

0,102). Тобто це означає, що у серед різних груп чоловіків стан здоров'я відрізняється суттєвіше, ніж серед жінок.

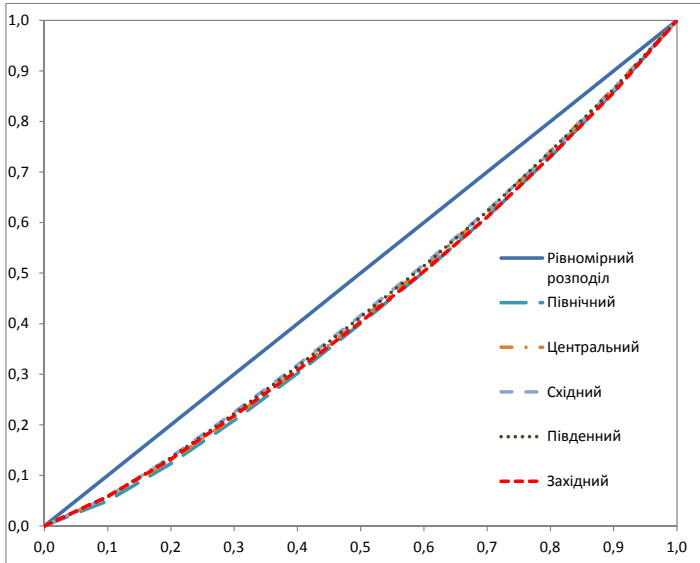


Рис. 7.6. Криві Лоренца, які характеризують територіальну нерівність у стані здоров'я населення України

Джерело: власна розробка автора.

За територіальною ознакою найвищі показники нерівності зафіксовані у Північному (індекс Джині 0,145) та Західному¹ (0,138) економіко-географічних регіонах, тоді як

¹Склад економіко-географічних регіонів Північний (м. Київ, Київська, Житомирська, Сумська, Чернігівська області); Центральний (Черкаська, Полтавська, Кіровоградська, Вінницька області); Східний (Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська, Харківська області); Південний (Одеська, Миколаївська, Херсонська області); Західний (Івано-Франківська, Хмельницька, Чернівецька, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Волинська, Закарпатська області)

найнижчими є показники у Східному (0,123). Така ситуація пояснюється тим, що у Північному регіоні знаходиться м. Київ, де більшість показників стану здоров'я є кращими, ніж в інших регіонах країни, та інших населених пунктах Північного регіону зокрема. Щодо ситуації у Західному регіоні, то тут така ситуація пояснюється, як правило, високою часткою сільського населення, стан здоров'я якого гірший.

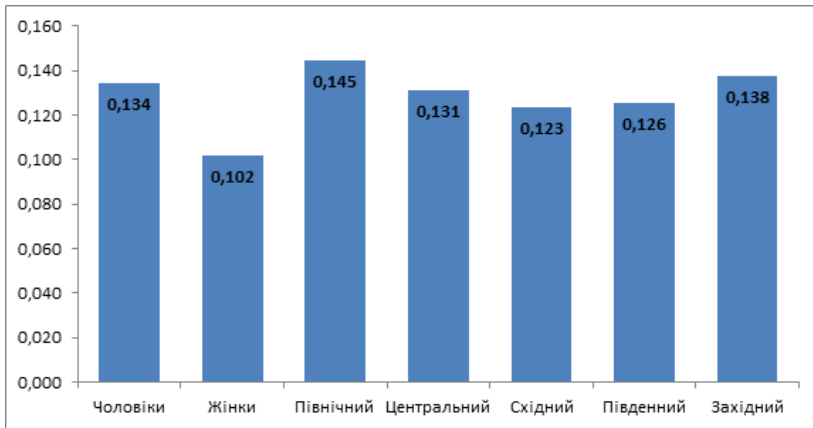


Рис. 7.7. Індеси Джині за статтю та економіко-географічними регіонами України

Джерело: власна розробка автора.

Для підтвердження або спростування отриманих даних здійснено розрахунок децильних коефіцієнтів за станом здоров'я. Вони засвідчили наявність такої нерівності. Крім цього, за децильними коефіцієнтами, ця нерівність ще більша, особливо серед чоловіків, а також у межах Північного регіону, порівняно із іншими регіонами України.

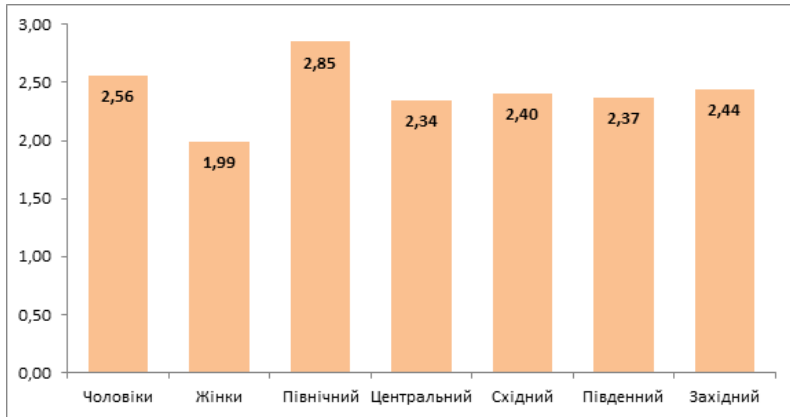


Рис. 7.8. Децильні коефіцієнти (співвідношення ІСЗ для 10-ої та 1-ої децильних груп) за статтю та економіко-географічними регіонами.

Джерело: власна розробка автора.

Крім гендерних та регіональних відмінностей у значеннях ІЗ, ІТЖ та ІСЗ виявлено нерівності у їх значеннях й за іншими ознаками (табл. 7.2).

Виявлено закономірності між рівнем задоволеності доходом та змінами індексів здоров'я. Особливо чітку тенденцію до скорочення із зниженням самооцінки достатності доходу має ІЗ. ІТЖ за цією ознакою також скорочується. В результаті ІСЗ серед тих, хто живе комфортно за існуючого доходу складає 0,4737, серед тих, хто за існуючого доходу відчуває серйозні матеріальні труднощі – 0,382. Найкращий показник ІСЗ серед тих респондентів, які мають дохід від інвестицій, заощаджень, страхування або власності – 0,4638. Найгірший – 0,3622 серед тих, хто отримує пенсію або будь-які інші види соціальної допомоги чи дотації, стипендії – 0,3739.

Таблиця 7.2.

**Показники індексів здоров'я населення
за різними знаками**

		ІЗ	ІТЖ	ІСЗ	
Стать	Чоловіки	0,6113	0,1614	0,3863	
	Жінки	0,5457	0,4206	0,4831	
	Всього	0,5754	0,3031	0,4392	
Тип місцевості	Велике місто	0,5717	0,3108	0,4412	
	Мале місто	0,5841	0,2945	0,4393	
	Сільська місцевість	0,5710	0,3033	0,4372	
Економіко-географічні регіони	Північний	0,5554	0,2980	0,4267	
	Центральний	0,5845	0,2991	0,4418	
	Східний	0,5622	0,2821	0,4221	
	Південний	0,5886	0,3102	0,4494	
	Західний	0,5960	0,3181	0,4570	
Економіко-географічні регіони	Північний	Чоловіки	0,5830	0,1646	0,3738
		Жінки	0,5299	0,4213	0,4756
	Центральний	Чоловіки	0,6125	0,1651	0,3888
		Жінки	0,5601	0,4161	0,4881
	Східний	Чоловіки	0,6145	0,1562	0,3853
		Жінки	0,5266	0,4164	0,4715
	Південний	Чоловіки	0,6220	0,1630	0,3925
		Жінки	0,5637	0,4200	0,4919
	Західний	Чоловіки	0,6201	0,1619	0,3910
		Жінки	0,5703	0,4242	0,4972
Самооцінка достатності доходу	Живу комфортно на цей дохід	0,6044	0,3429	0,4737	
	Можна жити на цей дохід	0,6193	0,2668	0,4430	
	При такому доході відчуваю певні складнощі	0,5776	0,3070	0,4423	
	При такому доході відчуваю серйозні матеріальні труднощі	0,5203	0,2461	0,3832	

Продовження табл. 7.2

1	2	3	4	5
Головне джерело доходу домогосподарства	Заробіток або заробітна плата	0,6212	0,2558	0,4385
	Дохід від самозайнятості (робота на себе, дрібна власність)	0,6111	0,2631	0,4371
	Дохід від сільського/присадибного господарства	0,4192	0,3803	0,3998
	Пенсія	0,5180	0,2065	0,3622
	Допомога по безробіттю/вихідна допомога (внаслідок скорочення персоналу)	0,5417	0,2906	0,4162
	Будь-які інші види соціальної допомоги чи дотації (субсидії), стипендії	0,4774	0,2704	0,3739
	Дохід від інвестицій, заощаджень, страхування або власності	0,6669	0,2608	0,4638
Задоволеність життям в цілому	Дуже незадоволений	0,4668	0,3137	0,3902
	1	0,4851	0,3224	0,4038
	2	0,4860	0,3181	0,4020
	3	0,5129	0,3307	0,4218
	4	0,5459	0,3207	0,4333
	5	0,5735	0,3034	0,4384
	6	0,6029	0,2955	0,4492
	7	0,6079	0,2952	0,4516
	8	0,6540	0,2907	0,4723
	9	0,6569	0,3170	0,4870
	Дуже задоволений	0,7160	0,3212	0,5186

Продовження табл. 7.2

1	2	3	4	5
Відчуття труднощів або обмежень через хронічну хворобу, інвалідність, фізичні вади, фізичну слабкість або ж проблеми із психікою	Так, багато	0,2963	0,4181	0,3572
	Так, певною мірою	0,4523	0,3810	0,4167
	Ні	0,6608	0,3575	0,5091
Сімейний стан	Офіційно зареєстрований шлюб	0,5468	0,3450	0,4459
	Проживаєте разом, але без офіційної реєстрації шлюбу	0,5482	0,3245	0,4364
	Офіційно розлучені (овдовілі)	0,4260	0,5016	0,4638
	Ніщо з цього	0,6886	0,1695	0,4291

Джерело: власна розробка автора.

Зокрема, хоч і не суттєві, є відмінності у показниках індексів здоров'я за типом поселень. Так, найвищий ІСЗ серед населення великих міст, найгірший – серед населення сільської місцевості, що підтверджує результати наведені у п. 6.1.

Виявлено закономірності між рівнем задоволеності доходом та змінами індексів здоров'я. Особливо чітку тенденцію до скорочення із зниженням самооцінки достатності доходу має ПЗ. ІТЖ за цією ознакою також скорочується. В результаті ІСЗ серед тих, хто живе комфортно за існуючого доходу складає 0,4737, серед тих, хто за існуючого доходу відчуває серйозні матеріальні труднощі – 0,382. Має значення і джерело доходу, адже від цього залежить його розмір. Найкращий показник ІСЗ серед тих респондентів, які мають дохід від інвестицій, заощаджень, страхування або власності – 0,4638. Найгірший – 0,3622 серед тих, хто отримує пенсію або будь-які інші види соціальної допомоги чи дотації, стипендії –0,3739.

ІСЗ змінюється також від рівня задоволеності життям в цілому. Ця задоволеність не завжди залежить від величини доходу, але з приблизно із такими самими закономірностями впливає на стан здоров'я. Серед тих, хто дуже незадоволений життям ІСЗ становить 0,3902, а серед тих, хто дуже задоволений – 0,5186. Суттєвих відмінностей у показниках ІСЗ між особами із різним шлюбним станом не виявлено.

Таким чином, проведені розрахунки індексів, які характеризують здоров'я населення як на основі їх індивідуальної самооцінки, так і макропоказника СОТЖ, виявили певні закономірності, які дозволяють більш ґрунтовно оцінити вплив СЕД на стан здоров'я населення. Зокрема політика в сфері охорони здоров'я має враховувати:

- гендерні особливості (із акцентом на покращення СЕД та стану здоров'я чоловіків);
- тип поселення (з особливою увагою на покращення СЕД та стану здоров'я населення сільської місцевості);
- регіональні нерівності у стані здоров'я населення (посилення уваги на причинах нижчих показників індексів здоров'я Північного та Східного регіонів);
- збільшення доходів населення, насамперед шляхом збільшення розміру пенсій, скорочення числа соціальних допомог і субсидій з одночасним збільшенням їх обсягу та посилення адресності.

7.3. Базисні принципи політики забезпечення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я

Політика на досягнення соціальної справедливості у сфері охорони здоров'я може бути ефективною лише за умови, якщо вона ґрунтується на певних концептуальних положеннях, які забезпечують її реалізацію на практиці у

довготривалій перспективі. Насамперед необхідно чітко сформулювати мету та завдання, які повинні мати не тільки короткотривалий, але й обов'язково довготривалий характер. Бачення довготривалої перспективи має враховувати основні статистичні тенденції й об'єктивні прогнози щодо ймовірної ефективності такої політики та виходити за межі змін лише у медицині. По-перше, треба розуміти, яким уявляється майбутнє країни і яка роль при цьому має відводитися системі охорони здоров'я.

По-друге, політика має охоплювати все суспільство, здійснюватися на макро-, мез- та макрорівні і враховувати потреби різних соціально-економічних та демографічних груп населення.

По-третє, така політика повинна мати інноваційний характер, відповідати прогресивним світовим тенденціям зміцнення і збереження здоров'я та подоланню застарілих методів управління системою охорони здоров'я, методів оцінювання стану здоров'я населення й підходів до здоров'я населення загалом. Це потребує інноваційних підходів як у науковій, так і у практичній сферах, розширення меж дослідження даних про здоров'я, у т.ч. у напрямку СЕД, що визначають його стан.

На підставі результатів проведеного аналізу у попередніх розділах монографії можна зробити висновки про те, що тісні взаємозв'язки існують між станом здоров'я населення та СЕД. При цьому доцільно вести мову про те, що поліпшення здоров'я та скорочення нерівності щодо здоров'я значною мірою залежать від економічних і соціальних умов – з другого. Крім цього дослідження здоров'я населення крізь призму СЕД виходять за межі традиційних підходів і дозволяють розробити альтернативні, більш ефективні, напрямки політики охорони здоров'я.

У свою чергу, політика і програми у сфері охорони здоров'я населення можуть сприяти економічному зростанню

та підвищенню продуктивності. Гарне здоров'я дає змогу дітям добре навчатись у школі. Воно сприяє більш високій продуктивності праці у дорослому житті, що, своєю чергою, посилює економічне зростання. Зайнятість серед здорових громадян, порівняно із нездоровими, також вища. Здорове населення потребує менше державних витрат на підтримання добробуту, соціального обслуговування, охорону здоров'я та безпеку тощо. Таким чином стан здоров'я населення залежить від здоров'я всіх громадян країни.

Гарне здоров'я є не лише ключовим чинником економічного зростання. Стратегія на формування здоров'я всіх громадян (здорової нації) має серед інших соціальну мету – досягнення відповідальності суспільства в цілому. Здоров'я є однією з основних потреб людини і, отже, основним правом людини. Гарне здоров'я має важливе значення для окремих осіб і суспільства загалом. Таким чином, підтримання здоров'я має відбуватися на всіх етапах життя людини: від зачаття, дитинства до зрілого віку і аж до глибокої старості. При цьому держава повинна сприяти розвитку СЕД, розширенню прав і можливостей окремих осіб, громад і товариств для створення і підтримки умов, необхідних для того, щоб люди прожили своє життя в доброму здоров'ї. Це одне з основних завдань, яке можна вирішити тільки за допомогою загальнодержавної відповідальності за стан здоров'я та посилення заходів на скорочення нерівності щодо здоров'я в усіх складниках політики (освіта, соціальні та культурні послуги, економічна політика, екологічна політика, оподаткування тощо).

Враховуючи вищевикладені теоретичні та практичні результати, що доводять важливість формування політики охорони здоров'я з урахуванням СЕД, які його визначають, вважаємо, що зменшення нерівності щодо здоров'я населення може бути досягнуто лише на основі мультисекторального підходу, який визнає багатовимірний характер проблеми. Таким чином, для зменшення нерівності щодо здоров'я

потрібне застосування додаткових дій у сфері державної політики за межами охорони здоров'я, таких як скорочення бідності, збільшення соціальної підтримки, розвиток громад, та вжиття інших заходів, які сприятимуть зміцненню здоров'я населення. Вироблення такого підходу в Україні доцільне з урахуванням положень, які запропоновані Оттавською хартією [1], Алма-Атинською [2] та Ріо-де-Жанейрівською [3] деклараціями, де стверджується, що для поліпшення стану здоров'я населення, особливо найбільш вразливих його груп, необхідне об'єднання зусиль суспільства загалом, урядових і громадських інститутів.

Найбільше на цьому наголошено в Оттавській хартії, де зазначено, що здоров'я є позитивною концепцією, насамперед де акцентується увага на соціальних та особистісних ресурсах, а також фізичних можливостях. Передумови та перспективи для здоров'я не можуть бути забезпечені тільки сектором охорони здоров'я, оскільки заохочення до збереження здоров'я потребує скоординованих дій усіх зацікавлених сторін: уряду, працівників сфери охорони здоров'я та інших соціальних та економічних секторів, неурядових і добровільних організацій, місцевих органів влади, представників бізнесу, засобів масової інформації тощо. Люди в усіх сферах життя залучені до діяльності як особистості, сім'ї та спільноти. Професійні та соціальні групи, а також медичний персонал несуть основну відповідальність за посередництво між різними інтересами в суспільстві для охорони здоров'я [1].

Основними передумовами (умовами та ресурсами) доброго здоров'я, за Оттавською хартією визначені такі:

1. Мир. Необхідно констатувати, що для України питання миру є надзвичайно гостре від 2014 р. і до теперішнього часу через військову агресію Росії. Війна не тільки забирає сотні життів, підриває фізичне і психічне здоров'я насамперед тієї частини населення, що мешкає у районі бойових дій, а також українських військових, вона надзвичайно ускладнює політичну,

фінансово-економічну та соціальну ситуацію в країні. Великі обсяги коштів, які можна спрямувати на соціальні потреби, витрачаються на забезпечення обороноздатності країни. Отже, без досягнення миру в Україні складно забезпечити максимально позитивні результати у збереженні здоров'я населення.

2. Притулок. Чисельність тих осіб, які в Україні не мають притулку чи постійного місця проживання, точно не відома через обмеженість обліку. З даними Управління інтегрованих соціальних послуг Міністерства соціальної політики, у 2015 р. нараховувалось 16 тис. безпритульних [4]. Однак, за даними соціопитувань, їхня чисельність може досягти до 100 тис. осіб. Цей показник у відносному виразі не вищий від аналогічних середньоєвропейських, проте в абсолютному значенні є високим. Враховуючи ситуацію на сході країни процес безпритульності може тільки посилюватися. Крім цього, сучасна безпритульність в Україні переважно не маргінальна, спричинена способом життя особистості, що також можна трактувати як певний індивідуальний вибір, а є соціально-економічним наслідком, підсумком бідності. Відповідно в такому бідному суспільстві, як українське, ризик безпритульності є високим для значної частини населення [5]. При цьому частина безпритульних потребує особливої підтримки з боку держави, передусім через стан здоров'я, який у більшості з них незадовільний. Однак фактично половина таких осіб стає заручниками соціально-економічної ситуації в країні, безробіття, мізерних зарплат, коли працююча людина не в змозі забезпечити себе житлом.

3. Освіта. Високий рівень грамотності населення України, з одного боку, дає підстави стверджувати, що освіта є вагомим підґрунтям для збереження та поліпшення здоров'я. Однак з іншого боку, рівень санітарної грамотності значної частини населення країни, з огляду на описані у 5 розділі причини, залишається невисоким і свідчить про необхідність активізації діяльності держави у цьому напрямку.

4. Їжа (харчування). Висновки, наведені у п. 6.4. доводять, що існують певні проблеми із доступністю та якістю харчування значної частини населення України. Недоступними насамперед залишаються фрукти та м'ясо і м'ясні вироби, особливо для населення нижчих дохідних груп. Крім цього, існує проблема якості харчових продуктів, що насамперед пов'язано із недостатнім контролем.

5. Дохід. За останні десятиріччя в Україні відбувались значні коливання у рівні доходів населення. Останнє суттєве зменшення рівня доходу, яке зумовило зростання бідності населення, відбулось у 2014–2015 рр. На даний час за різними оцінюваннями, рівень бідності становить від 30 до 60%, що впливає на стан здоров'я населення як безпосередньо, так і опосередковано через інші детермінанти (доступність харчування, житла, освіти, медичних товарів та послуг) (п. 5.2).

6. Стабільна екосистема. Структура та функція екосистеми України за останні 30 років не зазнали кардинальних змін. При цьому відбувається поступове погіршення складових екосистеми при практично відсутньому процесі відновлення. Погіршення екологічної ситуації негативно відображається на стані здоров'я населення України, про що описано у п. 6.2. Про це також наголошено у Законі України «Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року». Зокрема, зазначено, що низька порівняно з країнами Європи СОТЖ в Україні зумовлена забрудненням навколишнього природного середовища внаслідок провадження виробничої діяльності підприємствами гірничодобувної, металургійної, хімічної промисловості та паливно-енергетичного комплексу [6].

7. Соціальна справедливість. Реалізація принципу соціальної справедливості в суспільстві означає, що здійснюється справедливий розподіл: діяльності, доходів; праці; соціальних благ (прав, можливостей, влади), винагород, визнань, рівня і якості життя, інформації та культурних цінностей [7], а

також доступності та якості медичних товарів і послуг, які є невід'ємною частиною забезпечення рівності у стані здоров'я населення.

Для забезпечення соціальної справедливості Україна має бути повноцінною соціальною, правовою та демократичною державою, оскільки зараз вона лише на шляху до цього. Основними напрямками утвердження соціальної справедливості в Україні мають бути такі: розширення політичної та економічної демократії, докорінне поліпшення соціально-політичного управління суспільством; зростання активності громадських організацій, розширення місцевого самоврядування, зміцнення правової основи суспільних відносин; залучення громадян до соціального управління [8]. Ці заходи дають змогу забезпечити рівні можливості для здорового життя кожної людини.

Тому основною метою політики у сфері охорони здоров'я має стати поліпшення стану і скорочення нерівності щодо здоров'я населення України, його збереження та зміцнення шляхом покращення СЕД, організацію національної системи охорони здоров'я і поліпшення якості медичного обслуговування відповідно до міжнародних стандартів та рекомендацій ВООЗ (рис. 7.9).

Відповідно до мети основними завданнями наведеної вище політики є:

1. Створення ефективного механізму управління національною системою охорони здоров'я.
2. Визначення пріоритетних напрямків розвитку сфери охорони здоров'я на національному і регіональному рівнях (з урахуванням специфіки стану здоров'я і СЕД)
3. Забезпечення умови для поліпшення СЕД здоров'я населення
4. Створення єдиної електронної бази даних про стан здоров'я населення і СЕД.

5. Формування ефективної, доступної системи медичної допомоги, яка б включала обов'язкове медичне страхування.

6. Посилення відповідальності й мотивації щодо збереження та зміцнення здоров'я серед населення.

7. Активізація процесу обміну знаннями й інноваціями у сфері охорони здоров'я.

Загалом дотримання вище наведених передумов є надійним фундаментом для поліпшення стану здоров'я населення. Це можливе за умови використання мульти-секторального підходу до формування політики охорони здоров'я та її реалізації на державному, регіональному та місцевому рівнях, адже дії у сфері міжсекторального стратегічного управління рідко забезпечують необхідний ефект, якщо вони здійснюються ізольовано: потрібні дії одночасно на декількох рівнях. Має бути дотриманий принцип *загальнодержавної відповідальності за охорону здоров'я*, який передбачає, що система державного управління на всіх рівнях при виробленні політики у сфері законодавчого регулювання, в соціальній сфері та в економіці найсерйознішим чином враховувала наслідки для здоров'я.

Міжсекторальне стратегічне керівництво має забезпечити врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях, пов'язаних з охороною здоров'я. Урахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях є одним з основних підходів до вирішення завдання впливу на СЕД здоров'я населення [9]. Для України міжсекторальний підхід означає спільні зусилля між усіма суб'єктами, відповідальними за стан здоров'я населення (див. рис. 7.9): органами законодавчої та виконавчої влади, органами місцевого самоврядування та безпосередньо населенням. Важливу роль мають відіграти науково-дослідні установи. Взаємодія взаємопов'язана не тільки із реалізацією заходів, які безпосередньо мають вплив на стан здоров'я населення та пов'язані з фінансовим, технічним, кадровим та іншим

забезпеченням системи хорони здоров'я. Необхідною передумовою для поліпшення стану здоров'я населення країни є вплив на покращення СЕД здоров'я усіх вищеперелічених суб'єктів. Насамперед це детермінанти, які, як доведено у дослідженні, зумовлюють стан здоров'я населення України. На рис. 7.10 представлено основних суб'єктів, які несуть відповідальність за охорону здоров'я. З одного боку, через таку велику кількість суб'єктів можуть виникнути складнощі з узгодженням їхніх дій. Однак, з іншого боку, тільки за умови спільних дій може бути досягнуто високий ефект щодо збереження та зміцнення здоров'я населення України.

Наступний принцип, який логічно випливає з попереднього, – *це врахування інтересів здоров'я населення у всіх державних і регіональних стратегіях*. Як першочергові заходи поліпшення здоров'я населення можна використовувати стратегії, які формують СЕД здоров'я або разом з іншими стратегіями сприяють їхньому формуванню. Прикладами таких стратегій можуть бути стратегії, в яких визначені цілі є загальними як для охорони здоров'я, так і для інших стратегічних сфер, таких як зайнятість, освіта, житлово-комунальне господарство, транспорт, екологія, культура, фізкультура та спорт й ін. Галузеві нормативні правові акти та державні програми, які регулюють розвиток цих сфер, мають передбачати заходи, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я. Необхідний чіткий розподіл ролей і функціональних обов'язків міністерств, відомств та органів місцевого самоврядування з питань охорони та зміцнення здоров'я населення. При цьому всі програми зміцнення здоров'я мають реалізовуватися з урахуванням зворотного зв'язку між секторами і партнерами на всіх рівнях.

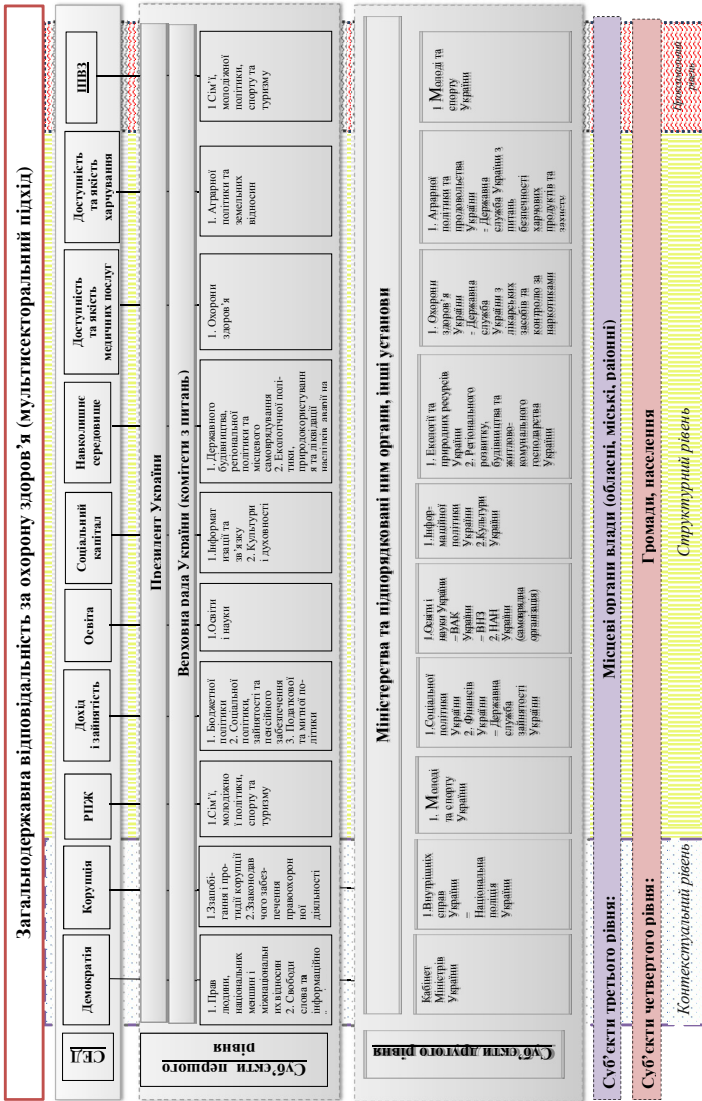


Рис. 7.10 . Загальнодержавна відповідальність за охорону здоров'я (мультисекторальний підхід)

Джерело: власна розробка автора.

Частина стратегій (програм) може реалізовуватись поза сектором охорони здоров'я і поза органами державного управління. Ці стратегії мають базуватися на структурах і механізмах, що забезпечують співпрацю.

В Україні цей принцип реалізовується недостатньо. Зокрема, в Стратегії національної безпеки України, ухваленій у 2015 р., про здоров'я населення згадується лише опосередковано у контексті забезпечення екологічної безпеки: «Україна вживатиме заходів щодо забезпечення біобезпеки, унеможливлення поширення небезпечних інфекційних захворювань...» [10]. Вважаємо, що збереження та зміцнення здоров'я населення має бути одним із пріоритетних завдань національної безпеки України, основним чинником стабільності та добробуту суспільства. Поділяємо думку Н. Рингач, що «... проблеми, пов'язані зі здоров'ям, можуть поставити під загрозу можливість створення конкурентоспроможної економіки, захист державного суверенітету і розвиток громадянського суспільства» [11, с. 7].

Відсутні також питання здоров'я населення в Національній стратегії реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки [12], Антикорупційній стратегії на 2014–2017 роки та проекті нової на 2018–2020 рр. [13; 14] та інших документах.

Разом з цим, необхідно зазначити, що, на відміну від попередніх двох десятиріч, за останній період в Україні прийнято низку стратегій та концепцій, у тому числі які мають міжсекторальний характер, де враховано сучасний стан здоров'я населення і необхідність його покращення:

– Стратегія сталого розвитку «Україна – 2020»», у якій визначено чотири вектори впровадження в Україні європейських стандартів життя: розвитку, безпеки, відповідальності та гордості. Зокрема за вектором безпеки особливу має підвищення безпеки життя та здоров'я людини,

що неможливо без ефективної медицини, захищеності соціально вразливих верств населення, безпечного стану довкілля і доступу до якісної питної води, безпечних харчових продуктів та промислових товарів (ст. 2) [15]. Стратегією також передбачено, що головними напрямками реформ мають бути підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров'я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення дружньої бізнес-обстановки на ринку охорони здоров'я. Визначення збереження здоров'я населення як пріоритету реалізації цієї стратегії поряд з іншими напрямками, які передбачають поліпшення СЕД здоров'я, є важливим кроком реалізації принципів загальнодержавної відповідальності за охорону здоров'я та врахування інтересів здоров'я населення у всіх стратегіях;

– Стратегія розвитку державної молодіжної політики на період до 2020 року [16], пріоритетними напрямками реалізації якої, разом із формуванням здорового способу життя молоді, передбачено забезпечення доступної освіти, зайнятості на ринку, забезпечення доступності житла; активізація участі у суспільно-політичному житті тощо. Це одні з визначальних для здоров'я молоді детермінанти;

– Стратегія розвитку освіти в Україні на період до 2021 року [17], за якою формування здорового способу життя розглядається як складова виховання, збереження і зміцнення здоров'я дітей та молоді, забезпечення їхнього збалансованого харчування, диспансеризації;

– Стратегія державної екологічної політики України на період до 2020 року [18], однією з цілей якої є досягнення безпечного стану навколишнього природного середовища для здоров'я людини.

Крім цього, прийнято низку документи, де збереження та зміцнення здоров'я є провідними завданнями. Зокрема, Стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [19], Концепція розвитку системи громадського здоров'я [20] тощо. Безперечним досягненням останньої є те, що серед пріоритетних засад формування системи громадського здоров'я визначено збереження здоров'я населення в усіх напрямках діяльності органів державної влади, що передбачає визнання актуальних проблем у сфері охорони здоров'я комплексними і пов'язаними із соціальним детермінантом здоров'я. Це перший документ в Україні, де СЕД визначені як актуальні для формування політики охорони здоров'я.

Громадське суспільство визначається як соціальне середовище, яке існує між державним або інституційним рівнем та індивідуальною особою або сім'єю. Відповідно визначальним чинником ефективності вищеназваних стратегій, *є залучення населення (громад, сімей та окремих громадян) щодо прийняття рішень у сфері охорони здоров'я*. Сучасна система охорони здоров'я складається з організацій, людей і дій, основним наміром яких є сприяння, відновлення та підтримка здоров'я. Вона має охоплювати зусилля, спрямовані на покращення детермінант здоров'я, а також прями оздоровчі заходи. Так, система охорони здоров'я є більш ніж пірамідою державних установ, які надають особисті медичні послуги. Це батьки, які піклуються про хвору дитину вдома; приватні провайдери; програми зміни поведінки; кампанії громадського здоров'я; організації медичного страхування.

Оскільки стратегічне керівництво щораз більше розосереджене у суспільстві проведення роботи безпосередньо з населенням може підвищити рівень прозорості та підзвітності. Партнерські відносини з населенням і розширення його

прав і можливостей також важливі для збереження системи цінностей. Такі досягнення технологій, як смартфони й онлайніві соціальні мережі, розширюють можливості громадян і змінюють спосіб дії державних органів і систем охорони здоров'я, наприклад через впровадження методів електронного і мобільного забезпечення сфери охорони здоров'я. За нових, складних відносин між державою і суспільством широкою є участь зацікавлених сторін, прозорість і підзвітність стають двигунами інновацій [21].

Партнерство заради здоров'я між урядом або іншим державним органом та громадою ґрунтується на зобов'язанні обох учасників активно співпрацювати, щоб підтримувати якість надання медичних послуг або зробити програми громадського здоров'я більш ефективними. Це формальне або неформальне співробітництво може бути встановлено лише тоді, коли політичні лідери та керівники всіх рівнів держуправління беруть на себе особливе зобов'язання щодо соціального розвитку та за готовності суспільства взяти на себе відповідальність. Політичні зобов'язання мають підтверджуватися рішенням про надання людських і фінансових ресурсів та рішучістю розпочати діалог з суспільством на рівні, де виникають проблеми. Це дає змогу громадам ефективніше розв'язувати свої проблеми та потреби. Коли партнерство є успішним, медичні служби забезпечують виконання технічних та професійних обов'язків, але при цьому вони також отримують підтримку спільноти, на яку прямо впливає проблема щодо здоров'я та яка має докласти власних зусиль для її вирішення [22]. Така форма організації взаємодії у сфері охорони є важливим етапом переходу від ієрархічних взаємовідносин до визнання та поваги ролі громад та окремих людей у сфері охорони здоров'я.

Наступний принцип – **загальнодоступність наявних ресурсів збереження та зміцнення здоров'я для всіх верств**

населення, незалежно від місця проживання та СЕС є одним з основних принципів формування політики у сфері охорони здоров'я. Кількість та якість наданих послуг охорони здоров'я та розподіл робочих місць між різними установами є предметом постійних дебатів у всіх країнах. Стабільність передбачає постійне забезпечення необхідних грошових та особистих ресурсів, необхідних для збереження здоров'я, а також вирішення проблем «старіючих» закладів, що є одним з важливих напрямків політики у цій сфері.

Дані про ресурси відображають як людські, так і технічні ресурси:

- персонал охорони здоров'я – це робоча сила, що працює у сфері охорони здоров'я. Переважна його частина – це медичний персонал (лікарі, медичні сестри тощо);

- заклади системи охорони здоров'я: профілактичні, лікувальні (первинна та вторинна допомога), реабілітаційні, які характеризуються технічними потужностями (лікарняні ліжка, наявність відповідного обладнання тощо).

Експерти ВООЗ розширюють цей перелік. Зокрема, розроблена програма для проведення моніторингу доступності медичних ресурсів HeRAMS містить такий перелік ресурсів [23]:

- оздоровчі установи: кількість, тип, географічне положення, функціональність, доступність;

- ресурси для надання послуг: людські ресурси, електрика, постачання води, холодовий ланцюг, комунікації, поводження з відходами;

- наявність медичних послуг у таких сферах діяльності: загальні клінічні послуги та догляд за травмами, охорона здоров'я дітей, інфекційні хвороби, у т. ч. ті, що передаються статевим шляхом та ВІЛ/СНІД, материнське здоров'я та здоров'я новонароджених, неінфекційні захворювання, психічне здоров'я, конкретна лікарняна допомога.

Забезпечення рівності прав громадян на отримання якісної медичної допомоги та доступу до основних детермінант здоров'я є не тільки складовою політики охорони здоров'я, але й невід'ємним атрибутом побудови демократичного суспільства. Разом з цим отримані результати у п. 3–6, доводять, що існуюча політика та практика охорони здоров'я в Україні не є достатньо ефективною для забезпечення того, щоб населення не залежно від віку, статі, місця проживання чи СЕС мали рівні можливості щодо доступу до ресурсів охорони здоров'я та відповідно справедливі шанси на досягнення міцного здоров'я. Причинами такої ситуації є:

- дефіцит кваліфікованого медичного персоналу в сільській місцевості, селищах міського типу та малих міських поселеннях;

- погана забезпеченість сучасним медичним обладнанням;

- недостатнє фінансування закладів охорони здоров'я, що відображається на рівні оплати праці медичного персоналу, наявності заборгованості з оплати праці, обмеженості необхідних коштів не тільки на сучасне обладнання, а й на оплату комунальних послуг закладів охорони здоров'я тощо.

Суб'єктивними, але водночас важливими причинами низької доступності медичної допомоги в Україні є бідність та низький рівень соціальної грамотності населення тощо. Загалом, право на охорону здоров'я для всього населення означає, що кожен повинен мати доступ до медичних послуг, яких потребує, незалежно від віку, статі, СЕС, фінансових можливостей тощо. Ніхто не повинен хворіти і вмирати тільки тому, що бідний або тому, що не має доступу до необхідних медичних послуг. Крім цього, варто наголосити на тому, що право на здоров'я поширюється не тільки на своєчасне та належне медичне обслуговування, а й на основні детермінанти здоров'я, такі як доступ до безпечної питної

води та належної санітарії, харчування, житло, інформацію й освіту в сфері охорони здоров'я, гендерну рівність тощо.

Право на охорону здоров'я також означає, що кожна людина повинна мати право на контролювання власного здоров'я й організму, включаючи доступ до сексуальної та репродуктивної інформації і послуг, без насильства та дискримінації.

Право на охорону здоров'я визначено міжнародними угодами, зокрема Загальною декларацією прав людини, Міжнародним пактом про економічні, соціальні та культурні права, Конвенцією про права інвалідів, Конвенцією про права дитини, Конвенцією про захист прав людини і основоположних свобод, Європейською соціальною Хартією тощо. Україна, як член міжнародного і європейського співтовариств, узяла на себе широкий спектр обов'язків, покликаних сприяти інтеграції у «світові терени» [23, с. 186]. Вказані обов'язки впливають із ратифікованих Україною зазначених вище документів. Національне законодавство захищає права людини на охорону здоров'я Конституцією України, Законами України, насамперед Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», постановами Кабінету Міністрів України, відомчими нормативно-правовими актами.

Найвищу юридичну силу має Конституція України, у статті 3 якої визначено, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Стаття 49 гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування [24]. Однак на практиці положення цієї статті на сьогодні реалізуються не повною мірою. Адже існує проблема державного недофінансування теперішньої системи охорони здоров'я, про що йшлося у п.6.3. Як наслідок – більше половини всього бюджету системи охорони здоров'я

становлять внески пацієнтів, їхні власні кошти. Медичне обслуговування безоплатне тільки на папері. Крім того, кошти, що є в системі, використовують неефективно. Попри те, що українці щороку роблять внесок на медицину в розмірі близько 3 млрд. грн. через податки, 640 тисяч українських сімей зазнають фінансової катастрофи через хвороби, через необхідність самостійно оплачувати вартісне лікування [25]. Також доказом низької ефективності сучасної української системи охорони здоров'я й доступності медичних товарів та послуг є незадовільний стан здоров'я населення країни. (п. 3).

Декларативні положення щодо рівності прав громадян на охорону здоров'я та її загальнодоступність, які не реалізуються, проголошені й в інших законодавчих актах, таких як: Цивільний кодекс України (ст. 283, 286) [26], Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (ст. 4, 6) [27], Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ (ст. 4) [28], Закон України «Про екстрену медичну допомогу» (ст. 4, 5) [29] тощо.

Наявна законодавча база не може забезпечити право всіх громадян країни на доступ до охорони здоров'я. При цьому питання полягає не в самій якості документів, безпосередньо в системі охорони здоров'я, яка є «атавізмом» радянської системи і не відповідає сучасним світовим стандартам. Наразі у країні активно здійснюються заходи з реформування сучасної системи, метою яких є забезпечення всім громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг. Для досягнення цієї мети розроблено низку законопроектів, зокрема: «Про засади державної політики охорони здоров'я», «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» і «Про

державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (відповідно до затвердженої Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я). Ухвалення та реалізація цих законопроектів кардинально змінить підхід до організації та фінансування охорони здоров'я в Україні. Планується перебудувати систему охорони здоров'я так, щоб у її центрі був пацієнт. Передбачено низку важливих заходів, які дозволять поліпшити доступність ресурсів збереження і зміцнення здоров'я для населення:

- впровадження державного гарантованого пакета медичної допомоги, який визначатимуть, виходячи з пріоритетів охорони здоров'я в Україні в обсязі можливостей державного фінансування;

- створення єдиного національного закупника медичних послуг, який в інтересах пацієнта оплачуватиме надані медичні послуги (коштом Державного бюджету в межах програми медичних гарантій);

- запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом», коли медичні заклади мають перетворитися на автономні суб'єкти господарської діяльності, що отримуватимуть оплату за фактично надану ними пацієнтам медичну допомогу. При цьому на зміну командно-адміністративній моделі взаємин має прийти контрактна, за якою взаємини регулюватимуться договорами про медичне обслуговування населення з чітко визначеними параметрами фінансування результату;

- оптимізація процесу закупівлі ліків, реалізація програми «Доступні ліки», яка почала діяти у квітні 2017 р. За нею пацієнти, які страждають на серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму, можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною доплатою. Разом з тим від 2015 р. централізовані закупівлі ліків і виробів медичного призначення коштом Державного бюджету здійснюються через міжнародні організації. Реформою передбачено створення

національної централізованої організації, яка здійснюватиме закупівлі. На сьогодні процедура централізованих закупівель і поставки лікарських засобів і медичних товарів залишається непрозорою для суспільства, а будь-яка інформація з цього приводу відсутня на сайті МОЗ. За таких умов актуальною залишається потреба забезпечення своєчасного проведення державних закупівель лікарських засобів і медичних товарів, зокрема і через міжнародні організації, підвищення рівня їх прозорості та відкритості. Також потрібно збільшити видатки на закупівлю лікарських засобів та медичних виробів, необхідних для забезпечення профілактики й лікування хвороб, які є визначальними у формуванні загальної структури захворюваності та смертності населення України, насамперед хвороб системи кровообігу й інфекційних хвороб;

– підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості. Як свідчать результати дослідження (п. 6.1.), стан здоров'я і детермінанти, які його обумовлюють значно гірші у сільській місцевості. Однією з причин такої ситуації є низька доступність медичних товарів і послуг. Тому підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості є особливо актуальним;

– розширення можливостей для здійснення місцевою владою повноважень у сфері охорони здоров'я.

Реалізація намічених завдань не розв'яже проблему нерівності у доступі до ресурсів охорони здоров'я за короткий термін. Крім цього низка майбутніх нововведень, пов'язаних із скасуванням обов'язкового відвідування лікарями хворих за місцем проживання, скороченням виїздів екстреної медичної допомоги та заміною лікарів на парамедиків тощо, враховуючи ментальність населення, можуть навіть погіршити ситуацію з доступністю медичної допомоги.

Вважаємо, що отримати позитивний ефект покращення стану здоров'я та скорочення нерівності у здоров'ї населення

можливо за умови ухвалення та реалізації Проекту Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування в Україні» [30] як одного з варіантів лібералізації системи охорони здоров'я. Відсутність загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні (ЗДСМС) робить надання медичних послуг в Україні недоступним, платним і таким, що не гарантує якості лікування, а відповідно несе ризики для здоров'я населення.

ЗДСМС довело свою ефективність у багатьох країнах, де воно є панівною формою фінансування охорони здоров'я (понад 60 % усіх витрат припадають на ЗДСМС). Це Бельгія, Люксембург, Нідерланди, Німеччина, Румунія, Словаччина, Словенія, Угорщина, Франція, Хорватія, Чехія, Японія тощо. Деякі країни мають змішане державно-страхове фінансування (Австрія, Греція). Серед країн, що колись були у складі СРСР, найбільший досвід запровадження ЗДСМС мають Естонія (69 %) та Литва (58 %). Зокрема в Литві ЗДСМС було введено у 1997 р. (підготовчий період тривав з 1992 по 1996 рр). Литовська система ЗДСМС характеризується тим, що страхування є загальнообов'язковим, єдиним фондом, єдиною системою лікарняних кас, змішаною системою внесків, централізованим збором коштів.

Аналогічну систему ЗДСМС пропонують запровадити в Україні. Принаймні згідно з останнім варіантом законопроекту «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування», який розміщений на сайті Міністерства охорони здоров'я [30] також передбачено обов'язковість ЗДСМС, створення Фонду медичного страхування України (ФМСУ) та змішаною системою внесків (рис. 7.11).



Рис. 7.11. Механізм оплати медичних послуг у системі загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування

Джерело: [30].

Дискусії з приводу доцільності запровадження ЗДСМС в Україні не припиняються практично з часів проголошення незалежності України. Більшість схиляється до необхідності такого запровадження, однак реальних кроків нема. Мабуть, це пов'язано з низкою бар'єрів, які потрібно подолати. Насамперед треба назвати правовий бар'єр. У разі запровадження медичного страхування в Україні воно суперечитиме деяким законодавчим актам і, насамперед, Конституції України. У статті 49 цього закону зазначено, що «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» [24]. Для запровадження ЗДСМС потрібно знайти рішення, пов'язане з цією статтею.

Наступний бар'єр – економічний. Навіть за умови, що одним зі страхувальників будуть роботодавці, по суті, реально ними можуть стати працівники, адже роботодавці можуть покрити витрати, пов'язані з відрахуваннями із ЗДСМС або за рахунок заробітної плати працівників, або за рахунок збільшення собівартості продукції. Перший варіант позначиться на доходах зайнятого населення, другий – як зайнятого, так і незайнятого.

Також необхідно враховувати рівень оплати праці та її «тіньовий» характер. Низький рівень оплати праці більшої частини населення України за останні два роки суттєво падає через девальвацію гривні. Крім цього, враховуючи те, що рівень «тіньової» економіки в Україні у 2016 р. становив 34 % від обсягу офіційного ВВП [31], значна частина заробітної плати перебувала в «тіні». За таких умов розмір внесків у ФМСУ, якщо його запровадять, не буде значним. Приклади того, як обов'язкові відрахування не дають реального ефекту через низькі відрахування Україна вже має. Це Пенсійний фонд України, дефіцит якого у 2016 р. становив 145 млрд. грн. [32]. Аналогічна ситуація може скластись і з ФМСУ. Крім цього, за все незайняте населення, а це 43,4 % населення, має сплатити держава (див. рис. 7.11).

Третій бар'єр – медичний. Він полягає у зміні характеру діяльності всієї медичної галузі, зокрема: дотримання медичних стандартів і клінічних протоколів; оптимізація мережі закладів вторинної медичної допомоги, розмежування первинної, вторинної і третинної допомоги; підготовка спеціалістів із медичного страхування. Перші кроки у цьому напрямку, як було зазначено вище, вже зроблено.

Четвертий бар'єр – корупція, яка стоїть на заваді запровадження ЗДСМС та є однією з детермінант здоров'я населення. Корумпованість в українській системі охорони здоров'я набула загрозливих масштабів. Низка корупційних

схем, насамперед пов'язаних із державними закупівлями та дозвільною системою Міністерства охорони здоров'я, позбавляють багатьох українців повноцінного лікування і збереження здоров'я та стоять на заваді запровадження ЗДСМС. Подолати існуючі корупційні схеми непросто. До того ж нема гарантії, що ФМСУ працюватиме прозоро і не стане черговим джерелом для корупціонерів, адже негативним прикладом у цьому плані є махінації навколо Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття [33]. Тому потрібний жорсткий громадський контроль над діяльністю ФМСУ у майбутньому.

Разом із тим початковий етап запровадження обов'язкового медичного страхування найімовірніше супроводжуватиметься неприйняттям та опором частини населення, зниженням довіри до влади, опором з боку представників фармацевтичного бізнесу і т.п. Тому для здійснення такого кроку потрібна політична воля.

Отже, загальний огляд ситуації навколо запровадження ЗДСМС в Україні свідчить про те, що є позитивні та негативні передумови для цього кроку. складнішою є проблема платоспроможності як населення, так й бізнесу в сучасних умовах. Однак незадовільний стан здоров'я населення та системи охорони здоров'я свідчить про доцільність ухвалення рішення щодо запровадження ЗДСМС. Це дозволить суттєво поліпшити профілактику здоров'я населення, у якій зацікавлені страхові компанії, яким вигідно витратити кошти на превентивні заходи щодо хвороб, а не на їхні наслідки.

Інше питання щодо вибору моделі ЗДСМС. Законопроект з цього приводу пропонує суто державне регулювання і не передбачає децентралізації. У цьому є свої «плюси» та «мінуси». Відсутність приватних компаній у системі ЗДСМС призведе до її монополізації з боку держави, хоча і дозволить краще регулювати обіг коштів. В умовах проголошеної

Президентом і Урядом України політики децентралізації влади, можливо є необхідність втілити ці ідеї і в системі охорони здоров'я: попри центральний ФМСУ, запровадити відносно автономні регіональні фонди (громадські). В такий спосіб можна краще контролювати кошти, а також встановлювати різні ставки страхових виплат залежно від рівня життя громади і т.п. Подібний механізм ЗДСМС існує у багатьох розвинених країнах, зокрема у Швеції.

Однак, у будь-якому випадку треба розуміти, що медичне страхування є лише одним зі способів покриття витрат населення на медичне обслуговування і не може бути панацеєю.

Крім цього, важливим напрямком політики охорони здоров'я в Україні має стати забезпечення рівного доступу до детермінант здоров'я: насамперед зайнятості з відповідним рівнем доходу, які дають можливість вибору кращих умов проживання, харчування, медичного обслуговування тощо. Докладніше про можливості та необхідність покращення СЕД, їх доступності для всього населення йтиметься в наступному підрозділі.

Збереження здоров'я населення протягом усього життєвого курсу. Цей принцип є доволі важливим для побудови державної політики. Він передбачає, що вплив у кожному віковому періоді може змінити рівні впливу згубних процесів або допомогти у їх подоланні. Дотримання цього принципу визначає нове бачення для розробки політики, де різні людські траєкторії беруться до уваги не тільки як прості дискретні категорії, такі як безробітні, хворі, старі тощо, а як такі, які мають постійний причинно-наслідковий зв'язок.. Це бачення дає змогу сформувати такі важливі пропозиції.

По-перше, наслідки подій і політики в житті людей розгортаються не тільки в короткотривалій, але й у середньо- і довгостроковій перспективах (наприклад, коли

перерви у роботі впливають на більш пізні пенсійні права, особливо у жінок). Цей процес триває безперервно впродовж життя, відображаючи детермінанти, які безпосередньо впливають на здоров'я і добробут індивідів і груп населення, характеризуючи їх у конкретний момент часу, а також впливаючи на вибір індивідуальної моделі поведінки щодо власного здоров'я.

По-друге, наслідки подій і політики в одному вимірі життя людей мають ланцюговий ефект підсумків в інших вимірах. Наприклад, коли питання узгодження інтересів професійної діяльності та сімейних обов'язках призводять до виникнення проблем зі здоров'ям (негативні наслідки), або коли освіта сприяє підвищенню санітарної грамотності (позитивні наслідки).

По-третє, наслідки подій та політики стосовно одних осіб мають вплив на інших, з якими пов'язано їхнє життя. Наприклад, бідність батьків призводить до бідності дітей із усіма наслідками, які з цього випливають: незадовільні умови проживання, погане харчування, недостатні можливості в отриманні освіти, навичок санітарної грамотності тощо..

По-четверте, впродовж життєвого курсу на людину та її здоров'я здійснюються як позитивні, так і негативні впливи (та пов'язані з ними небезпеки і вразливості), а також захисні чинники на індивідуальному і популяційному рівнях (розширення прав і можливостей, ресурси, життєстійкість). Згодом ці негативні і позитивні детермінанти накопичуються, впливаючи на індивідуальні фізіологічні, психологічні і поведінкові характеристики, а також на соціальні умови сімей, громад. Накопичення переваг і недоліків призводить до соціальної та економічної нерівності і, як наслідок, до нерівності щодо здоров'я.

По-п'яте, доцільно зазначити, що поведінка щодо здоров'я змінюється з часом. Деякі звички (наприклад, дієта,

фізичні навантаження) формуються у ранньому дитинстві та підлітковому віці, а інші (наприклад, куріння, зловживання алкоголем) зазвичай починаються у підлітковому та ранньому дорослому віці. Таким чином, соціальні зв'язки можуть мати різні речі для здоров'я залежно від стадії життєвого курсу, і їхні наслідки можуть фільтруватися у різні періоди, навіть коли самі зв'язки змінюються або зникають. Наприклад, батьки формують у дітей певний тип харчування та фізичної активності, які можуть сприяти або запобігати ожирінню, що, своєю чергою збільшуватиме або зменшуватиме ризик захворюваності та передчасної смертності від хвороб системи кровообігу в дорослому віці [34]. Інший приклад, пов'язаний з тим, як взаємини між однолітками часто сприяють тютюнопалінню та надмірному вживанню алкоголю в підлітковому та ранньому дорослому віці [35].

По-шосте, соціальні зв'язки змінюються як за структурою, так і за змістом впродовж усього життя, що має наслідки для здоров'я. Наприклад, найважливіші стосунки, які мають значення для зміцнення та збереження здоров'я в дитинстві (наприклад, батьки) навряд чи будуть найважливішими в дорослому віці (наприклад, подружжя).

Результати аналізу, які наведені у попередніх розділах, свідчать про основну роль РПЖ для життя майбутнього. Ступінь освіти, рівень виховання, якість харчування, можливість оздоровлення, відвідування спортивних секцій і гуртків у дитячому та підлітковому віці мають безпосередній вплив на стан здоров'я у дорослому житті. Таким чином, одним із головних завдань політики охорони здоров'я є створення сприятливих умов для розвитку дітей і підлітків. Плануючи дії щодо поліпшення СЕД здоров'я населення, єдино правильним є підхід, який охоплює всі етапи життя особливо його ранній період.

Таким чином наведені принципи є необхідною передумовою для того, щоб політика у сфері здоров'я в Україні була ефективною, що дасть змогу покращити стан здоров'я населення та зменшити нерівність щодо здоров'я, яка існує зараз. Ця політика має бути насамперед скоординованою, що серед іншого передбачає забезпечення доходів і зайнятості, здобуття освіти, розвиток житлового будівництва, бізнесу, сільського господарства, транспорту, правосуддя та технологій. Доволі складно здійснювати координацію політики між різними секторами, в яких є свої пріоритети. Вважаємо, що здоров'я на даний час не є пріоритетом для інших секторів. Це означає, що необхідно докласти значних зусиль для того, щоб охорона здоров'я стала привабливою для всіх сфер життєдіяльності суспільства, як орієнтація – пріоритетною для людей.

Реалізація наведених принципів також дозволить ефективніше реалізувати завдання, які нині постають перед українською системою охорони здоров'я (див. рис. 7.9). Зокрема – сформуванню ефективного механізму управління національною системою охорони здоров'я, що має забезпечити спільну діяльність усіх інститутів задля досягнення спільних цілей щодо потреб населення.

Існуюча в Україні організаційно-управлінська модель реалізації державної політики з охорони здоров'я населення є застарілою та неефективною, що виявляється у незадовільному стані здоров'я населення. Сучасний механізм управління є неефективним з правової, фінансової та структурної позицій.

Гострою проблемою в Україні є дублювання медичних послуг та низька ефективність використання ресурсів в охороні здоров'я. Насамперед це пов'язано із значною розгалуженістю управління охороною здоров'я, яка пов'язана тим, що медичні заклади в країні мають різне підпорядкування (державні, відомчі, комунальні). Так, більшість закладів

підпорядковуюються і відповідно фінансуються Міністерством охорони здоров'я. Однак значна частина закладів відноситься до Національної академії медичних наук України, Міністерства освіти і науки, Міністерства внутрішніх справ, Служби безпеки України та деяким іншим відомствам. Послуги між закладами різного підпорядкування часто дублюються, але існуюча система немає стимулів, щоб їх оптимізувати [39].

Серед інших проблем управління сферою охорони здоров'я в Україні зараз можна віднести такі:

– неефективність її структури на всіх рівнях, що знижує доступність та якість медичних послуг. Це пов'язано з низкою причин. Зокрема недостатнім розвитком первинної допомоги, про що йшлося у п.6.3. Самостійно звертаються до лікарів-спеціалістів майже третина пацієнтів (29,5 %), до стаціонарів – 16,9 %. У результаті рівень обслуговування в 65,9 % випадків не відповідає тяжкості їхнього стану та перебігу захворювання, у 43,2% – надання медичної допомоги відбувається на більш високих рівнях, ніж потрібно [36].

– надлишкова кількість стаціонарних закладів і лікарняних ліжок, їх низька функціональність і невідповідність сучасним досягненням науки (п. 6.3.). При цьому від 15 до 70 % (залежно від профілю госпіталізації: терапевтичний, хірургічний тощо) пацієнтів в Україні госпіталізуються необгрунтовано [37].

– надмірна спеціалізація лікарень. Вторинна медична допомога надається переважно багато профільними міськими та районними лікарнями. Водночас існує також широка мережа психіатричних, протитуберкульозних, дерматовенерологічних, офтальмологічних та інших лікарень, що негативно впливає на комплексність медичної допомоги при лікуванні основного захворювання [36].

– значна зношеність основних фондів закладів системи охорони здоров'я зокрема близько половини лікарень вторинного рівня не мають умов для надання інтенсивної медичної допомоги пацієнтам.

– наднизький рівень оплати працівників закладів охорони здоров'я, насамперед медичних [38] (див. п. 6.3).

Наведене свідчить про те, що сучасне управління системою охорони здоров'я в Україні є неефективною і лише усунення зазначених та інших проблем може її підвищити.

Ще одним важливим завданням політики охорони здоров'я в Україні є розширення і збагачення баз даних про стан здоров'я населення. Розробка політики у сфері охорони здоров'я потребує більш повної інформації про стан здоров'я населення і детермінант, які на нього впливають. Взаємозв'язок між здоров'ям і його детермінантами складний. Він не може бути пояснений лише окремими їхніми складниками, такими як СЕС, дохід, освіта або рід занять. Важливим є розробка комплексу індикаторів для відстеження та оцінювання ступеня нерівності щодо здоров'я. Це дозволить поглибити інформацію про нерівність у стані здоров'я серед різних соціально-демографічних груп населення.

Опис індикаторів запропонованих для оцінювання стану здоров'я населення та СЕД, що його визначають наведено у п. 2. Вони найбільш повно відображають сучасні тенденції та дозволяють максимально об'єктивно оцінити вплив СЕД на здоров'я з метою їх покращення. Крім цього більшість з них використовується у міжнародній практиці і можуть бути використані з порівняльною метою. Порівняльний аналіз значень індикаторів в Україні та середніх по країнах ЄС буде здійснено у п. 7.4.

Сучасний розвиток інформаційних технологій у сфері охорони здоров'я дає змогу трансформувати дослідження у сфері охорони здоров'я, які могли б сприяти дослідженням, що раніше не були реалізовані, в такій спосіб, по-новому поглянути на здоров'я і хвороби. У підсумку інформація може бути краще використана для поліпшення якості охорони здоров'я та досліджень, а також може значно сприяти покращенню охорони здоров'я окремих людей та населення загалом.

На сьогодні наука також швидко змінюється і стає дедалі складнішою, тому жоден дослідник або установа не можуть надати всі знання для розробки та перевірки медичних нововведень або для забезпечення їхньої безпеки. Таким чином, ефективний обмін інформацією між установами стає ще важливішим, ніж у попередні періоди.

Існуюча в Україні національна система інформаційної бази даних про стан здоров'я населення і нерівності щодо здоров'я населення є вкрай недосконалою, особливо та, яка пов'язана з обліком захворюваності. Відтак відсутня об'єктивна картина стану захворюваності як загалом, так і в регіональному чи соціально-демографічному розрізі. Це суттєво ускладнює можливості виявлення причин захворюваності, СЕД, які з цим пов'язані.

Запровадження електронної системи охорони здоров'я (eHealth), метою якої є допомога пацієнтам отримувати, а лікарям надавати якісні медичні послуги, контроль ефективності державних коштів, які витрачаються на охорону здоров'я, дасть змогу також значно поліпшити облік захворюваності. Зокрема, здійснювати не тільки облік хвороб, а кількість хворих.

У майбутньому eHealth система дасть змогу кожному швидко отримати свою медичну інформацію, а лікарям – правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини здоров'я пацієнта. Вже не буде потреби в паперових медичних картах і друкованих довідках, які губляться і забуваються. Система міститиме всю медичну історію пацієнта, і вона буде доступна як пацієнтові, так і його лікарям.

В Україні система складатиметься з центрального компонента (ЦБД). Він відповідатиме за централізоване зберігання та обробку інформації – та медичних інформаційних систем (МІС), які лікарні та поліклініки можуть обирати на ринку і встановлювати в себе.

На думку автора з часом цю систему доцільно було б доповнити інформацією про СЕС, дохід, зайнятість, освіту, спосіб життя та інші соціально-економічні характеристики пацієнта, які дадуть змогу оцінити ступінь впливу тих чи тих детермінант на стан здоров'я і запропонувати заходи щодо їх покращення. При цьому необхідно налагодити повноцінний обмін інформацією між ЦБД і ДССУ та її регіональними управліннями.

Вважаємо, що запровадження такої системи дасть змогу скоротити дублювання та викривлення інформації щодо смертності, захворюваності та інвалідності.

Активізувати процес обміну знаннями та інноваціями в галузі охорони здоров'я можливо шляхом збільшення інвестування у наукові та практичні дослідження здоров'я населення

Дослідження в сфері охорони здоров'я має високу цінність для суспільства. Вони можуть надати важливу інформацію про детермінанти, тенденції та чинники ризику, результати лікування або втручання громадського здоров'я, використання ресурсів та витрати на охорону здоров'я. Різні підходи до досліджень додають нових ідей щодо причин нездоров'я та дають змогу визначити альтернативні напрямки збереження та зміцнення здоров'я населення. Дослідження можуть мати теоретичний або практичний характер. Практичні дослідження використовують різні методи: медичні (клінічні випробування), соціологічні, економічні, демографічні та інші. Наприклад, клінічні випробування можуть забезпечити важливу інформацію про ефективність та несприятливі наслідки медичних втручань через контроль змінних, які можуть вплинути на результати дослідження. При цьому зворотний зв'язок з реальним клінічним досвідом також має вирішальне значення для порівняння та поліпшення використання ліків, вакцин, медичних приладів та діагностики.

Інші дослідження – соціологічні й демографічні дають змогу визначити тенденції стану здоров'я населення загалом, окремих соціально-економічних та демографічних груп, географічні особливості тощо. Ці дослідження охоплюють огляд або аналіз систем охорони здоров'я, медичних втручань і детермінант, що впливають на стан здоров'я населення, а також комплексний набір змінних, що включають методи, практики, програми та політику охорони здоров'я.

Соціально-демографічні дослідження допомагають розширити інформаційну базу для формування політики, поліпшення надання медичних послуг, залучати громади і групи пацієнтів до визначення порядку денного громадського здоров'я, розуміння біологічних наслідків медичних втручань та сприяння теоретичним та методологічним дебатам. Однак лише поєднання зусиль науковців різних наукових напрямків дослідження здоров'я населення дозволить ухвалювати найефективніші рішення в цій сфері.

На сьогодні обсяги витрат на дослідження в сфері охорони здоров'я населення в Україні достеменно не відомі, адже здійснюються з різних джерел. При цьому, враховуючи те, що стан здоров'я населення суттєво не покращується, а сучасна система фінансування охорони здоров'я не забезпечує подолання існуючого тягаря хвороб.

При цьому подолання нерівності щодо здоров'я населення у країні вимагає розширення фактичних даних, необхідних для формування політики та програмних заходів, спрямованих на поліпшення стану здоров'я населення. Для цього необхідно визначити обсяг коштів та джерела їх надходження, які має виділяти Уряд України на наукові дослідження в сфері охорони здоров'я населення і нерівності щодо здоров'я.

7.4. Інтегрування соціально-економічних детермінант в політику охорони здоров'я населення

Проведений аналіз сучасного стану здоров'я населення України та СЕД, які його визначають, є підґрунтям для удосконалення існуючої державної політики у цій сфері. Вважаємо, що така політика має враховувати чотири основні аспекти: по-перше, попередню динаміку та сучасні тренди показників смертності, захворюваності та інвалідності в країні; по-друге, існуючу політичну та соціально-економічну ситуацію, яка залежить від певних внутрішніх і зовнішніх ризиків і значною мірою зумовлює ті детермінанти, які є визначальними для стану здоров'я населення; по-третє, ментальні особливості населення України, які мають регіональну специфіку; по-четверте, багатий світовий та європейський досвід формування політики охорони здоров'я населення.

Для адаптації провідного зарубіжного досвіду в вітчизняну систему охорони здоров'я населення необхідно виокремити найбільш гострі проблеми, які характеризують стан здоров'я населення, та детермінанти, що його визначають на сучасному етапі у країнах Європи та в Україні. Необхідно також врахувати, що результати епідеміологічного впливу дуже рідко виявляються навіть у середньостроковому періоді. Відповідно при оцінюванні ефективності й успіху політики використовуються не тільки показники стану здоров'я (смертність, захворюваність, інвалідність), а також індикатори, які характеризують СЕД здоров'я. Результати проведеного аналізу свідчать, що більшість з цих індикаторів в Україні значно нижчі за значенням за середні по країнах ЄС (табл. 7.3).

Таблиця 7.3

Порівняльний аналіз індикаторів здоров'я населення України та країн ЄС

№	Назва	Індикатори, значення яких між Україною та ЄС суттєво не відрізняються	Індикатори, значення яких в Україні гірші порівняно в ЄС
I. Індикатори стану здоров'я населення			
1	Смертність	1. Смертність жінок (за винятком віку 35-49 років) 2. Неонатальна смертність 3. Мертвонародження 4. Смертність від хвороб органів дихання, сечостатевої системи. 5. Смертність на виробництві	1. Смертність чоловіків, особливо віком 25-49 років 2. Постнеонатальна смертність 3. Смертність дітей віком 15-17 років 4. Смертність від хвороб системи кровообігу, травлення, інфекційних захворювань, зовнішніх причин (особливо в наслідок ДТП). 5. Смертність у сільській місцевості
2	СОТЖ	1. СОТЖ жінок (відносно)	1. СОТЖБІ 2. СОТЖ чоловіків
4	Захворюваність	1. Хвороби органів травлення, кістково-м'язевої системи, онкологічні захворювання, цукровий діабет 2. Захворюваність дітей віком 0-17 років неінфекційними хворобами	1. Хвороби системи кровообігу, органів дихання, інфекційні захворювання
5	Самооцінка стану здоров'я населенням	-	1. Загальне оцінювання 2. Труднощі або обмеження у повсякденному житті через хронічне захворювання, інвалідність, фізичні вади тощо

Продовження табл. 7.3

1	2	3	
6	Інвалідність	-	1. Первинна інвалідність
II. Індикатори соціально-економічних детермінант здоров'я населення			
7	Соціальний градієнт	-	1. Нерівність у соціально-економічному статусі 2. Нерівність у доходах
8	Дохід	-	1. Мінімальна та середня заробітні плати 2. Грошові доходи домогосподарств
9.	Зайнятість	1. Безробіття	-
10.	Освіта	1. Загальна грамотність населення	1. Санітарна грамотність
11	Соціальний капітал	1. Спілкування із близькими людьми, друзями, колегами тощо	1. Довіра населення до представників державної влади різних рівнів, друзів та знайомих
12	Довкілля	1. Безпеченість житлових приміщень природним газом	1. Смертність, пов'язана із довкіллям. 2. Безпеченість житлових приміщень якісною питною водою та каналізацією 3. Перенаселеність житлових приміщень. 4. Забруднення атмосферного повітря
13	Доступність та якість медичних товарів та послуг	1. Частка витрат на систему охорони здоров'я у Державному бюджеті 2. Частка лікарів, які працюють у стаціонарі. 3. Кваліфікація медперсоналу 4. Безпеченість лікарями-терапевтами 5. Безпеченість лікарняними ліжками (кількісно)	1. Система управління сферою охорони здоров'я 2. Державні витрати на охорону здоров'я на душу населення. 3. Розподіл фінансування (нерівність за регіонами) 4. Оплата праці медперсоналу 5. Медичне страхування 6. Електронна база даних про хворих, лікарів та інших медпрацівників 7. Безпеченість лікарями загальної практики 8. Інфраструктура 9. Технічне оснащення 10. Доступність ліків Висока частка у витратах на охорону здоров'я витрат населення

Продовження табл. 7.3

1	2	3	4
14	Харчування	1. Енергія, яка отримується з білків 2. Ожиріння серед чоловіків	1. Споживання їжі із насиченими жирами та трансжирами 2. Ожиріння серед жінок 3. Доступність фруктів 4. Доступність м'яса та м'ясних виробів
15	Індивідуальна відповідальність за власне здоров'я	1. Фізична активність	1. Тютюнопаління та смертність із цим пов'язана. 2. Вживання міцних спиртних напоїв. Смертність від отруєнь алкоголем 3. Відповідальність учасників дорожнього руху
16	Суспільно-політичні детермінанти	-	1. Військовий конфлікт 2. Корупція, у т. ч. у сфері охорони здоров'я 3. Злочинність

Джерело: власна розробка автора.

Зокрема, стан здоров'я населення України характеризується суттєво вищими порівняно з середніми за країнами ЄС показниками смертності чоловіків та жінок віком 35–49 років, постнеонатальної смертності, смертності дітей віком 15–17 років. За місцем проживання, смертність вища у сільській місцевості. За причинами смертності, надвисокою є смертність від хвороб системи кровообігу, травлення, інфекційних захворювань, зовнішніх причин (особливо внаслідок ДТП). Практично ті самі причини зумовлюють високий рівень захворюваності населення України.

Визначено, що значною мірою високі значення цих та інших показників смертності та захворюваності зумовлені більш значним порівняно з країнами ЄС впливом СЕД, сектор яких є достатньо широким. Серед зазначених детермінант варто виокремити соціальний градієнт, який виявляється у суттєво вищій нерівності у СЕС та доходах в Україні

порівняно з ЄС. Крім цього, українське населення порівняно з європейським є значно біднішим: як мінімальний, так і середній рівень оплати праці в країні є не тільки найнижчим в Європі, але одним із найнижчих у світі. При цьому за попередніми розрахунками визначено провідну роль доходу (разом із СЕС) у збереженні та зміцненні здоров'я населення (рівні смертності та захворюваності на хвороби систем кровообігу та рівні смертності від зовнішніх причин), а також його важливе значення у формуванні інших детермінант, зокрема якості харчування, доступності та якості медичних товарів і послуг, житлових умов тощо.

Доволі низькими порівняно з європейськими є в Україні показники санітарної грамотності та соціального капіталу. Зокрема, зафіксовано низький рівень довіри населення до представників державної влади різних рівнів, друзів та знайомих. При цьому доведено, що низький рівень довіри негативно впливає на стан здоров'я населення, особливо психологічний.

Більш негативно порівняно з країнами ЄС відображається на здоров'ї населення України стан довкілля, що, з одного боку, пов'язано з більш забрудненим станом атмосферного повітря, а з іншого – менш сприятливими житловими умовами.

Варто зауважити, що дуже суттєво від європейської відрізняється вітчизняна система медичної допомоги, яка кардинально не змінилася з радянських часів та характеризується низькою доступністю для населення медичних товарів і послуг. Незважаючи на те, що Україна забезпечена лікарями-терапевтами, які мають високу кваліфікацію, є достатньою кількістю лікарняних ліжок і частка витрат на систему охорони здоров'я у Державному бюджеті України відповідає середньоєвропейським показникам, цього не достатньо. Сучасна система охорони здоров'я України має певні суттєві недоліки, які негативно впливають на стан здоров'я населення. Насамперед,

це те, що у державній політиці недостатня увага приділяється громадському здоров'ю, запобіганню та профілактиці хвороб. Держава витрачає значні кошти на ліквідацію наслідків хвороб, замість того, щоб запобігти їхньому виникненню.

Поліпшення ситуації можливе лише за умови покращення СЕД, які визначають стан здоров'я населення України. Впровадження заходів щодо покращення СЕД передбачає розуміння динамічної взаємодії між поведінковими, клінічними, політичними системами, професійними та екологічними детермінантами здоров'я; виявлення синергізмів і антагонізмів; використання ефективних стратегій для досягнення достатнього та стабільного охоплення за масштабами населення. В епоху трансформації системи охорони здоров'я більша увага має приділятися доступності, використанню та якості медичної допомоги та її впливу на здоров'я населення. Подібним чином дослідження, що висвітлюють питання охорони здоров'я через призму бідності, сегментації ринку житла, дискримінацію, здобуття освіти та ін., забезпечують більш глибоке розуміння складних СЕД здоров'я та вказує на додаткові можливості для посилення зусиль щодо запобігання та контролю. Розуміння впливу детермінант здоров'я та хвороб дає змогу припустити, що значні успіхи в сфері охорони здоров'я можуть бути досягнуті, якщо політики чи розробники програм вирішуватимуть питання, пов'язані з питаннями охорони здоров'я, зберігаючи високу якість традиційних підходів до боротьби з хворобами.

Ефективна дія на СЕД вимагає наявності достатніх знань про механізми, що впливають на нерівність здоров'я та прийняття концептуальної основи, яка не тільки висвітлює взаємозв'язок між СЕД і нерівністю здоров'я, й дає змогу визначити напрямки для втручання. Визначення пріоритетів, що передбачають формування потенційних кадрів для розробки та впровадження програм покращення СЕД, є життєво важливим. Підтримка та створення організаційних

структур та систем охорони здоров'я (через політику, дослідження та партнерські зв'язки), для яких пріоритети справедливості у сфері охорони здоров'я є пріоритетними, також необхідні для ефективного впливу на джерела несправедливості у сфері охорони здоров'я.

Основою успіху підходу з реалізації СЕД є ефективне управління, моніторинг та підтримка реальних змін у вирішенні питань забезпечення справедливості в сфері охорони здоров'я та СЕД. Ефективне, широкомасштабне, стійке поліпшення здоров'я населення також гарантує інтеграцію науки, програм та політики на соціальному, організаційному та індивідуальному рівнях для більш повного вирішення складного контексту, в якому реалізується здоров'я.

Визначення стратегічних цілей у вирішенні проблем СЕД має важливе значення для сприяння більш широкому застосуванню заходів щодо зменшення нерівності у здоров'ї населення. Кількісні та якісні дані про детермінанти здоров'я використовуються для ідентифікації пріоритетів і стратегій щодо поліпшення здоров'я. Важливою частиною концепції здоров'я населення є розвиток нових джерел даних щодо детермінант здоров'я, їхньому взаємозв'язку, а також ефективності заходів щодо поліпшення здоров'я та СЕД, які впливають на нього.

Варто застосувати кілька аспектів, пов'язаних із запровадженням та реалізацією політики покращення СЕД здоров'я населення. По-перше такий підхід має ґрунтуватися на аналізі та розумінні всього спектра детермінант здоров'я. По-друге, має визнаватись, що взаємодія між детермінантами здоров'я є складною. Запропонована комплексна модель охорони здоров'я населення, враховує ці особливості (див. рис. 7.9).

Дослідження здійснене у попередніх розділах наочно продемонструвало тісний взаємозв'язок між станом здоров'я населення та його численними детермінантами. Поточний

рівень знань базується на розумінні, що здоров'я населення корелює з детермінантами, які виходять за межі системи охорони здоров'я. Таке розуміння встановлює контекст для нових підходів до зміцнення та збереження здоров'я населення, які використовують у декількох стратегіях, що застосовуються в різних умовах. Це насамперед інноваційні та взаємопов'язані стратегії, в яких приділяється належна увага спектру соціальних, економічних та екологічних детермінант здоров'я населення загалом.

Емпіричні узагальнення усіх результатів оцінювання взаємозалежності між СЕД та станом здоров'я населення України (п. 3–6 та 7.1–7.2.) підтверджують, що рівні смертності, народжуваності та інвалідності в Україні суттєво залежать від СЕД. При цьому виявлені такі особливості впливу СЕД на стан здоров'я: вікові, гендерні та за місцем проживання (табл. 7.4).

Як зазначалось, формування здоров'я у дорослому віці відбувається у РПЖ, зокрема детермінантами, які діють у цей період. За результатами дослідження встановлено, що такими детермінантами є:

– дохід (добробут у родині) – дуже високий ступінь впливу незалежно від статі чи місця проживання;

– освіта (санітарна грамотність) – дуже високий ступінь впливу незалежно від статі чи місця проживання;

– зміцнення здоров'я (оздоровлення) – дуже високий ступінь впливу незалежно від статі та у міських поселення та високий у сільській місцевості;

– рухова активність – дуже високий вплив на стан здоров'я дорослих жінок і мешканців сільської місцевості та високий на чоловіків і мешканців міських поселень;

– якість харчування – дуже високий ступінь впливу незалежно від статі чи місця проживання.

Таблиця 7.4.

Вплив соціально-економічних детермінант на стан здоров'я населення України: особливості за статтю та місцем проживання (емпіричне оцінювання)

1	Чоловіки			Жінки			Міські поселення			Сільська місцевість		
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	С	З	І	С	З	І	С	З	І	С	З	І
РПЖ:												
– добробут	нд	+++	+	нд	+++	+	нд	+++	+	нд	+++	+
– оздоровлення	нд	+++	+	нд	+++	++	нд	+++	+	нд	++	+
– фізична активність	нд	++	+	нд	+++	++	нд	+++	+	нд	++	+
– санітарна грамотність	нд	+++	++	нд	+++	++	нд	+++	++	нд	+++	++
– харчування	нд	+++	–	нд	+++	–	нд	+++	–	нд	+++	–
СЕС	++	++	++	+	+++	+	++	++	++	++	++	++
Дохід	+++	+	+	++	++	+	+	++	+	+	++	+
Зайнятість	–	++	–	–	–	–	–	+	+	–	+	–
Освіта	+++	++	–	++	++	–	++	++	–	–	++	–
Соціальний капітал	нд	+++	–	нд	+++	–	нд	+++	–	нд	++	–
Довкілля:												
– житлові умови	++	+	–	++	+	–	–	+	–	–	+	–
– екологія у місці проживання	+	++	++	+	++	++	++	++	++	+	+	+
Умови праці	+	+	++	–	–	+	+	+	++	–	–	+
Доступність та якість медичних товарів та послуг	+++	+	–	+++	+	–	+++	+	–	+++	++	–

Продовження табл. 7.4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Доступність та якість харчування	+	+	++	+	+	++	+	+	++	-	+	++
Індивідуальна поведінка та відповідальність за власне здоров'я:												
- шкідливі звички:												
- тютюнопаління;	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-
- зловживання алкоголем	+++	++	++	++	+	+	++	++	+	+++	++	++
- фізична активність;	+	-	-	+	+	-	+	+	-	-	+	-

Примітки: «С» – смертність; «З» – захворюваність; «І» – інвалідність; «нд» – немає даних; «+++» – дуже високий ступінь впливу; «++» – високий ступінь впливу; «+» – незначний вплив; «-» вплив відсутній.

Джерело: власна розробка автора

Реалізація політики покращення детермінант РПЖ має здійснюватися відповідно до теорії життєвого циклу (ТЖК), яка спрямована на підвищення ефективності втручання протягом життя людини. Вона зосереджується на здоровому початку життя та спрямованості на потреби людей у критичні періоди протягом усього життя. Реалізація положень ТЖК сприяє своєчасним інвестиціям з високим рівнем дохідності для здоров'я населення та економіки шляхом усунення причин, а не наслідків поганого здоров'я.

ТЖК ґрунтується на взаємодії великої кількості пропагандистських та захисних заходах, а також заходах спрямованих на мінімізацію чинників ризику в житті людей. Вона охоплює тимчасові та суспільні погляди на здоров'я

людей і поколінь, у тому числі детермінанти, що впливають на здоров'я між поколіннями [39].

Положення ТЖК мають бути враховані у державній політиці через поліпшення здоров'я і добробуту, сприяння соціальній справедливості та реалізації цілей сталого розвитку.

Добробут у РПЖ є однією із найбільш важливих детермінант у цей період, які визначають здоров'я у дорослому житті. Численні дослідження засвідчують, що діти і підлітки з сімей із низьким рівнем життя характеризуються підвищеною захворюваністю на інфекційні хвороби, високим рівнем дитячої смертності, більше палять, вживають алкоголь порівняно з дітьми із забезпечених сімей. За даними авторського дослідження, шанси не мати жодного захворювання у дорослому житті за умови дуже високого та високого рівня добробуту у РПЖ у 4,05 рази вищі, порівняно з тими, хто мав дуже низький і низький рівень добробуту (п. 4.1.2, п. 7.1.1). Так, добробут у РПЖ у більшості випадків безпосередньо залежить від добробуту сім'ї, в якій зростає дитина, тобто від доходу батьків. Отже, заходи щодо поліпшення добробуту у РПЖ фактично є заходами з підвищення доходів населення загалом, про що йтиметься далі.

Надважливим напрямом політики збереження та зміцнення здоров'я населення є поліпшення якості освіти дітей і підлітків, зокрема розширення знань із санітарної грамотності, щодо впливу чинників ризику та детермінант здоров'я, оскільки, за даними авторського дослідження, шанси не мати жодного захворювання у дорослому житті за отримання доволі повної інформації про ризики щодо здоров'я у РПЖ у 2,08 рази вищі, порівняно з тими особами, які такої інформації отримали недостатньо (п. 4.1.2). Однак незважаючи на це, питанню посилення санітарної грамотності серед населення загалом та дітей і підлітків зокрема в Україні

приділяється недостатньо уваги. Санітарна грамотність – це особисті характеристики та соціальні ресурси, необхідні для того, щоб люди і громади могли отримувати доступ до медичних ресурсів, розуміти, оцінювати та використовувати їх для прийняття рішень щодо стану здоров'я, що основними елементом удосконалення контролю над змінними СЕД. При цьому рівень санітарної грамотності дає змогу людям контролювати стан власного здоров'я та самостійно долати особисті, структурні, соціальні й економічні бар'єри щодо здоров'я.

Крім того, можна вважати, що санітарна грамотність передбачає відповідальність людини за власне здоров'я, а також органів державної влади та працівників галузі охорони здоров'я, яким слід забезпечувати подання зрозумілої, точної, відповідної та доступної інформації різним цільовим аудиторіям. Підвищення рівня санітарної грамотності, особливо найбільш незахищених та маргіналізованих верств населення, є одним із напрямків подолання нерівності у здоров'ї.

Високі показники санітарної грамотності населення сприяють розвитку суспільства, оскільки грамотні люди більш активно беруть участь у досягненні економічного процвітання, мають високий рівень зайнятості та доходів, вони краще інформовані й більш вагомим їхній внесок у діяльність на рівні місцевої громади. Все це позитивно позначається на стані їхнього здоров'я. Недостатня санітарна грамотність знижує ймовірність бути здоровим, асоціюється з більш низьким рівнем участі в заходах зі збереження та зміцнення здоров'я і виявлення захворювань, більш ризикованими для здоров'я формами поведінки (наприклад, вищими показниками тютюнопаління), більшою частотою нещасних випадків на виробництві, зниженою здатністю до самостійного ведення хронічних захворювань (таких

як діабет, ВІЛ-інфекція та астма), низькою прихильністю до медикаментозного лікування, більш високою частотою госпіталізації й повторної госпіталізації, підвищеними показниками захворюваності та передчасної смертності [40].

Крім цього, недостатня санітарна грамотність підпорядковується соціальному градієнту і може значно посилювати існуючі нерівності, тому що люди з недостатньою санітарною грамотністю переважно мають більш низький рівень освіти. Це, як правило, діти та підлітки, особи похилого віку, мігранти й особи, які живуть на різні форми допомоги відповідно до державних програм.

Підвищення санітарної грамотності, хоч і не є цільовим завданням ЦСР, однак за допомогою санітарної освіти і використання різних каналів передачі інформації, а також заходів у межах системи охорони здоров'я та інших секторів, має важливе значення для повноцінної реалізації соціальних, економічних і екологічних завдань Порядку денного в галузі сталого розвитку на період до 2030 р. [41].

На необхідність підвищення уваги до санітарної грамотності вказують багато досліджень, які засвідчують, що це покращує самооцінювання людиною стану власного здоров'я, знижує витрати на охорону здоров'я, підвищує рівень знань у сфері охорони здоров'я, скорочує рівень госпіталізації та зменшує використання медичних послуг [42–43]. Загалом поширення санітарної грамотності сприяє набуттю нових знань і навичок, більш відповідальному ставленню індивідуума до власного здоров'я [44]. Дуже важливо розвивати знання із санітарної грамотності з дитячого віку, тоді вони будуть більш ґрунтовними і людина протягом усього життя людини матиме змогу їх застосувати.

В Україні рівень санітарної грамотності населення точно не визначено, але емпіричні оцінювання свідчать про її доволі низькі показники. При цьому варто акцентувати, що

законодавчих актів, які сприятимуть її підвищенню, немає. Незважаючи на те, що мережа Інтернет містить безліч даних з питань охорони здоров'я, неосвіченій або недостатньо освіченій людині в них важко розібратись і виокремити ту, яка дійсно буде корисною, а не нашкодить здоров'ю. Не існує стандартної перевірки якості інформації з мережі Інтернет, і споживачам важко зрозуміти та оцінити її точність. За таких умов доцільним є запровадження стратегій і програм підвищення соціальної грамотності, які б у тому числі передбачали опанування знань і навичок пошуку необхідної інформації з мережі. Вони мають бути невід'ємною складовою державної політики збереження та зміцнення здоров'я та охоплювати такі основні аспекти:

- доступу до інформації щодо здоров'я;
- розуміння інформації щодо здоров'я;
- оцінювання інформації щодо здоров'я;
- застосування інформації щодо здоров'я.

Так, для оцінювання та застосування інформації з питань санітарної грамотності людини має бути доступною та зрозумілою інформація щодо медичних або клінічних питань; інформація про чинники ризику для здоров'я та детермінанти здоров'я тощо.

Стратегії та програми мають забезпечувати можливість надання універсального доступу до послуг охорони здоров'я, відповідних навчальних матеріалів, програм розширення можливостей громади та освітніх програм, які сприятимуть підвищенню рівня грамотності споживачів. Можливість для здобуття знань з питань охорони здоров'я повинна здійснюватися не тільки через медичні, а й інші установи, які можуть вплинути на підвищення показників здоров'я населення, такі як школи, коледжі, підприємства й організації.

Важливим потенційним напрямком підвищення соціальної грамотності є створення соціальних ЗМІ, які заслуговують на довіру. Можна здійснювати просвіту

споживачів, надаючи їм рекомендації щодо того, як критично оцінювати медичну інформацію в Інтернеті і де можна отримати якісну інформацію наживо, використовуючи ті самі кошти і потоки соціальних ЗМІ; водночас можна пропагувати безліч якісних матеріалів шляхом створення для таких цілей соціальних ЗМІ, які заслуговують на довіру. і рекламування цих засобів методами соціального маркетингу. Прикладами можуть бути офіційні канали для онлайнової інформаційної служби «NHS Choices» Національної служби охорони здоров'я Великобританії та Центру конт-ролю і профілактики захворювань США, а також антитютюнові компанії у соціальній мережі «Facebook». При цьому, керівники, адміністратори соціальних ЗМІ мають регулярно проводити моніторинг контенту і керувати ним, не допускаючи ніяких форм спаму, образливих висловлювань, порушень авторських прав або приватного життя хворих. Адміністратори облікових записів також мають захищати власну присутність за допомогою надійних паролів, щоб спамери не могли скористатись їхніми обліковими записами. Організаціям слід розробити і запровадити правила щодо того, що їхнім працівникам дозволено розміщувати в різних соціальних ЗМІ. Водночас варто виділяти достатньо часу і ресурсів для контролю їхньої присутності там. Це завдання доволі складне, але його виконання можна частково спростити, якщо виявити, навчити й офіційно призначити керівника інтернет-спільноти з числа пацієнтів (електронних пацієнтів-експертів) і звичайних громадян, щоб вони допомагали контролювати і регулювати надходження повідомлень, які розміщуються в соціальних ЗМІ. Можна також адаптувати канали до особливостей і запитів аудиторії. Зміст соціальних ЗМІ і вибір носія інформації (наприклад, використання розміщених у блозі повідомлень, відеоролика в «YouTube» або спеціального мобільного додатка) необхідно

адаптувати до особливостей цільових аудиторій, беручи до уваги їхню здатність сприймати і розуміти. Дуже важливо залучати представників цільових аудиторій до планування, реалізації, розповсюдження та оцінювання інформації та послуг в Інтернеті щодо збереження та зміцнення здоров'я.

Важливим також є використання інноваційних і відповідних інформаційно-комунікаційних технологій для подолання розриву у сфері санітарної грамотності населення. Зокрема, таким засобом є мобільні та бездротові пристрої для поліпшення здоров'я та покращення медичних послуг (мобільне здоров'я, «mHealth»). Прикладами запровадження нових технологій є проекти ВООЗ та Міжнародного союзу електрозв'язку з мобільного здоров'я для боротьби з тютюнозалежністю: «mSmoke-free», «mCessation», «mAwareness», «mTraining», «mIllicit», «mLivelihood» [45]. Так, проект «mSmoke-free» дає змогу реалізувати політику щодо боротьби з тютюнопалінням. Він заснований на використанні «Geo Tagging» (застосовує GPS для додавання географічних даних до різних носіїв) і передбачає надсилання сигналів на мобільні телефони, коли люди заходять у будівлі. Повідомлення, які надходять при цьому, містять інформацію про соціальні норми та ризики, пов'язані з вживанням тютюну.

Загалом проекти передбачають використання мобільних телефонів для надсилання повідомлень, спрямованих на підвищення обізнаності щодо чинників ризику, перевірки та звітування громадян. Програми припинення роботи на основі коротких повідомлень (SMS) є недорогими, індивідуальними та інтерактивними, а також надають інформацію про медикаменти, засоби підтримки і заохочення. Успішні програми були реалізовані у Великобританії, США та Новій Зеландії.

Дещо меншою мірою, ніж дохід і санітарна грамотність, але суттєво впливають на здоров'я у дорослому житті такі детермінанти РПЖ, як оздоровлення, рухова активність. Так,

шанси не мати хронічного захворювання у дорослому житті серед тих, хто у РПЖ щороку відвідував санаторії, табори відпочинку тощо, у 1,84 разу вищі, порівняно із тими, хто не перебував у цих закладах жодного разу або тільки раз, а серед тих, хто постійно відвідував спортивні секції, гуртки тощо, у 2,77 разу, порівняно з тими особами, які їх не відвідували (п. 4.1.2, п. 7. 1.1).

У монографії (п. 6.5) здійснено кількісний та якісний аналіз забезпеченості оздоровчими і відпочинковими дитячими закладами в Україні. Визнано, що якість більшості з них не відповідає вимогам сьогодення, а кількість щораз зменшується, що впливає на можливості оздоровлення дітей у межах країни та зміщує акцент на турботу про їхнє здоров'я на батьків. При цьому більшість сімей через низький рівень доходів не в змозі забезпечити повноцінне оздоровлення для своїх дітей.

Разом з цим, законодавство у сфері оздоровлення та відпочинку дітей достатньо ґрунтовне і складається з Конституції України, Сімейного кодексу України, Законів України «Про охорону дитинства», «Про позашкільну освіту» та інших законів. У 2008 р. прийнято Закон України «Про оздоровлення та відпочинок дітей», який визначає основні засади державної політики у сфері оздоровлення та відпочинку дітей, повноваження органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування, правові, фінансові й організаційні засади утворення і діяльності дитячих закладів оздоровлення та відпочинку, права, обов'язки та відповідальність усіх учасників процесу [46]. При цьому в законі недостатньо прописані питання, пов'язані, з одного боку, з підвищенням зацікавленості батьків в оздоровленні їхніх дітей, а з іншого – відповідальністю за стан їхнього здоров'я. Крім цього, через недостатнє фінансування деякі його положення не реалізуються.

Подібні проблеми стосуються також сфери фізичної культури та спорту. Недостатня матеріальна підтримка з боку держави тих сфер, які покликані відтворювати працездатність населення, є однією з причин фізичної пасивності значної частини населення, у т. ч. дітей і підлітків. При цьому, як підтверджують результати дослідження, рухова активність дітей та підлітків значною мірою визначає здоров'я у дорослому житті, особливо чоловіків і мешканців сільської місцевості.

Рухова активність має важливе значення для фізичного та психічного здоров'я і сприяє підвищенню академічної та пізнавальної працездатності та зменшенню стресу. Вона також допомагає зменшити надмірну вагу і запобігти ожирінню. Діти та підлітки, які мають надмірну вагу, частіше за інших мають надмірну вагу у дорослому віці.

У світі за останні десятиріччя роль рухової активності з метою оздоровлення зростає. У багатьох економічно розвинених країнах завдяки державній політиці, спрямованій на створення умов для широкого впровадження у повсякденне життя різних форм оздоровчої рухової активності в органічному поєднанні з раціональним харчуванням, боротьбою проти шкідливих звичок та покращенням екологічного середовища, смертність людей молодого та середнього віку скоротилась у кілька разів, а середня тривалість життя збільшилася на 15–20 років [47]. Багато десятиріч через недостатню увагу з боку держави заходам зі сприяння оздоровчій руховій активності населення в Україні призвело до її низького рівня як серед дорослих, так і серед дітей та підлітків. Серед останніх популярність малорухливого способу проведення дозвілля щораз зростає.

Основні передумови покращення ситуації у цій сфері у майбутньому має забезпечити реалізація Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до

2025 р. «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» [48], метою якої є формування у суспільстві умов до оздоровчої рухової активності та здорового способу життя для формування здоров'я громадян як найвищої соціальної цінності в державі. Стратегією передбачено певний комплекс завдань, серед яких варто виокремити такі:

- забезпечення координації дій суб'єктів, органів виконавчої влади та місцевого самоврядування;
- розроблення і затвердження рекомендацій з розвитку оздоровчої рухової активності;
- розроблення комплексу показників для оцінювання рівня фізичного здоров'я різних груп населення;
- сприяння створенню Всеукраїнського фонду розвитку рухової активності та здорового способу життя «Активна Україна – здорова нація» з метою залучення позабюджетних коштів для розвитку матеріально-технічної бази масового спорту і заохочення осіб, які мають достатній рівень оздоровчої рухової активності, ведуть здоровий спосіб життя і характеризуються низьким ризиком неінфекційних захворювань, належним чином дбають про збереження здоров'я своїх дітей;
- формування інфраструктури сучасних і привабливих спортивних споруд за місцем проживання, у місцях масового відпочинку громадян, на базі загальноосвітніх навчальних закладів, що мають бути доступними для різних верств населення, насамперед малозабезпечених.

Важливим завданням стратегії є формування ціннісного ставлення юнацтва та молоді до власного здоров'я, покращення фізичного розвитку і фізичної підготовленості з урахуванням вимог майбутньої професійної діяльності. Кабінет Міністрів України щороку розроблятиме план заходів щодо реалізації цієї стратегії, яка загалом відповідає потребам сьогодення. Важливо, щоб запропоновані завдання були реально реалізовані.

Харчування. Добре, повноцінне, «здорове» харчування має важливе значення для здоров'я населення у будь-якому віці, особливо у РПЖ. Харчування є одним з основних детермінант, які визначають умови росту і розвитку дитини. Для дітей і підлітків здорове харчування забезпечує збереження здорової ваги, запобігає виникненню ожиріння та хронічних захворювань, як наприклад діабет.

Здорове харчування впливає на формування фізичного і соціального середовища дітей та підлітків. Шкільне середовище є основним чинником у вирішенні проблеми здорового харчування, оскільки учні проводять більшу частину свого дня в школі. Крім того, здорова їжа в поєднанні з фізичною активністю сприяють навчанню дитини.

Для оцінювання рівня життя в багатьох економічно розвинених країнах використовується такий показник, як обсяг споживання м'яса. В Україні цей показник нижчий за раціональну норму споживання у 1,5 разу та за середнє споживання в ЄС у 1,7 разу. В країні є домогосподарства, які можуть дозволити собі споживати м'ясо раз на тиждень або навіть раз на місяць, а є й такі, що взагалі не мають змогу купити навіть найдешевші м'ясопродукти.

Нездоровий раціон харчування викликає щораз більшу стурбованість у всіх європейських країнах. Це явище може призводити до ожиріння дітей шкільного віку та збільшувати ризик розвитку хвороб системи кровообігу й інших системних захворювань на більш пізніх етапах життя. При цьому зростаюча епідемія ожиріння є одним з чинників ризику для здоров'я.

У багатьох країнах розробляють і впроваджують програми здорового харчування. Наприклад, у Франції така програма спрямована на скорочення поширеності ожиріння серед дітей і підлітків шляхом запровадження профілактичних заходів у галузі харчування для населення загалом і спеціальних груп,

а також скринінгу дітей під час медичних оглядів. Програма дала змогу виробити дієві підходи до вирішення проблем харчування та у боротьбі з ожирінням. Рекомендований багатопрофільний підхід у боротьбі з ожирінням за співпраці медичних і немедичних фахівців. У Данії запроваджено проект створення нових шкільних їдалень. За цим проектом діти з різних етнічних груп, крім датської спільноти, що живуть у неблагополучному районі Копенгагена, активно залучались до створення нової шкільної їдальні. За допомогою цього проекту було покращено харчування учнів і підвищений їх соціальний капітал.

ВООЗ розробив план дій «Продовольча та харчова продукція 2015–2020 рр.» [49] для зменшення тягаря запобігання неінфекційним захворюванням, пов'язаним із недостатнім (нездоровим) харчуванням та ожирінням, що поширені в Європейському регіоні. Цей план передбачає зниження нерівності у доступі до здорової їжі, забезпечення прав людини та права на їжу, зокрема сприяння досягненню здорової дієти протягом життя, особливо для найбільш уразливих груп тощо. Ці та інші пріоритетні заходи сприятимуть поліпшенню системи управління харчовими продуктами та підвищенню загальної якості харчування населення країн Європи.

В Україні розроблена, але досі не затверджена Концепція державної політики в галузі харчування населення України [50], яка визначає медичні, правові, економічні та соціальні засади щодо збереження та зміцнення здоров'я населення, профілактики захворювань, пов'язаних із порушенням харчового статусу людини. Багато аспектів, прописаних у проекті цієї концепції, заслуговують на увагу, адже залишаються актуальними дотепер. Серед них доцільно виокремити такі:

– удосконалення нормативної та законодавчої бази, яка регулює виробництво, зберігання, транспортування,

збут, реалізацію, якість і безпеку продовольчої сировини та харчових продуктів;

- визначення екологічно чистих зон для забезпечення сировиною в передусім підприємств, що виробляють дитяче харчування;

- створення технології виробництва якісно нових харчових продуктів з направлено зміненим хімічним складом, відповідно до потреб організму людини;

- забезпечення максимального збереження харчової цінності та якості продуктів за рахунок сучасних технологій і обладнання, що усувають можливість бактеріального, хімічного й фізичного забруднення;

- удосконалення нормативно-методичної бази державного нагляду за якістю та безпекою харчових продуктів і продовольчої сировини з метою контролю умов виробництва, закупівель, постачання, транспортування, збереження та реалізації продукції, створення системи виробництва харчових продуктів гарантованої якості;

- створення сучасної інструментальної й аналітичної бази контролю якості та безпеки продовольчої сировини і харчових продуктів;

- раціоналізація харчування дитячого населення (розробка та реалізація комплексної програми підтримки грудного годування, забезпечення дітей раннього віку дитячим харчуванням; забезпечення хворих дітей харчовими продуктами з підвищеними біологічними властивостями та спеціалізованими продуктами лікувально-профілактичного харчування, організація здорового раціонального харчування у дитячих виховних і навчальних закладах тощо);

- підвищення рівня освіти спеціалістів у сфері гігієни харчування, а також населення з питань раціонального харчування із широким залученням засобів масової інформації;

– формування у населення принципів раціонального харчування (усунення інформаційного дефіциту з питань культури харчування та розробка програм навчання для спеціалістів у галузях медицини, освіти, громадського харчування; створення освітніх програм для населення; впровадження сучасних комп’ютерних систем накопичення, збереження та обміну інформації для фахівців і широких верств населення тощо).

Однак, ні концепції, ні іншого документа, який регулюватиме питання раціонального, здорового харчування населення в Україні немає. При цьому в країні якість харчування залишається однією з основних проблем збереження і зміцнення здоров’я населення, здоров’я і розвитку підлітків, які щораз більшою мірою виявляють свої уподобання щодо їжі і починають діяти незалежно щодо вибору власного раціону харчування. Неправильні звички харчування щораз посилюються і в підсумку звичний нераціональний режим харчування зберігається в дорослому віці.

Важливу роль у вирішенні цієї проблеми може відіграти соціальний маркетинг. Наприклад, із 2005 р. у Ірландії реалізується програма «Круте харчування», яка допомагає дітям і підліткам визначити правильні пріоритети у харчуванні. Ця програма спрямована на збільшення рівня споживання фруктів і овочів серед 4-ох – 11-річних дітей. Названа програма містить таких три основних елементи:

- 1) DVD-пригоди за участю героїв програми «Круте харчування», які люблять фрукти і овочі та є прикладом наслідування такого типу соціальної поведінки для дітей.

- 2) нагороди для дітей, які починають споживати нові продукти;

3) регулярні безкоштовні дегустації фруктів та овочів, які розвивають любов у дітей до цієї їжі.

Цей проект здійснив значний вплив на соціальні детермінанти здоров'я. Він підтвердив, що захворюваність є наслідком недостатнього прийому їжі у певних соціально-економічних груп населення. Зміна харчової поведінки щодо харчування молодих людей може мати значні позитивні довготермінові результати [51].

Дієта, багата на свіжі овочі та фрукти, є життєво важливою для здоров'я і добробуту, а недостатнє споживання фруктів і овочів може призвести до виникнення захворювань, таких як хвороби системи кровообігу, органів травлення, онкозахворювань тощо. Слід зауважити, що в Україні показники споживання овочів та фруктів є одними з найнижчих в Європі.

У даному випадку соціальний маркетинг використовує позитивні рольові моделі, щоб заохочувати дітей споживати «здорові» продукти, насамперед фрукти і овочі на противагу продуктам, які містять високий рівень цукру, жиру і солі тощо [52].

В Україні таких програм не багато. Здебільшого вони пов'язані із концепцією соціальної відповідальності організації. Однак певні позитивні зрушення в цьому напрямку наявні. Наприклад, компанія «Nestle Україна» в межах виконання Глобальної стратегії «Nestle Healthy Kids Global Programme» з 2009 р. реалізовує проект «Абетка харчування», метою якого є навчання дітей основам правильного харчування та здорового способу життя. Право здійснювати програму, отримати безкоштовні комплекти цієї програми отримують кращі школи/педагоги в Україні. Результати моніторингу, проведеного серед учасників програми, такі:

– 72% респондентів почали споживати більше фруктів, овочів, каш і структурувати власне харчування;

– 91% учасників висловили бажання отримувати нові матеріали з основ раціонального харчування та здорового способу життя [53].

Таким чином, запропоновані заходи щодо поліпшення детермінант РПЖ дозволять покращити здоров'я, знизити захворюваність та смертність сучасної когорти дітей та підлітків зараз і в їхньому дорослому житті.

За підсумками дослідження (п. 5) встановлено, що найбільш визначальними детермінантами здоров'я є СЕС, дохід, освіта та соціальний капітал, які взаємопов'язані між собою. Високий дохід та рівень освіти, наявність соціальних зв'язків часто є запорукою високого СЕС і доброго здоров'я. І навпаки, високий рівень захворюваності, смертності та інвалідності пов'язаний із бідністю, неграмотністю, обмеженістю соціальних зв'язків і більш характерний для осіб із низьким СЕС.

Для СЕС людини велике значення має положення людини на роботі, і будь-які загрози соціальному статусу внаслідок нестабільності або втрати роботи негативно позначаються на здоров'ї та добробуті.

Найбільш фундаментальним напрямком покращення СЕД є збільшення доходів та підвищення рівня освіти. Втручання у цьому разі спрямовані на поліпшення СЕС і, отже, на можливість людини мати добре здоров'я. Такі втручання мають певні переваги. Насамперед вони дають змогу знизити нерівність у здоров'ї та досягти більшої справедливості щодо здоров'я. Існують також інші переваги, пов'язані з підвищенням рівня освіти і, таким чином, кращими перспективами працевлаштування.

Необхідно також зазначити, що збільшення доходів поліпшує стан здоров'я населення через проміжні СЕД (між доходами та здоров'ям), до яких належать такі детермінанти, як умови праці, індивідуальна поведінка щодо здоров'я

(наявність шкідливих звичок, якість харчування і фізична активність). Оцінювання ефективності заходів щодо проміжних детермінант дає змогу зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки між СЕД і здоров'ям. У результаті політика, зорієнтована на поліпшення посередницьких детермінант, може змістити існуючі акценти щодо основних СЕД.

Варто зауважити, що застаріла система управління та недофінансування системи охорони здоров'я визначають власний капітал основним елементом фінансування медичних послуг в Україні. Враховуючи те, що більшість населення має низький рівень доходів, це свідчить про обмежені його можливості в отриманні медичних послуг і відповідно про високий рівень смертності та захворюваності, а також про низьку ефективність політики доходів.

Багато років в Україні посилюється нерівність у розподілі доходів із концентрацією коштів у невеликій групі людей. Наслідком цього є зниження сукупного споживчого попиту, що не сприяє розвитку виробництва і реального сектору економіки. З огляду на це дедалі більше соціально-економічне розшарування стає однією з найбільш гострих проблем суспільства, що виявляється через нерівність у здоров'ї.

Регулювання доходів, зменшення нерівності у доходах мають базуватися на комплексі напрямків на макро-, мезо- і макрорівня, які охоплюють всі верстви населення. Особлива увага має бути приділена регулюванню заробітної плати та соціальних трансфертів як основних джерел доходів населення в країні.

Важливими заходами на макрорівні, які дадуть змогу пом'якшити негативні наслідки нерівності в Україні, мають бути такі:

- реформування соціально-трудової сфери;
- забезпечення економічної та політичної стабільності;
- створення передумов економічного зростання;

- зменшення тіньового сектору національної економіки;
- прозорість суспільства; сприяння розвитку малого і середнього бізнесу [54];

- розробка прогресивного механізму зростання пенсій, який, з одного боку, дасть змогу знизити різницю між максимальними та мінімальними пенсіями, а з іншого – покращити добробут насамперед найменш забезпечених пенсіонерів.

Варто зазначити, що традиційні механізми державної політики у цьому напрямку, такі як мінімальна заробітна плата і соціальні допомоги, в умовах інфляції та відсутності відповідної індексації втрачають соціальну роль.

З метою збільшення доходів усіх груп населення, крім найзаможніших, і відповідно зменшення диференціації доходів доцільно реалізувати такі заходи державної політики:

1. Перерозподіл отриманих доходів через бюджет за допомогою прямих методів регулювання – податкової системи (перехід до прогресивної системи оподаткування доходів фізичних осіб), трансфертних платежів, дотацій, субвенцій, субсидій та інших непрямих механізмів. При цьому має бути дотримано баланс між економічною ефективністю і перерозподілом [55].

У цьому випадку, податкова система має передусім урахувати інтереси пра-цівника. Для цього необхідним заходом є удосконалення прогресивної шкали, за якою чим більший дохід суб'єкта, тим більша його частина відраховується у бюджет. Це передбачає перенесення тягаря оподаткування з населення із низькими доходами на населення з високими доходами, зокрема збільшення кількості ставок і перехід від щомісячного до річного періоду обліку оподаткованого доходу.

Потрібно також вирішити питання щодо переходу від оподаткування індивідуальних доходів громадян до оподаткування доходів домогосподарств. Зокрема, це дасть змогу

реалізувати на практиці принцип «демографізації» політики доходів, проводити більш цілеспрямовану політику щодо зменшення нерівності залежно від соціально-демографічних ознак домогосподарства [56, с. 300].

На думку Е. Лібанової, необхідними заходами зменшення нерівності за доходами та стимулювання оплати праці на даний час в Україні мають бути такі [57]:

- монетизація одних видів пільг та немонетарних субсидій і скасування інших, які суперечать ідеології активізації економічних процесів;

- зміна практики визначення вартості публічних послуг (медичних, освітніх, житлово-комунальних, соціальних тощо) і механізму їхньої сплати (державний бюджет, місцевий бюджет, фонди страхування населення тощо);

- диференціація соціальних трансфертів за працездатністю, економічною активністю та зайнятістю – стимулювання працездатного населення до максимально активної поведінки на ринку праці та в економіці загалом;

- запровадження жорсткої системи контролю витрат і статків з метою унеможливлення отримання масштабних незареєстрованих доходів.

Мають відбутись також зміни у формуванні заробітної плати. Насамперед слід здійснити диференціацію в оплаті праці кваліфікованих і некваліфікованих працівників. Ця проблема є особливо гострою у бюджетній сфері, у тому числі у сфері охорони здоров'я. Оплата праці медичних працівників є наднизькою, однією із найнижчих за сферами економічної діяльності, становить за станом на березень 2017 р. у середньому 175 дол. США (у середньому за видами економічної діяльності 250 дол.). Крім цього, згідно з нормами законодавства (Закон України «Про Державний бюджет України», ст. 95 Кодексу законів про працю України та ст. 3 Закону України «Про оплату праці») працівники неква-

ліфікованої праці (прибиральники, сторожі, двірники та ін.) і висококваліфікований персонал (лікарі, медичні сестри, фельдшери, юрисконсульти, економісти, бухгалтери та ін.) отримуватимуть з урахуванням доплат і надбавок практично однакову заробітну плату. Така ситуація є неприпустимою і потребує вирішення, оскільки медичні працівники, по-перше, не мотивовані до продуктивної праці, по-друге, не мають відповідного доходу для підтримання відповідного рівня життя, що знижує їхні шанси на підтримку доброго стану здоров'я, належні житлові умови, якісне харчування тощо. Реформування системи охорони здоров'я в Україні передбачає зміни в оплаті праці лікарів, зокрема оплату за кожного пацієнта. Однак такі заходи швидко проблему їхніх низьких доходів не вирішать.

2. Вільний доступ малозабезпечених верств населення до освіти, професійної підготовки та медичних послуг.

3. Вдосконалення та розвиток політики зайнятості. Політика державного регулювання зайнятості населення має враховувати пріоритети структурної перебудови економіки. При цьому серед основних напрямів – стимулювання створення нових робочих місць шляхом застосування фіскальних і монетарних методів. З метою запобігання масовому безробіттю держава має стимулювати попит на інвестиційні ресурси, сприяти розвитку працевістких виробництв і галузей, у тому числі сфери послуг [56, с. 313]. Необхідна активна політика на ринку праці, що розширює можливості, особливо молоді, для працевлаштування. В умовах невисокої інвестиційної активності слід приділяти підвищену увагу введенню робочих місць із відносно невисокою вартістю, сприяючи поширенню індивідуального підприємництва і зайнятості в таких сферах, як соціально-побутові послуги, житлове будівництво, реструктуризація зайнятості в напрямку підвищення ролі високотехнологічних виробництв та наукоємних послуг,

покращення умов праці. Слід запроваджувати стимулюючі заходи на основі різних податкових пільг, створення додаткових робочих місць у малому бізнесі та заохочувати працевлаштування соціально вразливих категорій населення.

Важливими атрибутами політики зайнятості, які необхідно реалізувати та котрі позитивно впливатимуть на стан здоров'я населення мають бути такі:

- зміцнення стратегій найму, що підтримують сім'ї, для допомоги батькам поєднувати діяльність із виконанням обов'язків по догляді за дітьми, як невід'ємної частини більш широкої стратегії соціальної справедливості для сприяння розвитку дітей у РПЖ;

- створення і підтримка можливостей для неперервного навчання і перепідготовки протягом усього життя, з метою сприяння зменшенню безробіття серед осіб із низьким освітнім рівнем;

- вдосконалення механізмів зменшення безробіття та росту зайнятості, в т.ч. активних систем пошуку роботи, схем навчання і застосування спеціальних ресурсів, таких як субсидування заробітної плати і введення податкових пільг для працедавців, які наймають осіб, які перебувають тривалий період без роботи, людей з обмеженими можливостями, хронічно хворих і безробітних молодого віку;

- зниження ризику втрати роботи за наймом через порушення здоров'я шляхом забезпечення доступу до своєчасних високоякісних послуг охорони фізичного і психічного здоров'я, впровадження поетапних програм відновлення працездатності та створення сприятливих психосоціальних умов на робочому місці;

- поліпшення доступу батьків до недорогих висококваліфікованих послуг догляду за дітьми і сприяння їхній участі в ринку праці;

– підвищення компетентності фахівців сфери охорони здоров'я для профілактики погіршення здоров'я внаслідок безробіття. Наприклад, шляхом активного охоплення нужденних послугами охорони психічного здоров'я і надання адекватного лікування тим, хто страждає від розладів здоров'я, спричинених втратою роботи [58, с. 97];

– проведення оцінювань впливу безробіття на стан здоров'я безробітних.

4. Розвиток системи соціального страхування населення також сприятиме збільшенню доходів та зменшенню нерівності. На сьогодні в Україні система єдиних страхових внесків є недосконалою та недостатньо дієвою. Нині діє Єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування – обов'язковий платіж до системи загальнообов'язкового державного соціального страхування, що справляється в Україні з метою забезпечення страхових виплат за поточними видами загальнообов'язкового державного соціального страхування. Він введений із 1 січня 2011 р. і замінив собою чотири окремі відрахування: до Пенсійного фонду; до фондів страхування на випадок безробіття; із тимчасової втрати працездатності; від нещасних випадків на виробництві. Однак розміри виплат на випадок безробіття чи втрати працездатності невисокі. Головною ж проблемою залишається відсутність в Україні загальнообов'язкового державного медичного страхування.

Запровадження такого комплексу заходів дасть змогу збільшити доходи населення, зменшити нерівність за доходами, що позитивно впливатиме на стан здоров'я населення.

Покращення освітньої детермінанти здоров'я передбачає реалізацію двох основних напрямків: підвищення загального рівня освіти та посилення санітарної грамотності. Щодо останньої йшлося вище.

Вважається, що високий рівень освіти людини є більш ефективним запобіжником бідності, ніж матеріальна під-

тримка населення. Значною мірою саме цим пояснюється зростання зацікавленості батьків у підвищенні освітнього рівня дітей, навіть за умови контрактного навчання за обмеженої фінансової спроможності родини. Така тенденція свідчить про перспективи зростання освітнього потенціалу країни за усвідомлення населенням важливості навчання [59].

Щодо покращення загального освітнього рівня слід зауважити, що незважаючи на те, що він в Україні достатньо високий, є на сьогодні резерви у цьому напрямку. Насамперед вони пов'язані зі зменшенням регіональних і міжселищних відмінностей у наданні якісної освіти; вирішенням проблем правового, організаційного, економічного і науково-педагогічного характеру для забезпечення рівного доступу всіх верств населення до якісних освітніх послуг; сприянням покращенню якості освітніх послуг у навчальних закладах.

Освічені особи набагато частіше користуються комп'ютером та ресурсами Інтернет, що значно збільшує їхній соціальний капітал, розширює доступ до інформації, у тому числі про здоров'я.

Збереження та зміцнення здоров'я має передбачати нарошування і вдосконалення соціального капіталу за трьома основними напрямками: на мікро-, мезо- і макрорівні. На мікрорівні зміцнення соціального капіталу має відбуватися щодо тих явищ і процесів, які проходять на рівні індивідуума, сім'ї та місця праці. На цьому рівні дуже важливо забезпечувати рівний доступ до інформації, активне залучення людей і груп, що не беруть активної участі в житті суспільства, в розробку і реалізацію політики і дій, створюючи для цього ефективні механізми, які надають їм реальне право голосу в прийнятті рішень щодо їхнього життя, визнаючи їхні фундаментальні права, такі як право на здоров'я, освіту, працевлаштування та житло. На мезорівні необхідно розвивати і зміцнювати ті відносини довіри, взаємності, норми і правила,

які формуються на регіональному рівні. На макрорівні національний соціальний капітал потрібно удосконалювати в напрямку формування позитивного образу країни, зміцнення її конкурентних позицій на світових ринках [60].

Це загалом дасть змогу сформувати позитивний соціальний капітал в українському суспільстві, що, на думку О. Грішної, є одним з основних чинників економічних і соціальних реформ, важливим напрямом на шляху до цивілізованого демократичного європейського суспільства та високорозвинутої соціально орієнтованої економіки [61] й інструментом збереження та зміцнення стану здоров'я населення.

Необхідною передумовою покращення стану здоров'я є посилення індивідуальної відповідальності людини, ведення здорового способу життя. Особливо суттєвий вплив на стан здоров'я населення за даними авторського дослідження (п. 6.4) має зловживання алкоголем. Найоптимальніші рішення для зменшення зловживання алкоголем – це підвищення цін, обмеження доступності алкогольних напоїв та заборона на рекламу алкогольної продукції, що частково впроваджується в Україні. Однак заходи не мають системного і комплексного характеру, тоді як конкретні стратегії втручання потрібно реалізовувати не ізольовано одна від одної, а сукупно, щоб досягти максимально можливої користі для здоров'я.

Розроблений Проект Закону України «Про Концепцію державної політики запобігання шкідливому вживанню алкоголю населенням України на період 2011–2020 рр.» не прийнято. Хоча цей проект передбачає конструктивні заходи, які дають змогу зменшити споживання алкоголю та знизити відповідно рівень захворюваності та смертності населення країни. Зокрема, це такі основні заходи [62]:

– розроблення й ефективна координація комплексних стратегій, лікування і надання допомоги при супутніх за-

хворюваннях, у тому числі патологічних станах, спричинених вживанням токсикоманічних або наркотичних засобів, депресивних станів, суїцидальної поведінки, ВІЛ/СНІДі та туберкульозі;

- проведення скринінгу для виявлення небезпечних та шкідливих наслідків вживання алкоголю у пацієнтів на рівні первинної медико-санітарної допомоги, враховуючи пияцтво серед жінок дітородного віку та вагітних;

- розширення можливостей виявлення, профілактики та адекватного втручання щодо сімей, в яких спостерігається синдром алкогольної фетопатії у дітей;

- контрзаходи щодо керування автотранспортом у стані сп'яніння: більш широка практика позбавлення прав водія, адміністративна та кримінальна відповідальність за керування автомобілем у стані алкогольного сп'яніння;

- обмеження продажів та доступності алкогольних напоїв;

- створення прогресивної системи оподаткування алкогольних напоїв з урахуванням рівня чистого алкоголю в одиниці продукції;

- регулярний перегляд ставок акцизів щодо рівня інфляції, вирівнювання доступності різних видів алкогольних напоїв (зокрема натурального вина, пива, сидру, які виготовляють без додавання спирту) з урахуванням доходів населення;

- заборона прямого або побічного стимулювання продажу алкогольних напоїв за цінами, меншими за собівартість, а також за цінами, нижчими від мінімальних, встановлених урядом;

- протидія поширенню самогонваріння та збуту фальсифікатів алкогольних напоїв;

- допомога місцевим громадам у наданні відповідних медико-соціальних послуг і підтримки особам, залежним від спиртного, та їхнім сім'ям, поновлення на окремих територіях діяльності медичних витверезників тощо.

Для реалізації цих та інших заходів Уряд України насамперед має визнати, що його першочергове завдання – здоров'я громадян, і розпочати активну діяльність у напрямку щодо зменшення шкоди, що завдається вживанням алкоголю; застосувати найбільш ефективні рішення в політиці щодо вживання алкоголю, визнаючи, що результативні рішення – не обов'язково дороговартісні; ввести ефективне регулювання алкогольної індустрії; активізувати власну діяльність як спостерігача і виразника ефективної антиалкогольної політики.

Отже, за сучасного підходу до здоров'я населення визнається, що поліпшення здоров'я є спільною відповідальністю. Міжсекторальне співробітництво є спільною діяльністю структур системи охорони здоров'я та інших груп для покращення результатів щодо здоров'я. Підхід щодо збереження та зміцнення здоров'я населення вимагає спільної відповідальності за результати щодо здоров'я, у тому числі від тих осіб, які безпосередньо не пов'язані зі сферою охорони здоров'я, але діяльність яких може вплинути на здоров'я або детермінанти, які його визначають. Міжсекторальне співробітництво у підході щодо збереження та зміцнення здоров'я населення передбачає горизонтальне управління сферою охорони здоров'я, що враховує загальні цілі серед галузевих партнерів, забезпечуючи скоординоване планування, розробку та реалізацію пов'язаних з ними політики, програми і послуг.

Варто використовувати відповідні механізми для залучення населення до збереження здоров'я, забезпечити його участь у розробці відповідних стратегій. Такий підхід забезпечує відповідні можливості для населення України, а також здійснює значний внесок у розвиток пріоритетів у сфері охорони здоров'я, розробку стратегій і розгляд результатів. Перевага участі громади полягає в тому, що суспільна довіра у прийнятті рішень та обміні інформацією підвищується.

Одне із основних місць у новій політиці збереження та зміцнення здоров'я населення в країні має займати забезпечення прав громадян на охорону здоров'я та збільшення доступності ресурсів сфери охорони здоров'я. За умов обмежених фінансових ресурсів ефекту у цьому напрямку можна досягти за допомогою щораз більшого залучення громад та участі населення у поширенні інформації щодо можливостей збереження та зміцнення власного здоров'я.

Необхідним атрибутом політики охорони здоров'я має бути покращення СЕД здоров'я населення. Насамперед це зростання доходів, зменшення безробіття, підвищення рівня освіти та санітарної грамотності, соціального капіталу, покращення середовища проживання і праці, посилення індивідуальної відповідальності за власне здоров'я тощо. Підґрунтям для цього має бути поліпшення детермінант РПЖ. Реалізація заходів із покращення СЕД дасть змогу не тільки знизити рівень смертності, захворюваності та інвалідності, але й зменшити нерівність у здоров'ї.

Потрібен час, щоб надати сенс збереженню та зміцненню здоров'я. Важливим елементом у цьому процесі стане загальнонаціональна дискусія, що дасть можливість українцям оцінити перспективи та напрямки покращення власного здоров'я.

Література до 7 розділу

1. The Ottawa Charter for Health Promotion [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
2. Алма-Атинская декларация [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf
3. Rio Political Declaration on Social Determinants of Health [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1

4. Управління інтегрованих соціальних послуг Міністерства соціальної політики <https://www.msp.gov.ua/content/struktura-centralnogo-aparatu-ministerstva.html>
5. Давидюк О. Бездомність в Україні: причини та тенденції // Політичний менеджмент. – 2013. – №. 1-2. – С. 90-101.
6. Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року: Законі України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://kga.gov.ua/dp.kga.gov.ua/images/files/11_ZU_pro_strategiu_ecopolityky.pdf
7. Гриненко А. М. Соціальна справедливість як ключовий принцип у реалізації соціальної політики держави / А. М. Гриненко // Наукові праці [Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу Києво-Могилянська академія]. Сер.: Педагогіка. – 2009. – №. 112, Вип. 99. – С. 104-107.
8. Тичина А. К. Соціальна справедливість—запорука стабільності і розвитку // Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету. – 2008. – №. 24. – С. 17-20.
9. Intersectoral Governance for Health in All Policies Structures, actions and experiences [Electronic resource] /Edited by D. V. McQueen [end ect.]. – Mode of access: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171707/Intersectoral-governance-for-health-in-all-policies.pdf?ua=1
10. Про Стратегію національної безпеки України: Указ Президента України Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 6 травня 2015 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/287/2015/paran7#n7>.
11. Рингач Н. О. Громадське здоров'я як чинник національної безпеки: монографія / Н. О. Рингач // К.: НАДУ. – 2009. – 296 с.
12. Національна стратегія реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017-2026 роки: розпорядженням Кабінету Міністрів України від 9 серпня 2017 р. № 526-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/526-2017-%D1%80>
13. Про засади державної антикорупційної політики в Україні (Антикорупційна стратегія) на 2014-2017 роки: Закон України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1699-18/page>

14. Про Антикорупційну стратегію на 2018-2020 роки: Проект Закону України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://nazk.gov.ua/sites/default/files/docs/2017/АК%20стратегія%20на%20сайт%20для%20громадського%20обговорення%20\(1\).pdf](https://nazk.gov.ua/sites/default/files/docs/2017/АК%20стратегія%20на%20сайт%20для%20громадського%20обговорення%20(1).pdf)
15. Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020»: Указ Президента України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.
16. Про Стратегію розвитку державної молодіжної політики на період до 2020 року: Указ Президента України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/532/2013>
17. Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року: Указ Президента України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/344/2013>.
18. Про Основні засади (стратегію) державної екологічної політики України на період до 2020 року: Закон України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2818-17>
19. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність - здоровий спосіб життя - здорова нація»: Указ Президента України
20. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/pras/249618799>
21. Governance for health in the 21st century [Electronic resource] /I. Kickbusch, D. Gleicher. WHO. – 2012, – 107 p. – Mode of access: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf?ua=1
22. Community involvement in tuberculosis care and prevention: towards partnerships for health: guiding principles and recommendations based on a WHO review //World Health Organization et al. – 2008. – 83 p.
23. Права людини в сфері охорони здоров'я: практ. посібник / За наук. ред. І. Сенюти. – Львів : Вид-во ЛЮБФ «Медицина і право», 2012. – 552 с.

24. Конституція України //Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
25. Реформа системи охорони здоров'я //Урядовий портал [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>.
26. Цивільний кодекс України Відомості //Верховної Ради України. – 2003. – № 40–44. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/435-15>.
27. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
28. Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ: Закон України // Відомості Верховної Ради України (ВВР). – 1992. –№ 11. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1972-12>.
29. Про екстрену медичну допомогу: Закон України //Відомості Верховної Ради (ВВР). – 2013. – № 30 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>.
30. Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування: Проект Закону України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20081223_0.html.
31. Тенденції тіньової економіки в Україні. 2016 рік // Міністерство економічного розвитку і торгівлі України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.me.gov.ua/Documents/Download?id=03bb37c9-4771-43ab-b2a9-821009f0f407>.
32. Звіт про виконання бюджету Пенсійного фонду України за 2016 рік // Пенсійний фонд України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pfu.gov.ua/informatsiya/byudzhet/arhiv-zvitnist-byudzhet/2016/zvit-pro-vykonannya-byudzhetu-pensijnogo-fondu-ukrayiny-za-2016-rik>.
33. Health Resources Availability Monitoring System (HeRAMS) [Electronic resource]. – Mode of access: <http://www.who.int/hac/herams/en>.

34. Frank M.M., Python A.M., Rage L.A. It takes two: marriage and cessation of smoking in the middle years / M.M.Frank, A.M.Python, L.A. Rage // *J aging health*. – 2002. – № 14. – P. 336-354.
35. The decline of substance use in young adulthood: Changes in social activities, roles, and beliefs / [Bachman J. G. et al.]. – NY: Psychology Press, 2014. – 328 p.
36. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий // *Новости медицины и фармации*. – 2011. – №. Psix1. – С. 6-18.
37. Бугро В. І. Дослідження обґрунтованості госпіталізації та використання ліжкового фонду спеціалізованих стаціонарів закладів охорони здоров'я вторинної медичної допомоги / В. І. Бугро // *Вісник наукових досліджень*. – 2016. – №. 1. – С. 6–9.
38. Шушпанов Д. Оплата праці та мотивація працівників в Україні: сучасний стан та напрямки вдосконалення // *Економічний аналіз: зб. наук. праць каф. екон. аналізу і статистики*. – Тернопіль, 2011. – Вип. 9, ч. 3. – С. 347-350.
39. Health through life stages [Electronic resource] /WHO. – Mode of access: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/pages/life-course>.
40. Health literacy. The solid facts [Electronic resource] /Editors: I. Kickbusch, J. M. Pelikan, F. Apfel, A. Tsouros //WHO. – Mode of access: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf.
41. Policy brief 4: Health literacy stages [Electronic resource] / WHO. – Mode of access: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/policy-brief4-health-literacy.pdf>.
42. Squiers L. The health literacy skills framework / L. Squiers et al. // *Journal of health communication*. – 2012. – Т. 17. – №. sup3. – С. 30–54.
43. Manganello J. A. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/375-17ch> // *Health education research*. – 2007. – Т. 23. – №. 5. – С. 840–847.
44. Baker D. W. The meaning and the measure of health literacy / D. W. Baker // *Journal of general internal medicine*. – 2006. – Т. 21. – №. 8. – С. 878–883.

45. Projects on mobile health (mHealth) for tobacco control [Electronic resource] /WHO. – Mode of access: <http://www.who.int/tobacco/mhealth/projects/en>.
46. Про оздоровлення та відпочинок дітей: Закон України [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради України. – 2008. – № 45. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/375-17>.
47. Дутчак М. Парадигма оздоровчої рухової активності: теоретичне обґрунтування і практичне застосування / Дутчак М. //Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2015. – №. 2. – С. 44–52.
48. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація»: Указ Президента України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/42/2016>.
49. Food and Nutrition Action Plan 2015-2020 [Electronic resource] / WHO. – Mode of access: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf
50. Концепція державної політики в галузі харчування населення України
51. What role can social marketing play in tackling the social determinants of health inequalities [Electronic resource]. – Mode of access: http://www.thensmc.com/sites/default/files/NSMC_SDH_web.pdf.
52. Шушпанов Д. Г. Соціальний маркетинг як ефективний інструмент регулювання здоров'я населення //Інноваційний маркетинг підприємств: монографія / М.Я. Матвіїв, Л.Я. Зацна та ін. – Тернопільський національний економічний університет МОН України. – Тернопіль: Економічна думка ТНЕУ, 2014. – 495 с.
53. Wechsler, H. Wernick, S.M. A social marketing campaign to promote low-fat milk consumption in an inner-city Latino community / H. Wechsler, S. M. Wernick // Public Health Reports. – 1992. – 107(2), С. 202–207.
54. Ховрак І. В. Доходи населення України: економічний зміст і дискусійні питання / І. В. Ховрак //Вісник Кременчуцького

- національного університету імені Михайла Остроградського. – 2013. – №. 1. – С. 160–165.
55. Минакова И. В. Некоторые аспекты государственного регулирования доходов населения // И. В. Минакова, Л. Н. Сухорукова, О. Ю. Чертова // Современные исследования социальных проблем. – 2010. – №. 2. – С. 43–45.
56. Нерівність в Україні: масштаби та можливості впливу / за ред. Е. М. Лібанової. – К.: Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. В. Птухи НАН України, 2012. – 404 с.
57. Лібанова Е. М. Україна: глибина нерівності [Електронний ресурс] / Е. М. Лібанова // Дзеркало тижня. – 2016. – № 35 (281). – Режим доступу: <http://www.pressreader.com/ukraine/dzerkalotizhnya/20161001>.
58. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region [Electronic resource] // World Health Organization et al. – 2013. – Mode of access: https://qmplus.qmul.ac.uk/pluginfile.php/158355/mod_book/chapter/3300/Marmot%20Lancet%20Sept%202012%20health%20inequities%20Europe.pdf
59. Лібанова Е. М. Нерівність в українському суспільстві: витоки та сучасність / Е. М. Лібанова // Економіка України. – 2014. – №. 3. – С. 4–19.
60. Конев А. А. Социальный капитал как фактор экономического роста в современной экономике / А. А. Конев // Известия Иркутской государственной экономической академии. – 2006. – №. 6. – С. 8–10.
61. Грішнова О. Соціальний капітал: сутність, значення, взаємозв'язок з іншими формами капіталу / О. Грішнова, Н. Полив'яна // Україна: аспекти праці. – 2009. – №. 3. – С. 19-24.
62. Проект Закону України «Про Концепцію державної політики запобігання шкідливому вживанню алкоголю населенням України на період 2011–2020 рр.» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/16266/proekt-zakonu-ukraini-pro-koncepciyu-derzhavnoi-politiki-zapobigannya-shkidlivomu-vzhivannyu-alkogolyu-naseleennyam-ukraini-na-period-2011-2020-rr>

ВИСНОВКИ

На сучасному етапі Україна має багато зовнішніх і внутрішніх викликів, що потребує консолідації суспільства загалом: як з боку державних та регіональних органів влади, так й з боку громад і окремих громадян. Найбільш загрозливими серед викликів є військово-політичні, соціально-економічні та демографічні. Незадовільний стан здоров'я населення є одним з таких викликів, що протягом тривалого часу негативно впливає як на соціальну сферу, що потребує значних витрат на охорону здоров'я; як на економічний розвиток, знижуючи його темпи, насамперед через погіршення якості людських ресурсів, так і на демографічну ситуацію, посилюючи депопуляцію. Погіршення деяких показників стану здоров'я та відсутність суттєвого покращення інших за останні роки свідчить про низьку ефективність державної політики охорони здоров'я та передбачає необхідність запровадження нових, інноваційних підходів до збереження та зміцнення здоров'я населення країни. Одним з таких підходів є виявлення основних СЕД, які визначають стан здоров'я населення, та розробка напрямків і практичних заходів щодо їхнього покращення.

Підхід до вивчення здоров'я населення крізь призму СЕД та прийняття на підставі цього політичних рішень не є новим у світовій практиці, але принципово інноваційним для України. Додатковим стимулом дослідження СЕД є також те, що на основі цього можливо не тільки покращити стан здоров'я населення, а й зменшити нерівність у здоров'ї,

яка є однією з вивів нерівності та, як засвічують результати дослідження, наявна є в Україні.

З теоретичної та практичної точок зору наявність доброго здоров'я як в окремої людини, так і серед населення загалом, потенційно завжди є пріоритетом та в інтересах як індивідуума, так й усього суспільства. Однак реальна ситуація, що склалась в Україні, виходить за межі такого припущення. Як засвічує проведене дослідження, існує багато причин, через які стан здоров'я населення країни залишається незадовільним. Однією з них є недостатньо глибоке наукове обґрунтування дії детермінант на здоров'я окремих демографічних та соціально-економічних груп, що не дає змогу здійснювати ефективну державну політику із збереження та зміцнення здоров'я та зменшення нерівності у здоров'ї населення.

Разом з цим, дослідження наукових поглядів вітчизняних і зарубіжних вчених на детермінанти здоров'я, їхню роль у нерівності щодо здоров'я пройшли еволюцію від визначальної ролі біологічних чинників та медицини до розуміння соціально-економічної природи здоров'я. Із зростанням вагомості соціально-економічного аспекту у формуванні здоров'я, підвищеною роллю до добробуту, соціального капіталу, освіти, соціалізації економіки та інших процесів виникли передумови для активного вивчення цих СЕД. Важливим висновком аналізу еволюції дослідження СЕД здоров'я населення також є те, що вони змінювались не тільки якісно, а й кількісно. Відповідно вдосконалювались не тільки методи та прийоми дослідження, а й розширювалось коло детермінант, які враховувались для оцінювання нерівності у стані здоров'я населення. Сучасні дослідження загалом є комплексними за характером, мають розгалужену структуру та практичну спрямованість.

Підґрунтям для концептуальної основи дослідження СЕД здоров'я населення є міжнародні та вітчизняні програми і розробки у цій сфері, зокрема це щорічні доповіді ПРООН «Про стан людського розвитку», які ґрунтуються на концепції людського розвитку та «Цілі сталого розвитку». Так, останні передбачають мобілізацію зусиль, спрямованих на подолання всіх форм бідності, боротьбу з нерівністю, вирішення проблем, пов'язаних із здоров'ям, зміною клімату тощо. Це певним чином кореспондується із завданнями покращення СЕД здоров'я населення.

У ході дослідження визнано, що сучасна концепція «здоров'я населення» значно розширює межі впливу на стан здоров'я та можливості зменшення нерівності щодо здоров'я населення через покращення СЕД. Разом із заходами громадського здоров'я, які передбачають поліпшення стану здоров'я та якості життєдіяльності через профілактику та запобігання захворюванням, а також із розвитком «класичних» галузей медицини (клінічна, фармакологія тощо), концепція здоров'я населення відкриває нові перспективи, широкі можливості для зміцнення і збереження здоров'я населення України. Фактично ця концепція забезпечує «інтелектуальний дах» для думки про широкий спектр детермінант, які можуть впливати на здоров'я людей і населення загалом.

З огляду на це, сучасну концепцію здоров'я населення можна розглядати як комплексний спосіб мислення щодо сучасної системи охорони здоров'я. Вона охоплює спектр індивідуальних і групових чинників, що визначають здоров'я груп або популяцій людей. При цьому концепція використовує доказовий підхід для аналізу детермінант здоров'я та варіантів втручання з метою збереження і зміцнення здоров'я населення.

Серед основних напрямків дослідження здоров'я населення виокремлено такі: відмінність у стані здоров'я

у демографічних, соціальних, географічних та інших груп населення; детермінованість здоров'я населення, яка полягає у тому, що стан і динаміка здоров'я, особливо на популяційному рівні, зумовлені умовами, які безпосередньо або опосередковано впливають на здоров'я; нерівність у здоров'ї населення, пов'язана з нерівним доступом до матеріальних і духовних благ у суспільстві; політична зумовленість стану здоров'я населення, що передбачає розробку відповідних напрямів політики у сфері охорони здоров'я на основі досліджень детермінант здоров'я.

Таким чином, описаний підхід розширює можливості формування та реалізації політики у сфері охорони здоров'я, оскільки, по-перше, передбачає зміну вектора фінансування у напрямку поліпшення СЕД здоров'я, а по-друге, дає змогу оперативно і гнучко реагувати на зміни у соціально-демографічних структурах населення для вибору найбільш ефективних та адресних напрямів підтримки для реалізації потенціалу здоров'я, його збереження та покращення (у т. ч. через СЕД). Крім цього, певні детермінанти можуть впливати на здоров'я безпосередньо або опосередковано. Наприклад, заходи фіскальної політики можуть безпосередньо впливати на систему охорони здоров'я через введення або скасування акцизів медикаменти, підвищуючи чи зменшуючи їхню вартість (безпосередній вплив). Водночас держава може зменшувати податки для підприємств, що випускають «здорову» продукцію чи надають послуги, опосередковано впливаючи на покращення здоров'я (опосередкований вплив). Дохід також може впливати на стан здоров'я безпосередньо через можливість (неможливість) придбати необхідні ліки для лікування або опосередковано через доступність освіти, якісного житла чи харчування.

Коло детермінант, які при цьому можуть визначати стан здоров'я населення, є доволі широким. При цьому їхні

структура та ступінь впливу на стан здоров'я змінюються у часі, відрізняються за статеві-віковими та соціально-економічними групами населення, а також мають географічні відмінності (за регіонами та типом поселень).

Встановлено, що важливою особливістю детермінант здоров'я населення є їхня ієрархічна структура, що має три рівні: контекстуальний (створюються передумови для формування детермінант структурного рівня – глобальні та суспільно-політичні детермінанти); структурний (пов'язаний з нерівністю серед різних груп населення: географічних, демографічних, соціальних, етнічних, що значно зумовлюється відмінностями в освіті, доходах, соціальному капіталі тощо); проксимальний (детермінанти, індивідуальні особливості кожної людини, її поведінка щодо здоров'я можуть залежати від детермінант контекстуального та структурного рівнів – спосіб життя, індивідуальна відповідальність за власне здоров'я).

Вирішальну роль у формуванні та збереженні здоров'я населення у сучасному постіндустріальному суспільстві відіграють СЕД – соціально-економічні чинники, які визначають стан здоров'я окремих осіб, груп населення чи населення країни загалом у певний період. При цьому вони є основною причиною нерівності щодо здоров'я. Багато досліджень за останнє десятиріччя вказують на провідну роль у збереженні та зміцненні здоров'я населення саме цих детермінант (40–50% у структурі детермінант). Дані авторського соціологічного опитування населення України також засвідчують, що СЕД є визначальними для здоров'я населення (51%, у т. ч. спосіб життя, який також значною мірою залежить від СЕД).

За суттю СЕД визначають нерівність щодо збереження здоров'я населення через нерівність у доходах, доступі до освіти, зайнятості, придбанні комфортного жила, медичних

товарів та послуг тощо. Існують певні особливості, пов'язані із СЕД, соціальною нерівністю і станом здоров'я. Основна з них полягає в тому, що існують суттєві відмінності в стані здоров'я між різними соціально-економічними групами (населенням із різним соціально-економічним статусом).

В Україні за останні десятиріччя соціальна нерівність поглиблюється. Це виявляється у всіх сферах життєдіяльності від макро- до мікрорівня. Основною причиною соціальної нерівності є економічна, яка виявляється насамперед через нерівність за доходами. Остання зумовлює нерівність у доступі до основних матеріальних благ відповідної якості: освіти, інформації, медичного обслуговування, умов проживання та праці. Покращення СЕД, насамперед підвищення добробуту, є одним з основних засобів досягнення максимально можливої рівності щодо здоров'я.

При цьому складною методологічною проблемою є визначення складу СЕД. Розбіжності в їхньому трактуванні, їхній динамічний характер і регіональні особливості зумовили те, що у різних джерелах до соціально-економічних зараховують різні детермінанти. Відповідно до запропонованої трьохрівневої структури детермінант основними структурними СЕД визначено такі: гендер; ранній період життя; освіта; зайнятість та умови праці, дохід та його розподіл; житлові умови; доступність продуктів харчування; СЕС; соціальний капітал та місце проживання. Ці детермінанти визначають здоров'я населення на структурному (популяційному) та проксимальному (індивідуальному) рівнях. Вони перебувають у тісному взаємозв'язку із культурними, екологічними і інституційними детермінантами. Останні пов'язані із розвитком системи охорони здоров'я (доступністю та якістю медичних товарів і послуг) та соціально-економічною і демографічною політикою (її ефективністю). Водночас СЕД разом з іншими

детермінантами структурного рівня залежать від детермінант контекстуального рівня, таких як демократія, політична ситуація, корупція та ефективність державного управління.

Необхідним атрибутом оцінювання СЕД здоров'я населення є визначення індикаторів, які їх характеризують. На даний час в Україні гострою проблемою є облік як структурних елементів здоров'я, особливо таких як захворюваність, так і їхніх детермінант: доходу, освіти, житлових умов тощо. Окремі СЕД взагалі не обліковуються через певні об'єктивні та суб'єктивні причини (наприклад, соціальний капітал). Це ускладнює оцінювання впливу СЕД на стан здоров'я, оскільки ступінь цього впливу залежить від точності та об'єктивності вихідних статистичних даних.

Обмеженість інформації та її недостатня об'єктивність потребують ґрунтовного підходу до вибору індикаторів СЕД здоров'я населення. Зокрема, джерела їхнього походження мають мати високу надійність, а індикатор бути ілюстративним і яскраво характеризувати об'єкт дослідження. Крім цього, під час розробки методологічних засад соціально-економічної детермінованості здоров'я важливим є системний підхід, який дає змогу розглядати соціально-економічне середовище та здоров'я населення як єдину взаємопов'язану і взаємозумовлену систему, в якій покращення одного з компонентів приводить до поліпшення іншого, й навпаки.

Відвибору індикаторів залежать масштаб та об'єктивність оцінювання стану здоров'я населення і СЕД, що зумовлюють нерівність серед його представників на подальшому етапі дослідження та у підсумку, формування базисних принципів політики соціальної справедливості щодо здоров'я населення та розробка моделі розвитку системи охорони здоров'я на основі СЕД, які його визначають. Запропонований у монографії перелік індикаторів відповідає цим вимогам

і охоплює такі дві групи: індикатори здоров'я населення та індикатори СЕД здоров'я населення. Залежно від рівня оцінювання останні поділені на три підгрупи: контекстуальні, структурні та проксимальні.

Від вибору методів дослідження СЕД здоров'я населення залежить точність вибору найбільш визначальних для здоров'я певної групи населення детермінант. З огляду на це традиційний методологічний апарат оцінювання здоров'я населення та його детермінант, який охоплює методи кореляції, регресії та відношення шансів, доцільно доповнити МІМ, завдяки якому соціально-економічні процеси на будь-якому рівні агрегації можна пояснити через спостереження за цими одиницями на макрорівні, їхньою поведінкою та взаємодією. При цьому найважливішою особливістю МІМ є те, що моделювання на рівні осіб, сімей або домогосподарства здійснюється з урахуванням стохастичних закономірностей розвитку процесів і стохастичного характеру параметрів взаємодії одиниць сукупності. У цьому разі МІМ використовується для оцінювання показників диференціації здоров'я населення та визначення впливу основних детермінант здоров'я. Наведена схема методології мікроімітаційного моделювання впливу СЕД на стан здоров'я населення України дає змогу оцінювати визначальні СЕД з високою точністю.

Порівняльний аналіз стану здоров'я населення України з країнами ЄС, зокрема Польщею та Швецією, засвідчив значну диференціацію за багатьма індикаторами не на користь України. Особливо це стосується смертності населення (СКС від усіх причин в Україні вищий за країни ЄС в 2,1 разу серед населення загалом та 2,9 разу серед населення віком 0-64 роки). За деякими причинами смерті ситуація особливо критична. Насамперед це стосується смертності від хвороб системи кровообігу (СКС від хвороб системи кровообігу в Україні вищий за країни ЄС в 4,3 разу серед населення

загалом та 6,3 разу серед населення віком 0-64 роки). При цьому дуже високою є смертність від ішемічної хвороби серця та цереброваскулярних хвороб. Відповідно зниження смертності від цих хвороб є одним із найбільших резервів зменшення смертності серед населення країни. Дуже загрозливою тенденцією визнано зростання захворюваності та смертності від інфекційних і паразитарних хвороб, що пов'язано з дуже високими порівняно з європейськими показниками захворюваності та смертності від таких соціально небезпечних хвороб, як туберкульоз, ВІЛ/СНІД та гепатити В і С. Ще одним тягарем смертності в країні є зовнішні причини, високий рівень смертності населення від яких простежується в Україні від радянської доби. При цьому більшості випадків смерті від інфекційних хвороб та зовнішніх причин можна запобігти, оскільки багато з них пов'язані із СЕД.

Таким чином, визнано, що, по-перше, рівень смертності в Україні надвисокий і загрожує національній безпеці, по-друге, смертність у країні «молодша» за середньоєвропейську (найбільш проблемною є ситуація у віковому інтервалі від 30 до 49 років), по-третє, зазначені відмінності визначаються дією СЕД (дохід, освіта, довкілля, злочинність), індивідуальною поведінкою та відповідальністю населення за власне здоров'я (вживання алкоголю та наркотиків).

Рівень захворюваності населення також є високим, про що свідчать як дані медичної статистики, так і результати самооцінки стану здоров'я населення. Особливо загрозливими є високі показники захворюваності на соціально-небезпечні інфекційні захворювання, хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення та хвороби органів травлення.

Значним в Україні є й рівень інвалідності. Нерівний доступ до освіти та зайнятості, з одного боку, створює перешкоди до активного життя людей з обмеженими можливостями.

З іншого боку, СЕД значною мірою визначають рівень на-самперед набутої інвалідності населення. До них належать умови раннього періоду життя (РПЖ) (отримання інформації щодо ризиків для здоров'я, харчування, фізична активність, оздоровлення), якість харчування, рівень доходів тощо. Вищою є інвалідність серед населення міських поселень, що частково пов'язано зі станом довкілля, більш небезпечними умовами праці та аварійністю на дорогах у містах порівняно із сільською місцевістю.

Значна нерівність у показниках захворюваності та смертності у дорослому житті також пов'язана із умовами РПЖ. З'ясовано, що на даний час діти, батьки яких є більш заможними, мають вищі шанси вижити через кращу доступність медичних товарів, більші можливості для освіти, розвитку соціального капіталу. Впливає на рівень смертності також доступність якісного та раціонального харчування (зокрема, споживання фруктів і соків). Таким чином, у дуже ранньому віці простежуємо взаємозв'язок таких складових: дохід = харчування = захворюваність = смертність. Значно впливають на дитячу смертність є також доступність медичних товарів і послуг та забезпеченість лікарями.

Отже, здоров'я дітей і підлітків суттєво залежить від СЕД, які здійснюють не тільки прямий, а опосередкований вплив, оскільки у цьому віці формуються основи здоров'я людини на майбутнє життя. Проте негативний вплив на здоров'я населення в Україні за останній період мають також такі детермінанти: зменшення доходів, зростання бідності, погіршення фінансування системи охорони здоров'я тощо. Їхня дія спричинена передусім загостренням суспільно-політичної ситуації та війною на сході України, що може відобразитись на стані здоров'я населення у майбутньому.

Авторські розрахунки доводять, що шанси не мати жодного хронічного захворювання у дорослому житті

(насамперед до 50 років) у 2,5 разу вищий у тих, хто мав «відмінний» та «добрий» стан здоров'я до 18 років. Для чоловіків цей показник нижчий (OR = 2,1), для жінок – вищий (OR = 2,8). Так само вищими такі шанси є для мешканців міських поселень порівняно з мешканцями сільської місцевості. Це означає, що для мешканців сільської місцевості умови РПЖ мають дещо менший вплив. Варто також зауважити, що шанси не мати хронічні захворювання залежно від стану здоров'я у РПЖ із віком знижуються, оскільки в цьому разі на стан здоров'я населення активно впливають інші детермінанти, не пов'язані із РПЖ.

Таким чином, у ході дослідження встановлено, що сучасний стан здоров'я населення та існуюча нерівність у здоров'ї значною мірою зумовлена нерівними умовами РПЖ. Практично всі детермінанти здоров'я, які діють у цей період, відображаються на стані здоров'я людини у майбутньому. Це стосується: доходу (добробуту) родини, в якій виховується дитина (шанси не мати жодного хронічного захворювання у дорослому житті серед тих, хто у РПЖ зростав у забезпеченій родині (високий або дуже високий рівень доходів) порівняно з тими, хто зростав у бідних родинх більші у 2,7 разу (OR = 2,7); інформації, яку отримують діти та підлітки щодо ризиків для здоров'я (санітарна грамотність) (OR = 2,1); оздоровлення, можливості відвідувати санаторії, пансіонати, табори відпочинку, відпочивати разом з батьками (OR = 1,8); фізичної активності у РПЖ: відвідування спортивних гуртків та секцій (OR = 2,8); якості харчування, можливостей отримувати необхідні поживні речовини відповідно до свого віку (OR = 4,0). Останнє особливо пов'язано із можливостями особи споживати фрукти та овочі. Зазначені залежності мають статеві-вікові особливості та відмінності за місцем проживання.

При цьому не виявлено значних зав'язків між здоров'ям у дорослому житті та розвитком у РПЖ за такими ознаками, як стосунки у сім'ї, в якій виховувалась людина, тютюнопаління батьків і кількість дітей у сім'ї.

Крім цього, детермінанти РПЖ впливають на стан здоров'я у дорослому житті не тільки безпосередньо, а й опосередковано, суттєво окреслюючи СЕД майбутнього, які визначають стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення на цей період. Особливо важливу роль відіграє дохід родини, в якій виховувалась людина. Чим вищий рівень доходу, тим більш значна ймовірність мати вищий соціальний статус, дохід, рівень освіти, кращі житлові умови та нижчою є ймовірність тютюнопаління у майбутньому. Відповідно це збільшує шанси людини бути здоровою.

Частково нерівні умови РПЖ обумовлюють гендерну нерівність у здоров'ї у дорослому житті. Найбільш гостро ця проблема виявляється у надсмертності чоловіків працездатного віку, показники якої в Україні є найвищими в Європі, зокрема вищими за Швецію в 4,5 разу. Аналіз вікових коефіцієнтів смертності засвідчив, що особливо значна диференціація спостерігається між чоловіками та жінками віком від 20 до 59 років.

Разом з цим значна роль гендерної нерівності у стані здоров'я у дорослому віці обумовлена СЕД. З'ясовано, що одні СЕД більш визначальні для чоловіків, інші – для жінок, а є такі, що мають приблизно однаковий ступінь впливу. Одну з визначальних ролей для здоров'я населення України має дохід. Бідне населення має більшу ймовірність померти при захворюваннях системи кровообігу та органів дихання через зовнішні причини. Особливо це стосується чоловіків. Це пов'язано з тим, що вони здебільшого зайняті на виробництвах із шкідливими умовами праці, проживають у гірших умовах, схильні до випадкових отруєнь та самоушкоджень порівняно із жінками.

Вагомою детермінантою здоров'я, що пов'язано із гендерними аспектами є освіта. Такі висновки підтверджують проведені розрахунки, які демонструють більш високу кореляцію між рівнем освіти та СКС серед чоловіків, ніж жінок.

При цьому рівень захворюваності в Україні вищий у жінок. Цей факт, що захворюваність серед українських жінок вища, підтверджують, зокрема, результати мікроімітаційного аналізу, за якими серед осіб віком 20 років і старших відносно здорових більше серед чоловіків, особливо це стосується вікової групи від 40 до 70 роки. Разом з тим, отримані дані також дають змогу зробити висновок, що після досягнення 40-річного віку стан здоров'я як чоловіків, так і жінок, стрімко погіршується. Цей процес триває до 60 років. Погіршення стану здоров'я у найбільш продуктивному віці як з особистої, так і суспільної точки зору, є неприпустимим явищем і загрожує національній безпеці країни. Серед основних причин, які зумовлюють виникнення такого явища, варто виокремити вплив СЕД.

Однією з основних детермінант, яка впливає на стан здоров'я та зумовлює масштаби нерівності у здоров'ї населення, є СЕС (шанси не мати жодного хронічного захворювання у дорослому віці становлять 2,8 разу для тих, хто перебуває на вершині соціальної драбини, порівняно з тими, хто внизу). Спрямованість соціально-економічного градієнта відображають параметри здоров'я населення. Низький СЕС населення є передумовою низького рівня його здоров'я. В Україні більшість населення має низький СЕС, що є ознакою соціально-економічної нерівності. Підсумком цього явища є високі показники нерівності у смертності та захворюваності населення. Таким чином, соціальний градієнт має вагоме значення при формуванні здоров'я населення.

Розмір соціально-економічних груп змінюється, особливо в періоди економічних і політичних змін у державі. Саме такий складний період переживає нині українське суспільство. Характер соціальної стратифікації неоднорідний для різних регіонів і місцевостей. Зокрема, наявні суттєві відмінності у таких показниках між міськими поселеннями та сільською місцевістю через їхній різний соціально-економічний розвиток тощо. Зміна економічної ситуації та перехід частини населення з однієї соціально-економічної групи в іншу (вищу або нижчу) з високою імовірністю може змінювати стан здоров'я особи. Таким чином, визначення співвідношення чисельності груп населення з різним СЕС дає змогу прогнозувати динаміку параметрів здоров'я населення.

Надважливим СЕД здоров'я населення визнано дохід. Він інструментом зміцнення людиною власного здоров'я. Багаті люди, як правило, не тільки мають більше можливостей для збереження здоров'я, а й менше шкідливих звичок. Крім цього розмір доходу і його розподіл між різними верствами населення є основою для формування державної політики у сфері охорони здоров'я. Зниження доходів населення негативно відображається не тільки на його поведінці щодо збереження власного здоров'я, а й на обсягах фінансування медицини з боку держави, оскільки потребує їхнього збільшення. Разом з цим існує зворотний зв'язок, який здійснює стан здоров'я на рівень доходів, адже люди з обмеженою працездатністю, особливо із тривалим її перебігом, часто опиняються у нижчих дохідних групах та соціальних стратах.

Результати обчислень засвідчили наявність взаємозв'язку між доходами населення України, з одного боку, та іншими СЕД, такими як зайнятість, освіта, житлові умови та харчування, що черговий раз доводить те, що рівень

доходів є однією із визначальних детермінант здоров'я населення і здійснює вплив на нього не тільки на пряму, але й опосередковано.

Те, що рівень доходу визначає стан здоров'я населення, доведено результатами авторського соціологічного обстеження. Згідно з даними, шанси не мати хронічного захворювання має населення, яке належить до вищих дохідних груп, порівняно з нижчими приблизно у 1,5 разу. При цьому вищими є шанси у жінок та у мешканців міських поселень. Водночас з'ясовано, що рівень доходу впливає на рівень захворюваності на хвороби системи кровообігу. В цьому разі суттєво вищі є також відповідні показники серед жінок.

За умов нестачі об'єктивної інформації про стан здоров'я населення та СЕД, які на нього впливають, доцільно використовувати розроблену методику мікроімітаційного моделювання. Побудована за цим підходом модель розподілу частки відносно здорових осіб за квінтільними групами за доходами та віковими групами свідчить по-перше, про те, що в Україні погіршення стану здоров'я населення доволі суттєвим вже з 35 років. По-друге, отримані дані демонструють суттєву нерівність у стані здоров'я представників 1–2 та 3–4 квінтільних груп населення практично у всіх вікових групах. При цьому найбільша нерівність починається власне з 35 років і спостерігається до 65 років, коли частка відносно здорових осіб серед представників 3–4 квінтільних груп є вищою, ніж серед 1–2 квінтільних груп населення. Після 70 років ситуація змінюється діаметрально протилежно. Здоров'я осіб, які належать до 4–5 квінтільних груп, різко погіршується, що можна пояснити тим, що для багатьох з них зниження СЕС у пенсійному віці є значно більшим, ніж для осіб 1–2 квінтільної групи. Це пов'язано з тим, що доходи населення 1–2 груп після виходу на пенсію практично не змінюються, тоді як для 4–5 вони знижуються суттєво.

Крім цього, останні часто втрачають свій соціальний статус, соціальні зв'язки, вони виявляються більш вразливими щодо стресів. Таким чином, отримані дані підтверджують гіпотезу про те, що дохід є важливою нерівністю у здоров'ї населення України. Враховуючи те, що на даний час в країні зростає бідність, яка за різними розрахунками, охоплює від 50 до 70% населення та нерівність у розподілі доходів, можна зробити висновок про те, що ці тенденції не сприяють і не сприятимуть збереженню та зміцненню здоров'я.

Зайнятість, як і дохід, є умовою зростання матеріального добробуту, підвищення соціального статусу і самооцінки людини, дає змогу розширити соціальні контакти, забезпечує можливості для участі в суспільному житті та інші, які сприяють підвищенню здоров'я.

Навпаки, як правило зі зростанням безробіття збільшуються показники захворюваності та хронічні хвороби. Зокрема, це підтвердили результати авторського соціологічного дослідження. За результатами опитування встановлено, що безробітні мають більші шанси порівняно із зайнятими захворіти на хронічні хвороби системи кровообігу (OR = 2,106), хронічні хвороби ендокринної системи, розлади харчування та обміну речовин (OR = 2,653), злоякісні новоутворення (OR = 3,066). При цьому безробітні в 1,7 разу мають менше шансів порівняно із зайнятими не мати жодного хронічного захворювання (OR = 1,721).

Отримані результати свідчать, що безробіття істотно впливає на стан здоров'я населення. При цьому в Україні за останні десятиріччя показники безробіття є стабільно високі. Наявність прихованого безробіття є детермінантами, що зумовлюють високий рівень захворюваності та смертності населення.

Поряд з доходами та статусом зайнятості, освіта має вирішальне значення у визначенні СЕС людини і, таким чином, стану її здоров'я. Освіта може впливати на стан здоров'я як

безпосередньо, зокрема через медичну освіту чи поширення санітарної грамотності, так і опосередковано, оскільки високий рівень освіти з більшою ймовірністю, ніж низький, може забезпечити кращі можливості працевлаштування, отримання вищого рівня доходів, більшу відповідальність за власне здоров'я тощо.

Люди з низьким рівнем освіти часто відчують себе відчуженими, їм складно знайти доступну інформацію та інколи отримати послуги у сфері збереження здоров'я.

Порівняння стану здоров'я опитаних під час проведення авторського соціологічного дослідження із різним рівнем їхньої освіти також дало змогу виявити певні закономірності. Зокрема, серед осіб із вищою освітою не мають жодних хронічних захворювань: 51,0% (базова вища) та 40,7% (повна вища) респондентів. Водночас не мають жодних хронічних хвороб тільки 7,4% осіб із початковою освітою, 21,3% – із неповною середньою, 32,0% – із середньою та 32,6% – із середньою спеціальною. За показником відношення шансів, особи з вищою освітою мають у 2,4 рази вищі шанси не мати жодного хронічного захворювання, не хворіти на хвороби системи кровообігу та кістково-м'язевої системи порівняно з тими, хто має інший рівень освіти (початкову, середню тощо).

Результати оцінювання залежності здоров'я населення від рівня освіти за типами місцевості за методологією мікроімітаційного моделювання свідчать про те, що: серед населення із будь-якою освітою зміни у стані здоров'я відбуваються більш повільно у сільській місцевості порівняно із міськими поселеннями; більш суттєва диференціація щодо стану здоров'я населення спостерігається у міських поселеннях, особливо це стосується вікових груп від 45 до 59 років; на відміну від міських поселень, у сільській місцевості населення із повною загальною освітою подекуди має краще здоров'я, ніж ті, хто має повну вищу освіту.

Санітарна грамотність, як складова освіти, санітарна грамотність передбачає відповідальність людини за власне здоров'я, а також органів державної влади та працівників галузі охорони здоров'я, яким слід забезпечувати подання зрозумілої, точної, відповідної та доступної інформації різним цільовим аудиторіям.

За даними авторського дослідження, шанси не мати жодного захворювання у дорослому житті за отримання доволі повної інформації про ризики щодо здоров'я у РПЖ у 2,08 разу вищі, порівняно з тими особами, які такої інформації отримали недостатньо. Однак незважаючи на це, питанню посилення санітарної грамотності серед населення загалом та дітей і підлітків зокрема в Україні приділяється недостатньо уваги. При цьому підвищення рівня санітарної грамотності, особливо найбільш незахищених та маргіналізованих верств населення, є одним із напрямків подолання нерівності у здоров'ї.

Важливу роль у збереженні та зміцненні здоров'я має відіграти збільшення соціального капіталу, адже за отриманими даними соціальні зв'язки, як ключові складові соціального капіталу, є одними із визначальних для формування та збереження здоров'я. Так, серед тих респондентів, які щодня зустрічаються з друзями, родичами та колегами просто так, не у справах, мають суттєво вищі шанси мати добре здоров'я, порівняно із тими, хто не зустрічається зовсім (серед чоловіків – майже у 6 разу, серед жінок – 3,5 разу).

Також з'ясовано, що відвідування культурних заходів сприяє розширенню соціальних зв'язків та позитивно впливає на стан здоров'я шляхом зняття напруги чи стресу. Ті, хто часто відвідують заклади культури мають більше шансів не мати хронічних захворювань, порівняно із тими хто їх не відвідує зовсім. Особливо це стосується жінок (майже у 6 разу) та населення сільської місцевості (майже у 7 разу).

Виявлено, що важливим для здоров'я населення України є такий елемент соціального капіталу як взаємодопомога. Люди, які завжди отримують підтримку та допомогу від близьких, коли цього потребують, у 6–9 разу мають більші шанси мати добре здоров'я. Насамперед це жінки, а також мешканці міських поселень.

Таким чином, більшість складових соціального капіталу певним чином визначають стан здоров'я населення країни. По суті, соціальний капітал виступає потенційним ресурсом, який може бути використаний для покращення здоров'я населення. Найбільш перспективним є покращення соціальних зв'язків та посилення взаємодопомоги серед населення. Соціальні зв'язки можуть принести користь здоров'ю за межі цільових людей, впливаючи на здоров'я інших людей у соціальних мережах.

Існуючі відмінності у показниках смертності та захворюваності за регіонами України та місцем проживання також значною мірою визначаються СЕД. Зокрема з'ясовано, що проживання у міських поселеннях має такі основні переваги для здоров'я: отримання більш високих доходів, ширші можливості зайнятості, кращі житлові умови, більші можливості отримати якісну освіту, вищий рівень соціального капіталу, більша доступність медичної допомоги, кращий розвиток культури та соціальної інфраструктури загалом.

При цьому у сільській місцевості вищі продовольча безпека, споживання натуральних «здорових» продуктів харчування, менше вживання наркотичних речовин (це не стосується споживання алкоголю), більша фізична активність, менше стресових ситуацій.

Таким чином міські поселення мають більше переваг щодо здоров'я над сільською місцевістю, принаймні в кількісному виразі. В Україні фізична відстань часто створює соціальну дистанцію в сільських громадах. Недостатнє транспортне сполучення для деяких мешканців сіл визначає

пошук основних засад у житті – робочих місць, житла, харчування, медичного обслуговування, соціальні, культурні та рекреаційні можливості – постійним викликом.

Ще однією проблемою, яка поглиблюється останнім часом, є нерівність у соціальному середовищі в містах, яка виникає за неадекватного міського планування і ринкових механізмів, що виявляються у вигляді комфортабельних районів для «багатих» і неблагополучних у соціальному вимірі районів для «бідних». Аналіз поєднаних ризиків району проживання (високий рівень злочинності, відсутність чистого повітря, доглянутої території, розвиненої транспортної мережі, магазинів і підприємств побутового обслуговування), свідчить про те, що чим більше проблем у певному районі, тим вища загроза для здоров'я. Найбільш негативно впливають на здоров'я високий рівень злочинності в районі, брудна і недоглянута територія, відсутність розвиненої транспортної мережі.

Важливою складовою місця проживання, який впливає на стан здоров'я є довкілля, яке включає як екологічну складову, так і житлові умови. Зокрема проведені розрахунки засвідчують, що забруднення довкілля найбільше впливає на рівень смертності від злоякісних новоутворень органів травлення (передусім шлунка) ($R=0,661$) та меншою мірою – від злоякісних новоутворень органів дихання ($R=0,468$). При цьому в Україні існує суттєва регіональна диференціація щодо рівня забруднення атмосферного повітря і відповідно неоднакового його впливу на стан здоров'я населення. Зменшення обсягів викидів за останні 25 років суттєво цю диференціацію не змінили. Як і раніше, значно вищими є обсяги викидів забруднюючих речовин в атмосферу як на кілометр квадратний, так і на душу населення, у Дніпропетровській, Донецькій та Луганській областях. У цих областях найбільша щільність населення, яке мешкає в

межах санітарно-захисних зон промислових підприємств і піддається несприятливому впливу шкідливих умов довкілля.

Визначено, що житлові умови (забезпеченість водопроводом, каналізацією, опаленням тощо) також впливають на стан здоров'я. При цьому за даними авторського опитування лише 57,4% населення України оцінює свої житлові умови як «добрі» та «дуже добрі». Однак 5,3% респондентів стверджують, що мешкають у «поганих» або «дуже поганих» житлових умовах. Такі дані підтверджують наявність значних резервів і можливостей покращення житлових умов та відповідно зменшення їхнього негативного впливу на стан здоров'я та нерівність у здоров'ї населення.

Доступність медичних товарів та послуг має кілька аспектів, насамперед економічний та фізичний. Більшість населення України має низьку економічну доступність. Основною причиною цього є скрутне матеріальне становище, нестача коштів на лікування. Так, 36,5% респондентів, які завжди чи інколи не звертаються за медичною допомогою, визначили цю причину незвернення як одну з провідних. Для жінок характерна більша економічна недоступність медичної допомоги порівняно з чоловіками. Зокрема, 43,5% з них вказують на те, що не звертались за медичною допомогою саме з цієї причини. Це свідчить про економічне підґрунтя гендерної нерівності у доступності медичної допомоги в Україні.

Рівень економічної доступності медичної допомоги також знижується з віком. Так, якщо серед осіб віком 15–25 років, які у разі хвороби не завжди звертались за допомогою до медичних працівників, однією з причин незвернень було матеріальне становище (16,8%), то серед населення віком 60 років і старших таких виявилось 56,0%. Отже, існує суттєва залежність тих осіб, які не звертаються за медичною допомогою через скрутне матеріальне становище, за дохідними групами. У 4–5 дохідних групах таких осіб немає, тоді як у першій – 26,4%, а в другій – 60,2%.

Забезпеченість медичним персоналом, особливо лікарями, також впливає на стан здоров'я населення, насамперед на рівень смертності населення в Україні. Використовуючи макроаналітичну методіку та кореляційний аналіз, виявлено, що низька забезпеченість лікарями знижує СОТЖ ($R = 0,826$), підвищує рівень смертності ($R = 0,826$), особливо від зовнішніх причин, хвороб системи кровообігу, органів дихання та травлення.

Критичний стан медицини в Україні, нестача медичних працівників у певних регіонах і місцевостях, недостатній рівень фінансування, який не забезпечує безкоштовного лікування в повному обсязі, що задекларовано в Конституції України, є основними детермінантами здоров'я населення. Важливим також є ментальний аспект цієї проблеми. Він полягає у тому, що більшість населення не навчена відповідати за власне здоров'я та покладається у цьому питанні на медицину. Одним із засобів, що дасть можливість підвищити відповідальність населення за власне здоров'я, є запровадження обов'язкового медичного страхування. Досвід інших країн підтверджує, що страхові компанії зацікавлені у випереджальній ролі медицини щодо хвороби. Застрахованих осіб зобов'язують проходити профілактичні огляди, під час яких можна виявити початкові стадії хвороби або схильність до неї.

Крім цього, одним із завдань державної політики у сфері охорони здоров'я є зміна стереотипів перекладання відповідальності за здоров'я на медицину та поширення серед населення знань щодо необхідності збереження індивідуального здоров'я й адаптивної інформації про ризики для здоров'я. Важливу роль у цьому має відігравати лікар, тобто його функцією має бути не тільки ліквідація наслідків хвороби, а й запобігання їй. Запровадження «сімейної медицини», що взято за основу реформування медичної сфери в Україні, останніми роками не тільки не покращило ситуації, а й певним чином її погіршило, знизивши доступність

медичної допомоги. При цьому головна проблема полягає у тому, що в Україні сімейні та інші лікарі невмотивовані у проведенні профілактичних бесід із пацієнтами. Крім низької оплати праці, в них для цього не вистачає часу, значна частина якого припадає на письмове заповнення документації.

Виявом відповідальності за власне здоров'я є індивідуальна поведінка щодо власного здоров'я. Відсутність шкідливих звичок та інших виявів асоціальної поведінки значно знижує ризик смертності населення та зростання СОТЖ. Високий рівень споживання алкоголю є причиною високої смертності насамперед серед чоловіків від хвороб систем кровообігу, травлення, дихання і зовнішніх причин смертності та серед жінок від хвороб системи кровообігу. Тютюнопаління більше впливає на стані здоров'я та смертність жінок від злоякісних новоутворень, хвороб органів дихання та травлення. Наркоманія, як відомо, є однією з причин поширення ВІЛ-інфекції як серед чоловіків, так і серед жінок.

Жінки приділяють більшу увагу стану власного здоров'я, тому вони частіше, ніж чоловіки (66 і 34% жителів міських поселень відповідно; 54 і 46% жителів сільських поселень відповідно), можуть визначити і вжити заходи для запобігання хронічній патології різного характеру. Оскільки більшість чоловіків безтурботно ставиться до стану власного здоров'я, вони налаштовані більш оптимістично і оцінюють його вище, ніж жінки. У лікарів спостерігається у середньому 62% жінок і лише 38% чоловіків, що мають хронічні захворювання. Це також вказує на низький рівень медичної активності чоловічого населення в Україні, тобто низький рівень відповідальності за стан власного здоров'я.

Моделювання впливу СЕД на стан здоров'я населення засвідчило, що по перше, найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,89) визначається для чоловіків віком до 40 років, які мають постійну або тимчасову роботу, які харчуються «добре» або «дуже добре», а також проживають у районі

з гарними умовами: де чисте повітря, чиста та доглянута територія, хороша транспортна розв'язка, розвинена інфраструктура.

По друге, найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,72) визначається для тих, хто не звертається до медичних закладів у випадку хвороби (завжди або переважно), не вживає міцні спиртові напої кожного дня чи кілька разів на тиждень, відвідували культурні заклади протягом останніх 12 місяців, живуть статевим життям, а також проводять у сидячому положенні не більше 5 годин на день.

По-третє, найвища ймовірність бути умовно здоровим (0,57) визначається для осіб, які в дитинстві відвідували спортивні секції, гуртки тощо, перебували у санаторіях, таборах відпочинку тощо, харчувалися «добре» або «дуже добре», зростали у сім'ї, де виховувалося не більше двох дітей.

Розрахунок композиційного індексу рівня здоров'я та визначення характеристик нерівності груп населення за рівнем здоров'я виявив закономірності між рівнем задоволеності доходом та змінами індексів здоров'я. Особливо чітку тенденцію до скорочення із зниженням самооцінки достатності доходу має індекс індивідуального здоров'я (ІЗ). Індекс тривалості життя (ІТЖ) за цією ознакою також скорочується. В результаті індекс стану здоров'я (ІСЗ) серед тих, хто живе комфортно за існуючого доходу складає 0,4737, серед тих, хто за існуючого доходу відчуває серйозні матеріальні труднощі – 0,382. Має значення і джерело доходу, адже від цього залежить його розмір. Найкращий показник ІСЗ серед тих респондентів, які мають дохід від інвестицій, заощаджень, страхування або власності – 0,4638. Найгірший – 0,3622 серед тих, хто отримує пенсію або будь-які інші види соціальної допомоги чи дотації, стипендії – 0,3739.

ІСЗ змінюється також від рівня задоволеності життям в цілому. Ця задоволеність не завжди залежить від величини доходу, але з приблизно із такими самими закономірностями

впливає на стан здоров'я. Серед тих, хто дуже незадоволений життям ІСЗ становить 0,3902, а серед тих, хто дуже задоволений – 0,5186. Суттєвих відмінностей у показниках ІСЗ між особами із різним шлюбним станом не виявлено.

Проведені розрахунки індексів, які характеризують здоров'я населення як на основі їх індивідуальної самооцінки, так і макропоказника СОТЖ, виявили певні закономірності, які дозволяють більш ґрунтовно оцінити вплив СЕД на стан здоров'я населення.

Таким чином, політика у сфері охорони здоров'я населення України, по-перше, має бути гендерно спрямованою, а по-друге, орієнтуватись на детермінанти, які визначають стан здоров'я чоловіків і жінок у сучасних умовах. Першочерговим завданнями мають бути заходи щодо зменшення нерівності серед населення у доходах, можливостях здобуття освіти, доступності медичних товарів і послуг, а також підвищення індивідуальної відповідальності за власне здоров'я. 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 у системі охорони здоров'я, а й загалом у спектрі соціального життя.

Сучасний підхід до збереження та зміцнення здоров'я населення визначає, що воно має бути спільною відповідальністю. Міжсекторальне співробітництво є спільною діяльністю структур системи охорони здоров'я та інших груп для покращення результатів щодо здоров'я. Підхід щодо збереження та зміцнення здоров'я населення будується на спільній відповідальності за результати щодо здоров'я, у т. ч. від тих осіб, діяльність яких безпосередньо не пов'язана зі збереженням та зміцненням здоров'я, але може вплинути на здоров'я або детермінанти, які його визначають. Міжсекторальне співробітництво у реалізації охорони здоров'я населення має передбачати горизонтальне

управління, яке враховує загальні цілі серед галузевих партнерів, забезпечуючи скоординоване планування, розробку та виконання пов'язаних з ними програм і заходів.

Варто використовувати відповідні механізми для залучення населення до збереження власного здоров'я, забезпечити його участь у розробці дієвих стратегій. Такий підхід забезпечує відповідні можливості для населення України, а також значний внесок у розвиток пріоритетів у сфері охорони здоров'я, сприяючи розробці стратегій і розгляду результатів. Перевага участі громади полягає в тому, що суспільна довіра у прийнятті рішень та обміні інформацією збільшується.

Одне з основних місць у новій політиці збереження та зміцнення здоров'я населення в країні має займати забезпечення прав громадян на охорону здоров'я та збільшення доступності ресурсів охорони здоров'я. За умов обмежених фінансових ресурсів ефекту у цьому напрямку можна досягти за допомогою більшого залучення громад та участі населення у поширенні інформації щодо можливостей збереження та зміцнення власного здоров'я.

Необхідним атрибутом політики охорони здоров'я має стати покращення СЕД здоров'я населення. Насамперед це передбачає зростання доходів, зменшення безробіття, підвищення рівня освіти та санітарної грамотності, збільшення соціального капіталу, покращення середовища проживання та праці, посилення індивідуальної відповідальності за власне здоров'я тощо. Підґрунтям для цього має бути поліпшення детермінант РПЖ. Реалізація заходів із покращення СЕД дозволить не тільки знизити рівень смертності, захворюваності та інвалідності, а й скоротити нерівність у здоров'ї.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Анкета для проведення обстеження населення України на тему «Самооцінка населенням стану здоров'я та соціально-економічних детермінант, які визначають його нерівність»

1. НОМЕР ІНТЕРВ'Ю	2. КОД ІНТЕРВ'ЮЕРА	3. ДАТА ІНТЕРВ'Ю		4. ОБЛАСТЬ:	
		ЧИСЛО	МІСЯЦЬ		
ПРІЗВИЩЕ, ІНЦІАЛИ: ПІДПИС ІНТЕРВ'ЮЕРА:				5. РОЗМІР МІСТА:	ПОНАД 100 тис.....1
					50-99 тис.....2
					МЕНШЕ 50 тис.....3
					ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР.....1
				6. ТИП ПОСЕЛЕННЯ:	ІНШЕ МІСТО.....2
					СМТ.....3
					СЕЛО.....4

Доброго ранку/дня/вечора. Я проводжу опитування для виявлення основних детермінант, які впливають на стан здоров'я населення. До початку інтерв'ю я хочу наголосити на тому, що не існує правильних або неправильних відповідей на жодне запитання анкети. Ви можете бути впевнені, що Ваші відповіді не розголошуватимуться і будуть використані лише в узагальненому вигляді. Дякую Вам за участь у дослідженні.

1. Визначте не більше 2-х детермінант, які, на Вашу думку, найбільше впливають на стан здоров'я: (КАРТКА 1)

1. Довкілля (екологія).
2. Соціальний статус.
3. Матеріальний добробут (достаток).
4. Спадковість.

5. Спосіб життя (наприклад заняття спортом, здорове харчування, паління).
 6. Медичне обслуговування.
 7. Ваш варіант _____
 8. Важко відповісти.
2. Хто, на Вашу, думку є найбільш відповідальним за стан Вашого здоров'я? Вкажіть не більше 3-х відповідей (КАРТКА 2):
1. Держава.
 2. Медичні працівники.
 3. Обставини.
 4. Особисто я.
 5. Працедавець.
 6. Члени сім'ї.
 7. Ніхто.
 8. Інше.
 9. Важко відповісти.
3. Якими хронічними захворюваннями Ви хворієте (хвороби, які турбують Вас тривалий час)?
4. Назвіть, які саме хронічні хвороби Вас турбують (визначте за пунктами, обраними у пит. 3)?

3. Тип хвороби КАРТКА 3		4. Назва хвороби
1	Хвороби системи кровообігу (наприклад гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця тощо)	
2	Хвороби органів дихання	
3	Хвороби органів травлення	
4	Хвороби ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин	
5	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (вказіть, якою саме хворобою)	
6	Хвороби сечостатевої системи (вказіть, якою саме хворобою)	
7	Хвороби нервової системи (вказіть, якою саме хворобою)	
8	Розлади психіки та поведінки (вказіть, якою саме хворобою)	
9	Новоутворення	
10	Інші	
11	Не знаю, які у мене захворювання	
12	Жодними	

5. Якими нехронічними захворюваннями Ви хворіли протягом останніх 12 місяців (недовготривалі хвороби)?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. Жодними / не хворів

6. У нашому суспільстві є люди, які мають високе становище з огляду на їхній добробут, а є такі, що займають дуже низьке становище. Уявіть собі драбину з 10-ти сходинок, яка відображає становище людини у суспільстві, та визначте на ній становище, яке займаєте Ви (*КАРТКА 6*):

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____

7. У разі хвороби як часто Ви звертаєтесь за допомогою до медичних працівників?

1. Завжди, не практикую самолікування (-> до пит. 9).
2. Переважно звертаюсь, ігнорую лише в дуже легких випадках (-> до пит. 9).
3. Залежить від обставин.
4. Переважно не звертаюсь.
5. Ніколи.

8. Чому Ви не звертаєтесь до медичних працівників в окремих випадках (відзначте всі необхідні пункти) (*КАРТКА 8*)?

1. Немає потреби у лікарняному листі (на роботі його не оплачують).
2. Маю сумніви у кваліфікації медичного персоналу.
3. Надаю перевагу «народним засобам», народній медицині.
4. Медичний заклад знаходиться далеко від дому.
5. Через нестачу часу, необхідність вистоювати черги.
6. Через скрутне матеріальне становище, нестачу коштів на лікування.
7. Добре знаю як себе лікувати.
8. Інше.
9. Важко відповісти.

9. З яких джерел Ви найчастіше отримуєте інформацію щодо збереження Вашого здоров'я (оберіть не більше 3-х варіантів) (КАРТКА 9)?

1. Лікарі.
2. Фармацевти в аптеках.
3. Газети і журнали.
4. Друзі / родичі (без медичної освіти), ЗМІ (радіо, ТБ).
5. Інтернет.
6. Науково-популярні книги.
7. Медичні довідники.
8. Інше (що саме?) _____.
9. Не отримую інформації.

10. Скільки часу на день Ви приділяєте ознайомленню із суспільно-політичними новинами у пресі, Інтернеті, по радіо або телебаченню?

1. Зовсім не приділяю.
2. До 15 хвилин.
3. 16–30 хвилин.
4. 31–60 хвилин.
5. Більше 1 години.
6. Важко відповісти.

11. Наскільки часто Ви спілкуєтесь на особисті теми із сусідами, друзями, знайомими (КАРТКА 11)

1. Майже кожного дня.
2. 2–3 рази на тиждень.
3. Раз на тиждень.
4. 23 рази на місяць.
5. Раз на місяць і рідше.
6. Не спілкуюсь зовсім.
7. Важко відповісти.

12. Як часто Ви відвідували за останні 12 місяців театри, кінотеатри, цирк та інші заклади культури?

1. Не відвідував.
2. 1–2 рази.
3. 3–4 рази.

4. 5 і більше.
5. Важко відповісти.

13. Ви палите?

1. Так.
2. Лише інколи.
3. Ні.

14. Як часто Вам трапляється вживати такі види напоїв у кількості понад вказану норму (КАРТКА 14)

	Види і кількість напоїв	Щодня	Кілька разів на тиждень	Раз на тиждень	Кілька разів на місяць	Раз на місяць і рідше	Ніколи
1	Пиво (більше 0,5 літра)	1	2	3	4	5	6
2	Натуральне вино (більше 200 мл)	1	2	3	4	5	6
3	Міцне вино (більше 100 мл)	1	2	3	4	5	6
4	Міцні спиртні напої (більше 50 мл)	1	2	3	4	5	6

15. Чи маєте Ви досвід вживання наркотичних речовин не в медичних цілях у формі...?

	Види і кількість напоїв	Так	Ні	Важко відповісти	Відмова від відповіді
1	Паління	1	2	3	4
2	Таблетки	1	2	3	4
3	Ін'єкції	1	2	3	4

16. Чи живете Ви статевим життям?

1. Так.
2. Ні (-> до 18).

17. Чи користуєтесь Ви (Ваш партнер) презервативами?

1. Так, регулярно.
2. Так, інколи.
3. Ні.

18. Як Ви оцінюєте своє харчування (КАРТКА 18)?

1. Дуже добре / раціональне (збалансоване, різноманітне, з дотриманням режиму харчування 3–4 рази на добу).
2. Добре (недостатньо різноманітне, однак регулярно споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо, режиму харчування дотримуюсь не завжди).
3. Задовільне (одноманітне, недостатньо споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо, режиму харчування не дотримуюсь).
4. Погане (лише інколи споживаю овочі, фрукти, рибу, м'ясо, надаючи перевагу дешевим продуктам ненатурального походження).
5. Дуже погане (недоїдаю).
6. Важко відповісти.

19. Які Ви оцінюєте житлові умови, в яких Ви проживаєте?

1. Дуже добрі.
2. Добрі.
3. Задовільні.
4. Погані.
5. Дуже погані.
6. Важко відповісти.

20. Скільки годин Ви проводите в сидячому положенні?

1. 8 год. і більше.
2. 7–8 год. і більше.
3. 6–7 год. і більше.
4. 5–6 год. і більше.
5. 4–5 год. і більше.
6. 3–4 год. і більше.
7. 3–1 год. і більше.
8. Менше 1 год.

21. Чи можете Ви підтвердити, що район, де Ви мешкаєте, має:

		Так	Ні	Важко відповісти
1.	Чисте повітря	1	2	3
2.	Чисту та доглянуту територію	1	2	3
3.	Хороше транспортне сполучення	1	2	3
4.	Достатню інфраструктуру (магазини, та заклади сфери послуг та ін.)	1	2	3

22. Вкажіть, чи пережили Ви або Ваша сім'я щось із нижченаведеного протягом останніх 12 місяців (КАРТКА 22)?

1. Дороговартісні медичні витрати.
2. Втрата роботи або бізнес-банкрутство.
3. Невпевненість.
4. Травма, пов'язана із АТО.
5. Виробнича травма.
6. Стали жертвою злочину.
7. Втрата інвестицій.

23. Як би Ви оцінили стан власного здоров'я у період до 18 років (КАРТКА 23)?

1. Відмінне.
2. Добре (час від часу хворів(ла) на простуду).
3. Задовільне (часто хворів(ла) на простуду, мав(ла) хронічне захворювання без частих загострень).
4. Погане (мав(ла) хронічне захворювання (одне чи кілька) з частими загостреннями).
5. Дуже погане (я інвалід з дитинства).
6. Важко відповісти.

24. Як би Ви оцінили рівень добробуту сім'ї, в якій Ви виховувались (КАРТКА 24)?

1. Дуже низький.
2. Низький.
3. Нижчий від середнього.
4. Середній.
5. Вищий від середнього.

6. Високий.
7. Дуже високий.
8. Важко відповісти.
9. Виховувався у дитячому будинку.

25. Як би Ви оцінили стосунки у сім'ї, в якій Ви виховувались?

1. Дружні.
2. Звичайні.
3. Напружені.
4. Кожен сам по собі.
5. Важко відповісти.

26. Наскільки повну інформацію щодо ризиків для здоров'я, на Вашу думку, Ви отримали до 18 років (школа, сім'я)?

1. Не отримав(ла) зовсім.
2. Отримав(ла) недостатньо інформації.
3. Отримав(ла) багато, але не повною мірою.
4. Отримав(ла) доволі повну інформацію.
5. Важко відповісти.

27. Чи регулярно у віці до 18 років Ви відвідували спортивні секції, гуртки тощо?

1. Постійно.
2. Інколи.
3. Не відвідував(ла) зовсім.

28. Скільки раз у віці до 18 років Ви перебували у санаторії, таборі відпочинку тощо?

1. Жодного разу.
2. 1 раз.
3. 2–3 рази.
4. 3–4 рази.
5. Щороку.
6. Важко відповісти.

29. Чи палив хтось із батьків / опікунів у сім'ї, в якій Ви виховувались?

1. Так, постійно.
2. Так, рідко.
3. Ні, не палив жоден з батьків / опікунів.

30. Як би Ви оцінили своє харчування у період до 18 років (КАРТКА 30)?

1. Дуже добре / раціональне (збалансоване, різноманітне, з дотриманням режиму харчування 3–4 рази на добу).
2. Добре (недостатньо різноманітне, однак регулярно споживав(ла) овочі, фрукти, рибу, м'ясо, режиму харчування дотримувася (лась) не завжди).
3. Задовільне (харчування одноманітне, недостатньо споживав(ла) овочі, фрукти, рибу, м'ясо, режиму харчування не дотримувася (лась)).
4. Погане (лише інколи споживав(ла) овочі, фрукти, рибу, м'ясо, харчуючись переважно дешевими продуктами ненатурального походження).
5. Дуже погане (недоїдав(ла)).
6. Важко відповісти.

31. Скільки дітей було у сім'ї, де Ви виховувались?

1. Одна.
2. Двоє.
3. Троє.
4. Четверо та більше.

ПРО СЕБЕ**32. Ваша стать:**

1. Чоловіча.
2. Жіноча.

33. Скільки Вам повних років? _____.**34. Ваш сімейний стан:**

1. Ніколи не був(ла) у шлюбі.
2. Перебуваю у зареєстрованому шлюбі.
3. Перебуваю у фактичному, незареєстрованому шлюбі.
4. Розлучений(на) офіційно.
5. Розлучився(лась), без офіційного оформлення.
6. Вдівець/ вдова.

35. Скільки у Вас дітей віком до 18 років?

1. Одна.
2. Двоє.
3. Троє.
4. Четверо та більше.
5. Не має дітей до 18 років.

36. Ваша освіта:

1. Початкова.
2. Неповна середня.
3. Середня.
4. Середня спеціальна.
5. Неповна вища.
6. Вища.
7. Науковий ступінь.

37. До якої конфесії Ви належите?

1. Православний Київського патріархату.
2. Православний Московського патріархату.
3. Православний Української автокефальної конфесії.
4. Греко-католицької церкви.
5. Римо-католицької церкви.
6. Інше _____.
7. Конфесійно не визначився.
8. Атеїст.
9. Важко відповісти.

38. Ваша національність:

1. Українець (українка).
2. Росіянин.
3. Інша (напишіть) _____.
4. Важко відповісти.

39. На даний час Ви....

1. Зайнятий (маю постійну або тимчасову роботу).
2. Пенсіонер.
3. Інвалід.
4. Домогосподарка.

5. В декретній відпустці.
6. Студент, учень.
7. Безробітний
8. Інше (запишіть)_____ .

40. Який на даний час дохід на 1 члена Вашої сім'ї (у середньому за місяць)?

1. До 1 тис. грн.
2. 1–2 тис. грн.
3. 2–3 тис. грн.
4. 3–5 тис. грн.
5. 5–10 тис. грн.
6. Понад 10 тис. грн.

Умовні скорочення

АП – атмосферне повітря
ВВП – валовий внутрішній продукт
ВІЛ – вірус імунодефіциту людини
ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
ГДР – гранично допустимі рівні
ДІПХ – деякі інфекційні та паразитарні хвороби
ДССУ – державна служба статистики України
ДТП – дорожньо-транспортна пригода
ДЯМТП – доступність та якість медичних товарів і послуг
ЄС – Європейський Союз
ЄСД – Європейське соціальне дослідження
ЗДСМС – загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування
ІЗ – індекс індивідуального здоров'я
ІСЗ – індекс стану здоров'я
ІТЖ – індекс тривалості життя
КС – коефіцієнт смертності
МІМ – мікроімітаційне моделювання
МІМД – мікроімітаційні моделі
МОЗ – Міністерство охорони здоров'я
НАН – Національна академія наук
ОВНСВЗ – особиста відповідальність населення за стан власного здоров'я
ОЕАН – обстеження населення з питань економічної активності
ООН – Організація об'єднаних націй
ОУЖД – обстеження умов життя домогосподарств
РПЖ – ранній період життя
СБ – Світовий Банк
СЕД – соціально-економічні детермінанти
СЕС – соціально-економічний статус
СКС – стандартизований коефіцієнт смертності
СНІД – синдром набутого імунодефіциту
СО – оксид вуглецю
СОТ – Світова організація торгівлі
СОТЖ – середня очікувана тривалість життя
СОТЖБІ – середня очікувана тривалість життя без інвалідності
СОТЗЖ – середня очікувана тривалість здорового життя
ХСК – хвороби системи кровообігу
ЦСР – Цілі сталого розвитку

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

Дмитро Георгійович ШУШПАНОВ

**СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ
ДЕТЕРМІНАНТИ
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ**

Монографія

Редактор: *Оксана Бойчук*

Комп'ютерна верстка: *Ольга Слимак*

Дизайн обкладинки: *Марія Одобецька*

Підписано до друку 25.04.2017 р.
Формат 60x84 1/16. Гарнітура Times.
Папір офсетний. Друк на дублікаторі.
Умов. друк. арк. 51 Облік.-вид. арк. 54
Зам. № M021-17. Тираж 300 прим.

Видавець та виготовлювач
Тернопільський національний економічний університет
вул. Львівська, 11, м. Тернопіль, 46004

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців ДК № 3467 від 23.04.2009 р.

Видавничо-поліграфічний центр «Економічна думка ТНЕУ»
вул. Бережанська, 2, м. Тернопіль, 46004
тел. (0352) 47-58-72
E-mail: edition@tneu.edu.ua