

## ІРИНА МАЖАК,

*кандидат соціологічних наук, доцент кафедри соціології, факультет соціальних наук та соціальних технологій, Національний університет «Києво-Могилянська академія» (04070, Київ, вул. Сковороди, 2)*

## IRYNA MAZHAK,

*Candidate of Sciences in Sociology, Associate Professor, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences and Social Technologies, National University of «Kyiv-Mohyla Academy» (2, Hryhoria Skovorody St., Kyiv, 04655)*

*i.mazhak@ukma.edu.ua*

*<https://orcid.org/0000-0003-0190-0126>*

# Соціальні нерівності у здоров'ї: головні підходи до вивчення

## Вступ

Соціальні нерівності у здоров'ї є однією з найбільш досліджених та поширених міждисциплінарних тем у соціальних науках та науках про здоров'я, включно із соціологією здоров'я. Упродовж останніх десятиліть дослідники використовують різні теоретико-методологічні підходи для дослідження соціальних нерівностей у здоров'ї. Наразі у світі маємо тривалу історію емпіричних досліджень соціальних детермінант нерівностей у здоров'ї, що бере свій початок від опублікованого 1980 року звіту «The Black Report» [Gray, 1982], який виявив взаємозв'язок між смертністю, захворюваністю і соціальним (професійним) статусом у Великій Британії та акцентував увагу на тому, що поряд із запровадженою загальнодоступною системою громадського здоров'я та створеною Національною службою охорони здоров'я (1948), необхідні комплексні заходи соціальної політики у боротьбі з нерівностями у здоров'ї. Натомість в Україні можна констатувати недостатність вивчення цієї теми. Багато держав загального добробуту (welfare state) засобами соціальної політики на макрорівні намагаються зменшити соціальні нерівності у здоров'ї, проте вони й надалі продовжують відтворюватися як у країнах, що розвиваються, так і в економічно розвинених державах.

Що ж до європейських країн, то показники очікуваної тривалості життя у країнах Західної Європи є вищими, а смертності — нижчими порівняно з країнами Східної Європи. У європейських країнах існує чітко виражений соці-

---

*Цитування:* Мажак, І. (2022). Соціальні нерівності у здоров'ї: головні підходи до вивчення. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 1, 106–123, <https://doi.org/10.15407/sociology2022.01.106>.

альний градієнт у захворюваності, смертності та очікуваній тривалості життя: чим вищим є соціальне становище (за рівнем освіти, професії чи доходом), тим кращими є показники здоров'я. Також, соціальні нерівності у здоров'ї простежуються за гендером та в різних вікових групах у всіх країнах [Forster et al., 2018].

Отже, метою дослідження є аналіз провідних теоретико-методологічних підходів до визначення та вимірювання соціальних загалом та соціально-економічних нерівностей у здоров'ї зокрема. Завданнями дослідження є опис найбільш поширених визначень поняття «соціальних нерівностей у здоров'ї»; окреслення теоретико-методологічні засад вивчення соціальних та соціально-економічних нерівностей у здоров'ї; аналіз емпіричних досліджень з огляду на принципи вимірювання соціально-економічних нерівностей у здоров'ї.

Здоров'я є предметом вивчення багатьох дисциплін, включно із соціологією здоров'я, у зв'язку з чим маємо багато різних визначень самого поняття здоров'я. Так, існують різні підходи до розуміння цього багатовимірною феномену, насамперед позитивний, коли здоров'я розглядають як найважливішу цінність; із цим підходом пов'язане і базове визначення, надане Всесвітньою організацією охорони здоров'я (1948), за яким «здоров'я — це стан повного фізичного, психологічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань та фізичних дефектів» [World Health Organization, 1948]. Інший підхід, протилежний стосовно щойно згаданого, розглядає здоров'я у негативний спосіб — як відсутність хвороби. Підхід, запроваджений 2011 року М. Губером та його колегами [Huber et al., 2011] пропонує розглядати здоров'я як «здатність адаптуватися й давати собі раду із соціальними, фізичними та емоційними викликами». Один із новітніх підходів Г. МакКартні та його колеґ розглядає здоров'я як «структурний, функційний та емоційний стан, що поєднується з ефективним життям людини як особистості та як члена суспільства» [McCartney et al., 2019]. Кожне з визначень має свої переваги та недоліки, оскільки охоплює різні виміри цього феномену.

Наукові дослідження підтверджують, що можливості конкретного індивіда бути здоровим залежать від житлових умов, умов праці та інших ресурсів, які відрізняються за доступністю для різних соціальних груп. Це, у свою чергу, показує, що незважаючи на те, що індивідуальна відповідальність за здоров'я та спосіб життя є важливим чинником, належить визнати, що багато людей не мають доступу до можливостей, умов і ресурсів, необхідних для того, щоб зробити свій вибір на користь здорового життя [Braveman et al., 2018].

### *Визначення поняття «соціальні нерівності» у здоров'ї*

Соціологічні теорії пропонують різні пояснення стійкості та відтворюваності соціальних нерівностей. Функціональна теорія частково пояснює існування соціальних нерівностей через певні відмінності між індивідів, припускаючи, що нерівності у здоров'ї залежать від відмінностей між індивідами в когнітивних здібностях та інших особистісних характеристиках, що допомагають їм уникати ризиків для здоров'я. Конфліктологічна теорія пояснює відтворюваність

соціальних нерівностей у здоров'ї через нерівний доступ до влади та ресурсів [Mackenbach, 2019].

Крім цього, здоров'я, як і інші — економічні, соціальні та політичні — ресурси, нерівномірно розподіляється у суспільстві між індивідами та соціальними групами відповідно до їхніх позиції у соціально-стратифікаційній структурі. Якщо одні нерівності у здоров'ї можуть бути зумовлені генетично чи біологічно, то інші, в тому числі спосіб життя, є соціально структурованими та переважно перебувають поза контролем окремих індивідів. Статус здоров'я варіює як серед окремих індивідів, окремих соціально-демографічних груп в межах країни, так і серед різних країн. Тому соціальні нерівності у здоров'ї подібно до поняття здоров'я також передбачають різні підходи до їх визначення. Але насамперед потрібно зазначити, що термін «нерівності у здоров'ї» ми вживатимемо у значенні «health inequalities», фокусуючись на тому, що нерівності у здоров'ї є несправедливими. Цей термін є більш вживаним у Європі, на відміну від терміна «health disparities», з фокусом на відмінностях у здоров'ї, цей термін є «морально більш нейтральним» і більше поширений у США [Mackenbach, 2019].

Щодо змістового наповнення, *соціальні нерівності у здоров'ї*, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі — ВООЗ), означають систематичні відмінності у стані здоров'я між різними соціально-економічними групами. Ці нерівності є соціальними (а отже, змінюваними) і несправедливими [Whitehead, 1991]. За словами голови Комісії з соціальних детермінант здоров'я ВООЗ Майкл Мармот, «соціальні умови, в яких живуть люди, сильно впливають на їхні шанси бути здоровими. Справді, такі чинники, як бідність, соціальне відчуження та дискримінація, погані житлові умови, нездорові умови життя в період раннього дитинства, а також низький професійний статус, є важливими детермінантами більшості захворювань, смертей та нерівностей у здоров'ї як між країнами, так і в межах країн» [Social Determinants, s.a.]. Також Мармот зазначає, що фундаментальними чинниками цих соціальних умов є розподіл влади, фінансів та ресурсів у суспільстві [Marmot, Bell, 2012].

Під соціальними нерівностями у здоров'ї у широкому розумінні розглядають відмінності у здоров'ї між соціальними групами на підставі таких соціальних детермінант, як гендер, вік, дохід, рівень освіти, професія, зайнятість/безробіття, сімейний статус, наявність дітей, житлові умови, місце проживання тощо — чинників, які спостерігаються і відтворюються у часі. Такі соціальні нерівності у здоров'ї вважаються несправедливими та вимагають втручання держави через соціальну політику для зменшення.

Справедливість у здоров'ї (health equity) полягає в тому, що кожному належить мати можливість досягти свого повного потенціалу здоров'я. За визначенням ВООЗ: «Справедливість у здоров'ї — це відсутність відмінностей у здоров'ї між соціальними, економічними, демографічними чи географічними групами населення, яких можна уникнути і які можна усунути» [WHO, 2008]. Справедливість у здоров'ї — це не те саме, що рівність у здоров'ї (health equality), бо ті, в кого є більші потреби, але менші ресурси, потребують більше допомоги для вирівнювання можливостей.

Для досягнення справедливості необхідно насамперед усунути такі перешкоди, як бідність і дискримінація, та наслідки їх — безпорадність, недоступність робочих місць із справедливою оплатою, недоступність якісної освіти, житла та охорони здоров'я [Braveman et al., 2018].

### *Головні підходи до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї*

Класичними методико-теоретичними підходами до пояснення нерівностей у здоров'ї є: матеріалістичний (грунтований на доході), психосоціальний (грунтований на соціальних нерівностях) та культурно-поведінковий (грунтований на поведінці, пов'язаній зі здоров'ям / способом життя).

*Матеріалістичний підхід.* Вимірювати соціальні нерівності у здоров'ї завдано на підставі соціальної стратифікації суспільства: соціальних класів, соціальних чи соціально-економічних статусів, які зазвичай спираються на доступ до ресурсів, влади, грошей та престижу. На думку М. Бартлі, ці терміни не можна вживати як взаємозамінювані, оскільки індивід може мати водночас різні соціально-економічні статуси з позиції його соціального класу, статусу та рівня доходу. Бартлі пропонує вимірювати *соціальний клас* на засадах теорій соціальної структури, найбільш поширеними з яких є концепції класу К. Маркса та М. Вебера, згідно з якими поділ на групи відбувається за умовами праці та формами трудових відносин. На відміну від концепції соціального класу, концепція статусу включає ідею ієрархії, або ранжування суспільства «зверху донизу»; також у соціології використовують синонімічний термін «престиж». Виходячи з того, що соціальний статус часто пов'язаний із сімейним, етнічним чи релігійним походженням, з одного боку, видається дивним вимірювати соціальні нерівності у здоров'ї на підставі соціального статусу, проте, з іншого боку, статус все ще має сильний вплив на соціальне життя [Bartley, 2017].

Оскільки соціальний клас ґрунтується на професії, а соціальний статус не має стосунку до особистих заслуг, у вимірюванні нерівностей використовують більш комплексний індекс — *соціально-економічний статус* (СЕС), який зазвичай включає головні соціальні детермінанти здоров'я: рівень освіти, престиж професії та розмір доходу. На думку класика соціології Т. Парсонса, більш здібні члени суспільства залучаються до виконання більш важливих функцій та мають вищий соціально-економічний статус, вигідніші умови праці та винагороду, і це пов'язане не з їхнім ходженням, а з рівнем освіти, професійними навичками та особистісними характеристиками. Ще один класик, М. Вебер визнавав, що суспільство є стратифікованим за освітою, професією та доходом, а статус (престиж) приписує індивідам різні соціальні ролі та є важливим як для їхніх «життєвих шансів», так і для доступу до матеріальних ресурсів [Mackenbach, 2019].

Французький соціолог П. Бурдьє пов'язував соціально-економічний статус з доступом до благ та ресурсів, які він називав капіталом, та вияв чотири його види: економічний, соціальний, культурний та символічний, оскільки групи з вищим доходом можуть дозволити собі більшу кількість і кращу якість товарів і послуг, включно з охороною здоров'я, житлом, транспортом і здоровим хар-

чужанням. До того ж, високий дохід зменшує вплив фізичних, психосоціальних та інших чинників ризику (погані житлові умови, шкідливі умови праці тощо) [Vambra, 2011]. Зв'язок між соціально-економічним статусом, який включає розмір доходу, рівень освіти та зайнятість, з одного боку, і станом здоров'я — з іншого, є дуже добре дослідженим у багатьох країнах світу [Mackenbach et al., 2008; Wilkinson, Marmot, 1998], а також показує стійкий взаємозв'язок між бідністю, низьким рівнем освіти, безробіттям та низьким статусом здоров'ям.

Зв'язок між бідністю і здоров'ям є незаперечним, зокрема індивіди, що проживають у бідності не мають засобів для підтримання здорового способу життя через погані житлові умови, недостатньо калорійне та поживне харчування, а також поганий доступ до якісних послуг охорони здоров'я чи недостатній соціальний захист. За прогнозами ЮНІСЕФ, в Україні впродовж пандемії COVID-19, очікується, що рівень бідності значно зросте через зменшення доходів. Можливими є два сценарії: перший, що рівень бідності за абсолютним критерієм зросте з 27,2% до 43,6 %; другий, ще песимістичніший — до 50,8 % [Боротьба з COVID, 2020], що, у свою чергу, безперечно вплине на здоров'я значної частини населення. Моніторинг Інституту соціології НАНУ показав, що серед таких соціальних категорій населення, як бідні, жінки та респонденти зі старших вікових груп, значно більше тих, кого хвилює проблема пандемії COVID-19 та ризик захворіти на коронавірус [Симончук, 2020].

*Психосоціальний підхід* фокусується на довгострокових емоційних відчуттях та фізіологічній реакції на хронічний стрес, який виникає під впливом соціальної нерівності чи соціальної ізоляції й діє на стан фізичного та психічного здоров'я. Соціальна нерівність створює відмінності між групами, що призводить до почуття меншовартості та підлеглості їй, у підсумку, може безпосередньо впливати на біологічні процеси. Як зазначено вище, Бартлі звертає увагу на те, що в основі концепції соціального статусу лежить ідея про ієрархію суспільства на підставі престижу та соціальної поваги, яких набуває людина, часто як атрибут, не пов'язаний з професією, а такий, що впливає з сімейного або етнічного походження, релігійної належності тощо [Bartley, 2017]. Ця ієрархія соціальних статусів від найнижчого до найвищого надає переваги одним індивідам щодо інших і не ґрунтується на їхніх особистих якостях [Chan, Goldthorpe, 2007]. Соціальний статус та уявлення індивіда про свій соціальний статус у зіставленні з іншими людьми в суспільстві є важливими для його особистого фізичного і психічного здоров'я, оскільки усвідомлення індивідом свого низького соціального статусу призводить до хронічного стресу. Крім того, на психологічному рівні хронічний стрес та низька якість життя викликають почуття сорому, невпевненості та нікчемності, що часто призводить до нездорової поведінки у вигляді надмірного вживання алкоголю, куріння чи переїдання.

До різних механізмів, що пов'язують соціальний статус зі здоров'ям, також належить відчуття особистого контролю над своїм життям, люди з таким контролем зазвичай відчувають себе краще, успішніше долають стрес і дотримуються здорового способу життя. Б. Лінк та Дж. Фелан [Link, Phelan, 2010] вважають, що саме соціальна влада дає змогу відчувати контроль, а контроль забезпечує відчуття безпеки та благополуччя, що, у свою чергу, сприяє здоров'ю.

Люди з найнижчих соціальних верств менше здатні контролювати своє життя, мають менше ресурсів для розв'язання проблем, гірші житлові умови, суттєві обмеження у виборі здорового способу життя і, зрештою, коротшу тривалість життя [Link, Phelan, 2010]. Тож саме соціальний статус найчастіше пов'язують із шансами індивіда досягти свого повного потенціалу здоров'я.

*Культурно-поведінковий підхід* зосереджує увагу на тому, що взаємодія між соціальними чинниками і здоров'ям в основному є результатом соціальних відмінностей у поведінці, оскільки у більшості країн поведінка, що шкодить здоров'ю (куріння, вживання наркотиків, надмірне споживання алкоголю, нездорова дієта, низька фізична активність, ризикована сексуальна поведінка, низький рівень звернень за медичною допомогою) переважають у найнижчому соціально-економічному сегменті. Нерівності у (не)здоровій поведінці переважно є результатом культурної акцепції поведінки, що завдає шкоди здоров'ю, властивої найнижчій соціально-економічній верстві [Cockerham, 2017]. Дослідженнями підтверджено взаємозв'язок між шкідливими звичками, ризикованою поведінкою і серцево-судинними та онкологічними захворюваннями [Mackenbach, 2019]. Поряд із тим вразливі категорії індивідів можуть мати замало когнітивних здібностей та здатності самоконтролю, щоб усвідомити довгостроковий вплив на здоров'я своєї ризикованої поведінки, яка приносить їм короткочасне задоволення [Bartley, 2017]. Відповідно до вже згадуваної теорії культурного капіталу Бурдьє, широкий спектр поведінки, такої як практики дозвілля та харчування, є частиною стратегій, яких люди дотримуються, щоб показати свою належність до соціальних груп із вищим статусом, водночас відмежовуючись від груп із нижчим статусом. Прийняття певної поведінки щодо здоров'я може служити засобом для стимулювання соціальної дистанції та сигналом про належність до соціальної групи з високим статусом. Це, у свою чергу, може мати сприятливий вплив як на фізіологічне здоров'я через здорову поведінку, так і на суб'єктивне здоров'я, викликане відчуттям привілейованості. Грамотність щодо здоров'я (health literacy) — це ресурс, що сприяє здоров'ю, але, як відомо, нерівномірно розподіляється між освітніми класами, тож його можна вважати частиною культурного капіталу [Abel, 2008].

Оскільки «нерівності в здоров'ї з'являються на перетині між соціальною структурою, персональною поведінкою і біологічними процесами» [Eikemo et al., 2017], останніми десятиліттями набув популярності ще один підхід до вимірювання соціальних нерівностей у здоров'ї, який передбачає врахування одночасної «перехресної» дії кількох соціальних детермінант. Це — *інтерсекційний підхід* у дослідженнях соціальних нерівностей у здоров'ї [Sen, 2009; Hankivsky, 2014], що дає змогу врахувати як мікрорівень індивідуальної поведінки, так і структурно-стратифікаційні чинники мезо- та макrorівнів. Інтерсекційний підхід часто застосовують для виявлення соціальних нерівностей у здоров'ї серед численних соціальних груп, що з'являються на перетині між різними ідентичностями індивіда: гендером, віком, освітою, професією, доходом, місцем проживання, расою/етнічністю, сексуальною орієнтацією та релігійною належністю, статусом мігранта/переселенця тощо. Інтерсекційний підхід допомагає глибше дослідити та врахувати не лише нерівний розподіл ресурсів, а й меха-



нізм розподілу, що відтворює соціальні привілеї та втрати для здоров'я різних категорій індивідів та соціальних груп.

Інтерсекційність є потужним аналітичним інструментом для інтегрованого розуміння нерівності у здоров'ї поза межами суто соціально-економічних чинників, включно з аналізом впливу раси, міграційного статусу та етнічної належності, гендеру та сексуальності [Gkiouleka et al., 2018].

Кожен із підходів до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї — матеріалістичний, психосоціальний, культурно-поведінковий, інтерсекційний тощо — можна застосовувати щодо різних періодів життя індивіда на підставі *теорії життєвого шляху*.

Теорія життєвого шляху, на думку Бартлі, становить певну теоретичну рамку, в яку мають вписуватися всі моделі, що пояснюють нерівності у здоров'ї [Bartley, 2017]. Негативний вплив соціально-економічних чинників, стресових ситуацій пов'язаних із соціальними нерівностями та способу життя, що накопичується впродовж життєвого шляху індивіда, має довготривалий акумулятивний вплив на здоров'я, якість життя пов'язану зі здоров'ям у старшому віці та тривалість життя загалом.

Ще однією важливою концепцією для розуміння соціальних нерівностей у здоров'ї є *теорія фундаментальних причин* (Fundamental Cause Theory), яку розробили Лінк та Фелан [Link, Phelan, 1995]. Щоб пояснити зв'язок між соціально-економічним статусом, з одного боку, і здоров'ям та смертністю — іншого, вони припустили, що стійкий зв'язок є результатом того, що СЕС чи соціальний клас передбачає низку ресурсів, таких як гроші, знання, престиж, влада та корисні соціальні зв'язки, які сприяють здоров'ю. Б. Лінк та Дж. Фелан визначили СЕС як «фундаментальну причину» здоров'я, хвороби, інвалідності та смерті. Адже, по-перше, СЕС впливає на розвиток багатьох захворювань, тобто не обмежується дією на якийсь один або лишень кілька захворювань чи проблем зі здоров'ям. По-друге, СЕС впливає на захворювання через численні чинники ризику. По-третє, СЕС передбачає доступ до ресурсів, які можна використовувати, щоб уникнути ризиків або мінімізувати наслідки хвороби, коли вона виникає. Нарешті, зв'язок між фундаментальною причиною і здоров'ям відтворюється з часом, тому саме стійкий зв'язок СЕС із станом здоров'я став причиною того, що Лінк та Фелан також назвали СЕС «фундаментальною причиною» нерівностей у здоров'ї [Phelan, Link, Tehranifar, 2010; Riley, 2020]. Теорія фундаментальних причин може бути застосована, зокрема, до аналізу нерівностей у здоров'ї за умов COVID-19, оскільки індивіди, що мали необхідні ресурси могли краще соціально дистанціюватися від інших, використовувати свої економічні переваги для забезпечення необхідної їжі та ліків, мали можливість розважатися, спілкуватися, працювати та отримувати консультації від лікарів он-лайн, тим самим зменшуючи ризик захворіти. І навіть у випадку інфікування COVID-19 за наявності ресурсів є більше шансів на швидке одужання. У той самий час індивіди без належних ресурсів, наприклад ті, що не мають навиків роботи за комп'ютером, необхідних гаджетів чи доступу до інтернету, а також люди з низьким рівнем освіти, що, найімовірніше, працюють на роботах з підвищеним ризиком інфікування (за винятком медиків), мають менше

можливостей уникнути COVID-19 та пов'язаних із хворобою негативних наслідків [Cockerham, 2021]. Далі, розвиваючи теорію фундаментальних причин, Дж. Фриз та К. Латфі [Freese, Lutfey, 2011] запропонували чотири метамеханізми, за допомогою яких «фундаментальні причини» спричиняються до певних наслідків: 1) «засоби» (соціально-економічні ресурси), які індивід цілеспрямовано використовує на користь свого здоров'я; 2) «побічний ефект» (spillover) має місце, коли інші люди із соціальної мережі індивіда цілеспрямовано використовують свої ресурси на користь власного здоров'я, і це, у свою чергу, також приносить користь і для здоров'я індивіда без будь-яких цілеспрямованих дій з його боку; 3) «габітус» означає, що різним соціальним та класовим групам притаманні різні норми, схильності та способи життя, причому групи з вищим статусом мають габітуси, більш корисні для здоров'я; 4) активні дії «інституцій», що пов'язані зі здоров'ям, коли установи неоднаково ставляться до людей з різним СЕС і це викликає нерівності у здоров'ї [Phelan, Link, 2013]. Очевидно, що наявність соціально-економічних ресурсів є важливою як для підтримання та зміцнення здоров'я, так і для уникнення ризиків та лікування, а метамеханізми є важливими для розуміння того, як «фундаментальні причини» призводять до нерівностей у здоров'ї.

### *Огляд емпіричних досліджень соціальних нерівностей у здоров'ї*

За останні десятиліття емпіричні дослідження соціальних нерівностей у здоров'ї підтверджують загальнозрозумілий взаємозв'язок між низьким соціально-економічним статусом індивіда та високими рівнями смертності та захворюваності, а також низьким рівнем суб'єктивної самооцінки здоров'я. Для вимірювання величини нерівностей у здоров'ї спочатку визначають соціально-економічний статус і створюють групи зі схожими соціально-економічними статусами. Далі визначають рівень, на якому з'являються проблеми зі здоров'ям для кожної групи та обчислюють відмінності між групами. Величину соціально-економічних нерівностей у здоров'ї вимірюють різними способами, такими як: Rate Ratios, Rate Differences, Relative Index of Inequality, Slope Index of Inequality тощо [Mackenbach, 2019].

Численні дослідження показали зв'язок між самооцінкою статусу здоров'я і демографічними, соціально-економічними, поведінковими та психологічними детермінантами здоров'я [Demirchyan, 2012]. Загалом базові соціальні детермінанти здоров'я залишаються незмінними — це дохід, умови праці, зайнятість/безробіття, доступ до товарів і послуг, якість житла і безпека середовища проживання, доступність охорони здоров'я та освіти [Dahlgren, Whitehead, 1991], проте розподіл цих соціальних детермінант здоров'я є різним у різних суспільствах. Зокрема, соціальний градієнт демонструє, що найвищий статус здоров'я спостерігається у найзаможніших верств населення, і навпаки, найгірший рівень здоров'я — у найбідніших. Утім, соціальний градієнт у здоров'ї не обмежується лише найбіднішими верствами суспільства, він простежується з найвищого до найнижчого соціального класу [Dahlgren, Whitehead, 2006], тобто соціально-економічні нерівності у здоров'ї стосуються кожного. Градієнт со-



ціальних нерівностей у здоров'ї формується багатьма шляхами та охоплює всі соціальні групи відповідно до ієрархії їхніх соціальних статусів.

Більшість відмінностей у стані здоров'я структуровані суспільством, і шанси кожного окремого індивіда досягти повного потенціалу здоров'я залежать від соціальних детермінант. Багатьма дослідженнями підтверджено, що нерівності у здоров'ї існують як між країнами, так і в межах країн [Mackenbach, 2008; Espelt, 2008; Aldabe, 2009; Jakab, 2012; Palència, 2014; Schütte, 2013; Mackenbach, 2012], і не лише у тих країнах, де відсутні системи охорони здоров'я, а й у державах загального добробуту з передовими системами охорони здоров'я. Незважаючи на те, що держави загального добробуту зменшили нерівності щодо матеріальних умов життя, нематеріальні нерівності, такі як спосіб виховання дітей, грамотність щодо здоров'я, контроль щодо своєї роботи, харчові звички, практики дозвілля, соціальні зв'язки, відвідування театрів тощо, залишились великими [Mackenbach, 2019]. Детермінанти, які впливають на здоров'я, захворюваність та тривалість життя, знаходяться поза межами системи охорони здоров'я, й тому важливими є як економічний, так і соціальний та культурний капітали.

Міжнародні порівняльні дослідження показали, що мешканці країн Східної Європи зазвичай гірше оцінюють своє здоров'я [Heyns, 2005; Gilmore, 2002], а дослідження, проведені у посткомуністичних країнах, підтвердили, що такі чинники, як куріння, надмірне вживання алкоголю, шкідливі умови праці, смертність від дорожньо-транспортних пригод, а також пізні звернення по медичну допомогу, суттєво впливають на стан здоров'я та тривалість життя населення цих країн [Bobak et al., 2000, 2007; Michalski, 2016; Cockerham et al., 2017]. Нечисленні дослідження, проведені в Україні, показують насамперед гендерні нерівності у здоров'ї та зв'язок між соціально-економічним статусом і здоров'ям. Зокрема, дані моніторингу Інституту соціології НАНУ показують, що жінки оцінюють своє здоров'я гірше порівняно з чоловіками, частіше визнають наявність хронічних захворювань і разом із тим ведуть здоровіший спосіб життя, зокрема менше курять та споживають алкогольні напої. За рівнем освіти в Україні самооцінка здоров'я найбільше різниться між особами з вищою освітою та рештою населення, за рівнем доходу — найбільш забезпечені респонденти краще оцінюють своє здоров'я, за класовою належністю (на підставі трудової діяльності) — представники службового класу та нефізичної праці оцінюють своє здоров'я краще, ніж представники робітничих професій. Що ж до зв'язку між доходом та статусом здоров'я, то забезпеченіші респонденти краще оцінюють своє здоров'я та більш задоволені якістю медичних послуг. За різновидом трудової діяльності можна простежити, що представники службового класу та нефізичної праці почуваються більш здоровими, ніж робітники [Симончук, 2020].

Аналіз, проведений авторкою на підставі масиву даних Європейського соціального дослідження (The European Social Survey) з 2004 по 2012 рік, до якого було залучено 6820 українських респондентів працездатного віку, детальніше показав найбільш уразливі категорії серед гендерних груп та відмінності між ними. Згідно з результатами багаторівневого біноміального логістичного регресійного аналізу (IBM SPSS 24) жінки, одружені або розлучені, які мали непо-

внолітніх дітей, що проживали у домогосподарстві, були більш схильні оцінювати своє здоров'я як погане. Крім того, вірогідність погіршення стану здоров'я зростає з віком і зменшується із зростанням соціально-економічного статусу для обох гендерних груп. Аналіз показав зв'язок між здоров'ям та сімейним станом, оскільки одружені жінки більш схильні оцінювати своє здоров'я як погане порівняно з одруженими чоловіками і неодруженими з обох гендерних груп. Додатково виявлено зв'язок між безробіттям та здоров'ям, адже респонденти, що працюють, менш схильні оцінювати своє здоров'я як погане у порівнянні з безробітними [Mazhak, 2019].

Також було проведено аналіз даних власного дослідження, у межах якого було опитано 1580 осіб працездатного віку (чоловіки віком 18–65 років та жінки — 18–60) у всіх областях України (окрім тимчасово окупованих територій) у грудні 2016 року та виявлено, що 55,6% респондентів оцінюють своє здоров'я як погане. Аналіз проведено з використанням IBM SPSS 28. Відповідно до *матеріалістичного підходу* до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї простежується чітка залежність між соціально-економічними чинниками та станом здоров'я, виявлено, що найбільш уразливими є особи з дуже низьким матеріальним станом та із незадовільними житловими умовами. *Інтерсекційний підхід* дав змогу детальніше розглянути соціальні детермінанти нерівностей у здоров'ї та виявити існування нерівностей у здоров'ї, пов'язаних з рівнем освіти як усередині обох гендерних груп, так і між ними. Ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед жінок із середньою та середньою професійною освітою є більш ніж у два рази вищою порівняно з чоловіками з вищою освітою. Інтерсекційний підхід дав змогу побачити зв'язок між матеріальним становищем та нерівностями у здоров'ї. Показано, що найбільш уразливою є категорія жінок з дуже низьким матеріальним станом, адже ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед цієї категорії майже у вісім разів вища у зіставленні з чоловіками з високим матеріальним становищем. Крім того, спостерігаються нерівності у здоров'ї на підставі матеріального становища всередині обох гендерних груп. Ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед непрацюючих жінок є більш ніж удвічі вищою порівняно з працюючими чоловіками. Також виявлено значні нерівності у здоров'ї всередині жіночої гендерної групи між працюючими і непрацюючими жінками. Підтверджено, що сімейний стан і зайнятість є дуже важливими соціальними детермінантами нерівностей у здоров'ї для жіночих субгруп, адже, по-перше, для всіх працюючих жінок (незалежно від сімейного статусу) ймовірність самооцінки здоров'я як поганого є більш ніж у двічі вища у зіставленні з неодруженими працюючими чоловіками, а по-друге, для всіх непрацюючих жінок ймовірність самооцінки здоров'я як поганого є більш ніж у тричі вищою порівняно з тою ж категорією чоловіків. Проте найбільш уразливою є категорія непрацюючих розлучених жінок — ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед них більш ніж у п'ять разів вища у зіставленні з неодруженими працюючими чоловіками [Мажак, 2021].

З метою виявлення *соціального градієнта* у здоров'ї авторкою з допомогою IBM SPSS 28 було проаналізовано дані загальнонаціонального дослідження «Індекс Здоров'я. Україна» за 2017–2020 роки (33 058 респонденті віком 18–65 ро-

ків). Насамперед, за допомоги факторного аналізу було створено індекс соціально-економічного статусу (СЕС) на підставі запитань про основний рід занять, фінансове становище домогосподарства та джерела доходів. Факторна змінна була обчислена за допомоги методу регресії та розділена на 5 категорій (на основі квінтилів): «високий СЕС», «вищий від середнього СЕС», «середній СЕС», «нижчий від середнього СЕС», «низький СЕС». Далі засобами біноміального логістичного регресійного аналізу, результати якого подано в Odd Ratios (OR), підтверджено наявність соціального градієнта у здоров'ї, оскільки він вимірюється через найвищу ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед респондентів з найнижчим СЕС (OR = 12,86), далі — з нижчим за середній СЕС (OR = 6,47), потім — із середнім СЕС (OR = 2,58) та з вищим за середній СЕС (OR = 1,43) порівняно з респондентами з високим матеріальним становищем (OR = 1), тобто спостерігається чітка залежність між рівнем СЕС та самооцінкою здоров'я — чим нижчим є СЕС, тим більшою є ймовірність самооцінки здоров'я як поганого.

Отже, результати досліджень показують наявність соціальних нерівностей та соціального градієнта у здоров'ї серед українського населення, а докази емпіричних досліджень можуть бути використані при виробленні соціальної політики боротьби із соціальними нерівностями у здоров'ї в Україні.

### *Висновки*

Під соціальними нерівностями у здоров'ї розуміють постійні відмінності у здоров'ї між соціальними класами чи іншими соціальними групами на підставі таких соціальних детермінант, як гендер, вік, раса/етнічність, дохід, рівень освіти, сімейний статус, місце проживання, сексуальна орієнтація, релігійна належність тощо. У соціальних нерівностях у здоров'ї підтверджено наявність соціального градієнта, який показує, що найвищий статус здоров'я спостерігається в індивідів з найвищим СЕС. і навпаки, найнижчий рівень здоров'я — у тих, хто має найнижчий СЕС. Соціальний градієнт у здоров'ї показує, що чим вищий СЕС чи соціальний клас, тим кращі показники здоров'я.

Серед багатьох теорій можна вирізнити три класичні підходи до пояснення нерівностей у здоров'ї: матеріалістичний (дохід), психосоціальний (соціальні нерівності) та культурно-поведінковий (спосіб життя). Також популярність здобув інтерсекційний підхід у дослідженнях соціальних нерівностей у здоров'ї, який дає змогу враховувати як мікрорівень індивідуальної поведінки, так і структурно-стратифікаційні чинники мезо- та макрорівня. Інтерсекційний підхід часто застосовують для виявлення соціальних нерівностей у здоров'ї поміж численними соціальними групами, що з'являються на перетині між різними ідентичностями індивіда: гендером, віком, освітою, професією, доходом, місцем проживання, расою/етнічністю, сексуальною орієнтацією, релігійною належністю, статусом мігранта/переселенця тощо. Усі розглянуті підходи до вимірювання соціальних нерівностей у здоров'ї можна застосовувати щодо різних періодів життя індивіда на засадах теорії життєвого шляху. Важливою для розуміння соціальних нерівностей у здоров'ї є теорія фундаментальних причин,

яка пояснює зв'язок між соціально-економічним статусом та показниками здоров'я, оскільки СЕС передбачає низку ресурсів, які сприяють здоров'ю.

За останні чотири десятиліття чимало наукових досліджень показали взаємозв'язок між різними соціальними, економічними та психологічними детермінантами, з одного боку, і нерівностями у здоров'ї — з іншого. Нечисленні дослідження, проведені в Україні, що здебільшого використовують матеріалістичний підхід, також підтверджують наявність соціальних нерівностей у здоров'ї серед різних соціально-економічних та демографічних груп, проте й надалі можна констатувати як брак досліджень цієї теми, так і недостатність використання різних теоретико-методологічних підходів до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї.

### Джерела

- Боротьба з COVID в Україні: початкові оцінки впливу на бідність (s.a.). Отримано з: <https://www.unicef.org/ukraine/media/5811/file/COVID%20impact%20on%20poverty%20ukr.pdf>
- Мажак, І. (2021). Соціальні нерівності у здоров'ї серед населення України працездатного віку. *Вісник Львівського університету. Серія соціологічна*, 54.
- Симончук, О. (2020). Суб'єктивні оцінки здоров'я та медичних послуг у доковідний та ковідний періоди. В: В. Ворона (ред.), М. Шульга (ред.), *Українське суспільство: моніторинг соціальних змін*, 7 (21), 60–80.
- Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62 (7), e13.
- Aldabe, B., Anderson, R., Lyly-Yrjänäinen, M., Parent-Thirion, A., Vermeulen, G., Kelleher, C. C., Niedhammer, I. (2011). Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(12), 1123–1131.
- Bambra, C. (2011). Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle'. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(9), 740–745.
- Bartley, M. (2017). *Health Inequality: An Introduction to Concepts Theories and Methods*. S.I.: Polity Press.
- Bobak, M., Murphy, M., Rose, R., Marmot, M. (2007). Societal characteristics and health in the former communist countries of Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: a multi-level analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 990–996.
- Bobak, M., Pikhart, H., Rose, R., Hertzman, C., Marmot, M. (2000). Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social science & medicine*, 51(9), 1343–1350.
- Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D., Acker, J., Plough, A. (2018). What is health equity?. *Behavioral Science & Policy*, 4(1), 1–14.
- Chan, T.W., Goldthorpe, J.H. (2007). Class and status: The conceptual distinction and its empirical relevance. *American sociological review*, 72(4), 512–532.
- Cockerham, W.C., Hamby, B.W., Hankivsky, O., Baker, E.H., Rouhani, S. (2017). Self-rated health and barriers to healthcare in Ukraine: The pivotal role of gender and its intersections. *Communist and Post-Communist Studies*, 50(1), 53–63.
- Cockerham, W.C. (2021). *The social causes of health and disease*. S.I.: John Wiley & Sons.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. S.I.
- Demirchyan, A., Petrosyan, V., Thompson, M.E. (2012). Gender differences in predictors of self-rated health in Armenia: a population-based study of an economy in transition. *International Journal for equity in health*, 11(1), 1–10.

Eikemo, T.A., Bambra, C., Huijts, T., Fitzgerald, R. (2017). The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. *European Sociological Review*, 33(1), 137–153.

Espelt, A., Borrell, C., Rodriguez-Sanz, M., Muntaner, C., Pasarín, M.I., Benach, J., et al. (2008). Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International journal of epidemiology*, 37(5), 1095–1105.

Freese, J., & Lutfey, K. (2011). Fundamental causality: challenges of an animating concept for medical sociology. In: *Handbook of the sociology of health, illness, and healing* (pp. 67–81). Springer, New York, NY.

Forster, T., Kentikelenis, A., Bambra, C. (2018). Health inequalities in Europe: setting the stage for progressive policy action. S.I.

Gilmore, A.B., McKee, M., Rose, R. (2002). Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Social science & medicine*, 55(12), 2177–2188.

Gkiouleka, A., Huijts, T., Beckfield, J., Bambra, C. (2018). Understanding the micro and macro politics of health: Inequalities, intersectionality & institutions-A research agenda. *Social Science & Medicine*, 200, 92–98.

Grad, F.P. (2002). The preamble of the constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 981–981.

Gray, A.M. (1982). Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *International Journal of Health Services*, 12(3), 349–380.

Hankivsky, O. (2014). Intersectionality 101. The Institute for Intersectionality Research & Policy, SFU, 36, 1–34.

Heyns, B. (2005). Emerging inequalities in central and Eastern Europe. *Annu. Rev. Sociol.*, 31, 163–197.

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., et al. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343.

Jakab, Z., Marmot, M. (2012). Social determinants of health in Europe. *The Lancet*, 379(9811), 103–105.

Link, B.G., Phelan, J. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities. *Handbook of medical sociology*, 6(3), 17.

Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J.R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A.E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468–2481.

Mackenbach, J.P. (2019). *Health Inequalities: Persistence and change in European welfare states*. Oxford University Press.

Mackenbach, J.P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4), 761–769.

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011–1029.

Mazhak, I. (2019). Health inequalities: who is the most disadvantaged among the Ukrainian working-age population? / *Journal of the Academy of Labour, Social Relations and Tourism*, 2, 85–101.

McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172, 22–30.

Michalski, T. (2016). The differentiation of the health situation in European post-Communist countries after 1990. *Geography and Tourism*, 4(1).

Palència, L., Malmusi, D., De Moortel, D., Artazcoz, L., Backhans, M., Vanroelen, C., Borrell, C. (2014). The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Social Science & Medicine*, 117, 25–33.

Phelan, J.C., Link, B.G. (2013). Fundamental cause theory. In: *Medical sociology on the move* (pp. 105–125). Dordrecht: Springer/



Phelan, J.C., Link, B.G., Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1 suppl), 28–40.

Riley, A.R. (2020). Advancing the study of health inequality: fundamental causes as systems of exposure. *SSM-population health*, 10, 100–555.

Schütte, S., Chastang, J.F., Parent-Thirion, A., Vermeulen, G., Niedhammer, I. (2013). Social differences in self-reported health among men and women in 31 countries in Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(1), 51–57.

Sen, G., Iyer, A., Mukherjee, C. (2009). A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health. *Journal of Human Development and Capabilities*, 10(3), 397–415.

*Social Determinants of Health* (s.a.). World Health Organization. Retrieved from: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/).

Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on Social and Economic Determinants of Population Health*, 2, 460–474.

Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health promotion international*, 6(3), 217–228.

Whitehead, M., Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338(8774), 1059–1063.

Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on Social and Economic Determinants of Population Health*, 2, 460–474.

Wilkinson, R.G., Marmot, M. (1998). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Retrieved from: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).

World Health Organization (s.a.). *Health Topics*. Retrieved from: <http://www.who.int>

WHO (2008). Retrieved from: [http://www.who.int/health-equity#tab=tab\\_1](http://www.who.int/health-equity#tab=tab_1)

Отримано 13.02.2022

## References

Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62 (7), e13.

Aldabe, B., Anderson, R., Lyly-Yrjänäinen, M., Parent-Thirion, A., Vermeulen, G., Kelleher, C. C., Niedhammer, I. (2011). Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(12), 1123–1131.

Bambra, C. (2011). Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle'. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(9), 740–745.

Bartley, M. (2017). *Health Inequality: An Introduction to Concepts Theories and Methods*. S.I.: Polity Press.

Bobak, M., Murphy, M., Rose, R., Marmot, M. (2007). Societal characteristics and health in the former communist countries of Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: a multi-level analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 990–996.

Bobak, M., Pikhart, H., Rose, R., Hertzman, C., Marmot, M. (2000). Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social science & medicine*, 51(9), 1343–1350.



- Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D., Acker, J., Plough, A. (2018). What is health equity?. *Behavioral Science & Policy*, 4(1), 1–14.
- Chan, T.W., Goldthorpe, J.H. (2007). Class and status: The conceptual distinction and its empirical relevance. *American sociological review*, 72(4), 512–532.
- Cockerham, W.C. (2021). *The social causes of health and disease*. S.l.: John Wiley & Sons.
- Cockerham, W.C., Hamby, B.W., Hankivsky, O., Baker, E.H., Rouhani, S. (2017). Self-rated health and barriers to healthcare in Ukraine: The pivotal role of gender and its intersections. *Communist and Post-Communist Studies*, 50(1), 53–63.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (2006). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. S.l.
- Demirchyan, A., Petrosyan, V., Thompson, M.E. (2012). Gender differences in predictors of self-rated health in Armenia: a population-based study of an economy in transition. *International Journal for equity in health*, 11(1), 1–10.
- Eikemo, T.A., Bambra, C., Huijts, T., Fitzgerald, R. (2017). The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. *European Sociological Review*, 33(1), 137–153.
- Espelt, A., Borrell, C., Rodriguez-Sanz, M., Muntaner, C., Pasarín, M.L., Benach, J., et al. (2008). Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International journal of epidemiology*, 37(5), 1095–1105.
- Forster, T., Kentikelenis, A., Bambra, C. (2018). Health inequalities in Europe: setting the stage for progressive policy action. S.l.
- Freese, J., & Lutfey, K. (2011). Fundamental causality: challenges of an animating concept for medical sociology. In: *Handbook of the sociology of health, illness, and healing* (pp. 67–81). Springer, New York, NY.
- Gilmore, A.B., McKee, M., Rose, R. (2002). Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Social science & medicine*, 55(12), 2177–2188.
- Gkiouleka, A., Huijts, T., Beckfield, J., Bambra, C. (2018). Understanding the micro and macro politics of health: Inequalities, intersectionality & institutions-A research agenda. *Social Science & Medicine*, 200, 92–98.
- Grad, F.P. (2002). The preamble of the constitution of the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 981–981.
- Gray, A.M. (1982). Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *International Journal of Health Services*, 12(3), 349–380.
- Hankivsky, O. (2014). Intersectionality 101. The Institute for Intersectionality Research & Policy, SFU, 36, 1–34.
- Heyns, B. (2005). Emerging inequalities in central and Eastern Europe. *Annu. Rev. Sociol.*, 31, 163–197.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., et al. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343.
- Jakab, Z., Marmot, M. (2012). Social determinants of health in Europe. *The Lancet*, 379(9811), 103–105.
- Link, B.G., Phelan, J. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities. *Handbook of medical sociology*, 6(3), 17.
- Mackenbach, J.P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4), 761–769.
- Mackenbach, J.P. (2019). *Health Inequalities: Persistence and change in European welfare states*. Oxford University Press.
- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A.J.R., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A.E. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468–2481.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011–1029.

Mazhak, I. (2019). Health inequalities: who is the most disadvantaged among the Ukrainian working-age population? / *Journal of the Academy of Labour, Social Relations and Tourism*, 2, 85–101.

Mazhak, I. (2021). Social inequalities in health among the population of Ukraine of working age. [In Ukrainian]. *The Bulletin of Lviv National University. Sociological Series*, 54. [=Мажак 2021]

McCartney, G., Popham, F., McMaster, R., Cumbers, A. (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172, 22–30.

Michalski, T. (2016). The differentiation of the health situation in European post-Communist countries after 1990. *Geography and Tourism*, 4(1).

*Overcoming the COVID virus in Ukraine: initial estimates of its impact on poverty* (s.a.). [In Ukrainian]. Retrieved from: <https://www.unicef.org/ukraine/media/5811/file/COVID%20impact%20on%20poverty%20ukr.pdf> [=Боротьба s.a.]

Palència, L., Malmusi, D., De Moortel, D., Artazcoz, L., Backhans, M., Vanroelen, C., Borrell, C. (2014). The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Social Science & Medicine*, 117, 25–33.

Phelan, J.C., Link, B.G. (2013). Fundamental cause theory. In: *Medical sociology on the move* (pp. 105–125). Dordrecht: Springer/

Phelan, J.C., Link, B.G., Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51 (1 suppl), 28–40.

Riley, A.R. (2020). Advancing the study of health inequality: fundamental causes as systems of exposure. *SSM-population health*, 10, 100–555.

Schütte, S., Chastang, J.F., Parent-Thirion, A., Vermeulen, G., Niedhammer, I. (2013). Social differences in self-reported health among men and women in 31 countries in Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(1), 51–57.

Sen, G., Iyer, A., Mukherjee, C. (2009). A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health. *Journal of Human Development and Capabilities*, 10(3), 397–415.

Simonchuk, O. (2020) Subjective assessments of health and medical services in the period of COVID and pre-epidemic period. [In Ukrainian]. In: V. Vorona, M. Shulga (Eds.), *Ukrainian society: monitoring of social change*, 7 (21), 60–80. [=Симончук 2020]

*Social Determinants of Health* (s.a.). World Health Organization. Retrieved from: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/).

Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on Social and Economic Determinants of Population Health*, 2, 460–474.

Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health promotion international*, 6(3), 217–228.

Whitehead, M., Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet*, 338(8774), 1059–1063.

Whitehead, M., Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *World Health Organization: Studies on Social and Economic Determinants of Population Health*, 2, 460–474.

Wilkinson, R.G., Marmot, M. (1998). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Retrieved from: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

World Health Organization (s.a.). *Health Topics*. Retrieved from: <http://www.who.int>  
WHO (2008). Retrieved from: [http://www.who.int/health-equity#tab=tab\\_1](http://www.who.int/health-equity#tab=tab_1)

Received 13.02.2022

## ІРИНА МАЖАК

### Соціальні нерівності у здоров'ї: головні підходи до вивчення

Упродовж останніх чотирьох десятиліть дослідники використовують різні теоретико-методологічні підходи для дослідження соціальних нерівностей у здоров'ї. Отже, метою цього дослідження є аналіз головних підходів до визначення та вивчення соціальних і соціально-економічних нерівностей у здоров'ї, а саме: матеріалістичний (грунтований на доходи), психосоціально-поведінковий (грунтований на соціальних нерівностях), культурно-поведінковий (грунтований на поведінці, пов'язаній зі здоров'ям / способом життя) та інтерсекційний (застосований для виявлення соціальних нерівностей у здоров'ї посеред численних соціальних груп, утворених на перетині між різними ідентичностями людини). Поряд із тим застосовують теорію фундаментальних причин, за якою СЕС та соціальний клас визначаються як «фундаментальні причина» здоров'я, хвороби, інвалідності та смерті, а також теорію життєвого шляху, в межах якої розглядаються всі моделі, що пояснюють нерівності у здоров'ї в рамках дослідження соціальних нерівностей у здоров'ї.

Під соціальними нерівностями у здоров'ї розуміють відмінності у здоров'ї між соціальними групами на підставі таких соціальних детермінант, як гендер, вік, дохід, рівень освіти, професія, зайнятість/безробіття, сімейний статус, наявність дітей, житлові умови, місце проживання тощо, які відтворюються у часі. Соціальні нерівності у здоров'ї є несправедливими, й у цивілізованих країнах вживають заходи щодо їх зменшення. Справедливість у здоров'ї полягає в тому, що кожен мусить мати можливість реалізувати свій повний потенціал здоров'я. Справедливість у здоров'ї — це не те саме, що рівність у здоров'ї, бо ті, хто має більші потреби, але менші ресурси, потребують більше допомоги для вирівнювання можливостей. Емпіричні дослідження, в тому числі й проведені в Україні, показали взаємозв'язок між різними соціальними й економічними детермінантами та нерівностями у здоров'ї, а також підтвердили наявність соціальних нерівностей у здоров'ї серед різних соціально-економічних та демографічних груп.

**Ключові слова:** соціальні нерівності у здоров'ї; матеріалістичний, психосоціально-поведінковий та інтерсекційний підходи до розуміння нерівностей у здоров'ї; теорія фундаментальних причин; теорія життєвого шляху

## ІРИНА МАЖАК

### Социальные неравенства в здоровье: основные подходы к изучению

В последние четыре десятилетия исследователи используют различные теоретико-методологические подходы для исследования социального неравенства в здоровье, поэтому целью данного исследования является анализ основных подходов к определению и изучению социальных и социально-экономических неравенств в здоровье, а именно: материалистический (основывающийся на доходе), психосоциальный (основывающийся на социальных неравенствах), культурно-поведенческий (основывающийся на поведении, связанном со здоровьем / образом жизни) и интерсекционный (применяемый для выявления социальных неравенств в здоровье для социальных групп, образующихся на пересечении между разными идентичностями человека). Вместе с тем применяются теория фундаментальных причин, в которой СЭС и социальный класс определяют как «фундаментальные причины» здоровья, болезни, инвалидности и смерти, а также теория жизненного пути, в рамках которой рассматриваются все модели, объясняющие неравенства в здоровье в рамках исследований социальных неравенств в здоровье.

Под социальными неравенствами в здоровье понимают различия в здоровье между социальными группами на основе таких социальных детерминант, как гендер, возраст, доход, уровень образования, профессия, занятость/безработица, семейный статус, наличие детей, жи-

*лищные условия, местожительство и т.д., которые воспроизводятся во времени. Социальные неравенства в здоровье несправедливы, и в цивилизованных странах принимаются меры для их уменьшения. Справедливость в здоровье состоит в том, что каждый должен иметь возможность реализовать свой полный потенциал здоровья. Справедливость в здоровье — это не то, что равенство в здоровье, поскольку те, кто имеет большие потребности, но меньшие ресурсы, нуждаются в большей помощи для выравнивания возможностей.*

*Эмпирические исследования, в том числе проведенные в Украине, показали взаимосвязь между разными социальными и экономическими детерминантами и неравенствами в здоровье и подтвердили наличие социальных неравенств в здоровье среди различных социально-экономических и демографических групп.*

**Ключевые слова:** социальные неравенства в здоровье; материалистический, психосоциальный; культурно-поведенческий и интерсекционный подходы к пониманию неравенств в здоровье; теория фундаментальных причин; теория жизненного пути

## IRYNA MAZHAK

### Social inequalities in health: main approaches to study

*Over the past four decades, researchers have used different theoretical and methodological approaches to study social inequalities in health, so the aim of this study is to analyze the main approaches to studying social and socio-economic inequalities in health: materialist (based on income), psychosocial (based on social inequalities), cultural and behavioral (based on health / lifestyle behaviors) and intersectional (used to identify social inequalities in health among many social groups appear at the intersection between different identities of the individual). There are also the fundamental cause theory, in which SES and social class are defined as the «fundamental cause» of health, disease, disability and death, and the life-course theory covering all the models that explain health inequalities within research of social inequalities in health.*

*Social inequalities in health are understood as differences in health between social groups based on such social determinants as gender, age, income, level of education, occupation, employment / unemployment, marital status, presence of children in the family, living conditions, place of residence, etc., which are reproducing over the time. Social inequalities in health are unjust, so in civilized societies governments tackling social inequalities in health. Health equity means that everyone should be able to reach their full potential in health. Health equity is not the same as health equality, because those who have greater needs but fewer resources need more support to equalize opportunities.*

*Empirical studies, including those conducted in Ukraine, have shown the relationship between different social and economic determinants and health inequalities and have confirmed the existence of social inequalities in health among different socio-economic and demographic groups.*

**Key words:** social inequalities in health; materialist, psychosocial, cultural-behavioral and intersectional approaches to study health inequalities; fundamental cause theory; life-course theory