

Здоров'я в самооцінках населення

Анотація

Ключовою проблемою сучасної України є вкрай низький рівень здоров'я населення, що характеризується високими показниками захворюваності та смертності. Масштабна депопуляція у поєднанні зі старішанням населення і незадовільним станом здоров'я людей стає викликом подальшому розвитку українського суспільства. У статті на підставі даних моніторингових опитувань, що їх проводить Інститут соціології НАН України, показники здоров'я проаналізовано в контексті зв'язку з матеріальним статусом і умовами життя респондентів. Встановлено, що незадовільний стан здоров'я, відображений у самооцінках, зумовлений одночасним поєднанням чинників хронічної захворюваності й недостатності необхідної медичної допомоги незалежно від віку, статі, місця проживання і матеріального рівня життя респондентів. Показано існування порогового ефекту бідності у співвідношенні між статусом здоров'я і матеріальним статусом, що дає підстави розглядати здоров'я як компенсований стан щодо матеріальних умов життя і доступу до ресурсів охорони здоров'я. Цей підхід, на думку автора, слід розглядати як важливий методологічний прийом при аналізі проблем здоров'я населення, зокрема застосовно до України та інших країн пострадянського простору.

Ключові слова: здоров'я, хронічна захворюваність, ресурси охорони здоров'я, рівень життя, граничний ефект бідності, компенсований стан

Однією з ключових проблем сучасної України є вкрай незадовільний стан здоров'я населення, що характеризується стабільно високими показниками захворюваності та смертності. Зростання смертності, зокрема надсмертність людей працездатного віку, і водночас спад народжуваності при-

звели до масштабної депопуляції, котра на тлі низьких показників здоров'я людей і прогресування постаріння населення ставить під загрозу саму можливість соціально-економічного і культурного розвитку українського суспільства [Соціально-економічний стан України, 2009: с. 196–208].

За даними Держкомстату України від 1993¹ до 2010 року чисельність постійного населення України скоротилася більш як на 6 млн осіб, або майже на 12% до рівня 1993 року [Держкомстат України, 1998–2012]. За цей період в Україні померло майже 13,5 млн людей, серед яких, за різними оцінками, близько третини становлять люди віком до 65 років. Найбільше зростання смертності припало на першу половину 1990-х років. Так, від 1991 до 1995 року показник загальної смертності зріс від 13,0 до 15,5 на 1000 постійного населення і досі залишається на тому ж високому рівні, тоді як у країнах ЄС цей показник коливається в межах 10–9 на 1000 населення і демонструє тенденцію до зниження [HFA-DB, 2011].

Серед безпосередніх причин підвищеної смертності в Україні вирізняють хронічні захворювання, насамперед серцево-судинну патологію (ІХС, інсульт), а також зовнішні причини, включно з нещасними випадками, травмами й отруєннями. Ці самі чинники є головними причинами втрати працездатності й інвалідизації населення. Причому впродовж останніх 20 років первинна захворюваність на хвороби системи кровообігу зросла майже вдвічі — від 27 до 52 знову зареєстрованих випадків на 1000 населення, а смертність із цієї причини збільшилася на 40% і становить близько 65% усіх випадків смерті в структурі смертності² (465 100 осіб у 2010 році).

Негативні явища і тенденції щодо здоров'я населення України виявилися в період суспільно-політичних і соціально-економічних перетворень, що супроводжувалися зміною світоглядних і ціннісно-нормативних засад суспільства, суспільних відносин і соціальної структури, парадигм економічного і соціального розвитку і спричинили різке погіршення показників добробуту та соціального самопочуття більшості людей [Шульга, 2011].

Аналіз проблем здоров'я населення в Україні слід проводити з урахуванням соціальних, соціально-психологічних і соціокультурних чинників, що визначають умови і спосіб життя людей, ціннісні орієнтації, доступ до матеріальних і духовних благ. Використання з цією метою даних лише медичної статистики є недостатнім, тим паче, що ця статистика не повною мірою відображає ситуацію, радше характеризуючи доступність медичної допомоги, стан охорони здоров'я й особливості життєохоронної поведінки населення [Людський розвиток в Україні, 2010: с. 138].

У зв'язку з цим звернімося до соціологічних опитувань як до важливого джерела інформації про здоров'я населення в контексті оцінок людьми свого матеріального становища, умов життя, соціальних можливостей, соціально-психологічного самопочуття. Крім того, саме суб'єктивні самооцінки найліпше відбивають аспект соціальної та фізичної адаптації людей у про-

1 Рік, коли зафіксовано найбільшу чисельність населення України — 52 244,1 тис.

2 Розрахунок за даними Держкомстату України.

цесі зміни умов їхнього життя, що також важливо для розуміння проблем здоров'я населення.

Викладений далі матеріал ґрунтується на даних соціологічного моніторингу “Українське суспільство”, що його від 1992 року проводить Інститут соціології НАН України (вибірка $N = 1800$ осіб, репрезентує доросле населення України віком від 18 років) (докл. див.: [Українське суспільство, 2010]).

У щорічних національних моніторингових опитуваннях ІС НАНУ проблематика здоров'я населення в низці запитань заторкується як прямо, так і побічно:

- Як Ви оцінюєте стан свого здоров'я?
- Чи маєте Ви хронічні захворювання?
- Чи вистачає Вам необхідної медичної допомоги?
- Чи вистачає Вам здоров'я?
- Чи перебуваєте Ви на медичному обліку?
- Чи доводилося Вам за останні 12 місяців перенести важку хворобу або операцію?

Згідно із офіційними статистичними даними, однією з головних причин смертності в Україні є хронічні захворювання, на які припадає майже 80% усіх причин смерті в структурі смертності [Держкомстат України, 1998–2012]. Тому першою чергою інтерес становлять результати опитувань щодо хронічних захворювань у їхньому зв'язку з іншими показниками і чинниками здоров'я.

Так, за даними моніторингу 2010 року, одне чи кілька хронічних захворювань мають 40,1% населення. Причому, з одного боку, хронічні захворювання відзначили у себе 81,2% людей, які оцінюють стан свого здоров'я як дуже поганий і поганий, 36,1% тих, хто дав своєму здоров'ю задовільну оцінку, і 8,9% тих, хто оцінює своє здоров'я як добре і відмінне (рис. 1).

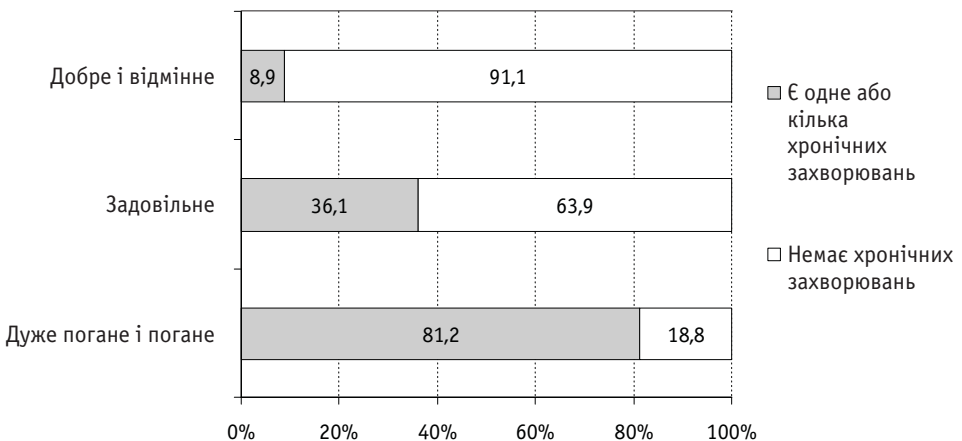


Рис. 1. Показники хронічних захворювань серед осіб із різною самооцінкою здоров'я

Аналіз зв'язку між показниками самооцінки стану здоров'я та наявності хронічних захворювань, проведений за критерієм χ^2 Пірсона, дає значення коефіцієнта взаємної спряженості 0,47, що засвідчує суттєвий і достовірний за такого обсягу вибірки взаємозв'язок розглядуваних ознак. Також про наявність хронічних захворювань заявили 88,7% наших співгромадян, які перебувають на диспансерному обліку, 87,7% інвалідів 2-ї і 3-ї групи і 74,5% тих, хто зазнав упродовж року важкої хвороби чи операції. Таким чином, результати національного моніторингу підтверджують, що наявність хронічної патології є ключовим чинником здоров'я населення, відображеним і в його самооцінках.

З іншого боку, привертає увагу те, що про хронічні захворювання заявляють і ті, хто дає загалом позитивну самооцінку своєму здоров'ю (45,0%). При цьому серед людей із хронічними захворюваннями лише 43,6% оцінювали своє здоров'я як дуже погане і погане, тоді як 51,8% вважали його задовільним, а 4,6% — добрим і відмінним (рис. 2). Можна припустити, що почасти йдеться про хронічні захворювання у стані ремісії, за якого в медичному сенсі людина залишається хворою, однак зовнішньо хвороба не виявляється, що дає їй змогу повною мірою виконувати свої соціальні функції і вважатися здоровою. Такий стан ремісії, на відміну від фізіологічного здоров'я, що його розуміють як відсутність хвороби, слід інтерпретувати як *здоров'я у соціальному сенсі*. У такому ключі можна трактувати результати опитування, згідно з якими позитивну оцінку своєму здоров'ю (задовільне, добре, відмінне) дають 46,0% респондентів, які перебувають на диспансерному обліку, 49% інвалідів 3-ї групи, 40,6% — 2-ї, а також 42,6% тих, хто впродовж останніх 12 місяців зазнав важкої хвороби чи операції.

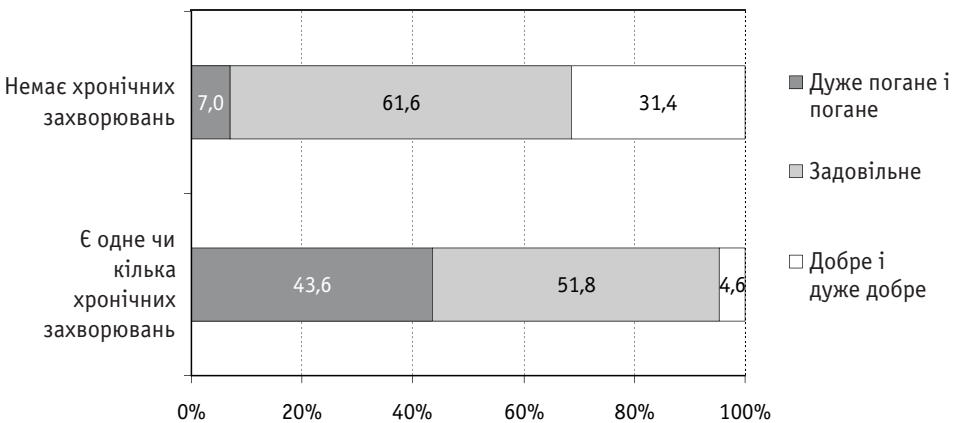


Рис. 2. Самооцінка стану здоров'я залежно від наявності хронічних захворювань

Показовими в цьому плані є також відповіді респондентів на запитання моніторингу: “Чи вистачає Вам здоров'я?”, котре безпосередньо апелює до аспекту здоров'я як ресурсу життєдіяльності та його адаптаційних можливостей. Так, серед людей з одним хронічним захворюванням позитивно відповіли на поставлене запитання 19,0%, а з кількома хронічними захворю-

ваннями — 5,4%. Серед тих, хто перебуває на диспансерному обліку, позитивну відповідь дали 12,9%, серед інвалідів 3-ї групи — 10,2%, 2-ї — 9,4%, а серед тих, хто впродовж останніх 12 місяців зазнав важкої хвороби чи операції, — 9,8%. Отримані результати дають підстави припустити, що певна частина населення, незважаючи на проблеми зі здоров'ям, має у своєму розпорядженні достатні ресурси життєдіяльності й адаптована до тих життєвих умов, у яких перебуває.

Звідси випливає, що *здоров'я у соціальному сенсі* можна розглядати як *компенсований стан*, коли в разі виявлення у людини захворювання проведено необхідне лікування, що дало позитивний результат, а умови життєдіяльності хворого виявилися сприятливими з точки зору збереження його здоров'я і життєвих можливостей. Тому природно припустити, що наявність відповідних компенсаторних механізмів, зокрема медичного обслуговування, може бути важливим чинником здоров'я в соціальному сенсі, особливо за умов високого рівня поширеності хронічних захворювань.

Утім, за даними моніторингу Інституту соціології НАНУ “Українське суспільство” незадоволеність з приводу отримання необхідної медичної допомоги стабільно відчувають більш як половина наших співвітчизників [Українське суспільство, 2010: с. 540]. Так, у 1998 році цей показник становив 62,8%, у 2002-му — 63,4%, у 2010-му — 52,3%, причому він виявлявся вищим за решту показників здоров'я впродовж усього періоду соціологічних вимірювань (рис. 3).

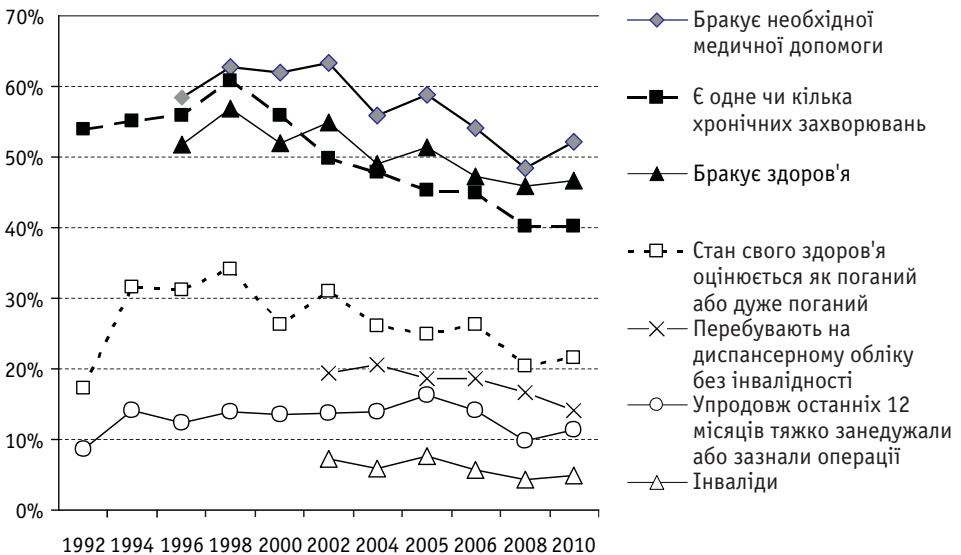


Рис. 3. Порівняльна динаміка низки показників здоров'я

Отримані результати передусім свідчать про масштаб проблеми доступності медичної допомоги в Україні не тільки для тих, хто безпосередньо потребує лікування, а й для тих людей, які суб'єктивно здорові або лише час від часу відчувають таку потребу.

Згідно з даними опитування 2010 року брак необхідної медичної допомоги відзначили майже 52,0% респондентів із задовільною самооцінкою здоров'я і 30,4% тих, хто оцінює своє здоров'я як добре і відмінне (рис. 4). Коефіцієнт взаємної спряженості Пірсона між ознаками достатності необхідної медичної допомоги та самооцінками стану здоров'я за даними 2010 року становить 0,30, що дає підстави говорити про наявність статистичного зв'язку між цими ознаками і розглядати достатність необхідної медичної допомоги як ще один важливий чинник стану здоров'я і його самооцінок. Причому на те, що ознака дефіциту необхідної медичної допомоги може бути факторною стосовно зв'язку з іншими показниками здоров'я, вказує його найбільший щодо інших потенціал, зафіксований у вибірках моніторингу.

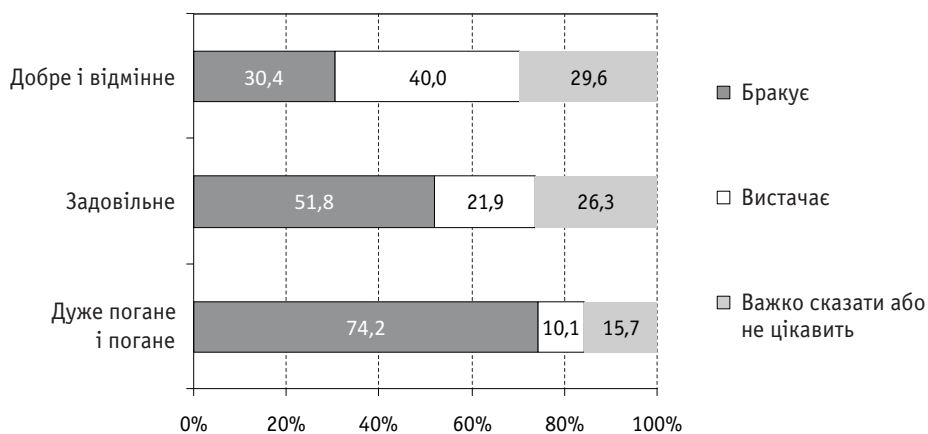


Рис. 4. Чи вистачає Вам необхідної медичної допомоги?

Разом із тим саме респонденти, які мають проблеми зі здоров'ям, виявляються найуразливішими у плані можливостей отримання медичної допомоги. Так, за даними того ж 2010 року, брак необхідної медичної допомоги найбільшою мірою фіксувався серед тих, хто оцінював стан свого здоров'я як дуже поганий і поганий (близько 74%), тих, хто перебуває на диспансерному обліку (72,3%), тих, хто зазнав важкої хвороби чи операції (71,6%), тих, кому бракує здоров'я (75,5%). Це прямо свідчить про незадовільний стан системи охорони здоров'я і доступності її ресурсів, а також про загострення мірою погіршення стану здоров'я потреби в необхідній медичній допомозі.

Значно менш вираженим виявляється взаємозв'язок ознак достатності необхідної медичної допомоги та наявності хронічних захворювань (коефіцієнт взаємної спряженості Пірсона — 0,24), що вможливило розгляд цих ознак як відносно незалежних змінних, зокрема при екстраполяції результатів вибіркового дослідження на генеральну сукупність.

На це допущення вказує і те, що з огляду на вплив на організм людини чинник хронічної патології є переважно ендогенним, тоді як чинник медичної допомоги — екзогенним. Можна припустити, що вплив чинників хронічної патології і дефіциту медичної допомоги помітно посилюватиметься в разі їх поєднання, що математично має вигляд добутку частот цих ознак у вибірці. Якщо частота певної ознаки у вибірці відповідає ймовірності

виявити її в генеральній сукупності, то у разі незалежності двох досліджуваних ознак імовірність спільної появи їх у генеральній сукупності приблизно дорівнюватиме добутку частот окремої появи їх у вибірках.

Якщо наведене вище припущення правильне, тоді добуток частот, або часток респондентів, що мають хронічні захворювання і відчувають брак необхідної медичної допомоги, має бути близьким за значенням до показника незадовільної самооцінки здоров'я серед респондентів — частці респондентів, які оцінюють стан свого здоров'я як дуже поганий і поганий.

Виходячи з даних моніторингів 1996–2010 років, що фіксували всі три зазначені показники одночасно, можна дійти висновку, наскільки справедливим є це припущення в динаміці соціологічних опитувань для вибірки загалом (табл. 1).

Таблиця 1

Порівняння емпіричних і гіпотетичних оцінок незадовільного стану здоров'я респондентів за даними моніторингів 1996–2010 років

Показники	1996	1998	2000	2002	2004	2005	2006	2008	2010
Є одне або кілька хронічних захворювань	55,8	60,7	55,8	49,8	47,9	45,3	45,0	40,2	40,1
Не вистачає необхідної медичної допомоги	58,4	62,8	61,9	63,4	55,8	58,8	54,2	48,4	52,1
Емпіричне значення самооцінки здоров'я (дуже погане і погане), %	31,2	34,1	26,3	31,0	26,0	24,9	26,3	20,4	21,6
Гіпотетична оцінка, %	32,6	38,1	34,5	31,6	26,7	26,6	24,4	19,5	20,9
Абсолютне відхилення, %	1,4	4,0	8,2	0,6	0,7	1,7	1,9	0,9	0,7
Відносне відхилення × 100%	4,5	11,7	31,2	1,9	2,7	6,8	7,2	4,4	3,2

Тут гіпотетична оцінка кількості респондентів із незадовільним станом здоров'я відповідає (дорівнює) добутку частки респондентів, яким бракує необхідної медичної допомоги, і частки респондентів, котрі мають хронічні захворювання. Наприклад, частота появи (частка) респондентів із хронічними захворюваннями у вибірці 2010 року дорівнює 0,401 (40,1%), а тих, кому бракує необхідної медичної допомоги, — 0,521 (52,1%). Добуток частот цих ознак дорівнює: $0,402 \times 0,521 = 0,209$, або 20,9%, що виявляється близьким за значенням до частки респондентів, котрі оцінюють стан свого здоров'я як дуже поганий і поганий — 0,216, або 21,6% відповідно.

Як можна бачити з таблиці 1 і поданого далі рисунка (рис. 5), такий розрахунковий гіпотетичний показник у більшості випадків доволі добре збігається за величиною із часткою респондентів, які оцінюють своє здоров'я як дуже погане і погане, що явно свідчить на користь наведеного вище припущення.

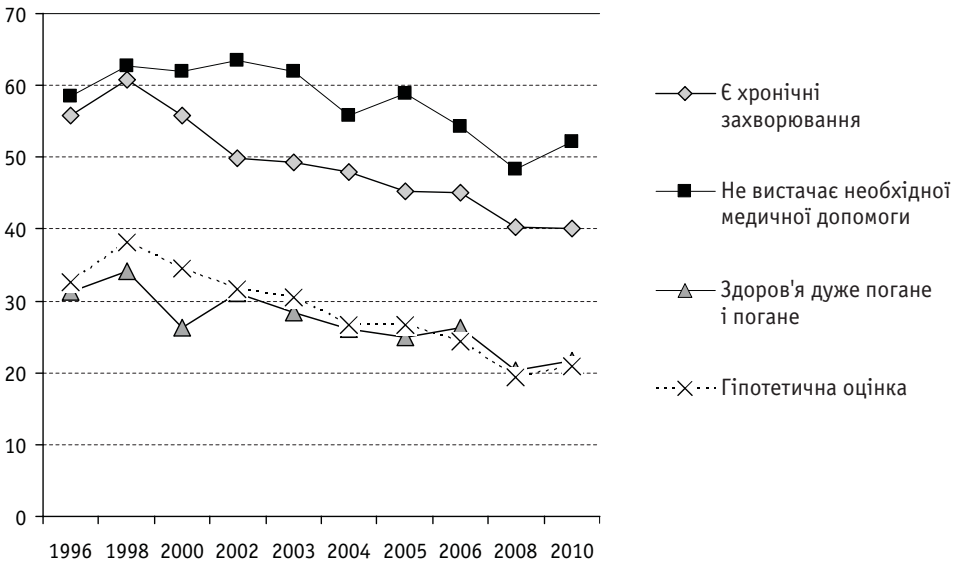


Рис. 5. Порівняння емпіричних і гіпотетичних оцінок незадовільного стану здоров'я населення, %

Таким чином, цілком припустимо, що одночасне поєднання ознак недостатності необхідної медичної допомоги та наявності хронічних захворювань може бути вирішальним щодо негативного впливу на здоров'я дорослого населення і на його суб'єктивні самооцінки.

Ця теза дістає підтвердження також при зіставленні цих ознак у різних групах респондентів, зокрема в розподілах за віком, статтю, місцем проживання (рис. 6, 7).

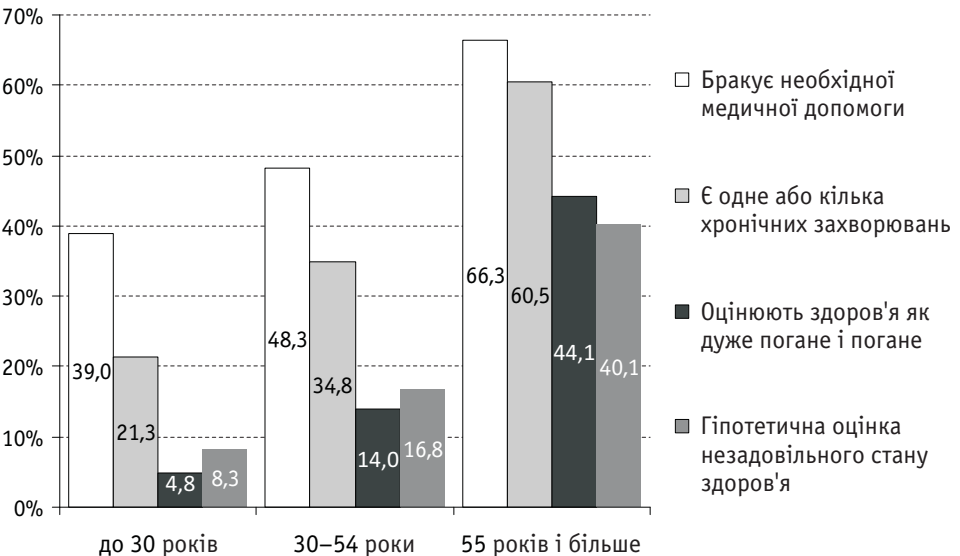


Рис. 6. Розподіл оцінок стану здоров'я і його чинників за віковими групами (2010)

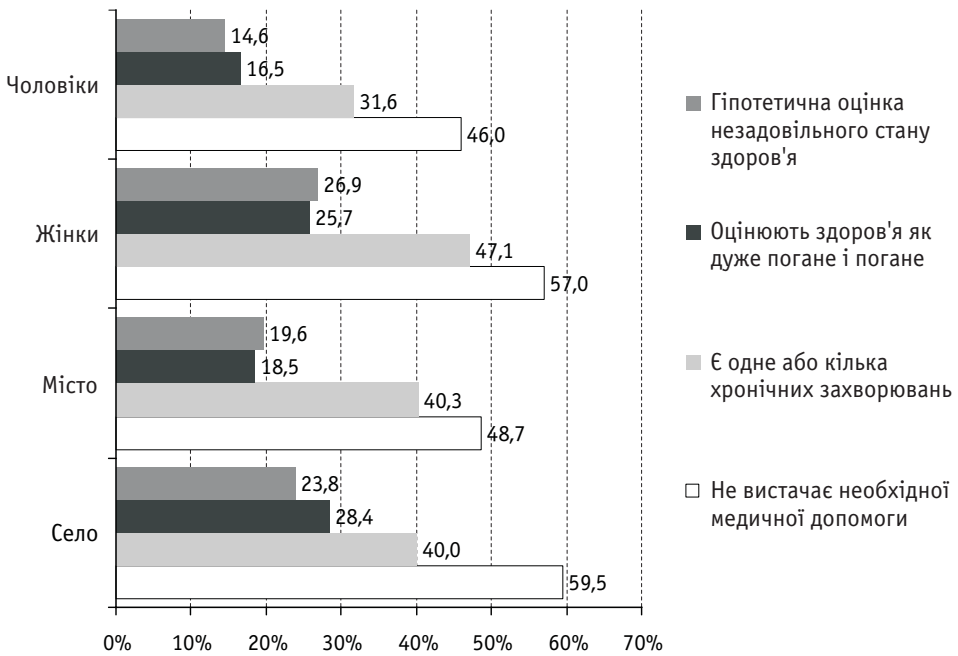


Рис. 7. Розподіл оцінок стану здоров'я і його чинників за групами з урахуванням статі та місця проживання (2010)

Як випливає з наведених даних, найбільшою мірою проблеми зі здоров'ям відчувають люди старшого віку (55 років і більше) — 44,1% негативних самооцінок здоров'я, жителі села — 28,4%, жінки — 25,7%; при цьому середнє за вибіркою значення цього показника становить 21,6%. У цих самих групах зафіксовано також найвищий показник браку необхідної медичної допомоги: літні люди — 66,3%, жителі села — 59,5%, жінки — 57%, причому для вибірки загалом цей показник дорівнює 52,1%.

Цей факт вочевидь відображає реальність того, що ці групи, маючи велику потребу в медичній допомозі, виявляються найменш соціально захищеними за умов сучасного українського суспільства.

З приводу вікового розподілу доречно також зауважити, що відхилення величини гіпотетичної оцінки здоров'я від емпіричної має передбачуваний характер: у бік поліпшення самооцінки у людей молодшого і середнього віку й у бік погіршення — у старшого. За кількістю людей із хронічними захворюваннями представники старшого віку також значно випереджають решту вікових груп (60,5%), що, втім, відповідає загальноприйнятим уявленням про зростання ймовірності прояву хронічної патології із віком. Водночас жителі села лише трохи поступаються за цим показником міським жителям (40,0% і 40,3% відповідно), а жінки значно випереджають чоловіків (47,1% проти 31,6%).

Назагал в основних соціально-демографічних координатах спостерігається приблизно однакова картина розподілу ознак недостатності необхідної медичної допомоги, наявності хронічних захворювань і негативних

самооцінок здоров'я, а також фіксується близька до цього показника його розрахункова гіпотетична величина.

Усе разом це дає підстави вважати, що головною причиною незадовільного стану здоров'я населення, відображеного в його самооцінках, є саме несклупенсована хронічна патологія, котра виявляється чи виникає під впливом різних чинників.

Одним із таких чинників може бути недостатність індивідуальних ресурсів здоров'я та його адаптаційного потенціалу за несприятливих, у плані забезпечення нормальної життєдіяльності організму людини, умов. Тут насамперед заслуговує на увагу матеріальне становище і рівень життя людей в аспекті можливостей задоволення конкретних життєвих потреб, у тому числі й в отриманні необхідної медичної допомоги.

Згідно з даними моніторингового дослідження 2010 року, у групах людей, які оцінюють свій матеріальний рівень життя за шкалою від 0 до 10 балів, кількість хронічних хворих і тих, кому бракує необхідної медичної допомоги, має тенденцію до зростання мірою погіршення самооцінок рівня життя (рис. 8).

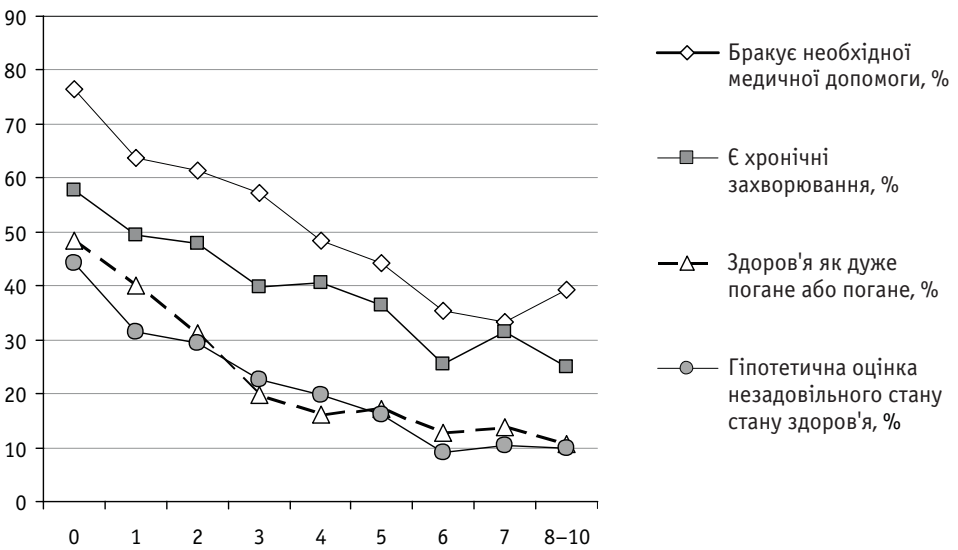


Рис. 8. Показники хронічних хворих, недостатності необхідної медичної допомоги й незадовільного стану здоров'я у групах респондентів залежно від самооцінок матеріального рівня життя (за шкалою від 0 до 10) за даними опитування 2010 року

Аналогічна тенденція має місце і стовно кількості респондентів із самооцінкою здоров'я як поганого і дуже поганого. Причому в даному розподілі гіпотетична й емпірична оцінки незадовільного стану здоров'я серед респондентів виявляються особливо близькими: коефіцієнт кореляції Пірсона між розрахунковими й емпіричними значеннями дорівнює 0,96 на рівні значимості 0,01. Тобто чинники медичної допомоги і хронічних захворювань залишаються домінантними незалежно від матеріального рівня життя, який сам по собі може впливати на кожен із цих показників окремо.

Принагідно зазначу, що, виходячи з даних, поданих на рисунках 5 і 8, у рамках запропонованої моделі чинників здоров'я внесок медичної допомоги можна оцінити на рівні 40–45% і хронічних захворювань на рівні 60–55% відповідно.

Зіставлення характеристик життєвих умов, зокрема міри задоволеності основних матеріальних потреб, у групах респондентів залежно від рівня життя дає змогу скласти уявлення про те, що стоїть за тією чи іншою оцінкою категорією цього показника, зокрема у зв'язку із самооцінкою стану здоров'я (рис. 9).

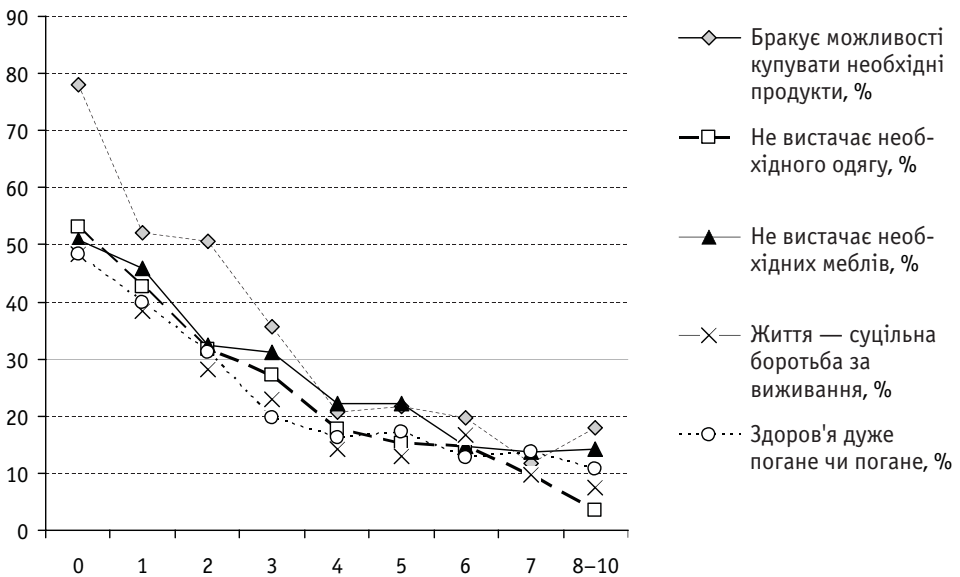


Рис. 9. Життєві умови і самооцінки стану здоров'я респондентів залежно від самооцінок матеріального рівня життя (за шкалою від 0 до 10) за даними опитування 2010 року, %

Так, серед людей, які оцінюють свій життєвий рівень як найнижчий (0 балів — 3,6% вибірки), 78,1% становлять ті, кому бракує можливості купувати необхідні продукти харчування, 53,1% — кому не вистачає необхідного одягу, 50,8% — необхідних меблів, а 48,4% характеризують своє життя як безперервну боротьбу за виживання. У цій самій групі зафіксовано також найгірші показники здоров'я: 57,8% мають хронічні захворювання, 48,4% оцінюють своє здоров'я як дуже погане і погане, 76,6% наголошують на брак необхідної медичної допомоги.

У проєкції на доросле населення України це означає, що у стані крайньої бідності перебувають щонайменше 1 млн 400 тис. осіб; майже половину з них — 685 тис. — становлять хворі і тяжко хворі люди, здебільшого позбавлені необхідної медичної допомоги. Примітно, що ця цифра дуже близька до показника смертності за 2010 рік: 698,2 тис. — загальна і 654,2 тис. — без урахування зовнішніх причин [Держкомстат України, 1998–2012].

Назагал частка жителів України, які відчувають проблеми у задоволенні необхідних потреб у їжі, одязі, меблях і характеризують своє життя як

суцільну боротьбу за виживання, градуально зменшується зі збільшенням оцінки рівня життя і досягає деякого граничного значення на рівні самооцінки у 4 бали, починаючи з якого він вже істотно не змінюється. Схожий характер має і розподіл негативних самооцінок здоров'я (погане і дуже погане) із граничним значенням у 3 бали за шкалою рівня життя. При цьому коефіцієнт варіації згаданого показника у групі людей із самооцінкою рівня життя від 0 до 3 балів виявляється більш як утричі вищим порівняно з групою із самооцінками від 4 до 10 балів (34% і 10% відповідно).

Власне, це означає, що залежність між станом здоров'я і матеріальними умовами життя, із рівнем добробуту зумовлені тим, якою мірою компенсовані життєво необхідні потреби людей: якщо ці потреби не задоволені, тоді така залежність має місце, якщо задоволені, то залежність стану здоров'я і рівня добробуту виражена слабо (рис. 10).

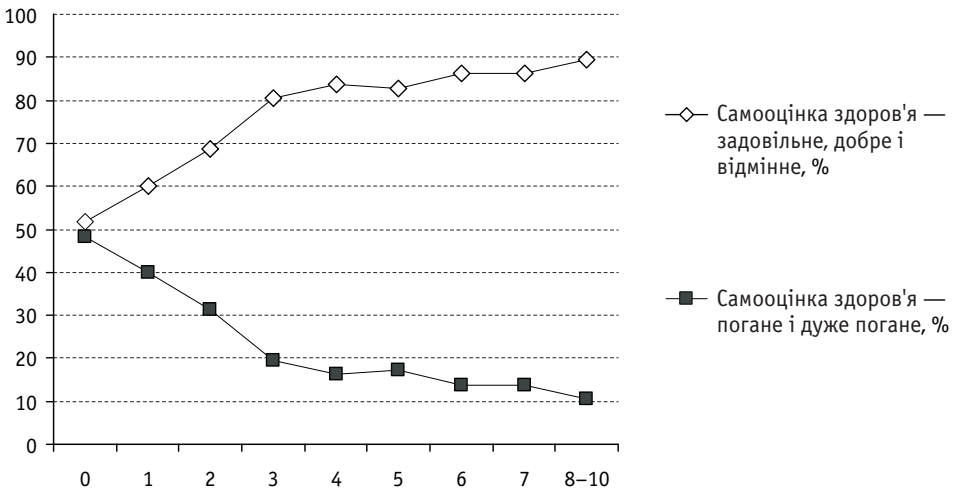


Рис. 10. Самооцінки стану здоров'я (за шкалою від 0 до 10) залежно від самооцінок матеріального рівня життя

Отриманий результат добре узгоджується із так званою пороговою моделлю бідності (threshold model of poverty), в якій населення за рівнем добробуту розділяє межа бідності — межа, котра відповідає мінімальному рівню споживання матеріальних благ, необхідних для підтримання здоров'я і нормальної життєдіяльності організму. При цьому показники здоров'я для тієї групи, яка опиняється за межею бідності, поліпшуються мірою поліпшення матеріального добробуту, а для тих, хто живе за рівнем добробуту вище за цю межу, вказані показники практично не змінюються [Adler, Ostrogo, 1999].

Як впливає з наведених вище даних, така межа відповідає рівню життя, оцінюваному респондентами у 3 бали, за шкалою від 0 до 10 балів. Тобто за межею бідності опиняються респонденти із самооцінкою рівня життя 0–2 бала включно, на частку яких припадає 23% усієї вибірки за даними моніторингу 2010 року. Цей результат практично збігається з даними вибіркового обстежень Держкомстату України, згідно з якими 2010 року частка населен-

ня із середньодушовими доходами, нижчими за прожитковий мінімум, становила 22% [Держкомстат України, 1998–2012].

Існування порогового ефекту бідності є одним із вагомих аргументів на користь того, що *здоров'я треба розглядати саме як компенсований стан, причому стосовно не тільки медичної допомоги, а й матеріальних умов життя — задоволення життєво необхідних потреб*. Сукупність явищ, що визначають або характеризують стан бідності, відповідають таким умовам життя, котрі не дають змоги достатньою мірою забезпечити нормальну життєдіяльність організму, вимагають додаткової мобілізації його життєвих ресурсів — витрат здоров'я, що внаслідок їх (ресурсів) обмеженості призводить до погіршення здоров'я, зокрема у вигляді прояву хронічної патології.

Тут слід зважити на те, що для більшості дорослого населення у пострадянському просторі бідність стала новонабутих явищем, тоді як здоров'я цих людей сформувалося за відносно сприятливих умов, коли проблеми зі здоров'ям діставали необхідний соціальний відгук. Унаслідок цього хронічна захворюваність частково компенсувалася; при цьому чисельність хронічних хворих мала тенденцію до зростання¹.

У результаті різкого падіння життєвого рівня населення значна його частина впродовж короткого часу і несподівано для себе опинилася за межею бідності. При цьому *соціальна дезадаптація і незадоволеність елементарних життєвих потреб породили проблему фізичної дезадаптації і таких супутніх проявів, як загострення хронічної захворюваності й різке погіршення здоров'я людей: декомпенсація стосовно матеріальних умов і соціальних можливостей населення призвела до декомпенсації щодо здоров'я*.

За даними опитувань ІС НАНУ від 1992 до 1998 року, загалом за вибірками моніторингу мало місце зростання чисельності хронічних хворих із 54,0% до 60,7%, а частка людей, які оцінюють своє здоров'я як погане і дуже погане, збільшилася майже вдвічі — від 17,3% до 34,1% (див. рис. 3).

Концептуальний підхід у розумінні здоров'я як компенсованого стану і, в цьому контексті, логічно і статистично обґрунтований висновок про роль чинників хронічної захворюваності й медичної допомоги, на мою думку, можуть найбільш адекватно пояснити незадовільне становище зі здоров'ям населення в Україні.

Разом із цим уявляються основні напрями подальшого соціологічного аналізу проблем здоров'я населення, а саме: з'ясування умов і чинників ризику розвитку хронічної патології і чинників, що зумовлюють доступність медичної допомоги й ресурсів охорони здоров'я.

¹ Збільшення чисельності контингентів хронічних хворих може зумовлюватися як зростанням захворюваності, так і успіхами медицини в лікуванні тих чи інших захворювань, а отже, підвищенням виживання хронічних хворих. У цьому випадку, напевно, має місце інерція радянського періоду, коли до основної маси хронічних хворих почали додаватися нові вперше встановлені випадки хвороби, про що свідчить зростання рівня первинної захворюваності на основні хронічні хвороби за даними Державної статистики в розглядуваному періоді. У подальшому, на тлі несприятливих соціальних умов, у тому числі дефіциту медичної допомоги та зростання показників смертності, частка хронічних хворих у вибірках моніторингу почала знижуватися: від 60,7% до 40,1%, або майже на 20% до рівня 1998 року.

Виходячи з викладеного, сформулюю низку висновків:

1. Безпосередньою причиною незадовільного стану здоров'я населення в Україні, відображеного в самооцінках, є поєднання чинників хронічної захворюваності й недостатності необхідної медичної допомоги, причому незалежно від віку, статі, місця проживання і матеріального рівня життя. При цьому прояви хронічної патології та браку необхідної медичної допомоги мають тенденцію до зростання мірою погіршення матеріального становища людей і самооцінок рівня життя.

2. Що стосується взаємозв'язку здоров'я і матеріального рівня життя, то тут спостерігається пороговий ефект бідності: залежність між станом здоров'я і рівнем добробуту зумовлена тим, якою мірою компенсовані життєво необхідні потреби людей. Якщо ці потреби не задоволені, така залежність має місце, якщо задоволені, вона виражена слабо. Своєю чергою, це дає змогу методами соціологічних вимірювань оцінити частку населення, що перебуває за межею бідності. Виходячи з даних моніторингу "Українське суспільство" ІС НАНУ, за межею бідності в Україні 2010 року перебувало 23% населення, що практично збігається із часткою населення із середньодушовими доходами, нижчими за прожитковий мінімум згідно із даними Держкомстату України (22%).

3. Перебування за межею бідності характеризується незадоволеністю основних життєвих потреб, недоступністю ресурсів життєзабезпечення й підтримання нормальної життєдіяльності людини. Перебування за межею бідності є головним чинником погіршення здоров'я населення в Україні.

4. Уявлення про здоров'я як про компенсований стан обґрунтовується емпірично і може розглядатися як важлива методологічна засада в процесі аналізу проблем здоров'я населення.

Джерела

Держкомстат України, 1998–2012 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

Людський розвиток в Україні: мінімізація соціальних ризиків (колективна науково-аналітична монографія) / за ред. Е.М. Лібанової. — К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України ; Держкомстат України, 2010. — С. 138.

Соціально-економічний стан України: наслідки для народу та держави : національна доповідь / за заг. ред. В.М. Гейця та ін. — К. : НВЦ НБУВ, 2009. — С. 196–208.

Шульга Н.А. Дрейф на обочину. Двадцять лет общественных изменений в Украине. — К. : ТОВ "Друкарня "Бізнесполіграф", 2011. — 448 с.

Українське суспільство 1992–2010. Соціологічний моніторинг / за ред. В. Ворони, М. Шульги. — К. : ІС НАНУ, 2010. — 636 с.

Adler N.E. Socioeconomic status and health: What we know and what we don't know / N.E. Adler, J.M. Ostrove // *Annals of the New York Academy of Sciences*. — N. Y., 1999. — Vol. 896. — P. 3–15.

HFA-DB, 2011 [Electronic resource]. — Mode of access : <http://data.euro.who.int/hfad/>.