

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України  
Уманський державний педагогічний університет імені Пала Тичини

Факультет соціальної та психологічної освіти  
Кафедра соціальної педагогіки  
та соціальної роботи

**ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
**освітній ступінь МАГІСТР**

на тему:

**СОЦІАЛЬНА ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ НАСЕЛЕННЯ В СФЕРІ ЗДОРОВ'Я**

Виконав:

студент II курсу, групи 262

спеціальності 231 Соціальна робота

Освітня програма «Соціальна робота»

Мочалов Віктор Вікторович

Керівник:

кандидат педагогічних наук, доцент

Іващенко К.В.

Рецензент: кандидат педагогічних наук,

доцент Ревнюк Н.І.

Умань 2023

## ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я.....	10
1.1. Сутність феномена «здоров'я людини» в сучасних дослідженнях.....	10
1.2 Науково-методичні засади дослідження соціальної диференціації населення у сфері здоров'я диференціації населення у сфері здоров'я	19
РОЗДІЛ 2. СОЦІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ РЕГІОНУ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я.....	29
2.1. Громадське здоров'я в контексті соціально-демографічної структури населення.....	29
2.2. Соціально-економічна диференціація населення у сфері здоров'я.....	46
2.3. Аналіз результатів.....	66
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	77

## ВСТУП

Актуальність дослідження проблем соціальної диференціації населення у сфері здоров'я пов'язана з необхідністю наукового забезпечення реалізації пріоритетного національного проекту у сфері здоров'я. Державну політику охорони здоров'я при цьому розглядають як складову частину соціальної політики, що входить до предметної сфери соціологічної науки.

Останніми роками в нашій країні відзначається тенденція істотного підвищення захворюваності серед населення і зменшення частки здорових громадян. Стан здоров'я людей слугує об'єктивною передумовою їхньої соціальної активності при формуванні ефективної соціальної структури. Становище людей у системі нерівності, через соціально-культурні та соціально-економічні чинники, впливає на поведінку людей, а отже, на ресурси суспільства у сфері здоров'я. Доступ до таких соціальних цінностей, якими є здоров'я та охорона здоров'я, у суспільстві далеко не однаковий для різних груп і верств населення. Він зумовлений становищем індивідів і груп у соціальній структурі суспільства.

Здоров'я слугує однією з підстав ідентифікації та самоідентифікації людей у системі соціальної нерівності й, отже, передумовою їхніх соціальних взаємовідносин, соціальної інтеграції (згуртованості) або дезінтеграції, а також суттєвим чинником суспільно-психологічного клімату соціальних груп і суспільства загалом.

У сучасній системі охорони здоров'я і в державній політиці охорони здоров'я населення України поки що не вироблено ефективної практики врахування особливостей соціальної диференціації у сфері здоров'я. Тим часом, така диференціація набула помітно більшої глибини і гострих форм у зв'язку із соціально-економічним розшаруванням населення країни в останні два десятиліття. Не випадково в науковій літературі та соціальній публіцистиці дедалі активніше обговорюється вплив бідності на здоров'я, на реалізацію соціальних гарантій.

Відбивається і гостра критика тих рішень політики охорони здоров'я, які ігнорують соціальну диференціацію. Насправді ці недоліки пов'язані з ігноруванням реальних умов, в яких живуть різні соціальні групи і верстви. Залишаються досить поширеними такі соціальні протиріччя в сфері громадського здоров'я, як низька інформованість дорослого населення про стан здоров'я і захворювання; неадекватне ціннісне ставлення до здоров'я; соціальні бар'єри в доступі до медичної допомоги; лояльність до здоров'я-руйнують моделі поведінки; ігнорування медичної допомоги при захворюваннях. Ці протиріччя, як показують окремі соціологічні дослідження, тісно пов'язані з соціальною структурою і системою суспільної нерівності.

Соціально-економічне розшарування призвело до подальших змін у поведінці людей у сфері здоров'я, без урахування та корекції яких навряд чи можливе реальне досягнення цілей пріоритетного національного проекту «Здоров'я». Управління соціально значущими програмами цього проекту в плані реалізації державних гарантій для населення в галузі соціально-медичної допомоги, потребує науково-інформаційного забезпечення з позиції сучасної соціологічної науки.

Соціологічні дослідження, що вивчають проблеми соціальної диференціації в сфері здоров'я, можуть бути використані при розробці цільових соціально-медичних та освітніх програм щодо професійних та окремих соціальних груп, таких як учнівська молодь, сільське населення, економічно неблагополучні сім'ї, пенсіонери, інваліди тощо. Такі дослідження можуть служити базою для формування адекватної концепції Громадського здоров'я та Інституту охорони здоров'я, яка є необхідною галузевою складовою соціологічної науки.

Проблематика соціальної диференціації населення в сфері здоров'я з усією очевидністю входить в предметну область досліджень соціальної структури, соціальних інститутів і процесів. Останнім часом вона активно опрацьовується цілим рядом галузей сучасної соціології: соціологією медицини та соціологією громадського здоров'я; а також у суміжних наукових галузях:

медичній демографії, економіці охорони здоров'я, соціальній статистиці здоров'я та охорони здоров'я, соціальній гігієні, теорії та методиці соціальної роботи та ін.

На філософському рівні феномен здоров'я людини розглядається у працях Е. Кудрявцева, Ю. Лісіцина, Л. Сущенко; медико-біологічний рівень відображено в дослідженнях М. Амосова, В. Войтенко, З. Шкиряк-Нижник; соціально-педагогічний представлено у роботах В. Петленко, Г. Царгородцева, Д. Ізуткіна, Л. Матроса та інших авторів.

Розробка категоріального апарату соціологічних досліджень громадського здоров'я продовжилася в працях А. Решетнікова, І. Журавльової, К. Хабібুলліна, С. Єфименко. У 1980 -ті роки була розроблена концепція самозберігаючої поведінки сукупності факторів, що впливають на стратегію поведінки населення в сфері здоров'я (А. Антонов, І. Журавльова, А. Іванова, Л. Шилова і О. Копіна). Однак в цих роботах соціальна диференціація населення в сфері здоров'я все ж мало вивчена.

З початку 1990х років все більш наполегливо досліджується феномен, який визначається поняттям «громадське здоров'я». У роботах В. Медика, Д. Венедіктова, Л. Матрос, Ю. Лісіцина в якості ключової проблеми позначається соціальна обумовленість здоров'я. Найважливішими параметрами цієї обумовленості вважаються спосіб життя і нерівне становище груп щодо доступу до ресурсів охорони здоров'я.

У сучасних дослідженнях проблема соціальної диференціації населення в сфері здоров'я визначена, але поки все ж недостатньо розкрита в ряді праць на межах проблематики громадського здоров'я і досліджень соціальної структури (В. Медика, А. Осипова, В. Тапіліної, Л. Панової, Л. Шилової). Аналіз соціальної диференціації в сфері здоров'я, що веде до розвитку теорії і соціальної практики, слід розглядати саме на популяційному і репрезентативному рівні.

Враховуючи гостроту соціальної потреби у збереженні здоров'я кожної людини та у більш ґрунтовному соціологічному вивченні соціальної диференціації населення у сфері здоров'я, з опорою на репрезентативну вибірку

та з урахуванням комплексу ключових параметрів - соціально-економічних, демографічних та культурних, була визначена тема дослідження: «Соціальна диференціація населення в сфері здоров'я».

**Об'єкт дослідження** - соціальна диференціація і соціальні відносини в сфері громадського здоров'я.

**Предмет дослідження** - тенденції та фактори соціальної диференціації населення у сфері здоров'я.

**Мета дослідження** полягає в: вивченні процесів і факторів соціальної диференціації населення в сфері здоров'я, соціальних відносин в даній сфері, доступності медичної допомоги для різних соціальних груп і верств, а також виробленні рекомендацій соціально-практичного характеру.

**Гіпотеза дослідження:** соціальна диференціація населення є суттєвим фактором відмінностей індивідів і груп у ціннісному ставленні до здоров'я, а також у поведінкових стратегіях щодо збереження здоров'я та персональної доступності до медичної допомоги.

Відповідно до мети й гіпотези визначено основні **завдання дослідження**.

1. Здійснити теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних джерел з проблеми соціальної диференціації в сфері здоров'я.

2. Визначити місце проблематики громадського здоров'я в контексті сучасного корпусу соціальних наук.

3. Вивчити зв'язки між соціально-демографічними, соціально-економічними ознаками груп, свідомістю і поведінкою їх представників щодо свого здоров'я і взаємодії з інститутом охорони здоров'я.

4. Розробити соціально-практичні рекомендації щодо можливих і доцільних напрямів пом'якшення проблеми соціальної диференціації населення у сфері здоров'я.

**Методологічні засади дослідження** складають філософські, психологічні, педагогічні положення про цілісність, системну організацію процесів, що забезпечують життєдіяльність людини; єдність діяльності і свідомості в розвитку особистості; активність особистості як суб'єкта діяльності

у виборі способу свого життя; єдність у пізнанні теорії і практики; соціалізацію як невід'ємну складову процесу становлення людини як особистості.

Для вирішення поставлених завдань дослідження використано комплекс взаємопов'язаних **методів**.

*Теоретичні методи* - аналіз і узагальнення наукових доробок з проблеми здоров'я та формування здорового способу життя; аналіз документів, які регламентують процес формування здорового способу життя та навчально-методичної літератури щодо професійної орієнтації педагога у процесі виховання у дошкільників навичок здорового способу життя. Ці методи використовувалися задля визначення предмета дослідження, його мети і гіпотези, шляхів розв'язання підготовки майбутніх педагогів до виховання у дошкільників навичок здорового способу життя. З метою вивчення ефективності виокремлених педагогічних умов підготовки студентів до виховання у дошкільників навичок здорового способу життя, визначення закономірностей і тенденцій, що діють у цьому процесі, використовувались *емпіричні методи* – аналіз педагогічного досвіду, анкетування, тестування, бесіди з вихователями, педагогічний експеримент, статистичні методи обробки матеріалів.

**База дослідження.** Дослідно-експериментальна робота здійснювалась на базі факультету Всього дослідженням було охоплено 216 осіб, з них

**Теоретична значимість** дослідження полягає в розробці комплексного підходу до соціологічного вивчення проблеми диференціації населення в сфері здоров'я. Даний підхід включає обґрунтування понятійного апарату дослідження, а також уявлення про соціальну обумовленість нерівності в сфері здоров'я, соціальних факторах збереження потенціалу індивідуального здоров'я, ціннісного ставлення до здоров'я і поведінкових стратегіях в сфері здоров'я. Ці розробки можуть бути використані і розвинені при вивченні комплексу соціальних, економічних, культурних і соціально-психологічних проблем громадського здоров'я в системі охорони здоров'я.

**Практична значимість** дослідження соціальної диференціації населення в сфері здоров'я полягає у розширенні наукових уявлень стосовно

концептуальних засад психології соціальної роботи в системі вищої та фахової передвищої та післядипломної освіти. Їх вивчення може сприяти формуванню адекватної соціальної та професійної свідомості працівників соціальної сфери, системи охорони здоров'я, а також розробці соціально-практичних рекомендацій у системі охорони здоров'я та соціального захисту населення.

Для вирішення поставлених завдань дослідження використано комплекс взаємопов'язаних **методів**.

*Теоретичні методи* - аналіз і узагальнення наукових доробок з проблеми здоров'я та формування здорового способу життя; аналіз документів, які регламентують процес формування здорового способу життя та навчально-методичної літератури щодо професійної орієнтації педагога у процесі виховання у дошкільників навичок здорового способу життя. Ці методи використовувалися задля визначення предмета дослідження, його мети і гіпотези, шляхів розв'язання підготовки майбутніх педагогів до виховання у дошкільників навичок здорового способу життя. З метою вивчення ефективності виокремлених педагогічних умов підготовки студентів до виховання у дошкільників навичок здорового способу життя, визначення закономірностей і тенденцій, що діють у цьому процесі, використовувались *емпіричні методи* – аналіз педагогічного досвіду, анкетування, тестування, бесіди з клієнтами та фахівцями соціальної сфери, педагогічний експеримент, статистичні методи обробки матеріалів.

**База дослідження.** Дослідно-експериментальна робота здійснювалась на базі Управління соціального захисту населення Балтської районної державної адміністрації Одеської області. Всього дослідженням було охоплено 216 осіб.

**Апробація і впровадження.** Основні положення, висновки, результати дослідження презентувались та обговорювались на семінарах та конференціях різного рівня й на кафедрі соціальної педагогіки та соціальної роботи Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини.

**Публікації.** За результатами дослідження опубліковано 1 одноосібну публікацію.



**Структура роботи** складається зі вступу, двох розділів, висновків і списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 76. У списку використаних джерел – 91 найменування.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

### 1.1. Сутність феномена «здоров'я людини» в сучасних дослідженнях

Сучасні уявлення стосовно феномена «здоров'я людини» ґрунтуються на принципово новому розумінні проблеми виживання людства. Наприкінці ХХ століття проблему здоров'я було віднесено до кола глобальних проблем, вирішення яких обумовлює факт подальшого існування людства як біологічного виду на планеті Земля [58]. У науковому обігу виникло нове визначення – антропологічна катастрофа [181], сутність якої визначається тим, що згідно з основним біологічним законом кожен біологічний вид вимирає, якщо змінюються умови існування, до яких він був пристосований тисячоліттями в ході своєї еволюції.

Вчені зазначають, що до початку ХХ століття умови існування людства визначала природа, і саме до цих умов біологічно пристосувався організм людини протягом попереднього еволюційного періоду. Але з того часу, як людина охопила своєю діяльністю майже всю планету, вона почала істотно змінювати умови своєї життєдіяльності, до яких була пристосована в історико-біологічному розвитку. Ці зміни в останній чверті ХХ століття, як свідчать наукові дослідження, набули катастрофічного масштабу [15]. За даними медичної статистики, підвищення показників захворюваності і смертності спостерігається саме з другої половини ХХ століття і вчені пов'язують це з тим, що негативні процеси набули планетарного розмаху [15].

Глобальна вагомість проблеми «здоров'я людини» викликала необхідність ґрунтовних досліджень цього феномена і його складників, пошуку шляхів позитивного впливу на процес підготовки особистості до здорового способу життя.

Уже у 1977 р. Всесвітня організація охорони здоров'я ініціювала кампанію «Здоров'я для всіх», у межах якої розпочався процес збору і систематизації інформації про існуючі загрози здоров'ю [200]. За підсумками роботи було скликано Міжнародну конференцію з першочергових заходів щодо охорони здоров'я (Алма-Ата, 1978 р.). У 1980 р. Всесвітня організація охорони здоров'я визначила глобальну стратегію «Здоров'я для всіх до 2000 р.», що ґрунтувалася на результатах уже проведених досліджень і започатковувала нові. Висновки науковців було оприлюднено на I Міжнародній конференції з пропаганди здорового способу життя, за підсумками якої була визначена Оттавська Хартія [31]. У цьому міжнародному документі сформульовано сучасне наукове уявлення про поняття здоров'я, його складові частини, детермінанти, стратегії позитивного впливу на здоровий спосіб життя людини. Основні тези, положення і принципи хартії стали програмними імперативами, якими нині керується світове співтовариство в діяльності з проблем здоров'я.

Україна ніколи не була осторонь нового погляду на проблеми здоров'я населення. Соціальна політика щодо формування засад здорового способу життя реалізовувалася в Україні ще за радянських часів. Останні десять років були вкрай важкими для нашої держави. Реформування соціальної політики торкнулись і формування засад здорового способу життя.

У суспільстві проблема здоров'я не існує окремо від проблеми людини, вона виникає разом з людиною і видозмінюється відповідно до розвитку людської культури. Як зазначає І.Брехман, проблема людини не може не містити в собі проблему здоров'я, оскільки тільки здорова людина може повноцінно виконати свою історичну місію на Землі [45]. У цьому зв'язку нагадаємо слова А.Субетто: «У здоров'ї, як у комплексному індикаторі якості життя, відбиваються всі зв'язки людини – біологічні, духовні, культурні, творчі – як із суспільством, трудовим колективом, родиною, містом, так і з довкіллям, техносферою і біосферою» [ 26, с.38 ].

У зв'язку зі зверненням до самої людини, як найвищої цінності у житті сучасного суспільства, наука ставить проблему її існування на рівень

філософського, етичного, психологічного, педагогічного й іншого осмислення. Саме цінність людини, підтримка і різнобічний розвиток усіх даних їй природою духовних і фізичних сил, складає сьогодні предмет обговорення і дослідження в багатьох галузях науки. У дослідженнях докладно обговорюється, що варто розуміти під здоров'ям і здоровим способом життя людини.

Сьогодні проблема загрози здоров'ю розглядається світовою спільнотою, як сьома, додаткова до шести раніше визначених загроз планетарного масштабу (загроза світової війни, екологічні катаклізми, контрасти в економічних рівнях країн планети, демографічна загроза, нестача ресурсів планети, наслідки науково-технічної революції наукового і техногенного походження) [27].

Сучасні дослідження феномена «здоров'я людини» виявили обмеженість суто медичного підходу, що визначає здоров'я як відсутність хвороби [14, 58, 83].

За сучасними уявленнями, здоров'я вже не розглядається як суто медична проблема. Більше того, на думку вчених (Д. Венедиктова, Ю. Лісицин, В. Петленко), комплекс медичних питань складає лише незначну частину феномену здоров'я. Так, підсумки досліджень залежності здоров'я людини від різних чинників переконують, що стан системи охорони здоров'я обумовлює лише близько 10% усього комплексу впливів. Решта - 90% - припадає: на екологію (близько 20%), спадковість (20%) і найбільше – на умови і спосіб життя (майже 50%).

Сучасні наукові дані свідчать, що здоров'я людини є складним феноменом, який можна розглядати як філософську, соціальну, економічну, біологічну, медичну категорії, як об'єкт споживання, внесення капіталу, як індивідуальну і суспільну цінність, явище системного характеру, динамічне, що постійно взаємодіє з довкіллям, яке, у свою чергу, постійно змінюється.

Узагальнюючи визначення багатьох вітчизняних і зарубіжних дослідників, можна сказати, що під здоров'ям, у загальному плані, розуміють можливість організму людини адаптуватися до змін довкілля, що взаємодіє з ними вільно, на основі біологічної, психічної і соціальної сутності людини.

Здоров'я - це цінність. Так, А.Ізуткін, розглядаючи хворобу як стиснуте у своїй волі життя, дійшов висновку, що здоров'я означає волю діяльності людини. На думку автора, хвороба є обмеженням волі. Здоров'я створює передумови для вільного прояву біологічних і соціальних можливостей людини, їх перетворення в дійсність. У такий спосіб воля людини є одним з показників її досконалості, що, у свою чергу, виникає як гармонійна єдність у прояві тілесного і психічного здоров'я [25].

За словами У. Кагермазова, здоров'я - це стан, що дозволяє людині «відправляти найбільшу кількість видоспеціфічних функцій при найбільш економічному режимі» [81, с.250]. Автор звертає увагу на те, що подекуди, прагнучи до стислості, дослідники визначають здоров'я як «відсутність хвороби».

А. Іванюшкін розрізняє поняття «здоров'я» і «хвороба» з погляду їх наукового і ціннісного змісту [22]. У зв'язку з цим він виокремлює три рівні опису цієї цінності:

- біологічний, на якому споконвічне здоров'я передбачає досконалість саморегуляції організму, гармонію фізіологічних процесів і, як наслідок, максимум адаптації;
- соціальний, на якому здоров'я є мірою соціальної активності, діяльного ставлення людського індивіда до світу;
- особистісний, психологічний, на якому здоров'я - це не відсутність хвороби, а заперечення її, в розумінні подолання (здоров'я – не тільки стан організму, але і «стратегія життя людини»).

В.Казначеев розглядає здоров'я на рівні популяції. На його погляд, здоров'я - «це процес соціально-історичного розвитку психосоціальної і біологічної життєздатності населення в ряді поколінь, підвищення працездатності і продуктивності суспільної праці, вдосконалювання психофізіологічних можливостей людини» [127, с. 9].

Серед багатьох інших, найбільш поширеним на сьогодні є визначення здоров'я І.Брехманом. На його думку, здоров'я людини - це її здатність зберігати

відповідно до віку стійкість в умовах різких змін кількісних і якісних параметрів триєдиного потоку сенсорної, вербальної і структурної інформації [46].

За А.Полісом, здоров'я людини визначається її психікою. Людину можна вважати здоровою, якщо її інтелектуальні і вольові якості дозволяють працювати і спілкуватися, тобто не перешкоджають оптимальному виконанню соціальної ролі [22].

Як бачимо, кожне з означених вище визначень здоров'я акцентує увагу на різних сторонах психічної, індивідуальної і соціальної, духовної і фізичної організації життя людини. Однак у них присутня і низка спільних моментів. Вчені пов'язують феномен здоров'я насамперед з:

- гармонійним, урівноваженим станом усіх функціональних систем, що забезпечують нормальну, тобто повноцінну життєдіяльність людини;
- властивістю адаптації і свободи людини у пристосуванні її до довкілля;
- яскравістю прояву інтелектуальних і вольових якостей;
- відсутністю порушень у всіх (фізіологічних, психічних, соціальних) функціях людського організму, що забезпечують життя людини.

П. Калью, розглядаючи понад 80 визначень здоров'я людини, сформульованих представниками різних наукових дисциплін у різний час і в різних країнах світу, зазначає, що вражає не тільки розмаїття трактувань, а й різноманітність ознак, що використовують учені у визначенні цього поняття. Так, в одних випадках констатується, що здоров'я – це, насамперед, нормальне функціонування на всіх рівнях організації організму: органів, гістологічних, клітинних і генетичних структур; нормальний перебіг фізіологічних і біохімічних процесів, що сприяють індивідуальному виживанню і відтворенню. Відповідно до цього підходу організм здоровий, якщо показники його функцій не відхиляються від їх певного середнього (нормального) стану. Розбіжності в межах верхнього і нижнього кордону норми розцінюються як припустимі. Відхилення понад норми, що порушує структуру органа чи послабляє його функціонування, розглядається як розвиток хвороби. Отже, здоров'я - це відсутність хвороби, хворобливих станів, хворобливих змін, тобто оптимальне

функціонування організму при відсутності ознак захворювання чи якогось порушення.

Означений підхід є найбільш традиційним і поширеним. В його основі лежить проста логіка: здоровими можуть уважатися ті люди, які не потребують медичної допомоги. В інших випадках здоров'я розглядається як динамічна рівновага організму і його функцій з довкіллям, як здатність організму пристосовуватися до мінливих умов існування в навколишньому середовищі, здатність підтримувати сталість внутрішнього середовища організму, забезпечувати нормальну і різнобічну життєдіяльність, збереження живого начала в організмі. Як бачимо, в цих випадках наголошується на важливості адаптації як на одній з найбільш головних і універсальних якостей біосистем, провідній ознаці здоров'я.

Ще один підхід у розумінні феномена здоров'я базується на його визначенні як здатності людини до повноцінного виконання основних соціальних функцій, участі в соціальній діяльності і суспільно корисній праці. Таке бачення сутності здоров'я зустрічається в багатьох дослідженнях з проблеми здоров'я. Автори означеного підходу підкреслюють, що соціально здоровою людиною можна вважати того, хто сприяє розвитку суспільства [21, 26, 27].

Здоров'я як повне фізичне, духовне, розумове і соціальне благополуччя, гармонійний розвиток фізичних і духовних сил, принцип єдності організму, саморегуляції і врівноваженої взаємодії всіх органів було визначено у преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 1948 році. У ній зокрема, записано: «Здоров'я – це такий стан людини, якому властиві не тільки відсутність хвороб чи фізичних дефектів, але і повне фізичне, духовне та соціальне благополуччя» [28, с. 10]. До означеного визначення звертаються всі фахівці, які вивчають проблему здоров'я людини.

Узагальнюючи результати аналізу сутнісних ознак здоров'я, що використовуються різними авторами, П. Калью підкреслює, що все їх розмаїття

може бути представлено декількома концептуальними моделями розуміння сутності здоров'я. Це:

- медична модель здоров'я, яка базується на визначенні здоров'я, що містить лише медичні ознаки і характеристики здоров'я. Здоров'ям вважають відсутність хвороб і їх симптомів;

- біомедична модель здоров'я, згідно з якою здоров'я розглядається як відсутність у людини органічних порушень і суб'єктивних відчуттів нездоров'я. У цій моделі увага акцентується на природно-біологічній сутності людини, підкреслюється домінуюче значення біологічних закономірностей у життєдіяльності людини та в її здоров'ї;

- біосоціальна модель здоров'я, що базується на розумінні здоров'я в його біологічних і соціальних ознаках, які розглядаються в єдності. Однак соціальним ознакам, при цьому, надається пріоритетне значення;

- ціннісно-соціальна модель здоров'я, відповідно до якої здоров'я є цінністю для людини, необхідною передумовою для повноцінного життя, задоволення її матеріальних і духовних потреб, участі у праці і соціальному житті, в економічному, науковому, культурному й іншому видах діяльності [19].

У характеристиці феномена «здоров'я людини» слід звернути увагу ще на одну важливу обставину. Так, у визначенні здоров'я одні автори трактують його як стан, інші - як динамічний процес, а треті загалом обходять це питання. Однак в останні десятиліття вітчизняні і зарубіжні вчені дедалі частіше схиляються до того, що здоров'я є динамічним процесом [19].

На нашу думку, більш продуктивною є позиція тих авторів, які не намагаються в інтерпретації феномену «здоров'я» абсолютизувати причетність до нього лише якоїсь однієї характеристики: або стану, або процесу. Так, В. Казначеев пропонує розглядати здоров'я індивіда як динамічний стан, процес збереження і розвитку його біологічних, фізіологічних і психічних функцій, оптимальної працездатності і соціальної активності при максимальній тривалості життя [27].



Фізичне здоров'я визначають такі чинники, як індивідуальні особливості анатомічної будови тіла, фізіологічні функції організму в різних умовах спокою, руху, довкілля, генетичної спадщини, рівні фізичного розвитку органів і систем організму.

До сфери психічного здоров'я належать індивідуальні особливості психічних процесів і властивостей людини, наприклад, збудженість, емоційність, чутливість. Психічне здоров'я індивіда складається з його потреб, інтересів, мотивів, стимулів, настанов, цілей, уявлень, почуттів тощо. Психічне здоров'я пов'язано з особливостями мислення, характеру, здібностей. Усі ці складові і чинники обумовлюють особливості індивідуальних реакцій на життєві ситуації, вірогідність стресів, афектів.

Духовне здоров'я залежить від духовного світу особистості, його сприйняття складових духовної культури людства – освіти, науки, мистецтва, релігії, моралі, етики. Свідомість людини, її ментальність, життєва самоідентифікація, ставлення до сенсу життя, оцінка реалізації власних здібностей і можливостей у контексті власних ідеалів і світогляду – все це визначає стан духовного здоров'я індивіда.

Соціальне здоров'я індивіда залежить від економічних чинників, його стосунків із структурними одиницями соціуму – сім'єю, організаціями, через які відбуваються соціальні зв'язки – праця, відпочинок, побут, соціальний захист, охорона здоров'я, безпека існування тощо. Крім того, потрібно враховувати міжетнічні стосунки, різницю у прибутках різних соціальних категорій суспільства, рівень матеріального виробництва, техніки і технологій, їх суперечливий вплив на здоров'я загалом. Ці чинники і складові створюють відчуття соціальної захищеності (або незахищеності), що суттєво впливає на здоров'я людини. У загальному вигляді соціальне здоров'я детерміноване характером і рівнем розвитку, що притаманне головним сферам суспільного життя в певному середовищі – економічній, політичній, соціальній, духовній.

З урахуванням системної, цілісної сутності феномену здоров'я дослідники виділяють шість рівнів вирішення цієї проблеми, а саме:

- індивідуальний, пов'язаний зі здоров'ям окремої людини;
- груповий, спрямований на здоров'я певної групи людей;
- рівень організації, установи, діяльність якої повинна забезпечувати здоров'я своїх робітників, членів, учасників;
- рівень здоров'я громади.
- рівень країни;
- рівень усього світу.

Таке структурування рівнів вирішення проблеми здоров'я людини підкреслює уявлення світової спільноти щодо зв'язку між індивідуальним і громадським здоров'ям, яке визначає наскрізну залежність і взаємодетермінованість усіх рівнів. Відповідно до такого підходу від індивідуального здоров'я людини залежить здоров'я певної групи людей, які становлять її найближче оточення, і здоров'я організації, що, у свою чергу, або складаються з таких груп, або людина (групи людей) з ними пов'язана. Від здоров'я груп і організацій залежить здоров'я громади, до якої вони входять, а від здоров'я сукупності громад залежить здоров'я країни в цілому. Здоров'я людини у країні, у свою чергу, визначає здоров'я всього світу. Зрозуміло, що наведений зв'язок (від людини до людства) діє також і у зворотному напрямі (від людства до людини).

Наскрізна залежність і взаємообумовленість усіх рівнів здоров'я визначає саме ту позицію, що проголошують країни – сучасні лідери у формуванні здорового способу життя, а саме:

- кожна людина несе певну частку особистої відповідальності за здоров'я всього людства;
- все людство певною мірою відповідальне за здоров'я кожної людини [28].

Отже, узагальнюючи матеріали аналізу літературних джерел, ми розглядаємо здоров'я людини як цілісне, системне явище, що виявляє себе в рівновазі її взаємовідносин з оточуючим світом. Суб'єктивно здоров'я

характеризується людиною через відчуття загального благополуччя, радості життя, працездатності, здатності до адаптації та опору.

## **1.2. Науково-методичні засади дослідження соціальної диференціації населення у сфері здоров'я**

Соціологічні методи при вивченні здоров'я населення сьогодні застосовуються найчастіше на рівні збору та аналізу великих відомчих контингентів інформації, масштаби яких можна порівняти з рівнем системи управління охороною здоров'я і пов'язані з потребою цієї системи в опорі на значиму соціальну інформацію. Але цим соціально-статистичним, по суті, підходом не обмежується науково-методичний потенціал сучасної соціології. Велику роль у вивченні здоров'я покликані зіграти і якісні методи, які допомагають глибше зрозуміти логіку соціальної поведінки людей в сфері здоров'я і їх мотивацію, без чого навряд чи можливо повноцінне висвітлення факторів громадського здоров'я.

Соціологічне вивчення проблематики соціальної диференціації здоров'я населення передбачає виділення двох дослідницьких аспектів: методологічного і методичного. Перший означає визнання соціальної обумовленості здоров'я і передбачає побудову відповідної концептуальної моделі дослідження, що враховує соціальні фактори здоров'я, захворюваності та ефективності охорони здоров'я. У методичному аспекті сам процес збору інформації про здоров'я населення бачиться, як соціальна взаємодія і передбачає розробку і використання спеціальної методики його вивчення, що забезпечує надійність і репрезентативність зібраної соціальної інформації про здоров'я і його факторах, що дозволяє екстраполювати дослідницькі висновки на популяційний рівень громадського здоров'я. Соціологічне дослідження, що поєднує в тій чи іншій мірі теоретичні та прикладні аспекти, може, з урахуванням описаних вище цілей

і умов, здійснюватися в декількох основних формах, що мають свої організаційні та методичні особливості.

Однією з них є моніторинг, що проводиться як вибіркове трендове дослідження з певними проміжками часу. Він спрямований на відстеження динаміки соціально-медичної ситуації в масштабі окремих груп населення або локального, регіонального співтовариства. Особливістю моніторингу є забезпечення репрезентативності, компактності інструментарію та науково-методичної сумісності його різних етапів.

Друга форма соціологічного дослідження пов'язана з вирішенням конкретних прикладних і теоретичних проблем охорони здоров'я. Вона являє собою відносно самостійну розробку окремих соціальних проблем здоров'я та охорони здоров'я.

Третя форма соціологічного дослідження пов'язана з ситуаціями, в яких воно виконує допоміжну роль і здійснюється в якості складового компонента більшого, як правило, міждисциплінарного дослідження. Взаємозв'язок з іншими компонентами виражається в організаційно-часовій впорядкованості польових процедур збору даних (наприклад, послідовності звернення до методів інтерв'ю, анкетного опитування або вторинного статистичного аналізу баз даних), а також у науково-методичній сумісності з іншими компонентами комплексного дослідження. Саме в комплексних дослідженнях соціологічний компонент виявляється необхідним засобом створення загальної аналітичної картини громадського здоров'я, передумовою ефективної політики охорони здоров'я.

Соціологічний компонент комплексних досліджень здоров'я і охорони здоров'я виявляється, в силу функціональних характеристик соціально-наукового пізнання, необхідною передумовою аналізу і розкриття соціальної обумовленості здоров'я, реалізації прогностичних завдань, а також розробки і здійснення адресних ефективних цільових соціальних програм, спрямованих на окремі категорії населення або персоналу. Цей компонент може служити, зокрема, підставою для тих соціальних програм, які виходять за рамки системи

охорони здоров'я. Прикладом останніх є набувають особливої актуальності прикладні програми формування системи соціального партнерства у сфері громадського здоров'я, а також розкриття діяльності і проблем охорони здоров'я в засобах масової інформації, правового забезпечення охорони здоров'я та ін.

У комплексному дослідженні соціологічний компонент дозволяє дати загальну оцінку стану і динаміки громадського здоров'я на тлі соціально-економічного стану регіону та його окремих територій і соціальних груп населення. Тільки завдяки цьому компоненту в дослідженні створюється можливість аналізу соціальної обумовленості здоров'я в контексті конкретних параметрів умов життя і захворюваності, а також виявлення моделей поведінки населення і конкретних соціальних груп у сфері здоров'я.

Важливими для управління охороною здоров'я є, наприклад, можливості надійної оцінки громадської думки про діючу систему охорони здоров'я і виявлення конкретних проблем, недоліків в роботі окремих установ і груп медичного персоналу. Інша група методів орієнтована на характеристики, що лежать, скоріше, поза сферою доступної економіко-демографічної або медичної статистики і необхідні для аналізу та оцінки конкретних соціально-поведінкових параметрів громадського здоров'я. Ці методи включають більш традиційне для сучасної соціології стандартизоване опитування, що дозволяє зібрати необхідну інформацію для перевірки таких факторів поведінки, як вік і стать, сімейний стан і місце в поселенській структурі, основний рід занять і рівень добробуту, реальні або ретроспективні характеристики праці та галузевої приналежності.

Особливо важливим і складним завданням соціологічного компонента і, відповідно, застосовуваних методів, є збір інформації про соціально-психологічних і соціально-культурних факторах диференціації свідомості і поведінки в сфері здоров'я. Але доводиться визнати складний характер багатьох факторів поведінки і, відповідно, кількісних і якісних індикаторів, що дозволяють перевірити гіпотези про соціальну обумовленість громадського здоров'я. Так виникає цілий набір необхідних блоків індикаторів соціологічного дослідження, що охоплює:

- соціально-культурні властивості (етнічна приналежність, рівень і характер освіти, ціннісне ставлення до здоров'я);
- показники соціально-психологічного плану та інформованості (загальна самооцінка здоров'я, задоволеність і тривожність з приводу стану здоров'я, знання про наявність встановлених діагнозів захворювань, статус інвалідності та диспансерного обліку, орієнтація на професійну медичну допомогу або на самолікування);
- фактори здоров'я і ризику захворюваності (спадкова схильність, умови праці і фізична активність, залежність від психоактивних речовин, рівень стресів і т. зв.);
- доступність загальної та спеціалізованої медичної допомоги, індивідуальний та груповий досвід отримання допомоги та соціальних взаємодій у різних секторах системи охорони здоров'я, загальна задоволеність та сприйняття гостроти окремих недоліків у роботі системи охорони здоров'я.

Зазначені вище типові групи завдань і індикаторів соціологічного компонента в дослідженнях громадського здоров'я своєрідно відображаються в застосовуваних методах збору даних, часом вимагають виходу за рамки більш звичної кількісної методології та звернення до якісних методів.

Особливою вимогою соціологічного компонента дослідження є забезпечення репрезентативності відповідно до розрахункових показників допустимої похибки. Якщо мова йде, наприклад, про регіональну вибірку, то її основними параметрами, що забезпечують репрезентативність щодо населення регіону, можуть бути природно природні та економіко-географічні зони всередині регіону, пропорції поселенської структури, соціально-економічна і демографічна структура населення», важливою перевагою розраховується і реалізується вибірки слід вважати забезпечення можливості її подальшого «ремонт» на основі вже сформованої персоніфікованої бази даних. Крім вирішення суто науково-методичних питань, соціологічний компонент комплексного дослідження громадського здоров'я передбачає попереднє забезпечення або розробку і суворе здійснення ряду організаційних умов. З точки

зору етапів реалізації цього компонента необхідний попередній доступ виконавців до типових видань регіонального органу статистичної служби, економіко-географічна та Адміністративно-територіальна карта регіону, списки населених пунктів з даними кількості населення.

В організаційному плані має бути передбачено формування груп виконавців: підготовка співробітників до ведення опитувань, до контролю вибірки і процедур польового етапу, до формування та обробки баз даних. Наскрізним організаційним завданням у комплексному дослідженні громадського здоров'я є планомірне узгодження процедур соціологічного компонента з іншими компонентами (медико-діагностичними, інформаційно-технологічними) і на стадії статистичного аналізу, і теоретичної інтерпретації результатів. Наскрізним організаційним завданням у комплексному дослідженні громадського здоров'я є планомірне узгодження процедур соціологічного компонента з іншими компонентами (медико-діагностичними, інформаційно-технологічними) і на стадії статистичного аналізу, і теоретичної інтерпретації результатів.

В основі поведінки людини в сфері здоров'я і її ставлення до здоров'я лежать різнопланові, часом конфліктні потреби. Як справедливо зазначила І. Журавльова, здоров'я виявляється під впливом багатьох видів діяльності і мотивів, безпосередньо не пов'язаних з цінністю здоров'я. Висловлена важлива в науковому і прикладному відношенні гіпотеза: «поведінка в сфері здоров'я має більш стійкий характер в порівнянні з моделями поведінки, в основі яких лежить свідомо мотивація індивідів». Ці твердження справедливі і стосовно феномену громадського здоров'я.

У низці соціальних факторів індивідуального і громадського здоров'я особливе місце займає мотивація поведінки людей в сфері здоров'я. В даному феномені своєрідно зосереджується в особистісному плані вся гамма соціальної обумовленості здоров'я. Тому в розкритті цієї обумовленості абсолютно необхідним виявляються соціологічні підходи і методи, що дозволяють

висвітлити самооцінку здоров'я, медичну інформованість, межі і стійкість девіацій (шкідливих звичок).

У всіх культурах і в усі часи традиційне питання «Як Ваше здоров'я» породжував і породжує найважливішу тему людського спілкування і сферу суспільної думки, одночасно він служить і одним з ключових соціальних ідентифікаторів. Індивідуальні уявлення про здоров'я і громадська думка про здоров'я, незважаючи на їх суперечливість — важливі джерела формування цілісного комплексу соціально-медичної та соціологічної інформації.

Самооцінка здоров'я, при коректному визначенні її детермінант, може служити важливим індикатором стану і динаміки здоров'я населення на додаток до об'єктивних медичних дослідженням, масштаб яких насправді обмежений. Щодо самооцінки здоров'я як індикатора в медичній практиці існує, принаймні, два протилежних підходи. Один з них має на увазі надання самооцінці здоров'я деякої (правда, не завжди достатньо певної) інформаційної самоцінності. Він межує, по суті, з вираженням некритичного довіри таким самооцінкам, проте науково-методичне обґрунтування (верифікація) цього довіри залишається недостатньо проробленим в публікаціях, і автори нерідко обходять стороною дану проблема.

Другий підхід наближається, знову-таки не цілком обґрунтовано, до недовіри щодо самооцінок здоров'я, коли автори відмовляють даному індикатору в будь-якої евристичної цінності при аналізі індивідуального або громадського здоров'я і ігнорують самооцінки як суб'єктивні прояви. Якщо розглядати систему охорони здоров'я з сучасної точки зору в якості соціально-медичного комплексу, включеного в загальний контекст соціальної політики, то самооцінка здоров'я набуває особливого сенсу. Вона відображає суб'єктну характеристику індивідів і груп, їх задоволеність умовами життя, певний якісний результат соціальної політики.

Раніше ми вже висловлювали зауваження соціологів про те, що для більшості населення самооцінка здоров'я нерідко зводиться до вираження поточного самопочуття, ототожнюється з ним. В самопочутті самооцінка



здоров'я набуває узагальнене звучання. Самопочуття-така категорія, в якій здоров'я відбивається крізь призму самооцінки людини. Але суб'єктивний характер самооцінки зовсім не знижує її важливості для вивчення соціальних параметрів здоров'я.

Самопочуття – узагальнена (не диференційована) і особистісно забарвлена оцінка психофізіологічного стану людини. Воно є фактором ціннісного ставлення і поведінки індивіда щодо власного здоров'я, становить передумову повсякденної життєвої активності людини. Узагальнений характер самопочуття проявляється в тому, що його оцінка виступає, як правило, в дискретній формі (від «погано» до «відмінно») і цілком екстраполюється на психічний і фізичний стан індивіда незалежно від особливостей його сприйняття конкретних аспектів цього стану, окремих органів і систем організму. Особистісна забарвленість самопочуття обумовлена типом світовідчуття (оптимістичне, реалістичне, занижена), вольовими якостями і т. ін. Така обумовленість самопочуття може бути предметом окремого психологічного вивчення.

З урахуванням того, що суб'єктивне сприйняття проблем здоров'я має складну соціальну і психологічну природу, в дослідженні самооцінок здоров'я застосовувалася серія індикаторів, що включає наступні основні сторони цього сприйняття:

- ціннісну-задоволеність і стурбованість суб'єкта станом власного здоров'я;
- фактуальну-інформацію про спосіб життя, про наявність певних захворювань і симптомів, про відносну частоту захворювань і звернень до лікаря тощо;
- аналітичну-мотивовану оцінку власного здоров'я і поведінки, пов'язаного зі збереженням або ризиком здоров'я;
- стратифікаційну-самоідентифікацію індивіда за вертикальною шкалою здоров'я, яка частково виражає ціннісне ставлення до здоров'я і переломлює регулюючий вплив громадської думки на самозберігаючу поведінку людини.

Методи стандартизованого опитування різних груп населення (вікових, поселенських, професійних та ін.), при забезпеченні репрезентативності, дають можливість аналізу самооцінок здоров'я як на рівні популяції, так і на рівні окремих соціальних груп в масштабі окремої області.

Одним з ключових психологічних відображень самооцінки здоров'я, що підтверджує її суб'єктивну детермінацію, є тривожність з приводу стану здоров'я. Самооцінка здоров'я тісно пов'язана з областю соціальної самоідентифікації і мотивації поведінки в сфері здоров'я, виступає суб'єктивне самовизначення на тлі деякої суми ознак здорової людини, закріплених в суспільній свідомості. Цей план в стандартизованому інтерв'ю вдалося фіксувати за допомогою питання «Чи вважаєте ви себе здоровою людиною?». Дані опитування свідчать, що самооцінка здоров'я і самоідентифікація за ознаками здорової людини в значній мірі не збігаються. Це змушує розглядати два зазначені індикатора в науково-методичному і практичному відношенні в якості окремих феноменів суспільної свідомості.

На основі сполучення цих двох параметрів (самооцінки і самоідентифікації) в репрезентативній вибірці дорослих виділяються п'ять соціально-психологічних категорій (див. таблицю 1.1):

а) не відносять себе до числа здорових людей, проте в цілому задоволені своїм здоров'ям (близько 33%);

б) не мають позитивною або негативною думкою з приводу віднесення себе до числа здорових людей, при цьому в цілому частіше задоволені своїм здоров'ям (близько 26%);

в) відносять себе до числа здорових людей і в цілому задоволені своїм здоров'ям (близько 17%);

г) не відносять себе до числа здорових людей і в цілому не задоволені своїм здоров'ям (близько 16%);

д) не можуть при віднесенні себе до здорових людей і в цілому не задоволені своїм здоров'ям (близько 7%).

Таблиця 1.1

**Посвідчення самооцінки здоров'я з самоідентифікацією за ознаками  
здорової людини (у %)**

№	Чи згодні Ви з твердженням «Я здорова людина»	Самооцінка здоров'я				
		Дуже погане	Погане	Задовільне	Добре	Відмінне
1	Не відповіли	1	5,9	11,8	0,7	0,05
2	Вагаюсь відповісти	0,07	1,6	11,7	1,4	0,07
3	Так	0,02	0,3	9,1	7,6	0,4
4	Ні	1,8	14,6	31,7	1,3	0,05

Додатковим фактором, що впливає на динаміку самооцінки здоров'я респондентів, є їх інформованість про наявні захворювання. Аналіз зв'язку між самооцінкою здоров'я і інформованістю про захворювання, проведений по окремих вікових групах населення, свідчить про помітне ослаблення даного зв'язку в групі 30-50 літніх.

Також, істотним фактором самооцінок здоров'я виявляється соціальне самопочуття і такий його аспект, як рівень матеріального добробуту індивідів і груп. Чим вище добробут респондентів, тим в цілому вище їх «самооцінка здоров'я». Так, в контингенті респондентів з низьким (нижче середнього) рівнем добробуту негативна самооцінка здоров'я властива 42,4%, в контингенті з середнім рівнем добробуту — 18,1%, в контингенті з добробутом вище середнього лише 8,6%. Позитивна самооцінка здоров'я («добре» і «відмінне») в згаданих контингентах становить, відповідно, 4,2; 8,3 і 22,2%.

Спроба розглянути дану залежність у молоді (20-29 років) показала, що чим більше респондент знає про свої захворювання, тим сильніше виявляється кореляція самооцінки власного здоров'я з рівнем добробуту. У респондентів даного віку, які повідомили про наявність одного захворювання, статистична зв'язок між добробутом і самооцінкою здоров'я практично відсутня. При відносно гіршому стані здоров'я (при двох і більше повідомлених респондентом захворюваннях) вплив добробуту на самооцінку здоров'я різко посилюється», що можна пояснити відносним зростанням і економічних витрат, і втрат часу.

Таким чином, чим старше вік групи, тим в цілому слабкіше зазначена вище залежність самооцінки здоров'я від рівня добробуту.

Поступове погіршення здоров'я, об'єктивно пов'язане з віком, призводить до відносного зниження впливу соціальних факторів самооцінки (стереотипів, соціального самопочуття та ін.).

Розглянуті результати теоретичного, науково-методичного та емпіричного аналізу феномену самооцінки здоров'я, особливості її основних типів і значущі взаємозв'язки з рядом соціально-економічних і соціально-медичних характеристик населення можуть представляти інтерес в плані подальшого вивчення феномена самооцінки здоров'я, в тому числі в суміжних наукових дисциплінах, для порівняльного аналізу суспільної свідомості в сфері здоров'я, а також у зв'язку з практичною проблемою формування адекватної суспільної свідомості і ефективних поведінкових стратегій населення в сфері здоров'я.

## **РОЗДІЛ 2.**

### **СОЦІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ РЕГІОНУ У СФЕРІ ЗДОРОВ'Я**

#### **2.1. Громадське здоров'я в контексті соціально-демографічної структури населення**

Соціально-демографічні спільності (групи і верстви) утворюють один з найважливіших зрізів соціальної структури суспільства. Ґрунтуючись на біологічних ознаках (стать, вік, спорідненість і сімейний стан) або просторових характеристиках (місце в системі розселення, міграційна рухливість тощо), ці спільності виробляють і виявляють власні яскраво виражені соціальні та культурні властивості, які стійким чином зумовлюють становище людей в системі соціальної нерівності і їх взаємини, моделі поведінки, можливості задоволення потреб, життєві плани і стратегії та ін.

У суспільній свідомості і в соціальних науках давно визнається істотне значення названих вище демографічних ознак, склалися і розвиваються великі наукові галузі, що зосереджуються на дослідженні соціально-демографічних структур і процесів. Розглянемо деякі-основні-соціально-демографічні аспекти проблеми громадського здоров'я з опорою на матеріали комплексного регіонального дослідження.

#### **2.1. Психологічне здоров'я та гендерні стереотипи**

Гендерний стереотип, як і інші види соціальних стереотипів, є невід'ємним атрибутом повсякденного мислення, чинником самоусвідомлення та диспозицією взаємодії індивідів у соціальному просторі. Зміни у системі гендерних відносин зумовлюють, з одного боку, відкриття можливостей для їх оптимізації, а з іншого – ризик порушень формування гендерної ідентичності та невизначеність оптимальних орієнтирів-нормативів міжстатевих взаємин.

Ознака статі є одним з таких факторів громадського здоров'я, диференціююча роль якого визнається традиційно і на рівні буденної свідомості, і в сучасній науковій літературі. Медичній науці в цілому відомі відмінності в структурі захворюваності чоловічої і жіночої популяції. Ці відмінності вже тривалий час, починаючи з перших систематичних досліджень громадського здоров'я, констатуються на рівні медичної та соціальної статистики.

У громадській думці існує стереотипне судження, що приписує жінкам істотні переваги при оцінці їх потенціалу здоров'я в порівнянні з чоловіками. Це судження, в найзагальнішому вигляді, знаходить «вагомий» аргумент в ряду даних про майже глобальне поширення тенденції порівняно більшої середньої тривалості жінок, яка перевищує аналогічний показник чоловічої популяції в середньому на 13,5 років.

У Одеській області різниця в середній тривалості життя чоловіків і жінок досягає 16 років. У гендерно-віковій структурі медичних причин смертності також виявляються суттєві відмінності за статтю. Тому не випадково класифікації вікових періодів у чоловіків і жінок, застосовувана ООН і ВООЗ, передбачає різні інтервали, що враховують фази їх фізіологічного і соціального розвитку.

Соціальна обумовленість гендерних відмінностей у сфері здоров'я і медицини поки недостатньо описана емпірично і осмислена у вітчизняній літературі. Тому область соціально-наукового пояснення таких відмінностей поки залишається одним з «білих плям» в соціологічній проблематиці. Але з вирішенням саме цієї науково-практичної проблеми визначальною мірою пов'язана перспектива розробки ефективних гендерно-орієнтованих програм профілактичної та клінічної медицини, доцільність яких не викликає сумнівів у фахівців.

Статистичний аналіз соціальних характеристик здоров'я в контингентах чоловіків і жінок, виконаний в рамках регіонального дослідження громадського здоров'я, де кожен з двох контингентів є репрезентативним щодо відповідної популяції населення Одеської області, дозволяє істотно уточнити і відмінності в

структурі істинної (вичерпаної) захворюваності чоловіків і жінок, і зв'язок цих відмінностей з рядом інших соціальних факторів громадського здоров'я.

Структура соціальної обумовленості здоров'я охоплює різноманітні групи факторів, в числі яких особливості економічної активності чоловіків і жінок, історично сформовані і відтворювані позиції чоловіків і жінок в суспільному поділі праці (включаючи специфіку їх трудової зайнятості в побуті і домашньому, підсобному господарстві), правове становище і соціальна захищеність (безпека), ментальні, субкультурні та соціально-психологічні відмінності. Спектр цих факторів надзвичайно різноманітний, і його наукове висвітлення передбачає спеціальні комплексні дослідження соціально-економічної, соціально-правової, культурної та соціально-психологічної сфер життєдіяльності. Безсумнівно, що вирішення цієї важливої перспективної задачі зажадає довгострокової взаємодії фахівців різних галузей соціальних наук при інтегруючій ролі медичної соціології. Нижче будуть розглянуті деякі ключові фактори гендерної диференціації, зафіксовані в регіональному дослідженні громадського здоров'я: самооцінку власного здоров'я, інформованість про стан здоров'я, ціннісне ставлення до здоров'я і поведінкову стратегію в сфері здоров'я.

Для характеристики гендерних відмінностей спочатку розглянемо загальну структуру самооцінок здоров'я на тлі чоловічої і жіночої субпопуляцій старше 18 років (див.таблицю 2.1).

Таблиця 5.2

### Структура самооцінок здоров'я дорослих чоловіків і жінок, %

	Варіанти самооцінки здоров'я					
	Відмінне	Добре	Задовільне	Погане	Дуже погане	Вагаюсь відповісти
Чоловіки	0,8	13,8	60,7	13,1	1,4	10,2
Жінки	0,3	6,7	53,8	22,9	3,4	12,9

Отже, самооцінки здоров'я на думку чоловікам і жінок виявляються взаємно протилежними. Серед чоловіків удвічі менше носіїв негативної самооцінки і, відповідно, вдвічі більше носіїв позитивної, при порівняно близьких частках оцінки «задовільно» і «вагаюсь відповісти». Зафіксована в таблиці структура видається принципово важливою, оскільки відображає гендерні особливості чоловіків і жінок у сфері здоров'я. Жінкам властива порівняно велика тривожність і сумніви щодо власного здоров'я.

Наведені нами дані, отримані на основі репрезентативної регіональної вибірки, рішуче розходяться з опублікованими раніше даними інших дослідників. Так, за даними Л. С. Шиловой і О.С. Копіної, у жінок більш висока самооцінкою здоров'я: самооцінка «здоров'я хороше» притаманна 28% чоловіків і 72% жінок, «здоров'я задовільне» відповідно 42% і 58%, оцінка «здоров'я погане» 58% чоловіків і 42% жінок». Така картина суперечить нашим висновкам і може викликати певні сумніви, що навряд чи пов'язано з різницею в часі. Її правдоподібність може бути пов'язана зі своєрідністю обстеженої сукупності (віковим складом, культурною або ситуативною специфікою).

Для перевірки і уточнення гендерної динаміки проаналізуємо структуру самооцінок здоров'я на тлі статево-вікової піраміди дорослого населення регіону, з урахуванням циклів відтворення популяції і реальних пропорцій статевих груп і вікових шарів. У ній проявляються якісно різні соціально-вікові та гендерні фази (ареали) задоволеності здоров'ям і динаміки самооцінки здоров'я у вікових і статевих групах регіональної популяції. Звертає на себе увагу, перш за все, порівняно велика поширеність негативної самооцінки здоров'я серед жінок, а також те, що така оцінка досягає паритету і домінування в загальній структурі в жіночих когортах старше 60 років. Негативна самооцінка здоров'я не домінує в жодній з когорт чоловічої популяції (за винятком старше 80 років). У них повсюдно переважають низько-диференційовані самооцінки, виражені поняттям «задовільне здоров'я».



На перший погляд, загальна картина розподілу самооцінок представляється в цілому симетричною, однак при ближчому розгляді виявляються певні відмінності, що вимагають пояснення.

Одне з основних відмінностей виявляється в тому, що темп скорочення позитивних оцінок між п'ятирічними когортами і, відповідно, наростання негативних оцінок здоров'я виявляється серед жінок вдвічі вище, ніж серед чоловіків. Цей темп у жіночій популяції призводить до скорочення в середньому вдвічі позитивної оцінки за кожні 10 років і призводить до практичного зникнення позитивної самооцінки за межею 39 років.

У чоловічій популяції таке скорочення в середньому становить близько 10-15 процентних значень за кожен 10 років і веде до вичерпання позитивної оцінки лише за межею 59-річного віку. Стійке наростання негативних самооцінок здоров'я серед дорослих жінок починається практично з 20-літнього віку, в той час як серед чоловіків лише з передпенсійного віку (50-55 років). Цей тип оцінки серед чоловіків навіть має тенденцію до скорочення у віковому інтервалі 20-39 років, з подоланням якого лише і затверджується.

Сумарно кількість жінок, негативно оцінюють своє здоров'я, вдвічі більше аналогічної кількості чоловіків в популяції. Представляє інтерес і динаміка того масового виду самооцінки здоров'я, яка виражається поняттям «задовільно». Її суперечливість в науково-методичному плані раніше вже відзначалася в соціологічних дослідженнях. Даний вид самооцінки відносно наростає з майже однаковим темпом (810% за кожні 5 років), її частка майже подвоюється серед чоловіків і жінок у віковому інтервалі 18-55 років, досягаючи 70-80% в структурі самооцінок. Потім частка оцінки задовільно поступово зменшується, скорочуючись майже вдвічі до вершини вікової піраміди і поступаючись провідне місце самооцінці здоров'я погане.

Отже, аналіз представлених даних полягає в тому, що в чоловічій популяції критична самооцінка здоров'я формується порівняно повільніше, відстає від темпу аналогічного процесу в жіночій популяції (і, швидше за все, від

об'єктивної динаміки стану здоров'я у відповідних групах чоловіків) і досягає панівного становища лише в когортах старше 70 років.

Статистичний аналіз показників інформованості дорослого населення про наявні захворювання і встановлених діагнозів свідчить, що чоловікам властива, в порівнянні з жінками, більш низька інформованість, при відносно близьких середніх кількостях встановлених діагнозів. В середньому кожному третьому чоловікові (32,7%) не відомі діагнози наявних у нього захворювань.

У жіночій популяції лише п'ята частина (19,2%) проявляє необізнаність щодо наявних захворювань. Не порівнюючи в даному випадку структуру відомих чоловікам і жінкам захворювань (за основними нозологічними формами), можна констатувати, що доросла жінка в середньому знає про 2,4 діагнози наявних у неї захворювань, в той же час кількість діагнозів захворювань, відомих дорослому чоловікові, становить в середньому лише 1,5 діагнозу. Також істотно різниться в популяціях чоловіків і жінок інформованість про наявних хронічних захворюваннях. Знають про такі захворювання в середньому лише близько 45% чоловіків і 62% жінок.

Залежність ціннісного ставлення до власного здоров'я (ставлення до здоров'я як однієї з головних цінностей повсякденного життя) від віку і статі красномовно свідчать наступні малюнки, побудовані за даними репрезентативного регіонального дослідження із залученням методу стандартизованого опитування.

Перший з них відображає ареали пріоритетної цінності здоров'я в вікових і статевих групах на тлі регіональної статево-вікової піраміди. Виділена світлим кольором область всередині статево-вікових груп відображає частки респондентів, які приєдналися до твердження про те, що здоров'я є в їхньому житті головною цінністю. Ця область в регіональній популяції дорослих на дві третини представлена жіночим населенням і в головному повторює всі історично склалися перекося в чисельності статево-вікових груп (спади в чисельності 30-34 літні і 50-55 літніх, різкий відносно спад чисельності чоловіків старше 45 років). Статистична картина ціннісного ставлення до здоров'я виглядає майже

симетричною в двох частинах малюнка, що представляє популяції чоловіків і жінок. У чоловічій і жіночій популяціях можна говорити про стійку пріоритетності цінності здоров'я, починаючи лише з 50 літнього віку, після якого динаміка цієї цінності прагне до абсолютних значень. До досягнення цього віку цінність здоров'я неправомірно затуляється іншими життєвими цінностями.

Беручи за орієнтир відому концепцію двох третин, можна констатувати, що цінність здоров'я набуває домінуючий характер, по суті, лише в когортах старше 60 років. Своєрідний провал в динаміці цієї цінності проявляється серед чоловіків в групах 25-39 років, де відзначається спад ціннісного ставлення до здоров'я навіть в порівнянні з більш молодими когортами чоловіків (до 25 років).

Зі сказаного випливає, що в цілеспрямованій діяльності по масовому формуванню розвиненого ціннісного ставлення дорослих до здоров'я найбільшої уваги заслуговують групи чоловіків і жінок у віці до 50-55 років. Загально визнаною є притаманна жінкам порівняно більш розвинена психологічна і соціальна емпатія і, зокрема, їх стурбованість питаннями здоров'я. Причому, ця стурбованість жінок стосується не тільки їх власного здоров'я, але часто поширюється і на ситуації в сфері здоров'я інших людей.

Матеріали репрезентативного опитування в цілому підтверджують наведену вище думку: жінки, в порівнянні з чоловіками, частіше відчують занепокоєння з приводу свого здоров'я.

Є певна своєрідність у віковій динаміці такої тривожності серед чоловіків і жінок (див.таблицю 2.2). Якщо серед жінок з віком відбувається безперервне наростання індексу тривожності, то серед чоловіків, при загальному наростанні тривожності, відзначаються відступ від даної тенденції. Вони виражаються в деякому зниженні тривожності, помітному, принаймні, в двох вікових групах чоловіків — 25-29 і 60-64 років.

Одним з можливих пояснень спаду тривожності молодих чоловіків (25-29 років) з приводу свого здоров'я може служити те, що саме цей вік збігається з народженням первітків в молодих сім'ях.

Таблиця 2.2.

**Індекс тривожності чоловіків і жінок з приводу стану свого здоров'я,  
за віковими групами, %**

Вікові групи	Стать	
	Чоловіки	Жінки
<b>18-19</b>	0,33	0,33
<b>20-24</b>	0,35	0,44
<b>25-29</b>	0,33	0,45
<b>30-34</b>	0,4	0,49
<b>35-39</b>	0,39	0,53
<b>40-44</b>	0,47	0,59
<b>45-49</b>	0,47	0,61
<b>50-54</b>	0,51	0,64
<b>55-59</b>	0,65	0,67
<b>60-64</b>	0,59	0,67
<b>65-69</b>	0,65	0,79
<b>70-74</b>	0,73	0,81
<b>75-79</b>	0,72	0,82
<b>80 і ст</b>	0,81	0,83

Цей період відзначається активним, часто вкрай напруженим пошуком чоловіками як основними годувальниками своїх сімей індивідуального місця в економічній системі. Крім того, саме в цьому віковому діапазоні у чоловіків на перший план виходить вимушена пріоритетність питань професійно-трудового самоствердження і, як наслідок, відступають на другий план проблеми власного здоров'я.

Період 60-64 років, в свою чергу, відзначений для багатьох чоловіків, особливо поєднують статус пенсіонерів з триваючим або новим працевлаштуванням, проблемами професійно-трудової реадаптації (нерідко в зв'язку з переходом на менш кваліфіковані трудові позиції) і конкуренції з більш

молодими працівниками. Зіткнення з цими проблемами і прийняті чоловіками моделі їх вирішення, ймовірно, тимчасово притупляють занепокоєння з приводу власного здоров'я, яке, однак, з новою силою проявляється вже у віці старше 65 років, хоча дещо поступається відповідним характеристикам жінок в аналогічних віках.

В цілому, порівняно низька тривожність чоловіків в молодіжних і працездатних вікових групах з приводу стану свого здоров'я може розглядатися в якості супутнього психологічного атрибута їх припущеного ціннісного ставлення до здоров'я.

Поведінкова стратегія суб'єкта в сфері здоров'я — вельми ємне поняття, що розробляється в соціологічному аспекті. Воно покликане охопити, стосовно до поведінки в сфері здоров'я, основні складові і межі феномена соціальної стратегії, а саме:

- довготривалі цілі суб'єкта (індивіда, групи) в сфері здоров'я, що впливають з його умов життя і потреб;
- ресурси суб'єкта (контрольовані індивідом або групою економічні, діяльнісні, технічні, владні, організаційні та інформаційні засоби), що використовуються ним для досягнення своїх цілей у сфері здоров'я;
- очікування суб'єкта щодо наявних і використовуваних ресурсів і можливостей в сфері здоров'я, виражені в показниках конкретної віддачі від використовуваних ним в цій сфері ресурсів.

Враховуючи стартовий характер соціологічного вивчення поведінкових стратегій населення у сфері здоров'я, а також те, що основним ресурсом сучасної політики охорони здоров'я була і залишається діюча система медичних закладів, у даному дослідженні увага була зосереджена на моделях взаємодії населення з цими закладами і, зокрема, звернення до професійної медичної допомоги при захворюваннях.

Типологія поведінкових стратегій (за зверненням до медичної допомоги при хворобі) практично збігається у чоловіків і жінок. Переважна модель передбачає звернення до такої допомоги лише при тяжкому перебігу хвороби

(67-69%), ще більш жорстке ігнорування медичної допомоги охоплює 12-14%, в той час як оптимальна модель (звернення до лікаря при будь-яких захворюваннях) властива лише 13-16%.

Тривимірний аналіз даних моніторингу за віком і статтю дозволяє виявити вплив гендерного фактора (гендерних поведінкових стереотипів) в окремих віках. Це змушує звернути увагу, перш за все, на групу молодих чоловіків (15-25 років), в якій «жорсткий» відмова поширений вдвічі більше і, відповідно, систематичне звернення до лікаря при хворобі - вдвічі рідше, ніж в групах жінок того ж віку (таблиця 2.3)

**Таблиця 2.3.**

Стратегії взаємодії з професійною медициною при хворобі  
у чоловіків та жінок, %

№	Основні стратегії	Вікові групи, роки							
		15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Старші 70 р
<b>Чоловіки</b>									
1	«М'яка відмова»	55	66	66	73	71	74	73	62
2	«Жорстка відмова»	29	24	20	17	16	8	7	7
3	Звернення до лікаря	14	9	11	8	11	16	16	26
4	Не дали відповіді	2	1	3	1	2	2	4	5
<b>Жінки</b>									
1	«М'яка відмова»	53	61	70	70	73	76	72	65
2	«Жорстка відмова»	15	13	16	16	13	12	8	6
3	Звернення до лікаря	30	21	12	13	11	10	17	45
4	Не дали відповіді	2	5	2	1	4	2	3	3

Динаміка, що виражається, перш за все, в скороченні тієї частки групи, яка дотримується оптимальної стратегії (звернення при будь-яких захворюваннях). Якщо в групі до 20 років ця частка охоплює у чоловіків і жінок, відповідно, 16 і

30 %, то за тим стійке скорочення до 7 і 11% в групі 30-34 річних, і її істотне збільшення відзначається лише в групах від 60 років і старше.

Структура поведінкових стратегій в сфері здоров'я диференціюється на тлі реальних диспропорцій вікових верств чоловіків і жінок. При збереженні домінантної ролі стратегії, що характеризується «м'якою» відмовою від медичної допомоги, в цілому відзначаються нестійкі зрушення в частці двох інших поведінкових моделей: дворазове посилення ролі оптимальної стратегії припадає у жінок на початок фертильного віку (20-24 року) і в групах старше 70 років.

Отже, визнанні того факту, що всупереч посиленню ціннісного ставлення до власного здоров'я в міру дорослішання, в поведінкових стратегіях безсумнівно переважає «м'яка» відмова від медичної допомоги під час хвороби (звернення до медичної допомоги лише при тяжкому перебігу захворювання). Цим знову підтверджується зроблене раніше припущення про глибоке соціокультурне вкорінення ставлення дорослого населення до власного здоров'я, на яке принципово не впливають ні гендерні, ні вікові ознаки.

### **2.1.1 Міське і сільське населення**

Виходячи із загальних соціально-наукових уявлень про місто і село як дихотомічні типи організації соціуму, можна сформулювати основні передумови відмінності між міським і сільським населенням у сфері здоров'я та охорони здоров'я. Ці передумови, що виявляються одноразово і у взаємозумовленості, включають просторово-природну, соціально-економічну та соціально-культурну характеристики.

Просторово-природне підґрунтя таких відмінностей впливає з порівняно більшої близькості сільського соціуму до природного оточення, відносно гармонійнішої зануреності в це оточення. Як наслідок, у сільському соціумі меншою мірою виявляється ціла низка техногенних чинників, що негативно впливають на громадське здоров'я (забруднення повітря і води, сильніше

електромагнітне та радіаційне тло, хімізація речового середовища, засобів споживання тощо).

У міському середовищі відзначають і соціогенні чинники, серед яких - висока (що досягає несприятливих рівнів) концентрація комунікації, жорстка організація і напруженість виробничих процесів, до яких залучено людину, більша поширеність стресів і, відповідно, невротизація психіки, а також невротизація психіки життя.

Просторово-природні особливості села і міста об'єктивно відбиваються і в способі життя двох груп населення - сільського і міського. Перша характеризується порівняно меншою функціональною і зональною розчленованістю, просторовою близькістю або взаємопроникненням різних функціональних зон (адміністративної, виробничої, побутової, дозвілленої, рекреаційної, художньо-творчої та ін.). Безсумнівно, що ця важлива особливість спричиняє менші часові витрати сільського населення на необхідні переміщення між різними зонами та меншу вимушену залежність від засобів транспорту. Звідси, сільському способу життя властива менша гіподинамія, з відповідними наслідками для стану здоров'я і захворюваності населення.

Економічна основа відмінності виражається насамперед у якості виробничо-трудового середовища, що справляє принциповий вплив на інфраструктуру села і міста, на зміст праці як провідного виду діяльності в структурі способу життя основної маси людей, про що вже йшлося вище. Але не менш важливий вплив економічної системи міста і села на громадське здоров'я виявляється у трьох інших взаємопов'язаних соціальних аспектах, що заслуговують на увагу в соціологічному дослідженні:

1. Політико-економічні відносини міста і села як спільнот, що містять (особливо за умов ринкового господарства) ознаки економічного і політичного суперництва та конкуренції, в яких місто (навіть за часів, коли воно поступалося селу за чисельністю населення) історично здобувало першість;



2) концентрація установ і професійних кадрів системи охорони здоров'я, що історично складається, у міській місцевості, яка супроводжує глобальний процес урбанізації та робить якісну охорону здоров'я більш ефективною.

Виходячи із загальних соціально-наукових уявлень про місто і село як дихотомічні типи організації соціуму», можна сформулювати основні передумови відмінностей між міським і сільським населенням у сфері здоров'я та охорони здоров'я. Ці передумови, які проявляються одноразово і у взаємозумовленості, включають просторово-природну, соціально-економічну і соціально-культурну характеристики. Просторово-природна основа таких відмінностей впливає з порівняно більшої близькості сільського соціуму до природного природного оточення, щодо більш гармонійної заглибленості в це оточення. Як наслідок, в сільському соціумі в меншій мірі проявляється цілий ряд техногенних факторів, що негативно впливають на громадське здоров'я (забруднення повітря і води, сильніший електромагнітний і радіаційний фон, хімізація речового середовища, засобів споживання та ін.). У міському середовищі відзначаються і соціогенні фактори, в число яких входять висока (досягає несприятливих рівнів) концентрація комунікацій, жорстка Організація і напруженість виробничих процесів, в які включена людина, велика поширеність стресів і, відповідно, невротизація психічного життя.

Просторово-природні особливості села і міста об'єктивно відображаються і в способі життя двох груп населення сільського і міського. Перша характеризується порівняно меншою функціональною і зональною розчленованістю, просторовою близькістю або взаємопроникненням різних функціональних зон (адміністративної, виробничої, побутової, дозвіллевої, рекреаційної, художньо-творчої та ін.).

Безсумнівно, що ця важлива особливість викликає менші часові витрати сільського населення на необхідні переміщення між різними зонами і меншу вимушену залежність від засобів транспорту. Звідси, сільському способу життя властива менша гіподинамія, з відповідними наслідками для стану здоров'я і захворюваності населення. Економічна основа відмінностей виражається, перш

за все, в якості виробничо-трудового середовища, що надає принциповий вплив на інфраструктуру села і міста, на зміст праці як провідного виду діяльності в структурі способу життя основної маси людей, про що вже говорилося вище. Але не менш важливий вплив економічної системи міста та села на громадське здоров'я проявляється в трьох інших взаємопов'язаних соціальних аспектах, які заслуговують на увагу в соціологічному дослідженні:

1. Політико-економічні відносини міста і села як спільнот, що містять (особливо в умовах ринкового господарства) ознаки економічного і політичного суперництва і конкуренції, в яких місто (навіть за часів, коли воно поступалося селу за чисельністю населення) історично здобувало першість;

2. Історично складається концентрація установ і професійних кадрів системи охорони здоров'я в міській місцевості, що супроводжує глобальний процес урбанізації і робить якісну і технологічно складну медичну допомогу істотно більш доступною для міського населення;

3. Особливості систем соціально-економічної нерівності в міських і сільських громадах, що накладають відбиток на масові практики поведінки і соціальних відносин індивідів і груп у сфері здоров'я і у взаємодіях з системою охорони здоров'я.

Соціально-культурна основа відмінностей міського і сільського населення в плані громадського здоров'я обумовлена в основному стійкими рисами відповідних субкультур (соціальних типів культури). Ці риси в цілому детально досліджені в сучасних соціальних науках, але в сфері здоров'я заслуговують на особливу увагу наступні:

1. Історично притаманна сільському населенню (особливо в сферах побуту, спілкування і дозвілля) так звана «традиційна» культура, яка в сфері здоров'я відзначена опорою на засоби і методи народної медицини, самолікування, а як наслідок — більш імовірним в повсякденних практиках сільського населення нехтуванням професійною медичною допомогою в разі захворювання, меншою забезпеченістю сім'ї медичними засобами;

2. Відносно велика особистісно-психологічна відкритість і взаємна підтримка в соціальних відносинах, притаманна сільському населенню, яка в сфері здоров'я та охорони здоров'я може відносно збільшувати індивідуальні ресурси в разі захворювання.

Активні процеси сільсько-міської міграції та реміграції в останні десятиліття призвели до перемішування поселенських спільнот і вирівнювання в значній мірі соціокультурних установок і практик у сфері здоров'я, властивих сучасним міським і сільським жителям. Відмінності між поселенськими групами в масштабі регіонального населення в цілому представляються незначними за багатьма медико-соціологічними параметрами, що аналізуються на основі персоніфікованої репрезентативної бази даних.

Однак, розглядаючи ці відмінності, слід враховувати особливості демографічної структури міського і сільського населення в умовах регіону. Середній вік сільського і міського населення в Одеській області становить, відповідно, 42,5 і 38,8 років, проте середній вік дорослих популяцій сільського і міського населення (від 18 років і старше) виявляється рівним, відповідно, 46,2 і 47,7 року.

Сільське населення в соціально демографічному відношенні характеризується меншою часткою молоді і верств працездатного віку, більшою часткою самотніх людей (насамперед жінок) в старших віках, великим розривом середньої тривалості життя чоловіків і жінок.

Іншою важливою характеристикою особливостей громадського здоров'я в популяціях міського та сільського населення є аналіз джерел захворювань за оборотністю, пов'язаний з історичною концентрацією лікувально-профілактичних закладів у міській місцевості. Ця концентрація призводить до того, що високо-кваліфіковані верстви і спеціалізовані групи лікарів зосереджені, як правило, в міських установах. А тому первинні дані про захворюваність в сільській місцевості (діагностика, реєстрація клінічних ситуацій і т. п.) відносно частіше формуються сімейними лікарями, терапевтами

і середнім медичним персоналом (фельдшерами), в той час як в міській місцевості такі дані формуються, як правило, за участю лікарів фахівців.

У зв'язку з цією науково-методичною особливістю фіксації первинних даних, було б правильним очікувати істотно більшу різноманітність діагнозів і кількість вперше встановлених діагнозів саме в міській місцевості. З точки зору самооцінки стану здоров'я, ситуація серед сільського населення в цілому виглядає дещо більш оптимістичною: частка дорослих, які оцінюють своє здоров'я негативно, на 5 процентних пунктів менше, ніж серед міського. Частки самооцінок, виражених поняттям «здоров'я задовільний», практично збігаються. Відповідно, позитивна оцінка власного здоров'я в сільському населенні поширена дещо більше.

Цілком очікуваною соціальною відмінністю, на тлі сформованих мереж медичних установ і неоднакової доступності медичних послуг в розрізі міста, виглядає специфіка звернення до медичної допомоги при хворобі. Серед дорослого сільського населення частка осіб, які практикують «жорстку» відмову від медичної допомоги, сягає чверті, в той час як серед міського -16 %. З іншого боку, міське населення дещо частіше практикує «м'який» відмова (стратегія самолікування при хворобі), пов'язаний з щодо болишів доступністю «проміжних» медичних і непрофесійних послуг — консультацій фармацевтів (при більш розвиненою в міській місцевості аптечної мережі) або «кваліфікованих» знайомих (при більшій щільності населення в місті і, відповідно, соціальних зв'язків).

Якість поточного діагностування захворювань в міській місцевості виявляється порівняно більш повним. При диспансерних обстеженнях і клінічних дообстеженнях нові діагнози не були встановлені лише у 8,6% сільських респондентів, в той час як у міських — 13,3%. Однак середня кількість нещодавно встановлених діагнозів захворювань серед міських респондентів становила 3,37, тоді як серед сільських — 2,94. Це дозволяє зробити попередній висновок про те, що в сільській місцевості, при об'єктивно гіршому стані демографічної структури населення і порівняно слабкому розвитку системи

медичної допомоги, все ж зберігається дещо більш сприятлива санітарна ситуація, відзначається більш сприятлива динаміка захворюваності (з точки зору середньої кількості знову встановлених діагнозів).

### 2.1.2. Сімейний стан

Вплив сімейного стану індивіда на здоров'я може розглядатися, в найбільш загальному вигляді, як:

- передумова соціальної активності і способу життя, в структурі якого можуть бути присутніми особливі види діяльності-спілкування — емоційна і соціальна взаємодопомога в сім'ї;
- фактор первинного середовища, що свідчить про склад соціальних зв'язків і, відповідно, можливостей оперативного отримання соціальної підтримки з боку родичів у разі хвороби;
- передумова більш стійкої трансляції від старших поколінь до молодших та інтеріоризації певних видів культури здоров'я та соціально-типових моделей поведінки у сфері здоров'я.

Соціальне середовище людини, чия життєдіяльність реалізується в основному поза сімейної групи (порівняно менше коло соціальної залежності і відповідальності) обумовлює і психології В даному випадку не розглядається якісна структура (нозологічні форми) знову встановлених діагнозів.

Дорослі респонденти, які живуть самотньо, без сім'ї, на третину частіше оцінюють своє здоров'я як погане і дуже погане, рідше задоволені своїм здоров'ям, ніж ті, хто живе в складі своєї сім'ї. У межах однієї і тієї ж вікової групи і групи здоров'я самотніми людям, в порівнянні з сімейними, частіше властиво занепокоєння з приводу стану свого здоров'я»«. Істотно розрізняються і поведінкові моделі двох розглянутих демографічних груп в сфері здоров'я. Перша значно рідше практикує жорстку відмову від медичної допомоги при хвороби і практично вдвічі частіше вдається до такої допомоги при будь-якому захворюванні. «М'яка» відмова від медичної допомоги як переважна модель

поведінки (звернення до лікаря тільки при важких станах здоров'я) майже однаково широко поширений серед обох груп-68% « без сім'ї» і «72% «сімейна».

Наведені вище відмінності в моделях поведінки можна частково пояснити особливостями бюджету часу і комплексу соціальних зв'язків груп з різними сімейними статусами. Наявність у дорослої людини своєї сім'ї породжує дещо більше коло турбот і тимчасових витрат, спрямованих на допомогу рідним, і призводить до обмеження часу та інших ресурсів для активної турботи про власне здоров'я. Одночасно посилюється взаємодопомога близьких всередині сім'ї, розподіл трудових обов'язків, можливість опори на фізичні, часові та економічні ресурси близьких.

## **2.2. Соціально-економічна диференціація населення в сфері здоров'я**

Соціально-економічна диференціація в плані громадського здоров'я-один з широко визнаних фактів соціальної обумовленості здоров'я. Говорячи про соціально-економічну диференціацію населення, ми маємо на увазі, перш за все, такі ознаки, як основний рід занять, професійна приналежність і рівень матеріального добробуту. Хоча, зрозуміло, ці ознаки лише відкривають собою цілий ряд інших складних обставин, породжуваних становищем індивіда або групи в економіці і системі соціальної нерівності і так чи інакше відбиваються на умовах праці і життя в цілому, стані здоров'я і поведінці в сфері здоров'я. У числі таких факторів — джерело доходу, характер праці і рівень усупільнення праці, посадовий статус і пов'язаний з ним часовий режим праці, житлові умови, доступ до ресурсів соціального захисту та багато іншого.

Нижче представлені результати соціологічного аналізу матеріалів регіонального дослідження громадського здоров'я стосовно до великих соціально-економічних спільнот.

### 2.2.1 Групи населення за основним родом занять

За основним родом занять в структурі постійного дорослого населення (від 18 років і старше) в дослідженні були виділені сім груп, представлених в таблиці 2.3. Найбільшими з цих груп виявляються зайняті (працевлаштовані) і пенсіонери. Одне з найбільш помітних відмінностей виявляється в ціннісному відношенні цих груп до здоров'я.

**Таблиця 2.3.**

#### Основний рід занять дорослих і їх ціннісне ставлення до здоров'я, %

№	Основний рід занять дорослих і частка відповідної групи у вибірці, у %	Частка тих, хто погоджується із висловлюванням, %	
		Здоров'я - саме головне у моєму житті	Здоров'я - не головне, є більш важливі речі
1	Працюють (50,4)	37,3	61,5
2	Вчаться(3,8)	31,6	56,7
3	Вчаться і працюють (3,0)	34,4	55,6
4	На пенсії, не працюють (27,5)	53,3	36,9
5	На пенсії продовжують працювати (6,7)	83,3	19,8
6	Не вчаться і не працюють, безробітні (4,5)	49,3	45,2
7	Знаходяться в декреті, у відпустці по догляду (1,8)	27,5	67,0
8	Всього	50,6	46,1

Цінність здоров'я, як видно, не є провідною для більшості груп, представлених в таблиці. Вона не розглядається як ресурс, збереження або нарощування якого виступало б в якості об'єкта планування. Для груп учнів і

зайнятих на перший план виступає цінність забезпечення індивідуального або сімейного матеріального добробуту. Її пріоритетність істотно посилилася в період радикальних ринкових реформ у зв'язку з процесами соціально-економічної деградації більшості зайнятого населення. Ця цінність досягла в певному сенсі свого абсолюту, відсунувши на другий план навіть цінності здоров'я і духовного розвитку, особистої та громадської безпеки, що підтверджується і багатьма спеціальними дослідженнями». Даний стан ціннісної сфери цих соціальних груп стало наслідком тенденцій, що охопили в Росії два останні десятиліття ХХ століття і не припинили свою дію до останнього часу. Виняток в даному відношенні становить лише група пенсіонерів.

Наведені вище соціально-економічні групи істотно розрізняються і в області практикованих ними стратегій в сфері здоров'я. Ці відмінності відображені в таблиці 2.4 і показують порівняльну поширеність стратегій самолікування.

Частка групи, яка дотримується жорсткої відмови « від професійної медичної допомоги при хворобі, сильно варіює (від 7% до 20%). Найбільша поширеність «жорсткого відмови» проявилася, як і слід було очікувати, в групах учнів і знаходяться в декреті (передпологовій відпустці або відпустці по догляду за дитиною), охоплюючи до 20% складу групи.

Найменша поширеність такої стратегії - серед пенсіонерів, у тому числі зайнятих (79%). Частково це пояснюється віковою природою даних груп і віковими особливостями ставлення до здоров'я. «М'який відмова» від медичної допомоги, будучи в цілому переважаючим серед дорослих, заслуговує окремого аналізу. Звертає на себе увагу та обставина, що дві соціально-економічні групи (учні і поєднують навчання з роботою), перебуваючи, по суті, всередині одного і того ж вікового шару (молоді), демонструють сильні відмінності і в поширеності «м'якого відмови» (відповідно, 56% і 71%), і в питомій вазі оптимальної стратегії.

Виробничо-трудове середовище в її переважаючих, типових проявах відзначена безумовним пріоритетом цільових виробничо-технологічних і



економічних критеріїв над соціальними і культурними, значним поширенням несприятливих і небезпечних факторів.

Таблиця 2.4

**Основний рід занять і відповіді на питання «чи завжди при хворобі ви звертаєтеся до лікаря.», %**

№	Групи дорослого населення за основним родом занять	Ніколи не зверталися до лікаря	Зверталися тільки при тяжких хворобах	Звертаються до лікаря при будь-яких захворюваннях
1	Працюють	15,2	71,5	10,7
2	Вчаться	18,7	56,1	22,5
3	Вчаться і працюють	13,2	73,9	14,6
4	На пенсії, не працюють	9,0	70,9	14,7
5	На пенсії продовжують працювати	7,0	67,4	22,4
6	Не вчаться і не працюють, безробітні	18,1	72,4	7,7
7	Знаходяться в декреті, у відпустці по догляду	19,8	62,6	16,5
8	Всього	12,5	68,6	14,5

Частим в такому середовищі виявляється і відсутність розвиненої інфраструктури медичної допомоги (наявність в кращому випадку аптечних наборів для першої допомоги і відсутність медкабінетів на більшості підприємств) або її недоступність в силу виробничо-технологічних обставин (режиму, неможливості термінової заміни вибуває працівника і т.п.).

Вихід з навчального колективу і занурення в трудовий колектив, як можна припустити, і стає для молоді вирішальним фактором того «що в її поведінкових стратегіях «м'який відмова» з нестійкого переважання досить швидко набуває властивість абсолютного домінування, найімовірніше розширюється соціальна база «жорсткої відмови», одночасно відбувається різкий спад оптимальної стратегії (від 23% до 15%).

Зазначений взаємозв'язок роду занять з соціальними стратегіями груп населення в сфері здоров'я змушує приділити особливу увагу проблемі

соціальної якості сучасної суспільно виробничого середовища як детермінанта поведінкових стратегій населення в сфері здоров'я і, відповідно, вирішального соціокультурного фактора стану громадського здоров'я.

Констатація важливості даного фактора не є абсолютно новою для вітчизняної медичної науки. Однак в нових умовах посилення соціальної орієнтації розвитку російської держави і розгляд охорони здоров'я в якості одного з пріоритетних національних проектів передбачає, щоб область соціологічних досліджень громадського здоров'я охопила і проблематику сучасної виробничо-трудова сфери, в якій, судячи з зроблених вище висновків, формуються соціокультурні механізми поведінки людей у сфері здоров'я та охорони здоров'я.

Вище вже було показано, що об'єктивно ключовим фактором ціннісного ставлення до власного здоров'я є вік, в істотній мірі детермінує багато сторін соціально-економічного становища індивіда або групи, в тому числі рід занять, кваліфікаційний і посадовий рівні, добробут. Саме з досягненням пенсійного віку цінність добробуту поступається цінності здоров'я.

Виявлену в ціннісному ставленні до здоров'я ситуацію не можна визнати нормальною з точки зору інтересів українського суспільства і держави, відповідно, примиритися з відсутністю або пониженням характером цінності здоров'я у складі ціннісного ядра зайнятого населення та учнівської молоді. У такій обстановці значна частина або навіть більшість населення в певному сенсі перестають чути здоровий глузд, пов'язаний з об'єктивною цінністю здоров'я, і з більшою ніж раніше легкістю виявляються в ситуаціях ризику для здоров'я і життя або самі створюють подібні ситуації для себе і оточуючих людей.

Бажана і необхідна принципово інша система цінностей, в якій присутній баланс суспільних і індивідуальних інтересів, матеріального і духовного благополуччя, забезпечується орієнтація на всебічний (різнобічний) розвиток особистості, що не зводиться до професійного успіху і престижним стандартам матеріального споживання.

Сформовану картину системи цінностей, в якій економічний успіх (матеріальне благополуччя) затьмарює здоров'я, можна вважати своєрідним світоглядним і психологічним продуктом ідеології економократизму, наполегливо нав'язаного українській суспільній свідомості в останні два десятиліття. Ця ідеологія сама є логічно і фактично помилковою, оскільки, по суті, підриває об'єктивні довгострокові ресурси економічного успіху і сучасні принципи сталого суспільного і планетарного розвитку, найважливішим з яких завжди був і залишається потенціал людського (індивідуального і суспільного) здоров'я.

Соціально-економічні групи населення сильно розрізняються і за самооцінкою здоров'я (див.таблицю 2.5). Найбільш висока самооцінка властива представникам груп з більш низьким середнім віком – учням, що поєднують навчання з роботою і тим, хто знаходиться в передпологовій відпустці або відпустці по догляду за дитиною. У цьому знову проявляється дія вікового фактора самооцінки.

Таблиця 2.5

## Самооцінка здоров'я в групах за основним родом занять, %

№	Групи дорослого населення за основним родом занять і їх середній вік	Самооцінка здоров'я			
		погане	задовільне	добре, відмінне	не дали відповіді
1	Працюють (35)	8,8	66,7	12,7	11,8
2	Вчаться (21)	6,4	51,9	33,1	8,6
3	Вчаться і працюють (23)	6,6	47,0	29,1	17,2
4	На пенсії, не працюють (58)	17,4	66,7	2,1	13,8
5	На пенсії продовжують працювати (67)	49,5	39,4	1,0	10,2
6	Не вчаться і не працюють, безробітні (40)	23,5	49,8	11,8	14,9
7	Знаходяться в декреті, у відпустці по догляду (27)	8,8	50,5	24,2	16,5
8	Всього	20,9	55,7	10,0	13,4

Настільки ж неоднакові і рівні інформованості соціально-економічних груп про наявні захворювання. В ідеальній ситуації, при своєчасному проходженні медичних обстежень середня реальна кількість встановлених діагнозів може лише дещо випереджати інформованість респондентів про наявні захворювання. Насправді ж інформованість респондентів сильно відстає від реальної картини. У таблиці 2.6. представлені дані про середні кількості захворювань за даними стандартизованого опитування і за даними об'єктивних обстежень.

Аналіз таблиці показує, що практично у всіх групах інформованість про наявні захворювання, судячи з середньої кількості діагнозів, повідомлених респондентами в стандартизованому опитуванні, виявляється в два і більше рази нижче реальної кількості захворювань, знову встановлених при об'єктивному обстеженні цих же респондентів. Справедливо припустити, що у багатьох з них знову встановлені при обстеженні захворювання розвивалися роками, з неминучістю переходячи в хронічну стадію або породжуючи нові, більш важкі форми. Отже, відставання інформованості від реальної картини захворюваності означає, що переважна більшість дорослих не отримують необхідного лікування, не змінюють способу життя маючи хворобу, яку «невидно», а індивіди і суспільство втрачають частину свого потенціалу здоров'я.

Ми, зрозуміло, не можемо ставитися з абсолютною довірою до всіх повідомлень респондентів про встановлені у них раніше захворювання», але в будь-якому випадку заслуговують на увагу виявляються в дослідженні особливості такої інформованості в різних соціальних групах населення як передумови мотивації і по ведення їх представників у сфері здоров'я.

Рівні інформованості про наявні захворювання за виділеними соціально-економічними групами варіюють від 46% (респонденти, які перебувають у декретних відпустках, відпустках по догляду) до 67-68% (пенсіонери). Так, в групі зайнятих (працевлаштованих) респондентів середня кількість повідомлених ними встановлених діагнозів склала 1,6, медичні дані по

оборотності говорять про 2,4 діагнози, а при подальшому медичному обстеженні представників даної соціально-економічної групи додатково встановлено 1,6 діагнозу в середньому. Ще нижче інформованість про наявні захворювання серед учнівської молоді (53%): в середньому на кожне відоме (назване респондентом в попередньому опитуванні) захворювання припадає майже два за оборотністю.

Таблиця 2.6

**Інформованість про наявність захворювань за даними опитування і кількість знову встановлених діагнозів в результаті обстеження**

№	Групи дорослого населення за основним родом занять	Знають про хронічну хворобу, %	Середня кількість захворювань				Рівень інформативності
			За даними опитування	За зверненнями	Щойно встановлених	всього	
1	Працюють	45	1,59	2,44	1,63	4,07	65
2	Вчаться	29	1,01	1,89	1,11	3,00	53
3	Вчаться і працюють	44	1,53	2,28	1,34	3,62	67
4	На пенсії, не працюють	74	2,58	3,79	3,07	6,86	68
5	На пенсії продовжують працювати	79	2,94	5,16	2,75	7,81	57
6	Не вчаться і не працюють, безробітні	47	1,89	3,32	1,76	4,99	59
7	Знаходяться в декреті, у відпустці по догляду	41	1,54	3,38	1,03	4,41	46
8	Всього	54	1,98	3,37	2,06	5,43	59

Нижче детально розглянемо соціальні характеристики зайнятого населення, що становить основу дорослої популяції в регіоні.

### 2.2.2 Зайняте населення та галузеві групи

Одним із соціальних детермінантів здоров'я зайнятого населення, як можна припустити, є умови і характер праці. У дослідженні виділялися три

основні параметри, за якими оцінювався професійна праця в плані її насиченості засобами механізації і автоматизації, рівня напруженості трудових операцій, переважання одноманітних (простих, монотонних, повторюваних) або творчих (різноманітних, самостійних) дій. Диференціація цих умов у виробничо-трудо­вій сфері значна. В обстеженому контингенті зайнятого населення зафіксовані наступні характеристики змісту і умов праці.

**Таблиця 2.7 .**

**Змістовні характеристики праці зайнятого населення, %**

№	Переважаючий характер праці	%
1	Ручний	68,3
2	Механізований	20,5
3	Автоматизований	11,2
4	Одноманітний	58,7
5	Творчий	41,3
6	Дуже напружений	69,4
7	Не дуже напружений	30,6

Більшості зайнятих працівників властиво критично сприймати медикосанітарні особливості виробничого середовища і відзначати те, наскільки умови їх робочого місця впливають на стан здоров'я. Навіть беручи до уваги суб'єктивний характер цього сприйняття, розглянемо його динаміку, оскільки воно пов'язане з іншими соціальними властивостями людей, в тому числі інформованістю про стан здоров'я, ціннісним ставленням до здоров'я, стратегіями поведінки в сфері здоров'я. Стосовно до виділених вище параметрам сприйняття такого впливу представлено в таблиці 2.8.

Аналіз показує, що в громадській думці визнання негативного впливу умов праці на здоров'я працівників статистично поєднується, перш за все, з його різноманітним характером. Рівень тривожності груп зайнятого населення з приводу стану свого здоров'я також найсильніше корелює зі ступенем різноманітності трудових операцій на робочому місці, в меншій мірі — з технічною оснащеністю або напруженістю праці.

Таблиця 2.8

**Відповіді на питання «Чи мають умови праці на вашому робочому місці несприятливий вплив на Ваше здоров'я?», за загальними типами умов праці, %**

№	Переважаючий характер праці	Варіанти відповіді		
		Так	Ні	Вагаюсь
1	Ручний	64,3	12,7	22,6
2	Механізований	68,3	13,1	22,8
3	Автоматизований	72,6	9,0	17,7
4	Одноманітний	71,2	9,7	19,2
5	Творчий	61,7	9,6	22,
6	Дуже напружений	79,2	16,0	2
7	Не дуже напружений	42,1	5,1	15,7
8	Всього зайнятих	63,6	12,7	19,2

Самооцінка здоров'я нерівномірно розподіляється в структурі робочих місць. Ця самооцінка вища в групах, зайнятих механізованою та автоматизованою працею, а також працею з елементами творчості та різноманітності.

Ціннісне ставлення до власного здоров'я, наскільки можна судити за даними опитування зайнятих, також корелює з умовами і характером праці. Не проводячи в даному випадку прямо причинно-наслідкового зв'язку між цими ознаками, вважаємо важливим констатувати порівняно нижчу цінність здоров'я в зонах механізованих і автоматизованих робочих місць. Динаміка самооцінок здоров'я, тривожності і ціннісного ставлення до здоров'я узгоджується з об'єктивними даними. Одним з інтегральних об'єктивних показників соціальної доступності (і непрямим показником загальної ефективності) діагностичних функцій в системі медичної допомоги можна вважати співвідношення встановлених за оборотністю діагнозів до тієї сукупності діагнозів, яка

складається з даних за оборотністю і одномоментного поглибленого медичного обстеження респондентів і висловлює вичерпану (справжню) захворюваність. У кількісному плані ця сукупність відображена в стовпці б наведеної вище таблиці. Виявляється, що відношення значень захворюваності за оборотністю до значень вичерпаної в соціально-економічних групах, що розрізняються умовами або характером праці. Іншими словами, захворюваність за оборотністю відповідає даним істинної захворюваності в середньому на 39-43%. В цілому, однак, це побічно вказує на, в значній мірі, подібну соціальну доступність (або ефективність) діагностичних видів медичної допомоги для різних соціально-економічних категорій населення в регіональному співтоваристві.

У групах, що розрізняються характером праці, відзначається неоднакове ставлення до медичної допомоги при хворобі. «Жорстка» відмова від медичної допомоги при хворобі властива кожному сьомому з числа зайнятих, а «м'яка» — 72%. Установка на самолікування при хворобі, крім важких випадків, властива абсолютній більшості у всіх групах, що розрізняються характером праці. Вона, таким чином, виступає в якості домінуючої культурної норми в різних зонах робочих місць. Одночасно загальна тенденція виражається в тому, що зі зниженням напруженості праці дещо збільшується частка оптимальної стратегії, орієнтованої на звернення до лікарської допомоги при будь-якому захворюванні.

Поясненням даної статистичної тенденції частково є, очевидно, те, що високий ступінь напруженості праці об'єктивно залишає працівникові менше можливості для рефлексії самопочуття, для реалізації ціннісного ставлення до власного здоров'я, що і закріплюється в психологічному і культурному плані особистості.

У галузевому розрізі сприйняття несприятливих умов праці, що роблять негативний вплив на стан здоров'я, характерно те, що наявність такого впливу відзначено абсолютною більшістю (57% 68%) у всіх галузевих групах зайнятого населення. Не є винятком і великі зони «кабінетних» робочих місць, типові для систем управління, закладів охорони здоров'я, культури і освіти, фінансових служб.



Ціннісне ставлення зайнятого населення до свого здоров'я представляє першорядний інтерес у зв'язку з аналізом соціальної (в даному випадку культурної та психологічної) детермінації реального трудового потенціалу населення. Серед диференційованих факторів такого ставлення найбільш значущим виявляється ознака статі і, відповідно, пропорції галузевих груп населення за статтю. Визнання здоров'я в якості пріоритетної цінності неоднаково властиво чоловікам і жінкам, і в цьому проявляється істотна відмінність категорії зайнятих від загальної маси обстеженої популяції. Застосування «дзеркальних» індикаторів дозволяє повніше оцінити ціннісне ставлення до здоров'я, перевірити ще раз дані і підтверджує висновок про істотно менш розвинене ціннісне ставлення чоловіків до власного здоров'я,

Занепокоєння з приводу стану власного здоров'я частіше властиво зайнятим жінкам<sup>°</sup>. Більш високий рівень матеріального добробуту та освіти статистично також корелює з більшою тривожністю. Такий зв'язок проявляється незалежно від віку, всередині одних і тих же вікових груп, як серед жінок, так і серед чоловіків. Індекс тривожності серед респондентів з «вкрай низьким» рівнем добробуту досягає 0,64 (іншими словами, постійне занепокоєння з приводу здоров'я притаманне більшості), серед респондентів з високим рівнем — 0,41.

Зворотна тенденція проявляється у взаємозв'язку рівня тривожності і залежності від психоактивних речовин, зокрема, активності тютюнопаління.

Вона показана в таблиці 2.9

У певному сенсі підтверджується помічена в попередніх дослідженнях ситуація: залежність від психоактивних речовин в істотній мірі притупляє соціально значущі сторони сприйняття особистістю як власного стану, так і, ймовірно, умов навколишнього соціокультурного середовища

Таблиця 2.9

**Індекс тривожності в залежності від активності тютюнопаління і частоти вживання алкогольних напоїв**

<b>№</b>	<b>Залежність від ПАР</b>	<b>Індекс тривожності</b>
<b>Табакочуріння</b>		
	не курять	0,52
	курять кілька сигарет в день	0,47
	курять близько 10 сигарет в день	0,42
	курять близько пачки сигарет в день	0,39
	курять більше пачки сигарет в день	0,49
<b>Вживання алкогольних напоїв</b>		
	не вживають алкогольні напої	0,53
	вживають кілька разів на рік	0,51
	вживають у свята	0,48
	вживають у вихідні	0,45
	вживають щодня	0,50

Репрезентативність обстежених галузевих підконтингентів зайнятого населення за кваліфікаційно-посадовими і демографічними параметрами не вдається перевірити в силу відсутності вихідної інформації про відповідні генеральні сукупності. Проте, значний розкид значень деяких ключових параметрів змушує звернути увагу на соціальну ситуацію в ряді професійних груп населення. Зокрема, найбільші варіації між галузевими групами населення виявляються в середній кількості встановлених діагнозів за зверненнями в три рази: від 1,3-1,4 до 4,0%.

Середня кількість знову встановлених при медичних обстеженнях діагнозів (залишалися невідомими в складі діагнозів за зверненнями) варіює значно менше — від 1,5 до 2,0. Середня загальна кількість встановлених

діагнозів захворювань, що представляє собою сукупність даних за зверненнями і по знову проведеним обстеженням, найбільш повно відображає стан вичерпаної (істинної) захворюваності, варіює між галузевими групами від 3 до 6.

Як показав додатковий аналіз, такі відмінності частково обумовлені віковою структурою галузевого персоналу (середній вік працівників нижчий у технологічно та інформаційно насичених галузях — зв'язку, нафтогазовій, фінансовій) або, як у випадку з персоналом охорони здоров'я та органів управління, порівняно кращою доступністю медико-діагностичних можливостей. Так чи інакше, виявлені відмінності заслуговують подальших репрезентативних досліджень громадського здоров'я в економіко-галузевому аспекті.

Викликає інтерес і той факт, що рівні інформованості представників різних галузей про наявність захворювань розрізняються більш ніж в два рази. Під рівнем інформованості в даному дослідженні розуміється відношення числа діагнозів, повідомлених респондентами в попередньому інтерв'ю, до числа встановлених за оборотністю діагнозів гострих і хронічних захворювань. Це відношення в деяких випадках перевищує 1,0 — коли обсяг повідомлених в інтерв'ю діагнозів перевищує той, що зафіксований в базах даних ЛПУ і регіонального відділення Фонду обов'язкового медичного страхування (можливо, у зв'язку з реалізацією додаткових Корпоративних Програм медичних обстежень, властивих ряду галузей-нафтогазової, видобувної, або більш систематичним характером медоглядів персоналу підприємств транспорту).

В цілому ряді галузевих груп респонденти знають лише про половину своїх захворювань, і це, ймовірно, масово відбивається на пониженні цінності здоров'я в індивідуальних практиках, а також в неадекватній оцінці кадрового потенціалу, в корпоративній політиці та управлінні людськими ресурсами. Занижені рівні інформованості можуть призводити, зокрема, до запізнілих корпоративних рішень щодо впровадження програм відбору кадрів,

профілактики захворюваності та вдосконалення умов праці, запобігання професійній плинності, формування кадрового резерву.

Галузеві групи суттєво відрізняються за оцінкою доступності загальної та спеціалізованої медичної допомоги. Імовірно, індивідуальні оцінки доступності медичної допомоги можуть залежати від обсягу наявного у індивіда особистого досвіду взаємодії з медичними службами. При значній кількості звернень така оцінка, залишаючись суб'єктивною за формою, може служити більш достовірним індикатором доступності медичної допомоги і побічно — соціального самопочуття індивіда і професійної групи населення. В даному дослідженні аналіз маси думок про доступність загальної та спеціалізованої медичної допомоги вівся на основі розрахунку зведеної індексної оцінки і неспіввідносився з частотою звернень респондентів за медичною допомогою». Значення такого індексу в контингенті зайнятого населення становить 0,81.

Стосовно загальної медичної допомоги показовим є те, що значення індексу доступності варіюють в цілому не значно (від 0,7 до 0,9). Найнижчі його значення притаманні трьом групам: службовцям армії і правоохоронних органів (0,68), працівникам муніципальних установ культури і освіти (0,71), персоналу підприємств побутового обслуговування (0,77), в той час як найвищі — групам зайнятих в житлово-комунальному господарстві (0,86), енергетиці та електротехнічних підприємствах (0,84), транспортуванні і реалізації природного газу і рідкого палива (0,83).

Осмислюючи структуру масової оцінки доступності загальної медичної допомоги, слід визнати об'єктивно зберігаються відмінності в залежності від економіко-географічних і поселенських обставин, від розміщення мережі медичних установ по території регіону. Навряд чи в дійсності прибуття дільничного лікаря за викликом або можливість потрапляння на прийом до такого лікаря сьогодні в істотній мірі обумовлені названими факторами. Уявлення про доступність такої допомоги поширене дещо більше серед персоналу підприємств ЖКГ, енергетики та електротехніки, нафтогазової галузі

(0,67), а також добувної та хімічної (0,66). У цих галузях в регіоні першими почали здійснювати і вже протягом ряду років реалізують корпоративні програми соціальної підтримки персоналу, що включають поряд з іншими заходами також і щорічну суцільну диспансеризацію персоналу, поглиблені медичні обстеження та профільне санаторно-курортне лікування. Дещо більші недоліки проявляються в думці персоналу підприємств побутового обслуговування (0,60), машинобудування та електроніки, закладів охорони здоров'я (0,62).

Істотним фактором здоров'я зайнятого населення є склала ступінь залежності професійної групи від психоактивних речовин (тютюнопаління, алкогольних напоїв). Така залежність частково обумовлена корпоративними та соціально груповими традиціями. Матеріали дослідження дозволяють побічно оцінити ту частку, яку всередині основних професійних груп і груп, диференційованих за характером праці, складають непитуці. Статистично фіксується зв'язок між зазначеними характеристиками не обов'язково носить причинно-наслідковий характер», але так чи інакше становить інтерес для оцінки ситуації в деяких галузях. Моделі поведінки зайнятого населення в разі хвороби також розрізняються в галузевому плані. При загальному переважанні стратегії «м'якої» відмови від професійної медичної допомоги, практично у всіх галузевих групах зайнятого населення (і персонал медичних установ не є винятком в даному відношенні), деякі відмінності виявляються в ступені поширення «жорсткої» відмови — найбільш небезпечної стратегії.

Інтерпретація виявлених варіацій «жорсткої» відмови (від 9% до 20% і навіть 29%) знаходиться не тільки в площині культури, ціннісного ставлення до здоров'я, але і в реальних організаційних, технологічних і економічних умовах праці. Так, велика поширеність «жорсткого» відмови в масі працівників транспорту, сервісних служб і побутового обслуговування пояснюється переважаючим типом оплати праці в залежності від індивідуального виробітку, в будівництві — бригадною організацією праці, в електроенергетиці та електротехніці — більш високими запитами до якості медичної допомоги

(можливо, в зв'язку з порівняно високим рівнем освіти персоналу). При цьому в зазначених галузях помітно сильніше фонових виявляється ціннісне ставлення до здоров'я (наприклад, в побутовому обслуговуванні і сервісі — 54%, електроенергетиці та електротехніці 47%). В такому випадку слід визнати, що організаційно-виробничі умови праці вступають в протиріччя з позитивним елементами культури здоров'я. Великі коливання в поширеності позитивної стратегії відзначаються при зверненні до професійної медицини в разі хвороби. Частка такої стратегії серед груп галузевого персоналу варіює від 47% (персонал побутового обслуговування, будівництва, транспортування нафти і газу, зв'язок, лісового господарства) до 16-20% (службовці управління, армії та правоохоронних органів). Виявлені галузеві особливості заслуговують обліку при розробці галузевих і Корпоративних Програм в області диспансеризації та профілактичної медицини. Для досягнення більшої соціальної ефективності та досягнення стійкості таких програм в певних випадках потрібно, зокрема, проведення особливої інформаційно-підготовчої або організаційної роботи всередині корпорації із залученням її адміністративного корпусу або лідерів громадської думки.

### **2.2.3 Рівень добробуту індивіда або групи**

Рівень добробуту індивіда або групи є істотним чинником стану і динаміки здоров'я як прямо (з точки зору володіння достатніми фінансовими засобами для придбання медичних послуг або товарів у разі необхідності), так і опосередковано, будучи загальним відображенням віку, структури грошових витрат і якості споживання індивіда, його сім'ї, групи, їх соціального статусу, а побічно — всього способу життя.

Відповідно до накопиченого в регіональних соціологічних дослідженнях методичного досвіду, за основу вимірювання рівня матеріального добробуту дорослих нами була прийнята номінальна шкала, п'ять градацій якої послідовно позначають достатність грошових доходів для задоволення потреб у трьох

основних видах життєвих засобів харчуванні, товарах повсякденного попиту, товарах тривалого користування. Загальна структура рівнів матеріального добробуту, зафіксована в обстеженнях репрезентативних вибірок постійного дорослого населення регіону продовж 2021-2023 років, показана в таблиці 2.10 Соціально-економічні шари, що виділяються відповідно до таких рівнів, представлені в таблиці у зв'язку з ціннісним ставленням до здоров'я.

Статистична картина в цілому говорить про зворотну залежність між цими характеристиками: чим вище добробут індивіда, тим слабкіше ціннісне ставлення до свого здоров'я.

**Таблиця 2.10**

**Ціннісне ставлення дорослих до здоров'я, за рівнями добробуту, %**

№	Висловлювання	Розподіл за рівнем добробуту				
		дуже низький	низький	середній	хороший	високий
1	Я – здорова людина	11	8	15	28	46
2	Здоров'я – саме головне в житті	66	62	52	38	36
3	Здоров'я – не головне, є і більш важливі речі	42	35	48	55	36
4	% населення регіону	7	24	51	17	1

Диференціація соціально-економічних верств, як це неодноразово зазначалося вітчизняними дослідниками соціальної структури населення, складається при істотному впливі вікового фактора. Так, у віковій групі до 40 років частка шару з «низьким» рівнем добробуту коливається біля значення в 10%, а в більш старших вікових групах вона наростає і в групі 70-74 річних вже перевищує 30%. Зворотна тенденція - щодо частки шару, зазначеного «хорошим» рівнем добробуту. Вельми показова в цьому плані Динаміка самоідентифікації різних верств на тлі образу «здорової людини» (рядок 1 таблиці 2.10). Зв'язок ціннісного ставлення до здоров'я з рівнем матеріального добробуту простежується не тільки на тлі всього контингенту, але і всередині будь-якої окремо взятої вікової категорії дорослих.

Домінуюче визнання цінності здоров'я притаманне лише верствам з «вкрай низьким» і «низьким» рівнем добробуту. У середині окремих вікових когорт динаміка ціннісного ставлення до здоров'я в залежності від рівня добробуту принципово повторюється.

Застосування дзеркальної пари індикаторів дозволяє помітити, що найбільш суперечливе ціннісне ставлення до здоров'я склалося в досить представницькому шарі з «хорошим» рівнем добробуту. У ньому лише кожен четвертий респондент визнає себе здоровою людиною, проте більше половини респондентів не рахує здоров'я пріоритетною життєвою цінністю.

Наведений нижче комплекс соціальних індикаторів показує, що інформованість про захворювання і результати об'єктивних медичних обстежень статистично пов'язані з рівнем матеріального добробуту (див .таблицю 2.11).

**Таблиця 2.11**

**Індекс тривожності, інформованість про захворювання і дані медичних обстежень, за рівнями добробуту**

№	Рівні матеріального добробуту	Соціальні індикатори					
		ІТ	ДО	ДЗ	УІ	ДМО	ОКД1
1	Дуже низький	73	2,49	4,22	59	2,5	6,72
2	Низький	68	2,46	4,06	61	2,47	6,53
3	Середній	56	2,02	3,31	61	2,02	5,33
4	Хороший і високий	47	1,59	2,63	60	1,57	4,2

ІТ - Індекатор тривожності

ДО - Середня кількість діагнозів про які респондент заявив у попередньому опитуванні

ДЗ - Середня кількість діагнозів захворювання при зверненні

УІ – рівень інформованості респондентів про свої захворювання

ДМО – середня кількість знову встановлених діагнозів за результатами додаткового медичного обстеження

ОКД – середня загальна кількість діагнозів, яка відображає захворювання

Розглядаючи статистичні ряди таблиці 2.11, ми не можемо, нажаль, обговорювати реальні причинно-наслідкові зв'язки виявленої динаміки соціальних індикаторів в залежності від добробуту респондентів. Кількісні



методи дослідження поки не дозволяють доказово судити про ту міру, в якій стан здоров'я і захворюваність (в їх об'єктивних показниках — за оборотністю або медичним обстеженням) обумовлено рівнем матеріального добробуту, і через які саме соціальні (правові, організаційні, економічні чи інші) механізми суспільного життя реалізується подібну обумовленість. В даному випадку можна лише констатувати те, як саме розподіляється статистична картина захворюваності за основними соціально економічним верствам населення. Можна стверджувати, що з підвищенням рівня добробуту істотно знижується захворюваність за оборотністю (з 4,2 до 2,6 діагнозів в середньому) і справжня (вичерпана) захворюваність (з 6,7 до 4,2 діагнозів в середньому). Одночасно з підвищенням рівня добробуту респондентів стійко знижується їх тривожність з приводу стану свого здоров'я (стовпець 3, Індекс тривожності варіює від 73 до 47), при порівняно однакових рівнях інформованості респондентів всіх соціально-економічних верств про свої захворювання (59-61).

Соціально-економічні верстви мало різняться по соціальним-практикам у сфері здоров'я і, зокрема, по порівняльній поширеності стратегії самолікування, що видно з таблиці 2.12. Соціально-економічні верстви істотно розрізняються за самооцінкою здоров'я (див.таблицю 2.12), при цьому самооцінка статистично виявляється в прямій залежності від рівня добробуту. У респондентів з низьким рівнем добробуту незадовільна оцінка свого здоров'я властива чи не кожному другому, в той час як із середнім і високим рівнями, відповідно, лише кожному п'ятому і кожному одинадцятому.

Таблиця 2.12

## Самооцінка здоров'я населення відповідно добробуту, %

№	Рівні добробуту і середній вік, роки	Самооцінка здоров'я			
		погане	задовільне	хороше	немає відповіді
1	дуже низький, 48	46	31	8	15
2	низький, 54	42	41	4	13
3	середній, 47	18	62	8	12
4	хороший і високий, 39	9	54	22	9

### 2.3. Аналіз результатів

Статистичний аналіз інформованості дорослого населення про наявні захворювання і встановлені діагнози, дові в, що чоловікам властива в порівнянні з жінками більш низька інформованість при відносно близьких середніх кількостях встановлених діагнозів. У поведінкових стратегіях населення переважає «м'яка» відмова від медичної допомоги під час хвороби (звернення до медичної допомоги лише при тяжкому перебігу захворювання). Таким чином, підтверджується зроблене припущення про глибоку соціокультурної вкоріненості ставлення дорослого населення до власного здоров'я, на яке принципово не впливають ні гендерні, ні вікові ознаки.

Важливою соціальною відмінністю, при неоднаковій доступності медичних послуг в міській і сільській місцевості, виглядає специфіка звернення за медичною допомогою при хворобі. Серед дорослого сільського населення частка осіб, які практикують «жорстку» відмову від медичної допомоги - вище, ніж серед міського населення, з іншого боку, міське населення частіше практикує «м'яку» відмову, пов'язану з відносно більшою доступністю «проміжних» медичних і непрофесійних послуг — консультацій фармацевтів або «кваліфікованих» знайомих.

Важливим диференціюючою ознакою в оцінці здоров'я населенням є наявність або відсутність сім'ї. Дорослі респонденти, які живуть самотньо, без сім'ї, на третину частіше оцінюють своє здоров'я як погане і дуже погане, рідше задоволені своїм здоров'ям, ніж ті, хто живе в сім'ї. У межах однієї і тієї ж вікової групи і групи здоров'я самотнім людям, в порівнянні з сімейними, частіше властиво занепокоєння з приводу стану свого здоров'я. Істотно розрізняються і поведінкові моделі двох зазначених демографічних груп в сфері здоров'я. Сімейні люди рідше практикують жорстку відмову від медичної допомоги при хворобі і практично вдвічі частіше вдаються до такої допомоги при будь-якому захворюванні.

Для більшості соціальних груп за сферою діяльності цінність здоров'я не є провідною. Вона не розглядається, як ресурс, збереження або нарощування якого виступало б в якості об'єкта планування. Для груп учнів і зайнятих на перший план виступає цінність забезпечення індивідуального або сімейного матеріального добробуту. Виняток в даному випадку становить лише група пенсіонерів: тільки з досягненням пенсійного віку цінність добробуту поступається цінності здоров'я.

Частка групи, яка дотримується «жорсткої» відмови від професійної медичної допомоги при хворобі, сильно варіює. Найбільша розповсюдженість "жорсткої» відмови проявляється в групах учнів і тих, хто знаходяться в декреті (передпологовій відпустці або відпустці по догляду за дитиною). Найменша поширеність такої стратегії - серед пенсіонерів, в тому числі зайнятих.

Вихід з навчального колективу і занурення в трудовий колектив стає для молоді вирішальним фактором того, що в її поведінкових стратегіях «м'яка» відмова з нестійкого переважання досить швидко набуває властивість абсолютного домінування, розширюється соціальна база «жорсткої» відмови, одночасно відбувається різкий спад оптимальної стратегії.

У групах, що різняться за характером діяльності, при хворобі установка на самолікування, окрім важких випадків, властива абсолютній більшості у всіх групах. Вона виступає в якості домінуючої культурної норми в різних зонах робочих місць. Одночасно загальна тенденція виражається в тому, що, зі зниженням напруженості праці, дещо збільшується частка оптимальної стратегії, орієнтованої на звернення до лікарської допомоги при будь-якому захворюванні. Поясненням даної статистичної тенденції є високий ступінь напруженості праці, яка об'єктивно залишає працівникові можливості для рефлексії самопочуття і реалізації ціннісного ставлення до власного здоров'я.

Інформованість представників різних галузей про наявність захворювань розрізняються більш ніж в два рази. У ряді галузевих груп респонденти знають лише про половину своїх захворювань, і це масово відбивається на пониженні цінності здоров'я, а також на не адекватній оцінці кадрового потенціалу в

корпоративній політиці та управлінні людськими ресурсами. Занижені рівні інформованості можуть призводити, до спізнілих корпоративних рішень щодо впровадження програм відбору кадрів, профілактики захворюваності та вдосконалення умов праці, запобігання професійної плинності, формування кадрового резерву.

Рівень добробуту індивіда або групи є істотним фактором стану і динаміки здоров'я. Статистична картина в цілому говорить про зворотну залежність між цими характеристиками: чим вище добробут індивіда, тим слабкіше ціннісне ставлення до свого здоров'я. Домінуюче визнання цінності здоров'я притаманне лише верствам з «дуже низьким» і «низьким» рівнем добробуту.

Таким чином, важливим напрямом у реформуванні системи соціальної диференціації здоров'я важливим є запровадження законодавства захисту, що захищало б інтереси й добробут громадян, які потребують такого захисту, а також сприяло б урізноманітненню соціальних послуг, що надаються.

Задля подолання суперечностей і неузгодженості чинного законодавства, з метою скорочення його обсягів, спрощення змісту, подолання термінологічної плутанини, позбавлення від застарілих норм, що не виправдали себе, слід **провести кодифікацію соціального законодавства та розробити Соціальний кодекс** на основі концепції соціальної стандартизації, яка охоплює:

- соціальну стандартизацію у сфері отримання доходів громадян, що забезпечує доступ до благ і послуг, необхідних для відтворення людини (відповідного рівня та якості життєдіяльності);
- соціальну стандартизацію у сфері розподілу фондів суспільного споживання, що забезпечують доступ до благ і послуг, необхідних для відтворення людини (відповідного рівня та якості життєдіяльності).

У кодексі мають бути вирішені питання щодо системи соціально-го законодавства, ієрархії та дії соціальних законів у часі, просторі та за колом осіб, що покладе край маніпулюванням, спрямованим на обмеження соціальних зобов'язань з боку держави.

До того часу, коли Соціальний кодекс буде розроблений, потрібно внести зміни до законодавства, яке регулює надання соціальних послуг у сфері диференціації соціального здоров'я. Слід **визначити та закріпити перелік мінімального обсягу (нормативу) соціальних послуг, які гарантуються на безоплатній основі особам, що перебувають у складних життєвих обставинах, незалежно від економічної ситуації у державі та місця проживання громадян.** Акти, що визначають соціальну політику держави, мають становити єдину систему, де основні напрями визначаються на рівні законодавства, а розвиваються та конкретизуються в актах органів виконавчої влади.

У межах одного закону слід **закріпити вичерпний перелік підстав і критеріїв, які дають право на соціальний захист з боку держави, а також характеристики усіх форм і видів соціального захисту, які держава гарантує різним соціальним групам та категоріям населення.** Основою для формування такого переліку мають бути конституційні гарантії соціальних прав людини, міжнародні зобов'язання України, а також законодавчо визначені пріоритети соціального розвитку держави. Слід оптимізувати соціальні зобов'язання держави та її фінансові можливості на нормативному рівні, унеможливаючи фактичне зниження життєвого рівня громадян.

**Здійснити роботу щодо соціальної стандартизації з метою систематизації усіх соціальних виплат, а саме:**

- розробити систему державних стандартів соціальних послуг і класифікатор соціальних послуг для чіткого визначення складників кожної соціальної послуги та розрахунку її вартості;
- розробити параметри різних стандартів життя з метою їх подальшого нормативного закріплення та застосування як орієнтира для здійснення заходів соціального захисту;
- розраховувати обсяг видатків на сферу соціального захисту та соціального забезпечення, зважаючи на вартість соціальних послуг і кількість осіб, що їх отримують;
- перейти до обчислення державних соціальних гарантій на основі системи

нормативів, що дасть змогу забезпечити адресність їх спрямування, обґрунтувати адекватні форми підтримки груп, що потребують соціального захисту.

**Пропозиції щодо оптимізації державної політики у сфері соціального захисту**

**Спрямувати політику подолання бідності** не лише на заходи щодо соціального забезпечення вразливих груп населення, але й на проведення активної трудової політики та оптимізацію процесу самозабезпечення працюючого населення. Доходи від трудової діяльності мають стати основним джерелом грошових доходів населення і най-важливішим стимулом розвитку виробництва та підвищення трудової активності працівників.

**Запровадити і застосовувати соціальні стандарти й нормативи у процесі управління соціальними ризиками та державними гарантіями** з метою вирішення низки системних проблем, передусім щодо визначення пріоритетів соціальної політики, цілей, показників розвитку соціальних процесів, забезпечення рівного доступу громадян до одержання благ і послуг, удосконалення бюджетно-економічних механізмів розподілу ресурсів на соціальні потреби. Принципи ре-формування соціальних стандартів є такими:

- практична оцінка фактичних потреб населення різних соціально-демографічних груп;
- обґрунтованість норм споживання;
- законодавче визначення оновлених державних соціальних стандартів;
- залучення громадськості до обговорення та участі у визначенні стандартів;
- приведення у відповідність із міжнародно-правовими актами та зобов'язаннями щодо реалізації соціальних прав.

**Забезпечити диференційований підхід до надання державою гарантій соціального захисту у сфері здоров'я**, які забезпечують сталий рівень життя сім'ї, у спосіб створення:

- для працездатних – належних умов і робочих місць для економічного

забезпечення благополуччя сім'ї;

- для непрацевдатних (у т.ч. тимчасово) – гарантований прийнятний рівень життя.

Доцільною є диференціація державної політики у сфері соціального захисту й соціального забезпечення за віковою ознакою. Така диференціація має передбачати запровадження нових підходів до визначення форм соціального захисту та методів соціальної роботи з певними демографічними групами (передусім молоддю та громадянами середнього віку) з одночасним збереженням традиційних підходів у роботі з громадянами похилого віку.

**У контексті інтеграції сімейної політики та політики соціального захисту необхідно розв'язати питання щодо:**

- підвищення стандартів оплати праці в Україні, що сприятиме створенню економічного підґрунтя для самозабезпечення сімей із дітьми;
- створення умов для успішного поєднання професійної зайнятості з батьківством (материнством), зокрема завдяки розширенню мережі дитячих дошкільних закладів і поліпшення якості їхніх послуг;
- забезпечення доступності якісного медичного обслуговування;
- запровадження податкових пільг;
- здійснювати соціальну роботу різних установ за уніфікованою технологією та підвищити ефективність забезпечення комплексним соціальним, комунально-побутовим та медичним обслуговуванням, гарантованим чинним законодавством;
- удосконалити призначення адресної допомоги та впровадити механізми її поєднання з наданням якісних соціальних послуг нефінансового характеру;
- відійти від політики кризового втручання та розвинути систему профілактики складних життєвих обставин та негативного впливу соціальних ризиків (зокрема надавати соціальні послуги (у т.ч. платні) «благополучним» особам).
- координації та моніторингу надання тих соціальних послуг, які найбільше відповідають потребам населення конкретної території.

**Сприяти скороченню низькооплачуваної зайнятості, збільшенню кількості високооплачуваних і захищених робочих місць.** З метою збільшення частки заробітної плати у структурі доходів слід переглянути розмір прожиткового мінімуму і трансформувати мінімальну заробітну плату в дійсну соціальну гарантію для працюючого населення.

Упровадити в практику соціального управління **систему соціальних стандартів з позиції нормальної життєдіяльності людини.** Доходи мають забезпечувати не тільки харчування та придбання найнеобхіднішого одягу, але й оплату житла, медичну допомогу, освіту. З цією метою є необхідним визначення прожиткового мінімуму на новій методологічній основі задля подальшого розрахунку розмірів фактичних виплат соціальних гарантій і допомог.

Формувати державні соціальні гарантії на основі системи нормативів задля:

- забезпечення адресності їх спрямування;
- обґрунтування адекватних форм підтримки різних соціальних груп, що потребують соціального захисту;
- здійснення переходу на грошові форми надання пільг;
- включення до складу доходів особи і сім'ї соціальних доплат від держави.

Підвищити стимулюючу роль заробітної плати і стандартів оплати праці як підґрунтя для самозабезпечення. З огляду на те, що заробітна плата в Україні залишається основним джерелом доходів населення, сприяти **підвищенню в грошових доходах населення частки оплати праці**, приділивши особливу увагу встановленню мінімальної годинної заробітної плати.

**Узгодити сімейну та пенсійну політику.** Слід урегулювати законом можливість урахування часу догляду за дитиною до трьох років та лікарняних відпусток по хворобі дитини при розрахунку пенсій для осіб, які її доглядають, виходячи з середньої зарплати особи на момент виходу у відпустку.

Запровадити доплату на виховання, а не на народження дітей із урахуванням вікового чинника.



## ВИСНОВКИ

В результаті здійсненого нами теоретичного аналізу вітчизняних та зарубіжних джерел стосовно проблеми дослідження дозволяє стверджувати, що соціальна диференціація населення виступає істотним фактором відмінностей індивідів і груп у ціннісному ставленні до здоров'я, поведінкових стратегіях у сфері здоров'я, доступності медичної допомоги як одного з благ, гарантованих державою.

При вивченні проблем громадського здоров'я його соціальний контекст надзвичайно важливий для всіх спільнот і держав сучасного світу. Особливо він актуальний в даний час для України у зв'язку з необхідністю вибору нею як власної ефективної стратегії розвитку в суперечливих умовах глобалізації, так і шляхів вирішення конкретних внутрішніх і зовнішніх проблем в будь-яких сферах суспільного життя.

Соціальна значимість громадського здоров'я проявляється у розвитку та функціонуванні системи охорони здоров'я, яка сама перетворилася на відносно самостійну професійну галузь та соціальну підсистему зі складною інфраструктурою. Додатковим свідченням цієї значущості служить безліч прикладів, де реальний стан громадського здоров'я стає приводом для оцінки національної (державної) безпеки, обґрунтуванням великих і рішучих дій економічного або політичного характеру, масштабних інвестиційних проєктів, фактором міжнародних відносин.

Неможливо визнати нормою з точки зору інтересів українського суспільства і держави ситуацію, що склалася в масовому та індивідуальному ціннісному ставленні до здоров'я, коли воно не входить в число пріоритетних цінностей серед соціальних груп. Відповідно, неможливо примиритися і з відсутністю або пониженням характером цінності здоров'я в складі ціннісного ядра зайнятого населення і учнівської молоді. Значна частина або навіть більшість населення в певному сенсі перестають відчувати «здоровий глузд»,

пов'язаний з об'єктивною цінністю здоров'я, і з нераціональною легкістю опиняються в ситуації ризику для здоров'я і життя або самі створюють подібні ситуації щодо себе і оточуючих людей.

Стать є одним з таких факторів громадського здоров'я, диференціююча роль якого визнається традиційно і на рівні буденної свідомості, і в сучасній науковій літературі. У громадській думці поширене стереотипне судження, що приписує жінкам істотні переваги при оцінці їх потенціалу здоров'я в порівнянні з чоловіками.

Соціальна обумовленість гендерних відмінностей у сфері здоров'я і медицини поки недостатньо описана емпірично і осмислена у вітчизняній літературі. Тому область соціально-наукового пояснення таких відмінностей поки залишається одним з «білих плям» в соціологічній проблематиці. З вирішенням саме цієї науково-практичної проблеми визначальною мірою пов'язана перспектива розробки ефективних гендерно-орієнтованих програм профілактичної та клінічної медицини, доцільність яких не викликає сумнівів у фахівців.

Взаємозв'язок сфери діяльності і соціальних стратегій груп населення в сфері здоров'я змушує з особливою гостротою позначити проблему соціальної якості сучасного суспільно-виробничого середовища як детермінанти поведінкових стратегій населення в сфері здоров'я і, відповідно, вирішального соціокультурного чинника стану громадського здоров'я.

Для досягнення найбільшої соціальної ефективності та досягнення стійкості програм диспансеризації та профілактики захворювань в певних випадках потрібне проведення особливої інформаційно-підготовчої або організаційної роботи із залученням її адміністративного корпусу або лідерів суспільної думки.

У дослідженні зафіксовано суттєві відмінності в рівні інформованості соціально-економічних груп про наявні захворювання. В ідеальній ситуації, при своєчасному проходженні медичних обстежень, середня реальна кількість

встановлених діагнозів може лише дещо випереджати інформованість респондентів про наявні захворювання.

Важливим напрямом у реформуванні системи соціальної диференціації здоров'я на наш погляд запровадження законодавства захисту, що захищало б інтереси й добробут громадян, які потребують такого захисту, а також сприяло б урізноманітненню соціальних послуг, що надаються у сфері здоров'я.

Запровадити і застосовувати соціальні стандарти й нормативи у процесі управління соціальними ризиками та державними гарантіями з метою вирішення низки системних проблем, передусім щодо визначення пріоритетів соціальної політики, цілей, показників розвитку соціальних процесів, забезпечення рівного доступу громадян до одержання благ і послуг, удосконалення бюджетно-економічних механізмів розподілу ресурсів на соціальні потреби. Принципи реформування соціальних стандартів є такими:

- практична оцінка фактичних потреб населення різних соціально-демографічних груп;
- обґрунтованість норм споживання;
- законодавче визначення оновлених державних соціальних стандартів;
- залучення громадськості до обговорення та участі у визначенні стандартів;
- приведення у відповідність із міжнародно-правовими актами та зобов'язаннями щодо реалізації соціальних прав.

Забезпечити диференційований підхід до надання державою гарантій соціального захисту у сфері здоров'я, які забезпечують сталий рівень життя сім'ї, у спосіб створення:

Доцільною є диференціація державної політики у сфері соціального захисту й соціального забезпечення за віковою ознакою. Така диференціація має передбачати запровадження нових підходів до визначення форм соціального захисту та методів соціальної роботи з певними демографічними групами (передусім молоддю та громадянами середнього віку) з одночасним збереженням традиційних підходів у роботі з громадянами похилого віку. Підвищити

стимулюючу роль заробітної плати і стандартів оплати праці як підґрунтя для самозабезпечення.

Узгодити сімейну та пенсійну політику. Слід урегулювати законом можливість урахування часу догляду за дитиною до трьох років та лікарняних відпусток по хворобі дитини при розрахунку пенсій для осіб, які її доглядають, виходячи з середньої зарплати особи на момент виходу у відпустку. Запровадити доплату на виховання, а не на народження дітей із урахуванням вікового чинника.

Для оптимізації політики у сфері соціального захисту необхідно підвищити адресність соціального захисту у сфері здоров'я, доцільно розвивати службу соціальних інспекторів та фахівців соціальної роботи у сфері раннього виявлення та своєчасного надання соціальних послуг клієнтам у складних життєвих обставинах.

Результати проведеного комплексного соціологічного дослідження можуть представляти інтерес в плані подальшого вивчення соціальної нерівності в суспільстві, розвитку соціальної структури, функціонування соціальних інститутів, одним з яких виступає система охорони здоров'я та захисту населення.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Апанасенко Г.Л. Медична валеологія : вибрані лекції / Г.Л. Апанасенко, Л.О. Попова. К. : Здоров'я, 1998. 248 с.
2. Багмет, М. О. Державні соціальні стандарти в Україні – як гарантія формування європейського рівня і якості життя / М. О. Багмет, Д. О. Міхель // Гілея: зб. наук. праць. – К., 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.nbuv.gov.ua/portal/.../P5\\_doc.pdf](http://www.nbuv.gov.ua/portal/.../P5_doc.pdf)
3. Баранчук С. Духовність в Україні і засоби масової інформації // Україна на порозі третього тисячоліття: духовність як основа консолідації суспільства. К., 1999. Т. 15. С. 589-597.
4. Безпалько О. В. Організація соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю у територіальній громаді: теоретико-методичні основи : монографія / О. В. Безпалько. Київ : Наук. світ, 2006. 363 с.
5. Бех І.Д. Людське життя як цінність. Мистецтво життєтворчості особистості у 2-х ч. К. : ІЗМН, 1997. Ч.1. С. 39-74.
6. Бідність в Україні та пропозиції профспілок щодо її подолання: аналіт. записки. – К. : ФПУ, 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.fnprk.org.ua/index\\_web\\_files/Analitika\\_2011.htm](http://www.fnprk.org.ua/index_web_files/Analitika_2011.htm)
7. Буяк Б. Молодь як особлива соціально-демографічна група в умовах становлення соціально-правової держави та громадянського суспільства. URL: [https://ipiend.gov.ua/wp-content/uploads/2018/07/buiak\\_molod.pdf](https://ipiend.gov.ua/wp-content/uploads/2018/07/buiak_molod.pdf).
8. В. Симоненко // Еженедельник 2000–2011. – № 11 (550) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ac-rada.gov.ua/control/main/uk/publish/article/16736137>
9. Варій М.Й. Психологія особистості : навч. посіб. К. : Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
10. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В.Т. Бусел. К.; Ірпінь : ВТФ «Перун», 2005. 1728 с.

11. Вікові межі молоді : соціологія молоді. Електронна енциклопедія / за ред. В.А. Лукова. URL: <http://soc-mol.ru/encyclopaedia/youth/281-vozzrastnye-granicy.html>

12. Вілкова О. Ю. Конструктивні та деструктивні вияви гендерних стереотипів // Український соціум. – 2004. –

13. Галецька І. Психологічне здоров'я // Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія і практика. –Л., 2006. – С. 89-122.

14. Гапон Н. П. Гендер у гуманітарному дискурсі: філософсько-психологічний аналіз / Н. Гапон. – Л.: Літопис, 2002. – 310 с.

15. Гендерні проблеми очима студентства: Аналітична доповідь / Л. Гусякова, І. Даниленко. – Харків: Райдер, 2009. – 64 с.

16. Гендерні перетворення в Україні. – Київ: ТОВ «АДЕФ-Україна», 2007. – 165 с.

17. Давидюк, О. О. Соціальна політика в умовах поглиблення соціальної нерівності в Україні / О. О. Давидюк. – К. : Центр перспективних соціальних досліджень Міністерства соціальної політики України, 2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.cpsr.org.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=133:2010-12-08-15-45-36&catid=29:2010-06-15-18-48-34&Itemid=35](http://www.cpsr.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=133:2010-12-08-15-45-36&catid=29:2010-06-15-18-48-34&Itemid=35)

18. Досвід Болгарії у формуванні та впровадженні політики житлових субсидій та заохочення до працевлаштування одержувачів соціальної допомоги. – К., 2011 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.case-ukraine.com>.

19. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / За заг. ред. І. Д. Зверєвої. К.; Сімферополь : Універсум, 2012. 536 с.

20. Еріксон Е. Г. Дитинство і суспільство. Вид 2-ге, пер. і доп. Х. : ТОВ «Мова», 2000. 416 с.

21. Європейська програма роботи на 2020–2025 рр. «Спільні дії для міцнішого здоров'я» URL:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345924/WHO-EURO-2021-1919-41670-59496-ukr.pdf?isAllowed=&sequence=1>

22. Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин / О.М. Балакірева (кер. авт. кол.), Д.М. Павлова, Н-М.К. Нгуєн, О.Г. Левцун, Н.П. Пивоварова, О.Т. Сакович; О.В. Флярковська. К. : ТОВ «ОБНОВА КОМПАНІ», 2019. 214 с.

23. Життєві кризи особистості : наук.-методичний посібник. У 2 ч. / Ред. рада: В.М. Доній, Г.М. Несен, Л.В. Сохань, І.Г. Єрмаков та ін. К. : ІЗМН, 1998. Ч. 1 : Психологія життєвих криз особистості. 354 с.

24. Загальні (галузеві) принципи права соціального захисту // Право соціального захисту. Становлення і розвиток в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://readbookz.com/book/173/5561.html>

25. Закон України Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю. Закон України від 21.06.2001 № 2558-III URL: [https://ips.ligazakon.net/document/view/t012558?an=217&ed=2017\\_12\\_19](https://ips.ligazakon.net/document/view/t012558?an=217&ed=2017_12_19)

26. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава: програма економічних реформ на 2010–2014 рр. – С. 33 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.president.gov.ua/docs/Programa\\_reform\\_FINAL\\_2.pdf](http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf)

27. Іванов В. Основні теорії масової комунікації і журналістики : навчальний посібник / За науковою редакцією В. В. Різуна. К. : Центр Вільної Преси, 2010. 258 с.

28. Ільчук, Л. І. Про невідкладні заходи подолання бідності / Л. І. Ільчук. – К. : Центр перспективних соціальних досліджень Міністерства соціальної політики України, 2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.cpsr.org.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=132:2010-12-08-15-40-44&catid=29:2010-06-15-18-48-34&Itemid=35](http://www.cpsr.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=132:2010-12-08-15-40-44&catid=29:2010-06-15-18-48-34&Itemid=35)

29. Інформація і право : інформаційно-довідковий бюлетень Українського державного центру соціальних служб для молоді. № 1, 2001. 153 с.

30. Капська А.Й. Соціально-педагогічна робота як інструмент соціальної політики. Український соціум: соціологічні дослідження та моніторинг соціальної політики, 2002. №1. С. 89-95.

31. Кириченко Т.В. Передумови розвитку саморегуляції поведінки підлітків. Гуманітарний вісник, 2016. Вип. 38. С. 79–87.

32. Клецина И. С. Самореализация и гендерные стереотипы // психологические проблемы самореализации личности. Вып. 2. – СПб.: СПбГУ, 1998. – С. 188-202.

33. Коваль Л.Г., Зверева І.Д., Хлебик С.Р. Соціальна педагогіка / соціальна робота : навч. посібник. К. : ІЗМН, 1997. 392 с.

34. Конвенція ООН про права дитини. К. : ТМ ПринтІксПрес, PrintXPressTM, 1999. 32 с.

35. Конституція України. – К. : Видавничий дім «Скіф», 2009. – 48 с.

36. Концепція реформування системи соціальних послуг : розпорядження Ка бінету Міністрів України від 13.03.2007 р. № 178-р [Електронний ресурс]. – Ре жим доступу: <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=178-2007-%F0> Симоненко, В. Бедность – основной показатель «эффективности» власти /

37. Кривобок, Ю. В. Основні підходи до визначення вартості безоплатних соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обстави- нах / Ю. В. Кривобок. – К. : ЦПСД Мінсоцполітики України, 2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.cpsr.org.ua/index.php?option=com\\_content&view=article&id=109:2010-06-24-05-35-19&catid=26:2010-06-13-21-43-34&Itemid=31](http://www.cpsr.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=109:2010-06-24-05-35-19&catid=26:2010-06-13-21-43-34&Itemid=31)

38. Критерії морального виховання /За ред. І.Д. Беха. К. : Рад. школа. 1989. 96 с.

39. Маковецький А.М. Формування морального світу молоді та її ціннісних орієнтацій у кризовий період життя суспільства : автореф дис. ... докт. соц. наук. К, 1994. 37 с.



40. Максименко С.Д. Генетична психологія учіння людини : монографія. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. 206 с.

41. Марчик В.І. Холістична модель здоров'я в основі формування здорового способу життя / В.І. Марчик, Т.В. Андріанов, В.Є. Андріанов. Науковий часопис Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія № 15. «Науково-педагогічні проблеми фізичної культури / Фізична культура і спорт». Київ, 2013. Т. 1. Вип. 7 (33). С. 500-504.

42. Мельник, К. Ю. Соціально-правовий захист працівників органів внутрішніх справ (проблеми теорії та практики) : дис. к. ю. н. / К. Ю. Мельник. – Х., 2003. – 202 с. – С. 70–71.

43. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій / О.Я. Кляпець, Б.П. Лазоренко, Л.А. Лепіхова, В.В. Савінов ; За ред. Т. М. Титаренко. К. : Міленіум, 2009. 120 с.

44. Методичні вказівки до практичних занять із дисципліни «Пропедевтика громадського здоров'я» / укладачі: зав. каф., д. м. н., проф. В.А. Сміянов., ст. викл. О.І. Сміянова. Суми : Сумський державний університет, 2018.

45. Мітчелл Стефані. Як дружба впливає на харчові звички дітей. URL: <https://www.oprah.com/relationships/how-friendship-affects-childrens-eating-habits/all>

46. Міщик Л.І. Соціальна педагогіка: досвід та перспективи : монографія. Запоріжжя, 1999. 277 с.

47. Москаленко В. В., Романова В. Г. Формування гендерної ідентичності підлітків в умовах сім'ї // Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наук. праць, Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. – Т. III, ч. 4. – К., 2000. – С. 124–130.

48. Мудрик А.В. Соціальна педагогіка : навч. посіб. / під ред. В.А. Сластьоніна. К, 1999. 184 с.

49. Мюллендер О., Уорд Д. Самокерована групова робота. / Перекл. з англ. С. Пархоменко, І Петренко. К. : Асоціація психіатрів України, 1996. 176 с.

50. Навчання і психічний розвиток учнів / Г.С. Костюк. Психологічна наука, вчитель, учень. Київ : Рад. школа, 1979. С. 19-32.

51. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

52. Ніколенко Д.Ф. Психологія особистості радянського вчителя : посібник для педінститутів. К, 1973. 150 с.

53. Нісімчук А.С., Падалка О.С., Шпак О.Т. Сучасні педагогічні технології : навчальний посібник. К. : Видавн. центр "Просвіта", 2000. 368 с.

54. Огляд нормативно-правової бази щодо формування здорового способу життя молоді. Міністерство молоді та спорту України. URL: <file:///C:/Users/%D0%94%D0%95%D0%9D/Desktop/%D0%BC%D0%B0%D0%B3%D1%96%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%20%D0%B2%D0%B5%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%B5%D0%BD%D1%8C/Ohliad-normatyvno-pravovoi-bazy-shchodo-formuvannia-zdorovoho-sposobu-zhyttia-molodi-MINMOLODSPORT-2018-1.pdf>

55. Організаційно-правові форми та види соціального захисту // Право соціального захисту [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://readbookz.com/book/173/5554.html>

56. Основи законодавства України про охорону здоров'я. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

57. Паффенбаргер Р.С., Ольсен Є. Здоровий спосіб життя. – К.: Олімпійська література, 1999. 320 с.

58. Педагогічна соціологія / В. Болгаріна та ін. Тернопіль : Підручники і посібники, 1998. 144 с.

59. План дій «Україна – Європейський Союз» від 12.02.2005 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=994\\_693&p=1318403142627796](http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=994_693&p=1318403142627796)

60. План заходів з реалізації Національної стратегії розбудови безпечного і здорового освітнього середовища у Новій українській школі на 2022 рік. URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/uryad-zatverdyl-plan-zahodiv-z-realizaciyi-nacionalnoyi->

strategiyi-rozbudovi-bezpechnogo-i-zdorovogo-osvitnogo-seredovisha-u-nush-na-2022-rik

61. Посібник з освіти в області прав людини за участі молоді. URL: <https://www.coe.int/uk/web/compass/health>

62. Психологія людини: Л. С. Виготський та сучасна наука : зб. ст. / за ред. М. В. Папучі. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2018. Вип. 1. 127 с.

63. Рабинович, П. Природне право: діалектика приватного й публічного / П. Рабинович // Право України. – 2004. – № 9. – С. 61–63.

64. Репіч, А. Оплата праці: на що сподіватися далі? / А. Репіч // Профспілкові вісті. – 2012. – № 35 (653) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.psv.org.ua/arts/Ludina\\_i\\_pracia/view-1112.html](http://www.psv.org.ua/arts/Ludina_i_pracia/view-1112.html)

65. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 47 народних депутатів України щодо відповідності Конституції України (конституційності) положень частин 1, 2 ст. 2 Закону України «Про розмір внесків на деякі види загальнообов'язкового державного соціального страхування» (справа про надання допомоги по тимчасовій непрацездатності № 1-рп/2005 від 17.03.2005 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/v001p710-05>

66. Романова В. Г. Особливості статевої ролі соціалізації підлітків // Психологія. Збірник наукових праць НПУ імені М. П. Драгоманова; Випуск 3(10). – Київ, 2000. – С. 244–257.

67. Система надання соціальної допомоги: перспективи удосконалення, 26 листопада 2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://mlsp.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article;jsessionid=F47DC3BD56E90197856D1983EA75DA99?art\\_id=118043&cat\\_id=107177](http://mlsp.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article;jsessionid=F47DC3BD56E90197856D1983EA75DA99?art_id=118043&cat_id=107177)

68. Система соціального захисту та соціального забезпечення в Україні: реальний стан та перспективи реформування. – К. : Центр громадської експертизи, 2009

69. Словник-довідник для соціальних педагогів та соціальних працівників / За заг. ред. А. Й. Капської. – К. : УДЦССМ, 2000. 256 с.

70. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник / За ред. Ю.В. Вороненка. Тернопіль : Укрмедкнига, 2002. 332 с.

71. Соціальна політика в умовах поглиблення соціальної нерівності в Україні : монографія / за заг. ред. Л. І. Ільчука, О. О. Давидюк, Ю. В. Кривобок. – Херсон : ПП Вишемирський В. С., 2010. – С. 157

72. Соціологія : навч. посібник / За редакцією С.О. Макеєва. К. : Українська енциклопедія ім. М.П. Бажана, 1999. 344 с.

73. Співак М.В. Сучасний стан і проблеми внутрішньої політики. Актуальні проблеми політики, 2015. Вип. 54. С. 271–280.

74. Теорія і практика соціальної роботи : навчальний посібник / О.Г. Карпенко, Н.Ф. Романова. К. : Видавничий Дім «Слово», 2015. 408 с.

75. Типологія Майерс-Бріггс (МВТІ). Психологіс. Енциклопедія практичної психології. URL: [http://psychologis.com.ua/tipologiya\\_mayers-briggs\\_MBTI.htm](http://psychologis.com.ua/tipologiya_mayers-briggs_MBTI.htm)

76. Угода про партнерство і співробітництво між Україною і Європейськими Співтовариствами та їх державами-членами (ратифіковано Законом № 237/94-ВР від 10.11.94 р.) Зі змінами відповідно до Протоколу до Угоди про партнерство і співробітництво між Україною і Європейськими Співтовариствами та їх державами-членами про Рамкову угоду між Україною та Європейським Співтовариством про загальні принципи участі України в програмах Співтовариства від 22.11.2010 р. (ратифікований 21.09.2011 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=998\\_012&p=13184\\_03142627796](http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=998_012&p=13184_03142627796)

77. Указ Президента України «Про Національну молодіжну стратегію до 2030 року». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/94/2021#Text>

78. Український тлумачний словник. URL: [https://ukrainian\\_explanatory.academic.ru/184788/%D1%83%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B0](https://ukrainian_explanatory.academic.ru/184788/%D1%83%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B0)

79. Устинов, С. О. Співвідношення термінів «соціальний захист» та «соціальне забезпечення» в законодавстві України / С. О. Устинов // Юридична

наука і практика. – 2011. – № 2. – С. 90–95 с. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.nbu.gov.ua/portal/soc\\_gum/Yurnip/2011\\_2/Ustinov.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/Yurnip/2011_2/Ustinov.pdf)

80. Фармацевтична енциклопедія Національний фармацевтичний університет. 2023. URL: <https://www.pharmencyclopedia.com.ua/article/622/sposib-zhittya>

81. Філософський енциклопедичний словник / гол. ред В.І. Шинкарук. Київ : Абрис, 2002. 751 с. URL: [https://shron1.chtyvo.org.ua/Shynkaruk\\_Volodymyr/Filosofskiy\\_entsyklopedychnyi\\_slovnyk.pdf](https://shron1.chtyvo.org.ua/Shynkaruk_Volodymyr/Filosofskiy_entsyklopedychnyi_slovnyk.pdf)

82. Формування здорового способу життя : навч. посібн. для слухачів курсів підвищення кваліфікації державних службовців / О. Яременко, О. Вакуленко, Л. Жаліло, Н. Комарова та ін. К. : Український ін-т соціальних досліджень, 2000. 232 с.

83. Чунаєв, О. Формування середнього класу в Україні / О. Чунаєв. – 2009 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://politikan.com.ua/2/7/0/2983>.

84. Чутчева О. Г. «Дія соціально-забезпечувального законодавства: проблеми теорії та практики» / О. Г. Чутчева // Держава і право. Юридичні і політичні науки. – 2010. – № 47. – С. 323–330 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.nbu.gov.ua/portal/soc\\_gum/DiP/2010\\_47/5-4.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/DiP/2010_47/5-4.pdf)

85. Шульга, Н. В. Співвідношення понять «соціальне забезпечення» та «соціальний захист» / Н. В. Шульга // Митна справа. – Ч. 2. – 2011. – № 4 (76). – С. 24–28 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.nbu.gov.ua/portal/soc\\_gum/ms/2011\\_4\\_2/24.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/ms/2011_4_2/24.pdf)

86. Bonow J.T., Follette W. C. Beyond values clarification: addressing client values in clinical behavior analysis University of Nevada, Reno. The Behavior Analyst No. 1 (Spring), 2009. С. 69–84

87. Cross S., Madson L. Models of the self: self-construals and gender // Psychol. Bull., 1997, v. 122, № 1. – P. 5-37.

88. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM IV), American Psychiatric Association. Washington, D.C, 2013.

89. Healthy Schools: заради здорових і радісних школярів : практичне керівництво для навчальних закладів / Василяшко І., Гущина Н., Демура О., Деркач Т., Зінченко А., Козловська Т., Патрикеева О., Саприкіна М. К. : Видавництво «Юстон», 2019. 54 с.

90. Moilanen KL, Shaw DS, Fitzpatrick A. Self-regulation in early adolescence: Relations with mother–son relationship quality and maternal regulatory support and antagonism. *Journal of Youth and Adolescence*, 2010. P. 1357–1367. № 3(5). – С. 28-33.

91. Patterson, Orlando. *Slavery and social death. A comparative study* Cambridge. MA : Harvard University Press, 1982.