

УДК 303.023:[316.34:613](477)

DOI: 10.18523/2617-9067.2019.2.23-34

Мазай Д. С., Мальцева К. С.

## ВПЛИВ СОЦІАЛЬНОЇ НЕРІВНОСТІ НА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ (за даними масиву European Social Survey, 2012)

В основу статті покладено аналіз впливу соціальної нерівності на здоров'я українського населення віком 18–65 років на базі масиву даних European Social Survey 2012 року ( $N = 2178$ ) з використанням статистичного пакета SPSS. Авторські знахідки узгоджуються з тенденціями, що реєструються в попередніх дослідженнях нерівності у здоров'ї. Зокрема, демонструється, що суб'єктивний стан здоров'я індивідів з повною базовою освітою є кращим, ніж у людей з повною середньою освітою; наймані працівники мають гірший суб'єктивний стан здоров'я, ніж ті, хто має власний бізнес; люди, які задоволені власними доходами, мають кращий стан здоров'я, ніж ті, хто зовсім незадоволений власними доходами; найвпливовішим предиктором суб'єктивного стану здоров'я є вік.

**Ключові слова:** соціальна нерівність, нерівність у здоров'ї, кількісні методи, European Social Survey, Україна.

Бідність прекрасна у віршах ...  
в сентенціях і в проповідях,  
але в практичному житті це дуже погано.  
Генрі Ворд Бічер. *Proverbs from Plymouth Pulpit*

Соціальна нерівність була супутницею людських суспільств упродовж багатьох століть. У сучасному світі її прояви та вплив можна відстежити в найрізноманітніших царинах життя кожної людини, зокрема у сфері здоров'я. Різниця у стані здоров'я між багатими та бідними є одним із найдавніших з емпірично доведених елементів медико-соціологічного знання. Здоров'я є важливим параметром людського існування та суттєвою характеристикою, що безпосередньо впливає на якість життя. У 1948 р. набув чинності Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у якому було задекларовано, що гарне здоров'я має бути невідокремним правом, доступним кожній людині, незалежно від статі, раси, соціо-економічного статусу тощо (Всемирная организация здравоохранения, 2006). Від початку ХХ ст. докладалися систематичні зусилля в галузі медицини та охорони здоров'я з метою покращення середнього рівня здоров'я націй загалом. Наукові досягнення уможливили зниження рівня захворюваності на інфекційні хвороби, що були основними проблемами до кінця ХІХ ст., та технологічно вдосконалили такі сфери, як хірургія, радіологія тощо. Але парадоксальною лишилася незмінність прірви між бідними та багатими в показниках здоров'я (Cockerham, 2013; Marmot, 2006; Wilkinson & Marmot, 2003; World Health Organization, 2010). Чому попри політичні заходи

та медичні відкриття, спрямовані на подолання нерівностей у здоров'ї, прірва між бідними та багатими щодо захворюваності лишається такою самою, як і в ХІХ ст.? Однією з емпіричних відповідей на це запитання є спостереження щодо ролі нерівності та ієрархії у спричиненні та відтворенні нерівностей у здоров'ї (*health disparities*) між соціальними групами (Wilkinson & Marmot, 2003).

Сьогодні у світі, і в Україні зокрема, можна спостерігати великі відмінності в показниках здоров'я серед різних груп населення, нерівний доступ до ресурсів, необхідних для поліпшення власного здоров'я тощо. Важливим аспектом є те, що нерівність створює нерівні можливості щодо здатності скористатися перевагами науково-технічного прогресу в цій галузі, різними шансами мати гарне здоров'я, а також різні ризики смертності. Так само, як соціальна нерівність зберігається у всіх країнах, незалежно від рівня їхнього розвитку, нерівність у здоров'ї відтворюється відповідно (Cockerham, 2013; Marmot, 2005, 2006; Wilkinson & Marmot, 2003). Своєю чергою, погане здоров'я може бути перешкодою для повноцінного здійснення своїх прав людиною, тим самим відтворюючи соціальну нерівність (Link & Phelan, 1995; Phelan, Link, & Tehranifar, 2010). Саме ці тенденції висвітлюються в сучасних дослідженнях з нерівностей у здоров'ї, яким також присвячено і це дослідження.

На жаль, наразі в Україні дослідженням нерівності у здоров'ї не приділяється належної уваги, попри інтенсивність таких розвідок у соціальних та медичних науках на міжнародному рівні. За межами цих моніторингових<sup>1</sup> у нас проблема нерівностей у здоров'ї є маловивченою, а сама проблематика є малопомітною у вітчизняній науці. Бракує спеціалізовано-спрямованих, зорієнтованих на конкретні гіпотези досліджень та якісних, систематичних статистичних даних щодо диференціації здоров'я (Індекс здоров'я. Україна, 2019; Мальцева і Степурко, у підготовці). Саме відсутність якісної та детальної статистичної інформації щодо нерівностей у здоров'ї стоїть на заваді поглибленому розумінню причин (джерел) їх виникнення та відтворення, що, своєю чергою, сприяло б розробленню ефективних практичних заходів для поступового вирішення цієї проблеми в нашій країні.

Для розроблення ефективних проєктів та проведення досліджень нерівності у здоров'ї в Україні потрібні зіставлення результатів, отриманих на вибірках із різних країн, та систематизація основних теоретичних та емпіричних здобутків з вибірок інших країн. Наше дослідження додає до корпусу літератури, що в дослідженні нерівностей у здоров'ї орієнтується на результати та відповідну теоретизацію британського епідеміолога Майкла Мармота (Marmot, 2006). Відповідно до згаданих вище посилань, у своїй публікації ми зосереджуємося на таких дослідницьких питаннях: *Як соціальна нерівність впливає на здоров'я українського населення? Які чинники мають найтісніший зв'язок зі здоров'ям в Україні?*

Для відповіді на них на основі наявних висновків попередніх досліджень соціальних детермінантів здоров'я було сформульовано серію очікувань, що перевірялися на даних European Social Survey (далі – ESS).

1. Оскільки вищий рівень освіти типово асоціюється з кращими показниками здоров'я (Cockerham, 2013), ми очікували, що *у людей з повною базовою освітою (бакалавр) суб'єктивний стан здоров'я буде кращим, ніж у людей з повною середньою освітою.*

2. Зважаючи на продемонстрований раніше зв'язок між характером працевлаштованості та

оцінкою контролю над своїм життям та здоров'ям у різних країнах, ми очікували, що *наймані працівники матимуть гірший суб'єктивний стан здоров'я, ніж ті, хто має власний бізнес.*

3. Згідно з логікою моделі культурного консенсу (Dressler, 2005, 2007; Reyes-Garcia et al., 2010), *індивіди, задоволені власними доходами, матимуть кращий стан здоров'я, ніж незадоволені власними доходами.*

4. За логікою механізму соціального стресу (Pearlin, Menaghan, Lieberman, & Mullan, 1981; McLeod, 2012, 2013) перцепція дискримінації, як і перцепція відповідності соціальному стандарту (див. гіпотезу 3), створюватиме стрес (Lee & Turney, 2012); отже, ми очікували *зв'язок між відчуттям дискримінації (за віком, статтю тощо) та станом здоров'я.*

5. Зважаючи на невисокий показник стратифікації, коефіцієнт Джині (GINI index)<sup>2</sup>, поруч із доволі високим рівнем Індeksu людського розвитку (Human Development Index)<sup>3</sup>, *найвпливовішим предиктором суб'єктивного стану здоров'я в українській вибірці буде вік.*

### **Нерівність у здоров'ї: огляд ключових досліджень**

Проблему нерівності у здоров'ї досліджують відносно недавно, але на сьогодні вже є емпіричні здобутки з цієї теми. Початком і важливим внеском у розгляд питань нерівності у здоров'ї є звіт «Black Report» 1980 року, який докладно показав, наскільки нерівномірно розподіляються серед населення Великої Британії захворюваність та смертність, а також те, що після запровадження Національної служби охорони здоров'я у 1948 р. ця нерівність не зменшувалася, а зростала. Однак у звіті зроблено висновок, що ці нерівності не були суттєво пов'язані з недоліками в діяльності цієї служби, а радше з багатьма іншими соціальними нерівностями, що впливають на здоров'я: дохід, освіта, житло, дієти, зайнятість та умови праці. З огляду на зазначене в доповіді рекомендовано серію стратегічних заходів соціальної політики щодо боротьби з нерівністю в галузі охорони здоров'я (The Black Report, 1981; Gray, 1982).

Вивчаючи нерівномірну дистрибуцію соціальних детермінантів здоров'я у суспільстві, М. Мармот встановив цікаві закономірності в тому, що впливає на наше здоров'я, і звернув увагу на

<sup>1</sup> Наприклад, серія досліджень самооцінки стану здоров'я українців, виконаних Київським міжнародним інститутом соціології (КМІС) з 1995 по 2018 рр. (прес-реліз доступний на <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=768&page=1&t=7>), проєкт «Індекс здоров'я. Україна» (звіти за 2016–2018 рр. доступні на <http://health-index.com.ua/reports>) та зібрані Українським інститутом соціальних досліджень ім. Олександра Яременка дані в межах проєкту ВООЗ «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» (2001–2018 рр.) (лінки до звітів доступні на <http://www.uisr.org.ua/hbsc>).

<sup>2</sup> “GINI index (World Bank estimate)”. data.worldbank.org. World Bank. Retrieved 7 May 2019.

<sup>3</sup> “Human Development Report 2018 – «Human Development for Everyone»” (PDF). HDRO (Human Development Report Office) United Nations Development Programme, pp. 198–201. Retrieved 8 January 2018.

соціально-економічний статус, який є найсильнішим предиктором здоров'я, причиною захворювань та довголіття. Його найважливіші висновки є такими: нерівність у здоров'ї є не лише між багатими та бідними, а й у певній ієрархії статусів здоров'я, де індивід на вершині цієї ієрархії матиме краще здоров'я, ніж ті, хто всередині ієрархії, а надто внизу. Він назвав це «соціальним градієнтом» – систематичне сходинкоподібне збільшення шансів мати краще здоров'я з кожним підняттям на наступний вищий ранг у ієрархії (Marmot, 2005, 2006). Мармот та його співавтори демонструють, що індивіди, які перебувають на нижчому щаблі соціальної ієрархії, відчувають, що мають менше контролю, що, ймовірно, може призвести до стресу, який потім негативно позначається на здоров'ї (Marmot, 2005; McLeod, 2012, 2013; Wilkinson & Marmot, 2003). Також у цьому річизі характерними є результати дослідження здоров'я мешканців Лондона, що показали різницю в середній тривалості життя до 20 років між окраїнами та комфортабельним центром Лондона, де з кожною зупинкою метро у напрямку, протилежному від центру, від тривалості життя віднімався рік (Беллаз, 2015).

Дослідження Мармота та співавторів вказують на роль нерівності у відтворенні нерівностей у здоров'ї в сучасних індустріалізованих суспільствах, незважаючи на властивий їм високий рівень розвитку медицини та якості медичного обслуговування, наприклад, у США (Marmot, 2006; Wilkinson & Marmot, 2003). Використовуючи дані Каліфорнійського університету, комітету охорони здоров'я та соціальних послуг для захисту людей, Брейвман та колеги проаналізували нерівність у доступі до медичного догляду вагітних жінок. Незважаючи на значне поліпшення показників пренатального догляду серед жінок дітородного віку та вагітних у Каліфорнії загалом у 1999–2001 рр., диспропорції здоров'я не виявилися значно меншими, ніж у 1994–1995 рр. В обидва періоди групи жінок нижчого соціоекономічного статусу в Каліфорнії не мали належного допологового догляду або його не було взагалі. Результати підтвердили дані про те, що заходи, спрямовані на сприяння догляду за вагітними жінками, повинні зосереджуватися на страхуванні в першому триместрі, політиках планування сім'ї та загальному ставленні населення до догляду за вагітністю (Braveman, Krieger, & Lynch, 2000).

Проте формулювання механізму впливу нерівності на здоров'я ускладнюється комплексністю чинників у наслідках для здоров'я, а також дії зовнішніх (соціокультурних) чинників. С. Харпер та П. Стівен (2004) надали огляд методів

узагальнення соціальних розбіжностей у галузі здоров'я на прикладі раку легенів. Результати науковців вказують на те, що вибір метрики для узагальнення соціальних розбіжностей у галузі здоров'я впливає на оцінки величини та навіть напрями зміни нерівномірності в поширенні захворюваності та здоров'я, що має наслідки для того, як можна інтерпретувати зміни як такі. Залежно від підсумкової вимірюваної розбіжності ті самі дані можуть показати різні результати з огляду на те, яким чином ми будемо це вимірювати. На думку дослідників, це свідчить про потенційну плутанину та необхідність глибшого розуміння питань, пов'язаних із вибором підсумкового показника здоров'я та розбіжностей між ними (Harper & Stephen, 2004).

Подібні прояви нерівностей також простежуються щодо гігієни ротової порожнини (Tellez, Zini, & Estupinan-Day, 2014). Якщо у XIX ст. заможні верстви населення мали тут гірші показники через доступність цукру та інших продуктів, що шкодять здоров'ю зубів та ясен, то нині доступ до знання про доступні гігієнічні та профілактичні процедури, а також доступ до них є більш відкритим для більш фінансово забезпечених (та освічених) груп населення. Нині проблеми у сфері гігієни ротової порожнини найчастіше спостерігаються в расових та етнічних меншинах, у людей нижчого соціально-економічного статусу. Визначення та розуміння цих детермінантів та шляхів їх впливу на знання щодо здоров'я ротової порожнини, поведінку, використання медичних послуг та, в кінцевому підсумку, оздоровлення ротової порожнини – це перші кроки до усунення цих нерівностей, зокрема у здоров'ї. Автори підкреслюють, що втручання, спрямовані на зменшення розбіжностей, повинні мати багаторівневий підхід для виявлення змінних механізмів та спрямованості на всі детермінанти диспропорцій у галузі охорони здоров'я.

Більшість емпіричних досліджень свідчать про те, що стан здоров'я населення гірший у тих країнах, де нерівність у розподілі доходів більша. Також зроблено припущення, що взаємозв'язок між доходами та станом здоров'я більш властивий розвиненим країнам (Cockerham, 2013). За результатами емпіричних досліджень, у США погіршення життя внаслідок нерівності доходів є зіставним із погіршенням життя внаслідок раку легень, діабету, дорожньо-транспортних пригод, вірусу імунодефіциту, самогубств та убивств разом узятих (Херзер, Нунненкамп, 2017).

Результати опублікованих досліджень сукупно свідчать про те, що на здоров'я впливають такі соціальні детермінанти здоров'я, як дохід,

освіта, житло, раціон, зайнятість та умови праці (Cockerham, 2013), проте нерівність у здоров'ї існує не лише *лінійно* між багатими чи бідними, але й постає в певній *ієрархії* (Wilkinson & Marmot, 2003). Дохід тісно пов'язаний зі станом здоров'я за результатами досліджень у багатьох країнах. Це також пояснюється тим, що більш заможні люди мають кошти та можливості для підтримання чи зміни способу життя для поліпшення свого здоров'я та лікування<sup>4</sup>.

### Вплив соціальної нерівності на психічне здоров'я

Психічне здоров'я – важливий компонент здоров'я загалом. За визначенням ВООЗ, психічне здоров'я – це стан благополуччя, в якому людина реалізує свої можливості, може протистояти звичайним життєво важливим стресам, продуктивно працювати і робити внесок у свою спільноту. У сучасній концептуалізації психічне здоров'я – це не тільки відсутність психічних розладів, але й позитивні симптоми психологічного процвітання індивіда (Keyes, 2002, 2005). Психічне здоров'я визначається низкою соціально-економічних, біологічних факторів та факторів навколишнього середовища. У цьому сенсі психічне здоров'я є основою благополуччя людини та ефективного функціонування всієї спільноти. У цьому контексті варто розглянути, як саме чинники зовнішнього, соціального середовища концептуалізуються у їхньому зв'язку із здоров'ям.

Важливу роль у психологічному благополуччі індивідів відіграють нормативні соціокультурні уявлення щодо соціально бажаного та колективні уявлення про складові «культурного стандарту». У межах когнітивної теорії культури У. Дреслер сформулював принцип культурного консонансу (Dressler, 2005; Maltseva, 2015). Культурний консонанс – це міра, якою індивіди наближаються – у своїх власних переконаннях та поведінці – до соціально прийнятих (культурно бажаних) стандартів, і прототипи цих переконань і поведінки, закодовані в загальних культурних моделях. Результати робіт Дреслера вказують на те, що менш консонантні з культурою індивіди мають гірші показники здоров'я, як психічного, так і фізичного. Модель культурного консонансу є важливим прикладом взаємозв'язку між культурою, психічним життям та психосоціальним стресом,

оскільки її теоретизація об'єднує колективну культуру з індивідуальним знанням, поведінкою та здоров'ям і підкреслює негативні наслідки для здоров'я, що виникають у разі невідповідності культурному стандарту на індивідуальному рівні (Maltseva, 2018).

Центральне місце у зв'язку між культурою та здоров'ям займає здатність культури функціонувати як стресор. Цей соціально викликаний стрес, своєю чергою, може сприяти погіршенню здоров'я, передовсім психічного. Модель соціального стресу вже давно є панівною парадигмою дослідження взаємозв'язку між соціальними факторами та психічним здоров'ям. З цього погляду, нормативна культура з її кодами та стандартами є одним із хронічних стресорів у повсякденному житті. У контексті психічного здоров'я ті соціокультурні стресори, які мають більш загальний ефект навколишнього середовища, також можуть бути джерелом стресу, який може пояснити, як несприятливі соціальні статуси людей породжують проблеми психічного здоров'я (Maltseva, 2015). Модель культурного консонансу є корисною основою, яка може пояснити як виникнення та збереження нерівностей у сфері здоров'я, так і фундаментальні питання когнітивного виміру культури людини (Maltseva, 2015).

Дискримінацію також пов'язують зі схильністю до психічних розладів (Lee & Turney, 2012). Дискримінація зазвичай пов'язана з ворожістю, депресивним афектом та самотністю. Хоча зв'язок між дискримінацією та деякими результатами психічного здоров'я (наприклад, депресивними симптомами) є добре документованим, значно менше відомо про те, як дискримінація пов'язана з такими наслідками, як самотність та ворожеча. Самотність сама по собі може бути охарактеризована як один із можливих показників концепції соціального відторгнення. Дослідження соціальної ізоляції показують, що негативні наслідки дискримінації, стресових явищ та виключення з суспільства, особливо через соціально незахищене становище, поступово нагромаджуються (акумулюються) та сукупно здійснюють свій кумулятивний негативний вплив на психічне здоров'я впродовж усього життя індивіда. Згідно з попередніми дослідженнями, хронічні соціальні стресори пов'язані з самотністю і вірогідно, що дискримінація (інший чинник стресу) діє аналогічно. Також науковці довели, що сприйняття дискримінації є чинником ризику для порушень психічного здоров'я серед расових/етнічних підгруп, які розглядалися (Lee & Turney, 2012).

Слід зауважити, що гроші не є гарантією здоров'я, а їх відсутність необов'язково призводить

<sup>4</sup> Міжгенераційне передання нерівностей у здоров'ї та відповідні механізми кумулятивного впливу нерівностей у здоров'ї є окремою дослідницькою нішею і не можуть розглядатися в межах нашого аналізу, оскільки в масиві ESS немає необхідних для цього змінних.

до психічних захворювань (Murali & Oyeboode, 2004). Бідність може бути як детермінантом, так і наслідком поганого психічного здоров'я. Зв'язок між економічним статусом і поширеністю психічних захворювань виглядає дедалі більш комплексним та помітним. Проте епідеміологічні дослідження в усьому світі демонстрували зв'язок між психічним захворюванням і соціальним класом. Психічні розлади (наприклад, шизофренія) є більш поширеними серед людей нижчого соціального класу (Phelan, Link, & Tehranifar, 2010). Поширеність психічних розладів, включно з невротичними розладами, психози, алкогольну та наркотичну залежності було досліджено у 1995 р. в США. Зайнятість і статус були основними факторами в поясненні відмінностей у показниках поширеності всіх психіатричних розладів у дорослих. Зі збільшенням рівня безробіття значно збільшилося співвідношення шансів психічних розладів у контрольній групі. Також приблизно втричі зросли шанси фобій та функціонального психозу (Murali & Oyeboode, 2004). Дослідження останніх років також зазначають, що соціоекономічний стан впливає на психічне здоров'я дітей і соціально-економічне становище значною мірою визначає психічне нездоров'я дітей та підлітків (для огляду див. Марценковський, Павленко, 2017).

Отже, на підставі аналізу досліджень джерел нерівності у здоров'ї можна зробити висновок, що дискримінація, стрес та виключення з суспільства в поєднанні з соціально-економічною нерівністю негативно впливають на здоров'я індивіда впродовж усього життя і здатні негативно впливати на показники психічного та фізичного здоров'я.

### Вплив соціальної нерівності на здоров'я українського населення

**Вибірка.** Дослідження було проведено на основі наявного масиву шостої хвилі European Social Survey (ESS, 2012). Генеральну сукупність

у цьому дослідженні становлять 2178 респондентів з України від 18 до 65 років. 3-поміж опитаних:

- 53,8 % жінок та 46,2 % чоловіків;
- середній вік респондентів – 41 рік, мода – 24 роки;
- найвищі рівні освіти – це неповна базова освіта (молодший спеціаліст) (25,4 %), повна базова освіта (спеціаліст) (19,3 %) та повна середня освіта (18,3 %). Рівень бакалавра мають 4,5 %, магістра – 5,2 %;
- 92,9 % є найманими працівниками, 5,4 % – самозайняті та 1,7 % працюють у власному бізнесі.

**Аналіз середніх тенденцій.** За даними аналізу середнє значення здоров'я становило 2,60 (табл. 1). Серед жінок 51 % опитаних визначили своє здоров'я як нормальне, тоді як 50 % опитаних чоловіків – як добре. Респонденти обох статей майже однаково (1,7 % та 1,5 % відповідно) визначили своє здоров'я як дуже погане (табл. 2).

Якщо порівнювати стан здоров'я респондентів різного віку, то можна побачити очікувану тенденцію погіршення суб'єктивного стану здоров'я зі збільшенням віку. Респонденти 18- та 35-річного віку частіше обирали відповідь «добрий», тоді як 50- та 65-річного віку – «нормальний». Важливо, що лише 18-річні респонденти визначали своє здоров'я як дуже добре (7,1 %) (табл. 2).

Що стосується статусу зайнятості респондентів, то варто зазначити, що більшість опитаних, які є найманими працівниками, визначали своє здоров'я як нормальне, а більшість респондентів, які є самозайнятими (51 %) та мають власний бізнес (50 %), визначають своє здоров'я як добре (табл. 3). Лише категорія респондентів, що є найманими працівниками, визначала своє здоров'я як дуже погане (1,7 %) (табл. 3).

Щодо того, як респонденти оцінюють свій суб'єктивний дохід, то ті, хто задоволений власним доходом, майже однаково обирали альтернативи

Таблиця 1. Описові статистики

	Мінімум	Максимум	Середнє	Мода	SD
Суб'єктивний стан здоров'я	1	5	2,60	3	0,748

Таблиця 2. Розподіл суб'єктивного стану здоров'я респондентів за віком, %

Суб'єктивний стан здоров'я	18 років	35 років	50 років	65 років
Дуже добрий	7,7	–	–	–
Добрий	50	50	31,3	18,5
Нормальний	42,3	43,8	53,1	51,9
Поганий	7,4	3,1	15,6	22,2
Дуже поганий	–	3,1	–	7,4
<i>Загалом</i>	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблиця 3. Розподіл суб'єктивного стану здоров'я респондентів за типом зайнятості, %

Суб'єктивний стан здоров'я	Найманий працівник	Самозайняті	Працює на власний (сімейний) бізнес
Дуже добрий	3,0	7,1	3,6
Добрий	40,4	50,6	50,0
Нормальний	47,6	34,1	39,3
Поганий	7,4	8,2	7,1
Дуже поганий	1,7	–	–
<i>Загалом</i>	100,0	100,0	100,0

відповіді «добрий» та «нормальний», 39,6 % та 43,8 %, відповідно (табл. 4). Це єдина категорія респондентів, яка не визначала стан свого здоров'я як дуже поганий. Ті респонденти, кому вдається жити за власним доходом, майже порівну обирали альтернативи відповіді «добрий» та «нормальний», 45,9 % та 44,2 %, відповідно (табл. 4). Щодо тих респондентів, яким дуже важко жити за власним доходом, то 45 % опитаних визначали своє здоров'я як нормальне. Це та категорія респондентів, яка частіше (3,4 %) за інші обирала альтернативу відповіді «дуже погане здоров'я» (табл. 4).

Більшість респондентів (66,7 %), які мали оплачувану роботу протягом останнього тижня, визначали своє здоров'я як нормальне, та 7,4 % респондентів цієї категорії – як дуже погане (табл. 6). Ті респонденти, які не працювали протягом останнього тижня, майже однаково визначали своє здоров'я як добре (36,8 %) та нормальне (44,8 %). На відміну від респондентів, які не мали оплачуваної роботи протягом останнього тижня, ця категорія респондентів визначала своє здоров'я як дуже добре (5 %) (табл. 6). Такі результати можна пояснити так: наявність оплачу-

Таблиця 4. Суб'єктивний стан здоров'я респондентів залежно від задоволеності доходом, %

Суб'єктивний стан здоров'я	Задоволені власним доходом	Вдається жити за власним доходом	Важко жити за власним доходом	Дуже важко жити за власним доходом
Дуже добрий	8,3	5,4	3,3	3,0
Добрий	39,6	45,9	43,8	36,7
Нормальний	43,8	44,2	45,3	44,6
Поганий	8,3	3,0	6,8	12,3
Дуже поганий	–	1,5	0,7	3,4
<i>Загалом</i>	100,0	100,0	100,0	100,0

Щодо впливу рівня освіти, то більшість респондентів, які мають повну базову освіту (бакалавр), визначають своє здоров'я як добре та 12,3 % респондентів вважають своє здоров'я дуже добрим, тоді як більшість респондентів (57,4 %), які мають неповну середню освіту, визначають своє здоров'я як нормальне та 4,4 % цих респондентів вважають, що мають дуже погане здоров'я. Цікаво, що 58,3 % респондентів, які мають науковий ступінь, визначають своє здоров'я як нормальне, тобто майже на такому самому рівні, як і респонденти, які мають неповну середню освіту (табл. 5).

ваної роботи передбачає певний дохід, який забезпечує людині доступ до якісної їжі, ресурсів, які допомагають поліпшувати рівень життя, зокрема здоров'я. Проте робота потенційно веде до стресу, а стрес на робочому місці збільшує ризик захворювань та погіршує здоров'я загалом (cf. Marmot, 2006).

Цікаво, що такі дискримінаційні чинники, як «дискримінація за віком», «дискримінація за статтю», «дискримінація за расою або кольором шкіри», не показали значних відмінностей у тому, як респонденти оцінювали своє здоров'я (табл. 7–9). Серед тих респондентів, які зазнають

Таблиця 5. Суб'єктивний стан здоров'я респондентів відповідно до рівня їхньої освіти, %

Суб'єктивний стан здоров'я	Неповна середня освіта (атестат за 8–9 класів)	Повна базова освіта (бакалавр)	Аспірантура, науковий ступінь
Дуже добрий	–	12,3	–
Добрий	26,5	46,9	–
Нормальний	57,4	37	58,3
Поганий	11,8	3,7	41,7
Дуже поганий	4,4	–	–
<i>Загалом</i>	100,0	100,0	100,0

Таблиця 6. Розподіл суб'єктивного стану здоров'я респондентів залежно від наявності оплачуваної праці, %

Суб'єктивний стан здоров'я	Мали оплачувану роботу	Не мали оплачуваної роботи
Дуже добрий	–	5,0
Добрий	16,7	36,8
Нормальний	66,7	44,8
Поганий	9,3	11,2
Дуже поганий	7,4	2,2
Загалом	100,0	100,0

дискримінації через вік, більшість (54,5 %) визначили своє здоров'я як нормальне, а 45,0 % респондентів, що не зазнають цієї дискримінації, майже на такому самому рівні визначали своє здоров'я як нормальне, проте 42,3 % з них – як добре (табл. 7).

Щодо тих респондентів, які зазнають статевої дискримінації, результати майже подібні: більшість респондентів (88,9 %) визначають своє здоров'я як нормальне, а ті респонденти, які не зазнають цієї дискримінації, майже однаково визначають своє здоров'я як нормальне (45 %) та добре (42,3 %) (табл. 8).

Серед тих респондентів, які зазнають дискримінації через расу або колір шкіри (n = 594 (1,1 %)), більшість (66,7 %) визначає своє здоров'я як нормальне. Ті респонденти, які не зазнають цієї дискримінації, майже однаково

визначають своє здоров'я як нормальне (44,9 %) та добре (42,3 %) (табл. 9).

### Чинники суб'єктивного стану здоров'я українського населення

Вплив соціальної нерівності вимірювався за допомогою аналізу сили кореляційних зв'язків між кожним із факторів та станом суб'єктивного здоров'я в аналізі кореляцій і потім у регресійному аналізі. У нашому дослідженні статус здоров'я вимірювали за допомогою показника суб'єктивного стану здоров'я (*subjective general health*). Ця змінна включала в себе питання «Як ваше здоров'я в цілому?» і мала віяло відповідей, що складалося з п'яти альтернатив: «дуже погано», «погано», «нормально», «добре», «дуже добре».

Таблиця 7. Розподіл суб'єктивного здоров'я серед респондентів, які зазнають вікової дискримінації, %

Суб'єктивний стан здоров'я	Не відчувають дискримінації	Відчувають себе дискримінованими
Дуже добрий	4,2	–
Добрий	42,3	36,4
Нормальний	45,0	54,5
Поганий	7	9,1
Дуже поганий	1,6	–
Загалом	100,0	100,0

Таблиця 8. Розподіл суб'єктивного стану здоров'я серед респондентів, які зазнають статевої дискримінації, %

Суб'єктивний стан здоров'я	Не відчувають дискримінації	Відчувають себе дискримінованими
Дуже добрий	4,2	–
Добрий	42,5	–
Нормальний	44,8	88,9
Поганий	7	11,1
Дуже поганий	1,6	–
Загалом	100,0	100,0

Таблиця 9. Розподіл суб'єктивного здоров'я серед респондентів, які зазнають дискримінації через расу або колір шкіри, %

Суб'єктивний стан здоров'я	Не відчувають дискримінації	Відчувають себе дискримінованими
Дуже добрий	4,2	–
Добрий	42,3	33,6
Нормальний	44,9	66,7
Поганий	7,1	–
Дуже поганий	1,6	–
Загалом	100,0	100,0

Залежними змінними були такі соціальні детермінанти здоров'я:

- соціально-економічні чинники, що включали інформацію про рівень освіти (*highest level of education, Ukraine*), зайнятість (*employment relation*) та суб'єктивний дохід (*feelings about household's in come nowadays*); як людина оцінює становище в суспільстві (*your place in society*), задоволеність роботою (*how sat is fied with job*), наявність оплачуваної роботи протягом останнього тижня (*control paid work last 7 days*), можливість вирішувати, як жити своє життя (*free to decide how to live my life*), відчуття того, що те, що я роблю в житті, є цінним і важливим (*feel what I do in life is valuable and worth while*);

- дискримінаційні чинники, зокрема дискримінація за віком, дискримінація за расою або кольором шкіри, дискримінація за статтю, дискримінація через сексуальну орієнтацію;

- соціодемографічні чинники: вік (*age*), стать (*gender*).

**Аналіз кореляцій.** Найтісніший зв'язок зі станом здоров'я мав вік ( $r = 0,42$ ). Можливість вирішувати, як жити своє життя, – на другому місці ( $r = 0,15$ ), а такі фактори, як стать ( $r = 0,17$ ) та рівень освіти ( $r = 0,12$ ), наявність оплачуваної роботи протягом останнього тижня ( $r = 0,16$ ), також пов'язані зі здоров'ям (табл. 10). Аналіз показав, що задоволеність роботою не корелює зі станом здоров'я, тобто вплив цього фактора не підтвердився. Фактори «місце в суспільстві», «наявність оплачуваної роботи протягом останнього тижня» показали наявність протилежного зв'язку: що вище значення однієї змінної, то нижче значення іншої, тобто що краще людина оцінює себе, то гіршим є її здоров'я. Фактори, що продемонстрували кореляцію, виявилися статистично значущими ( $p = 0,000$ ) (табл. 10). Натомість такі фактори, як

«дискримінація за расою», «дискримінація за віком» та «дискримінація через сексуальну орієнтацію», не показали наявності зв'язку і виявилися статистично незначущими (табл. 10).

**Побудова регресійної моделі.** Шляхом лінійної регресії було визначено найбільш якісну регресійну модель (табл. 11). Результати з таблиці кореляцій зійшлися з отриманими в регресійному аналізі даними (табл. 11–14). Дані підтверджують якість моделі (табл. 12–13). Було враховано внесок кожного предиктора, і за допомогою цієї моделі можна скласти рівняння, яке теоретично зможемо застосовувати для визначення суб'єктивного рівня здоров'я:

$$1,826 + \text{Вік} * 0,21 + \text{Місце в суспільстві} * (-0,059) + \text{Можливість вирішувати, як жити своє життя} * 0,095 + \text{Відчуття того, що те, що я роблю в житті, є цінним} * 0,073 = \text{Суб'єктивний стан здоров'я.}$$

Було пораховано відсотковий внесок кожного предиктора (табл. 14). Можна зробити висновок про те, що для визначення свого стану здоров'я найбільш впливовим предиктором (66 %) є вік, адже це пов'язано з фізіологічним аспектом, коли люди з віком старіють і їхнє здоров'я погіршується. Також це можна пояснити тим, що зі збільшенням віку зменшуються можливості людини та шанси реалізації (наприклад, у кар'єрі), зокрема через дискримінацію на ринку праці. І така тенденція має кумулятивний характер: зменшуються шанси на професійну самореалізацію, зменшуються доходи і погіршується здоров'я. Другим предиктором є те, як люди визначають своє місце в суспільстві (11 %). Це можна пояснити тим, що люди оцінюють своє місце в суспільстві залежно від того, наскільки вони реалізовані в житті (в

Таблиця 10. Кореляція суб'єктивного стану здоров'я з виділеними факторами

Назва фактора, з яким вимірюється кореляція	Кореляція (r)	p
Вік	0,417	0,000
Стать	0,174	0,000
Суб'єктивний дохід	0,085	0,000
Місце в суспільстві	-0,212	0,000
Зайнятість	0,062	0,000
Рівень освіти	0,117	0,000
Можливість вирішувати, як жити своє життя	0,148	0,000
Відчуття того, що те, що людина робить у житті, є цінним і важливим	0,094	0,000
Наявність оплачуваної роботи протягом останнього тижня	0,157	0,000
Задоволеність роботою	0,033	0,000
Дискримінація респондента за расою	0,029	0,825
Дискримінація респондента за віком	0,016	0,561
Дискримінація респондента за статтю	0,069	0,077
Дискримінація респондента через сексуальну орієнтацію	0,022	0,342
Дискримінація респондента через національність	0,002	0,937



Таблиця 11. Коефіцієнти при побудові регресійної моделі<sup>a</sup>

Предиктори	Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Значущість (p)	Кореляція Zero-order
	B	Стандартизована похибка	Beta			
Константа	1,826	0,302		6,041	0,000	
Вік	0,021	0,002	0,410	12,194	0,000	0,460
Місце в суспільстві	-0,059	0,017	-0,123	-3,503	0,000	-0,258
Можливість вирішувати, як жити своє життя	0,095	0,028	0,120	3,425	0,000	0,186
Стать	0,086	0,056	0,051	1,545	0,123	0,035
Рівень освіти	0,000	0,000	-0,065	-1,959	0,051	-0,132
Суб'єктивний дохід	0,069	0,036	0,065	1,911	0,056	0,182
Відчуття того, що те, що я роблю в житті, є цінним і важливим	0,073	0,030	0,088	2,457	0,005	0,172
Наявність оплачуваної роботи протягом останнього тижня	-0,173	0,105	-0,054	-1,645	0,101	-0,114

a. Dependent Variable: Subjective general health

Таблиця 12. Зведення моделі

Модель	R	R квадрат	Стандартизована похибка залишків
1	0,535	0,286	0,691

Таблиця 13. ANOVA при побудові регресійної моделі суб'єктивного стану здоров'я

Модель	Сума квадратів	Df	Середній квадрат	F	Значущість	
1	Регресія	130,774	8	16,347	34,188	0,000
	Залишки	327,280	684	0,478		
	Загалом	458,054	692			

Таблиця 14. Розрахунок відсотка внеску до регресійної моделі по кожному з предикторів

Назва предиктора	Відсотковий внесок, %
Вік	65,9
Місце в суспільстві	11
Можливість вирішувати, як жити	8
Відчуття того, що те, що я роблю в житті, є цінним і важливим	5
Суб'єктивний дохід	4
Рівень освіти	3
Наявність оплачуваної роботи протягом останнього тижня	2
Стать	1,1

кар'єрі, в особистому житті) та чи не зазнають тиску з боку суспільства.

На предиктор «можливість вирішувати, як жити своє життя» припадає 8 % внеску. Цей фактор пов'язаний з відчуттям контролю у своєму житті. Інші чинники мають менший внесок у регресійну модель суб'єктивного стану здоров'я. Вплив таких предикторів, як стать, рівень освіти та суб'єктивний дохід, виявився статистично незначущим.

### Висновки

Знахідки проведеного нами дослідження узгоджуються з тенденціями, що реєструються в попередніх дослідженнях нерівності у здоров'ї,

і свідчать про наявність соціально-демографічних та економічних нерівностей у здоров'ї українського населення. Аналіз показав такі основні результати: жінки оцінюють стан свого здоров'я як гірший порівняно з чоловіками; у людей з повною базовою освітою (бакалавр) суб'єктивний стан здоров'я є кращим, ніж у людей з повною середньою освітою; наймані працівники мають гірший суб'єктивний стан здоров'я, ніж ті, хто має власний бізнес; люди, які задоволені власними доходами, мають кращий стан здоров'я, ніж ті, хто зовсім незадоволений власними доходами. Ми не знайшли доказів зв'язку між відчуттям дискримінації через вік, стать, расу, національність та сексуальну орієнтацію, з одного боку, та суб'єктивним станом здоров'я, з іншого.

## Список використаної літератури

- Беллаз, Дж. (2015). Нерівність не лише несправедлива – вона робить людей хворими. *Політична критика*. Отримано з <http://ukraine.politicalcritique.org/2015/11/18/nerivnist-nelishe-nespravedлива-vona-robit-lyudej-hvorimi/>
- Всемирная организация здравоохранения. (2006). Устав (конституция) Всемирной организации здравоохранения. Получено с [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_ru.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf)
- Всемирная организация здравоохранения. (2018). Психическое здоровье. Получено с <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/>
- Індекс здоров'я. Україна. (2019). Отримано з <http://health-index.com.ua/>
- Йоас, К. Х., Кнебль, В. (2011). *Социальная теория. Двадцать вводных лекций*. Москва: Алетейя.
- Левчук, Н. М. (2007). Соціальна диференціація стану здоров'я та смертності в Україні. *Демографія та соціальна економіка*, 1, 12–27.
- Мальцева, К. С., Степурко, Т. Г. (у підготовці). Цінність результатів Індексу здоров'я та його трансформативний потенціал (розділ до монографії).
- Марценковський, І. А., Павленко, Т. М. С. (2017). Фокус на соціальну нерівність: нова політика у сфері охорони психічного здоров'я дітей та підлітків. *Нейроновости: психоневрологія та нейропсихіатрія*, 6 (90), 5–7.
- Штомпка, П. (2005). *Социология: анализ современного общества*. Москва: Логос.
- Херзер, Д., Нунненкамп, П. (2017). Нерівність доходів та здоров'я: докази з розвинених країн та країн, що розвиваються. Отримано з <https://voxukraine.org/uk/nerivnist-dohodiv-ta-zdrogov-yadokazi-z-rozvinenih-krayin-ta-krayin-shho-rozvivayutsya/>
- Арсая, М., Арсая, А., & Subramanian, S. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8, 1–10. DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Braveman, P., & Egerter, S. (2004). An approach to studying social disparities in health and healthcare. *American Journal of Public Health*, 94, 1–8.
- Braveman, P., Krieger, N., & Lynch, J. (2000). Health in equalities and socialine qualities in health. *Bulletin of World Health Organization*, 78, 232–235.
- Cockerham, M. (2013). Class and health: Explaining the relationship. *Social Causes of Health and Disease*. Ch. 5 (pp. 114–138). NY: Polity.
- Dressler, W. (2005). What's cultural about biocultural research? *Ethos*, 33, 20–45. DOI: <https://doi.org/10.1525/eth.2005.33.1.020>
- Dressler, W. (2007). Cultural dimensions of the stress process: Measurement issues in fieldwork. In G. Ice & C. D. James (Eds.), *Measuring stress in humans: A practical guide for the field* (pp. 27–59). Cambridge: Cambridge University Press. DOI: <https://doi.org/10.1017/cbo9780511542435.003>
- Gray, A. (1982). Inequalities in health. The Black Report: A summary and comment. *International Journal of Health Services*, 12 (3), 349–380. DOI: <https://doi.org/10.2190/xxmm-jmqu-2a7y-hx1e>
- Harper, S., & Stephen, J. (2004). An overview of methods for monitoring social disparities in cancer with an example using trends in lung cancer incidence by area-socioeconomic position and race-ethnicity. *American Journal of Epidemiology*, 167, 889–899. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwn016>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207–222. DOI: <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health: Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (3), 539–548. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>
- Lee, H., & Turney, K. (2012). Investigating the relationship between perceived discrimination, social status, and mental health. *Society and Mental Health*, 2, 1–20. DOI: <https://doi.org/10.1177/2156869311433067>
- Link, B., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80–94. DOI: <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Maltseva, K. (2015). Health disparities research: A perspective on cultural consonance. *Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки*, 174, 27–31.
- Maltseva, K. (2018). Internalized cultural models, congruence with culture, and mental health. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 49 (8), 1302–1319. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022022118789262>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Public Health*, 365, 19–25.
- Marmot, M. (2006). Status syndrome: A challenge to medicine. *Commentary*, 1304–1307.
- McLeod, J. (2012). The meanings of stress: Expanding the stress process model. *Society and Mental Health*, 2 (3), 172–186. DOI: <https://doi.org/10.1177/2156869312452877>
- McLeod, J. (2015). Why and how inequality matters. *Journal of Health and Social Behavior*, 56 (2), 149–165. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022146515581619>
- Murali, V., & Oyebo, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 216–224. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.10.3.216>
- Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M., & Mullan, J. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22 (4), 337–356. DOI: <https://doi.org/10.2307/2136676>
- Phelan, J., Link, B., & Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51 (1), S28–S40. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Reyes-Garcia, V., Gravelle, C. C., McDade, T. W., Huanca, T., Leonard, W. R., & Tanner, S. (2010). Cultural consonance and psychological well-being: Estimates using longitudinal data from an Amazonian society. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34, 186–203. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11013-009-9165-z>
- Tellez, M., Zini, A., & Estupiñan-Day, S. (2014). Social determinants and oral health: An update. *Dental Public Health*, 1, 148–152. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40496-014-0019-6>
- The Black Report. (1981). *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31, 131–132. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1971951/pdf/jroyalcgprac00099-0005.pdf>
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (Eds.) (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. 2<sup>nd</sup> ed. International Center for Health and Society. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)
- World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization, 20–36. Retrieved from [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
- World Health Organization. (n. d.). About social determinants of health. Retrieved from [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)

## References

- Arcaya, M., Arcaya, A., & Subramanian, S. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Global Health Action*, 8, 1–10. DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Belluz, J. (2015). Inequality isn't just unfair – it's making people sick. *Vox*. Retrieved from <https://www.vox.com/2015/11/5/9675796/health-gap-marmot-social-inequality>
- Braveman, P., & Egerter, S. (2004). An approach to studying social disparities in health and health care. *American Journal of Public Health*, 94, 1–8.
- Braveman, P., & Krieger, N. (2011). Health inequalities and social inequalities in health. *Bulletin of World Health Organization*, 78, 232–235.
- Cockerham, M. (2013). Class and health: Explaining the relationship. *Social Causes of Health and Disease*. Ch. 5 (pp. 114–138). NY: Polity.
- Dressler, W. (2005). What's cultural about biocultural research? *Ethos*, 33, 20–45. DOI: <https://doi.org/10.1525/eth.2005.33.1.020>
- Dressler, W. (2007). Cultural dimensions of the stress process: Measurement issues in fieldwork. In G. Ice & C. D. James (Eds.), *Measuring stress in humans: A practical guide for the field* (pp. 27–59). Cambridge: Cambridge University Press. DOI: <https://doi.org/10.1017/cbo9780511542435.003>
- Gray, A. (1982). Inequalities in health. The Black Report: A summary and comment. *International Journal of Health Services*, 12(3), 349–380. DOI: <https://doi.org/10.2190/xxmm-jmq-2a7y-hx1e>
- Harper, S., & Stephen, J. (2004). An overview of methods for monitoring social disparities in cancer with an example using trends in lung cancer incidence by area-socioeconomic position and race-ethnicity. *American Journal of Epidemiology*, 167, 889–899. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwn016>
- Health Index. Ukraine. (2019). Retrieved from <http://health-index.com.ua/>
- Herzer, D., & Nunnenkamp, P. (2017). Income Inequality and Health: Evidence from Developed and Developing Countries. *VoxUkraine*. Retrieved from <https://voxukraine.org/uk/nerivnist-dohodiv-ta-zdorov-ya-dokazi-z-rozvinenih-krayin-ta-krayin-shho-rozvivyayutsya/> [in Ukrainian].
- Joas, H., & Knöbl, W. (2011). *Sotsial'naya teoriya. Dvadcat' vodnyh lekcij [Social Theory: Twenty Introductory Lectures]*. Moscow: Aletejya [in Russian].
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207–222. DOI: <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health: Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.73.3.539>
- Lee, H., & Turney, K. (2012). Investigating the relationship between perceived discrimination, social status, and mental health. *Society and Mental Health*, 2, 1–20. DOI: <https://doi.org/10.1177/2156869311433067>
- Levchuk, N. M. (2007). Sotsialna dyferentsiatsiia stanu zdorov'ia ta smertnosti v Ukraini [Social Differentials in Health Status and Mortality in Ukraine]. *Demografiia ta sotsialna ekonomika*, 1, 12–27. Retrieved from <http://dspace.nbuv.gov.ua/handle/123456789/11687> [in Ukrainian].
- Link, B., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80–94. DOI: <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Maltseva, K. (2015). Health disparities research: A perspective on cultural consonance. *Naukovi Zapysky NaUKMA. Sotsiologichni nauky [NaUKMA Research Papers. Sociology]*, 174, 27–31.
- Maltseva, K. (2018). Internalized cultural models, congruence with culture, and mental health. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 49(8), 1302–1319. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022022118789262>
- Maltseva, K. S., & Stepurko, T. H. (in preparation). Tsinnist rezultativ Indeksu zdorovia ta yoho transformatyvnyi potentsial [Significance of the results from the Index of Health and its transformative potential] (section of the monograph) [in Ukrainian].
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Public Health*, 365, 19–25.
- Marmot, M. (2006). Status syndrome: A challenge to medicine. *Commentary*, 1304–1307.
- Martsenkovskiy, I. A., & Pavlenko, T. M. S. (2017). Fokus na sotsialnu nerivnist: nova polityka u sferi okhorony psykhichnoho zdorovia ditei ta pidlitkiv. *Neironews: psykhonevrolohiia ta neiropsykhiatriia*, 6(90), 5–7 [in Ukrainian].
- McLeod, J. (2012). The meanings of stress: Expanding the stress process model. *Society and Mental Health*, 2(3), 172–186. DOI: <https://doi.org/10.1177/2156869312452877>
- McLeod, J. (2015). Why and how inequality matters. *Journal of Health and Social Behavior*, 56(2), 149–165. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022146515581619>
- Murali, V., & Oyebo, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 216–224. DOI: <https://doi.org/10.1192/apt.10.3.216>
- Pearlin, L., Menaghan, E., Lieberman, M., & Mullan, J. (1981). The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337–356. DOI: <https://doi.org/10.2307/2136676>
- Phelan, J., Link, B., & Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1), S28–S40. DOI: <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Reyes-Garcia, V., Gravlee, C. C., McDade, T. W., Huanca, T., Leonard, W. R., & Tanner, S. (2010). Cultural consonance and psychological well-being: Estimates using longitudinal data from an Amazonian society. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 34, 186–203. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11013-009-9165-z>
- Sztompka, P. (2005). *Sociologija: Analiz sovremennogo obshchestva [Sociology: Analysis of the Contemporary Society]*. Moscow: Logos [in Russian].
- Tellez, M., Zini, A., & Estupiñan-Day, S. (2014). Social determinants and oral health: An update. *Dental Public Health*, 1, 148–152. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40496-014-0019-6>
- The Black Report. (1981). *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31, 131–132. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1971951/pdf/jroyalcpgrac00099-0005.pdf>
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (Eds.) (2003). *Social determinants of health: The solid facts*. 2<sup>nd</sup> ed. International Center for health and Society. Retrieved from [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)
- World Health Organization. (n. d.). About social determinants of health. Retrieved from [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/)
- World Health Organization. (2006). Constitution of the World Health Organization. Retrieved from [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_ru.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf)
- World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. World Health Organization, 20–36. Retrieved from [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
- World Health Organization. (2018). Psihicheskoe zdorov'e. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/ru/> [in Russian].

*D. Mazay, K. Maltseva*

## **SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH OF UKRAINIAN POPULATION (BASED ON THE EUROPEAN SOCIAL SURVEY, 2012)**

In present day Ukraine, as well as in the rest of the world, substantial health disparities across social groups are recorded, along with marked inequities in access to resources relevant to health seeking behavior. Regardless of the affluence of a nation and despite the considerable technological progress in science and medical technology, inequalities in health persist on the global scale. More recent research stresses the negative influences of social inequality in health and its pernicious effects on social epidemiology of various diseases. The empirical findings further indicate that poor health prevents individuals from fulfilling their rights thus solidifying the existing pattern of social inequality. Altogether it makes health disparities an applied problem of international significance.

The foundation of the present publication is laid by the analysis of the effect of social inequality on health of Ukrainian population aged 18–65 (based on 2012 the European Social Survey data set (N = 2,178) using SPSS software). Our findings are in agreement with the tendencies outlined by the published research on health disparities. Namely, we demonstrate that subjective individual health status is higher in individuals with college degrees than in high school graduates; hired workers have poorer subjective general health than business owners; individuals satisfied with their income have better general health than those who are dissatisfied with their income; age is the most potent predictor of general health in the data. We further discuss the findings in the context of relevant policies in Ukraine.

**Keywords:** social inequality, health disparities, quantitative methods, European Social Survey, Ukraine.

*Матеріал надійшов 26.06.2019*