

Міністерство освіти і науки України
Київський національний університет імені Тараса Шевченка
Факультет соціології
Кафедра методології та методів соціологічних досліджень

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:
«СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І»

Спеціальність: 054 «Соціологія»
Освітня програма: «Соціологія»
Освітній ступінь: бакалавр
Кваліфікація: бакалавр з соціології

Авторка:

Хаврюченко Наталія Дмитрівна,
студентка 4 курсу

Наукова керівниця:

Москотіна Руслана Юріївна,
докторка філософії,
асистентка кафедри методології та
методів соціологічних досліджень
rmoskotina@knu.ua

Бакалаврська робота допущена до захисту рішенням
кафедри *методології та методів соціологічних
досліджень*

Протокол № _____ від «___» _____ 20__ р.

Зав. кафедри _____ доцент Сидоров М.В
підпис

Київ 2023

Реєстрація

номер

дата підпис лаборанта
кафедри

**Рекомендовано
до захисту**

підпис
наукового
керівника

ініціали, прізвище
наукового
керівника

**Результат
захисту**

оцінка

дата захисту

Голова ЕК

підпис

ініціали, прізвище

Члени ЕК

підпис

ініціали, прізвище

підпис

ініціали, прізвище

підпис

ініціали, прізвище

Секретар ЕК

підпис

ініціали, прізвище

підпис

ініціали, прізвище

ЗМІСТ

ВСТУП.....	1
РОЗДІЛ 1. НЕРІВНІСТЬ У ЗДОРОВ'І ТА ЇЇ ЧИННИКИ	3
РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І: ГЕНДЕР, РАСА/ЕТНІЧНІСТЬ, ОСВІТА І ЕКОНОМІЧНИЙ СТАТУС .	12
2.1. Гендер як чинник нерівності у здоров'ї.....	13
2.2. Раса/етнічність як чинник нерівності у здоров'ї	17
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І	23
3.1. Вимірювання нерівності у здоров'ї.....	23
3.2. Дослідження зв'язку між соціально-демографічними характеристиками та самооцінкою стану здоров'я: порівняння України, США та Німеччини.....	27
ВИСНОВКИ	36
ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	39
ДОДАТКИ.....	43

ВСТУП

Актуальність роботи. Сучасне суспільство стикається з викликами, пов'язаними зі зростанням нерівності у здоров'ї. Ще на початку цього століття, Комісія з соціальних детермінант здоров'я звернула увагу на поновлену необхідність роботи над усуненням нерівності у здоров'ї. Сьогодні дана мета присутня у планах розвитку соціальної політики держав та міжнародних організацій, перш за все – Організації Об'єднаних Націй [Lee et al., 2016]. Міцне здоров'я населення та скорочення нерівності у здоров'ї є напрямками, що визначені цілями сталого розвитку.

Тож нерівність у здоров'ї є актуальною проблемою, що впливає на якість життя та благополуччя населення. У такій ситуації є важливим вивчення чинників, що лежать в основі цієї нерівності – детермінант здоров'я. За Огневим, детермінанти здоров'я – це ті соціальні, економічні, політичні умови та характеристики навколишнього середовища, в яких існує населення [Огнев & Усенко, 2020]. Виділяють 5 груп таких детермінант – соціально-економічні, фізичні, поведінкові та біологічні. З розвитком досліджень у цьому напрямку було виявлено, що на здоров'я, значним чином, впливають не лише поведінкові чи фізичні чинники, а й різноманітні соціальні чинники. Соціальні детермінанти, або чинники, здоров'я – це умови у яких населення народжується, живе, працює і старіє [Marmot 2005]. Основними соціальним чинником вважають є розподіл матеріальних та нематеріальних ресурсів.

Розуміння взаємозв'язку між соціальними чинниками та здоров'ям має дуже суттєве значення для галузі охорони здоров'я. Дослідження цього питання сприяє розробці політик та програм, спрямованих на створення більш рівних умов для здоров'я та благополуччя всіх громадян.

Таким чином, дана робота буде присвячена вивченню соціальних чинників у нерівності у здоров'ї. А саме увага буде приділена аналізу ролі різних соціальних факторів у формуванні нерівності у здоров'ї та механізмів їх впливу.

Об'єктом дипломної роботи є нерівність у здоров'ї, **предметом** – соціальні чинники нерівності у здоров'ї.

Мета роботи полягає в аналізі впливу соціальних чинників на нерівність у здоров'ї. Серед завдань роботи можна виокремити наступні:

- 1) охарактеризувати нерівність у здоров'ї та окреслити роль соціальних чинників у нерівності у здоров'ї;
- 2) детально розглянути вплив таких чинників як гендер, раса/етнічність, освіта та економічний статус на нерівність у здоров'ї;
- 3) окреслити способи вимірювання нерівності у здоров'ї;
- 4) здійснити аналіз впливу соціальних чинників на самооцінку здоров'я на основі вторинних даних.

РОЗДІЛ 1. НЕРІВНІСТЬ У ЗДОРОВ'І ТА ЇЇ ЧИННИКИ

Нерівність – надзвичайно комплексний феномен. Можна говорити про нерівність економічну, культурну, епістемологічну; нерівність через дискримінацію за гендером, віком, расою; нерівність у сферах освіти, політики або здоров'я. Предмет дослідження може змінюватися залежно від обраного фокусу, що дозволяє аналізувати нерівність у окремих сферах. Проте чи можливо повністю відокремити прояви нерівності у різних аспектах життя один від одного? Вищий рівень добробуту надає більше можливостей у освіті; расова дискримінація може мати вплив на працевлаштування і заробітну плату; гендерна нерівність впливає на рівень політичної участі, що, у свою чергу, має ефект на правову рівність – закріплення соціальної нерівності через правові норми. Зважаючи на таку багатовимірність нерівності, розглядати її «частинами» дійсно видається зручнішим, проте при зміщенні фокусу важливо не губити зв'язки між сферами.

Американська дослідниця та адвокатка К. Креншоу у 1989 році представила концепт інтерсекційності – перетину декількох систем дискримінації та привілеїв, – що дозволяє розглядати вплив більше, ніж одного соціального чинника і їхніх комбінацій [Crenshaw, 1990]. Інтерсекційний аналіз бере свій початок із руху за права темношкірих жінок, досліджень перетину расової та гендерної дискримінації, але сьогодні розглядає і інші соціальні категорії та системи домінування за такими ознаками як віросповідання, сексуальна орієнтація, вік, клас, інвалідність тощо. Інтерсекційний підхід передбачає, що різноманітні соціальні ідентичності не існують у вакуумі, а перетинаються одне з одним, таким чином утворюючи одну систему соціальної ієрархії. Б. Хукс – ще одна визнана дослідниця тематики гендерної, расової і класової нерівності. У своїх напрацюваннях вона вводить та використовує

термін «расистського капіталістичного патріархату» [Hooks, 1995, p. 29], щоб описати взаємопов'язану природу систем пригнічення. Вона стверджує, що ці системи зміцнюються і підтримують одна одну, створюючи ієрархічну структуру, яка приносить користь одним групам і маргіналізує інші.

У своїй роботі я розглядатиму соціальну нерівність через призму інтерсекційності і сприйматиму прояви та причини нерівності як взаємозв'язані. Одна з моделей, що демонструє, як працює таке узагальнення, була представлена Н. Фрейзер у теорії соціальної справедливості. Фрейзер [Frazer, 1999] поділяє соціальну несправедливість на прояви у економічному, культурному та політичному вимірах. Вона поєднує соціальний клас та розподіл матеріальних ресурсів із соціальним статусом, символічним капіталом та кількістю політичної влади (репрезентацією інтересів певної групи), таким чином визначаючи основні структурні складові нерівності. Окрім цього можна говорити про класифікації проявів нерівності. Наприклад, Й. Терборн [Therborn, 2013] у своїй роботі «The Killing Fields of Inequality» визначає три принципово різні форми нерівності:

- 1) життєва (vital) нерівність = нерівність здоров'я та смерті;
- 2) екзистенціальна нерівність = нерівність свободи дії для певних категорій людей;
- 3) матеріальна нерівність = нерівність доступних ресурсів та можливостей.

За Терборном, нерівність – це історичний соціальний конструкт, нерівномірного розподілення можливостей реалізації людських здібностей [Álvarez Rivadulla, 2016]. Проте у своїй роботі я використовуватиму більш поширене визначення соціальної нерівності, варіація якого представлена, наприклад, у роботі Г. Кербо. Він зазначає, що *соціальна нерівність* – це стан, коли люди мають нерівний доступ до цінних ресурсів, послуг і позицій у суспільстві [Kerbo, 2003]. Представлені класифікації та вже згадана

мультивимірність соціальної нерівності підкреслює її системну природу. Соціальна дискримінація впливає на культурну, економічну і політичну сфери, що, у свою чергу, взаємопов'язані між собою.

У своїй роботі я ставлю за мету детальніше дослідити нерівність у наступній сфері – сфері здоров'я, або, якщо використовувати класифікацію Й. Терборна, – життєву нерівність. В англomовних роботах на цю тему активно використовується словосполучення «health inequality» [Bartley, 2017; Homan, 2019; Marmot, 2005], або «health disparity», що можна перекласти українською як «нерівність здоров'я». Проте в академічній літературі використовують такі формулювання як «нерівності у здоров'ї» [Мажак, 2022], «нерівність щодо здоров'я» [Шафранський, 2016], «нерівність в здоров'ї» [Мальцева, 2015], «нерівність у здоров'ї» [Шушпанов, 2019] та інші. На мою думку, формулювання несуть близький, якщо не однаковий сенс, а відмінності спричинені, переважно, намаганнями авторів обрати найгармонічніше формулювання з фонетичної та граматичної точки зору. У цьому тексті я використовуватиму термін «нерівність у здоров'ї».

Нерівність у здоров'ї – це тема, дослідження якої не обмежується однією наукою. Її розглядають у епідемології, економіці, соціології, соціальній медицині, демографії, дослідженнях громадського здоров'я та інших. Представники різних галузей науки співпрацюють між собою, використовуючи інтердисциплінарний підхід, щоб краще розуміти причини нерівності у здоров'ї та розробляти ефективні стратегії її подолання. На сьогодні провідними представниками галузі є такі дослідники та дослідниці як демограф Дж. Ваупел, соціальні епідемологи М. Мармот, Н. Крігер, Р. Вілкінсон, К. Пікетт, економісти А. Деатон, Дж. Кюрі та інші. Серед українських дослідників варто виділити В. Огнева, С. Усенка, В. Шафранського, Д. Шушпанова та І. Мажак, проте цей перелік не є вичерпним.

Засновником, батьком медицини, прийнято вважати ще давньогрецького цілителя Гіппократа [Morabia, 2004]. Термін «демографія» для опису науки про відтворення населення було вперше використано А. Гійяром у 1855 р., [Григор'єва, 2010]. Епідемологія як окрема галузь бере свій початок з 19-го сторіччя [Frerichs, 2023]; О. Конт увів термін «соціологія» у першій половині 19-го сторіччя. Незважаючи на те, що дослідження окремих аспектів здоров'я, смертності, соціальної нерівності, поширення хвороб тощо були присутні у працях науковців з давніх часів, питання нерівності у здоров'ї та її причини цілеспрямовано почали вивчати порівняно нещодавно – у другій половині 20-го сторіччя. До того нерівність у здоров'ї переважно розглядалася на рівні країн, з їх подальшим порівнянням та стійким зв'язком з заможністю країни.

«Чорний звіт» (The Black Report on Inequalities in Health) 1980 року став одним із перших емпіричних досліджень на тему нерівності у здоров'ї та вагомим внеском у дискусію про роль соціальних чинників у здоров'ї [Gray, 1982]. Дослідження було замовлене і опубліковане урядом Великобританії та стосувалося, безпосередньо, населення країни. Серед основних завдань було оцінювання актуальної ситуації, визначення найвпливовіших факторів та формування рекомендацій задля покращення ситуації з нерівністю у здоров'ї.

Звіт виявив значні відмінності у рівнях здоров'я між соціальними групами. Незважаючи на запровадження Національної служби охорони здоров'я в 1948 році, нерівність не зменшилася, а навпаки, зросла. Публікація підтвердила, що люди з нижчим соціально-економічним статусом мають гірші показники здоров'я і коротшу тривалість життя, порівняно з багатшими соціальними групами.

Одним з основних результатів дослідження, що у той же час визначає його власну важливість для досліджень нерівності у здоров'ї, є роль, яку звіт надав соціальним чинникам. Дохід, освіта, житлові умови, харчування, робота та

середовище виявились факторами, що мають значний вплив на здоров'я соціальних груп. Таким чином, дослідження показало, що соціальна нерівність може призводити до нерівності у здоров'ї.

У відповідь на ці висновки звіт рекомендував низку стратегічних заходів соціальної політики для боротьби з нерівністю у сфері охорони здоров'я: збільшення інвестицій у систему громадського здоров'я, розширення соціальних послуг, забезпечення рівного доступу до освіти, покращення умов праці та інші. Рекомендації стали важливим кроком у визнанні проблеми, однак не всі рекомендації були повністю реалізовані та мали суттєвий вплив. Нерівність у здоров'ї є комплексною проблемою і досі лишається актуальною у Великобританії [Marmot, 2020].

Наступний визначальний етап досліджень полягає у глибшому розгляді соціальних чинників та пояснення процесу їхнього впливу. Провідним дослідником у галузі на сьогодні є М. Мармот, роботи якого і стали підвалинами для нового етапу. Його роботи «Синдром статусу: як соціальний статус впливає на наше здоров'я та довголіття» (2004), «Соціальні детермінанти нерівності у здоров'ї» (2005) і подальші напрацювання стали закликком зануритись у складну природу нерівності у здоров'ї.

Мармот очолював Комісію з соціальних детермінант здоров'я, яка була створена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) у 2005 році. У статті, що передуює запуску роботи комісії, він зазначає, що пояснення нерівності у здоров'ї виключно через економічне становище людей не є достатнім. Звичайно, бідність, нестача необхідних ресурсів, таких як безпечне місце проживання, чиста вода, хороше харчування, у поєднанні з відсутністю якісної медичної допомоги може пояснити різницю у очікуваній тривалості життя. Проте виключно економічне розуміння нерівності у здоров'ї ігнорує той факт, що розподіл ресурсів, заробіток визначається такими факторами як освіта, вплив

гендерної, расової дискримінації тощо на індивідуальному рівні, а також специфікою системи охорони здоров'я у країні. Таким чином, те, хто отримує важливі для здоров'я ресурси, визначається також соціальними чинниками. Крім того, якщо пояснювати нерівність у здоров'ї між країнами лише через економічні індикатори, як то ВВП на душу населення, матимемо невідповідності. Так, у 2003 році для населення Греції з ВВП трохи більше, ніж 17 000 доларів очікувана тривалість життя становить 78 років, у той час як США з ВВП понад 34 000 доларів мають тривалість життя 76 років [United Nations Development Programme, 2003]. Коста-Ріка та Куба, які є відносно бідними країнами, також мають відносно високу тривалість життя – 77,9 років і 76,5 років

М. Мармот [Marmot, 2004; Marmot, 2005] звернув увагу на соціально-економічний статус, який є важливим фактором, що визначає стан здоров'я, причини хвороб і довголіття. Його найважливіші висновки такі: нерівність у здоров'ї існує не лише між багатими та бідними, але й у певній ієрархії станів здоров'я, де індивід на вершині цієї ієрархії матиме краще здоров'я, ніж ті, хто знаходиться в середині і нижче. Він назвав це «соціальним градієнтом» – систематичне збільшення шансів на покращення здоров'я, подібне до сходів, з кожним підйомом до наступного вищого рангу в ієрархії.

Мармот виявив, що рівень здоров'я корелює з такими аспектами соціально-економічного статусу як освіта, доходи і професійний статус. Він показав, що навіть у розвинених країнах існує послідовний градієнт здоров'я, де кожен рівень соціально-економічного статусу має свій вплив на здоров'я. Вплив та існування соціального градієнту було підтверджене проєктом «Whitehall», що вивчав зв'язок між соціальним статусом і станом здоров'я серед британських службовців. Дослідницькою командою був встановлений соціальний градієнт здоров'я, тобто зв'язок між соціальним статусом і ризиком захворювання. Дослідження показало, що люди з вищим соціальним статусом мають більше

ресурсів і більший контроль над роботою, а, отже, і кращий стан здоров'я, тоді як ті, хто характеризується нижчим соціальним становищем, мають більші шанси на розвиток різних, наприклад, серцево-судинних захворювань через більшу поширеність факторів ризику таких як куріння, обмежений вільний час, низька фізична активність, погане харчування, високий артеріальний тиск.

Інша провідна дослідниця впливу соціальних чинників на здоров'я, епідемологиня Н. Крігер, представляє рівні, на яких можна виявити та вивчити нерівність у здоров'ї – макрорівень, мезорівень, мікрорівень [Krieger, 2005]. Нерівність у здоров'ї на макрорівні виникає на рівні суспільства чи населення, це, наприклад, різниця в очікуваній тривалості життя чи рівнях смертності між країнами або регіонами. Нерівність у здоров'ї на макрорівні часто зумовлена такими факторами як політичні та економічні системи, соціальна політика та глобальна нерівність у здоров'ї. Нерівність у здоров'ї на мезорівні – це нерівність у здоров'ї, яка виникає на рівні громади, наприклад, відмінності в результатах здоров'я між районами з різними рівнями соціально-економічної депривації або расової сегрегації. Вони часто визначаються такими факторами як екологічна безпека, доступ до здорової їжі, наявність зелених насаджень, а також мережі соціальної підтримки. Нерівність у здоров'ї на мікрорівні – це нерівність у здоров'ї, яка виникає на індивідуальному рівні, наприклад, відмінності в результатах здоров'я між людьми з різним рівнем освіти чи доходу. Нерівність у здоров'ї на мікрорівні часто зумовлена такими факторами як індивідуальна поведінка, доступ до медичної допомоги, стрес і дискримінація. Така класифікація рівнів нерівності у здоров'ї демонструє системність цього явища.

Інший значний здобуток Н. Крігер – розробка концепції «павутини причинності» (web of causation). У статті «Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider?» [Krieger, 1994] Крігер критично оглядає традиційну

медичну модель причинності, яка часто спрощує причинно-наслідкові зв'язки, враховуючи лише прямі біологічні фактори. Вона наголошує, що визначення причин захворювань має бути більш широким і включати соціальні, економічні та культурні фактори. Н. Крігер розглядає проблему причинності як «павутину», де взаємодіють багато чинників, утворюючи складну мережу. Крігер аналізує причини соціальних нерівностей у здоров'ї та наголошує на важливості врахування соціального контексту при вивченні здоров'я і хвороб. Таким чином, вона визначає нерівність у здоров'ї як систематичні та несправедливі відмінності у стані здоров'я між різними групами людей. Вона розглядає нерівність у здоров'ї як результат соціальних, економічних та політичних умов, що впливають на можливості людей жити здоровим життям.

Вже неодноразово згаданий М. Мармот також визначає нерівність у здоров'ї як відмінності у здоров'ї, що є несправедливими і яких можна уникнути [Marmot & Wilkinson, 2005]. Це твердження демонструє його ставлення до нерівності як до майже штучного феномену, що можна поєднати з твердженням Й. Терборна [Theborn, 2013] щодо того, що нерівності можна уникнути, вона є морально невиправданою і вже тому варта викорінення. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає нерівність у здоров'ї як відмінності у розподілі детермінант здоров'я між різними групами населення [Hosseinpoor et al., 2015]. Для використання у цій роботі я обираю визначення М. Бартлі [Bartley, 2017], яка зазначає, що нерівність у здоров'ї це – систематичні відмінності в здоров'ї між соціальними групами. Це визначення зберігає вплив соціальних чинників та їхню системність, але не надає їм оцінку.

На цьому моменті роботи були надані визначення понять соціальної нерівності та нерівності у здоров'ї, проте один з компонентів – поняття «здоров'я» – лишився невизначеним. ВООЗ визначає здоров'я як стан повного фізичного, психологічного та соціального благополуччя, а не лише як

відсутність хвороб або інших фізичних проблем [World Health Organization, 1948]. Окрім цього, здоров'я можна сприймати і з іншої точки зору – як стан людини, що характеризується відсутністю хвороб. У 2011 році М. Губер та його колеги [Huber et al., 2011] запропонували підхід, котрий розглядає здоров'я як певну здатність «давати собі раду», здібність впоратись з фізичними, емоційними та іншими життєвими викликами. Г. МаКартні розглядає здоров'я як «структурний, функціональний та емоційний стан, що супроводжується ефективним життям людини як особистості та члена суспільства» [McCartney et al., 2019]. Тобто можемо побачити, що досить часто здоров'я визначається не лише як стан відсутності хвороб, а і як загальне благополуччя людини, її здатність повноцінно функціонувати. Саме з таким розумінням поняття «здоров'я» і будемо надалі мати справу.

Таким чином, можна зробити **висновок**, що нерівність у здоров'ї не є простою у своєму поясненні і навіть визначенні. Проте дослідження цієї теми є важливим для розвитку справедливого суспільства, забезпечення якісних умов життя та удосконалення систем охорони здоров'я, тому на сьогодні маємо величезну кількість наробків, найвпливовіші з яких були продемонстровані у цій частині роботи. Ряд дослідників звернули увагу на важливість врахування низки соціальних чинників, які можуть визначати нерівність у здоров'ї. Зокрема, важливими є наробки М. Мармота, котрий продемонстрував докази того, що соціально-економічний статус індивіда корелює з його станом здоров'я.

РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І: ГЕНДЕР, РАСА/ЕТНІЧНІСТЬ, ОСВІТА І ЕКОНОМІЧНИЙ СТАТУС

У цій частині роботи я маю за мету розглянути роль конкретних соціальних чинників впливу на нерівність у здоров'ї, таких як гендер, раса/етнічність, освіта та економічний статус. Безумовно, є й інші соціальні чинники, що мають вплив на нерівність у здоров'ї. Відмінності у стані здоров'я, очікуваній тривалості життя, причинах смертності чоловіків та жінок не пояснюються лише гендерною нерівністю, а різниця у здоров'ї представників різних рас та етносів – лише расовою дискримінацією та ксенофобією. Тим не менш, у своїй роботі я зупинюся саме на вказаних вище соціальних чинниках.

Вплив та актуальність розгляду соціально-економічного статусу, частиною якого можна вважати освіту, частково вже було продемонстровано у першій частині цієї роботи. Вплив гендеру та раси/етнічності я розглядатиму через ефект гендерної та расової дискримінації. Ці фактори розглянуто у даній роботі з наступних причин:

1) визнання ролі соціальних факторів у наслідках для здоров'я підвищило визнання ролі дискримінації. Попередні напрацювання демонструють, що люди, які стикаються з дискримінацією, частіше мають гірший стан здоров'я і обмежений доступ до медичної допомоги через інакше ставлення, умови проживання тощо [Homan & Patricia, 2019; Ferraro, 2017; Abedi, 2021];

2) гендерна та расова нерівність лишаються актуальними соціальними проблемами і в наш час. Є важливим досліджувати їхні прояви для уможливлення позитивних змін.

Зважаючи на те, що інтерсекційний підхід є поширеним для розгляду впливу соціальних чинників на здоров'я, провідні дослідники часто поєднують

гендер і расу у своїх роботах. Так, наприклад, Ненсі Крігер [Krieger 1994, 200] вивчає вплив і расизму, і сексизму на здоров'я. Вона досліджує різні прояви гендерної дискримінації та її наслідки для здоров'я, звертаючи увагу на те, що соціокультурні стереотипи і ролі впливають на можливості та ресурси для здоров'я жінок і чоловіків. Наприклад, гендерна нерівність може впливати на доступ до послуг репродуктивної та психічної допомоги, а також на статус соціального забезпечення і економічних можливостей

Авторка також розглядає расову дискримінацію та її вплив на здоров'я. Вона досліджує, як расова нерівність у доступі до освіти, робочих місць, житла, медичних послуг може призводити до нерівностей у стані здоров'я різних расових груп. Расова дискримінація також може сприяти появі психологічного стресу, що, у свою чергу, може призвести до негативних наслідків для фізичного та психічного здоров'я людини.

2.1. Гендер як чинник нерівності у здоров'ї

Розпочнемо із гендеру як фактора, що може спричиняти нерівність у здоров'ї; зокрема приділимо увагу гендерній нерівності та дискримінації. ВООЗ [World Health Organization, 2021] зазначає, що від гендерної нерівності найбільше потерпають жінки і дівчата. У багатьох суспільствах жінки все ще мають нижчий соціальний статус, через що їм бракує контролю над своїм тілом, стосунками, здоров'ям, не вистачає агентності у контексті прийняття рішень. Навіть у суспільствах, де гендерна нерівність не є настільки разючою, соціальні норми впливають на здоров'я.

Сьогодні в галузі досліджень впливу гендерної нерівності на нерівність у здоров'ї існує три основні підходи, або три основні фокуси – вивчення впливу домагань, гендерної дискримінації у повсякденні на здоров'я; дослідження упередженості медичних працівників та установ, якості послуг, які вони надають

жінкам; дослідження гендерних відмінностей у захворюваності, очікуваній тривалості життя, смертності тощо.

Е. Аннандейл запропонувала наступну основу для аналізу гендерних аспектів нерівності у здоров'ї, яка включає три компоненти: структурні фактори, фактори взаємодії та суб'єктивні фактори [Annandale, 2014]. Структурні фактори охоплюють широкий спектр соціальних, економічних і політичних умов, які впливають на здоров'я соціальних груп. Ці фактори включають, наприклад, доступ до освіти, зайнятість, дохід, житлові умови і доступ до послуг охорони здоров'я. Структурні нерівності, гендерна дискримінація у сфері освіти, працевлаштування, репродуктивних прав, які впливають на соціально-економічний статус, впливають, як уже зазначалось раніше, і на здоров'я.

Другий компонент, а саме фактори взаємодії, описує взаємодію між індивідом і його соціальним оточенням. Вони включають у себе взаємодію із суспільством, родиною, колегами по роботі та навіть вплив системи охорони здоров'я. На цьому рівні гендерні ролі, соціальні очікування і стереотипи можуть впливати на поведінку, доступ до ресурсів, підтримку оточення, якість взаємодії при отриманні медичних послуг, що впливає на здоров'я індивідів.

Розлади харчової поведінки і їхня поширеність саме серед жінок, особливо нервової анорексії та булімії [Sharan & Sundar, 2015], демонструють вплив соціальних очікувань, гендерних норм і прив'язування цінності жінок до їхньої зовнішності. Окрім цього, тиск на відповідність ідеалам краси, ролеві очікування та обмеження щодо самовираження можуть призводити до негативного впливу на психічне здоров'я жінок, зокрема до розвитку депресії та тривоги [World Health Organization, 2021].

Гендерна нерівність також пов'язана із високим ризиком зіткнення жінок з насильством та злочинами на ґрунті гендеру. Статистика свідчить про високу поширеність домашнього насильства, сексуального насильства та зґвалтувань,

які спричиняють серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я жінок [World Health Organization, 2021]

Л. Артазсоз з колегами [Artazcoz et al., 2001] проаналізували зв'язок між домашньою роботою, оплачуваною роботою та здоров'ям у парах, які проживають разом. Вони проаналізували масив даних (N = 321), який включав відповіді респондентів, молодших за 65 років, котрі зустрічалися в 1998 році. Вони з'ясували, що подвійне навантаження на жінок (окрім оплачуваної роботи є ще й домашні обов'язки), оскільки це часто нормалізується, мають негативний вплив і призводять до вищого рівня стресу для жінок.

Одним з досліджень, що аналізує зв'язок між структурним сексизмом та нерівністю у здоров'ї є робота П. Гоман – «Структурний сексизм та здоров'я у США» [Homan, 2019]. У статті запропоновано спосіб концептуалізації та операціоналізації структурного сексизму і досліджено його роль в нерівності у здоров'ї. Використовуючи визначення гендеру як соціальної системи, а не індивідуального атрибута, авторка розбиває вплив гендеру на макро-, мезо- та мікрорівні та пропонує спосіб вимірювання сексизму на кожному з них. Гоман аналізує репрезентативні для США адміністративні дані для дослідження гендерної нерівності в декількох сферах суспільної діяльності. Зв'язок між структурним сексизмом і нерівністю у здоров'ї досліджується за трьома показниками здоров'я – самооцінка здоров'я, хронічні захворювання та фізичне функціонування. Результати свідчать про те, що гендерна дискримінація і гендерні норми впливають як на жінок, так і на чоловіків. Жінки, як правило, мають більше проблем зі здоров'ям, тоді як чоловікам властиво отримувати переваги для здоров'я зі збільшенням структурного сексизму.

На цьому моменті можна зазначити наступний цікавий факт. Як відомо з джерел демографічної статистики, чоловіки мають нижчу, порівняно з жінками, середню очікувану тривалість життя і вищий рівень смертності [World health

statistics, 2016]. Разом із цим, дослідження демонструють високий рівень захворюваності серед жінок. Ці розбіжності та невідповідності між захворюваністю і смертністю згодом отримали назву «гендерного парадоксу» [Singh-Manoux, 2008].

Третій компонент – суб’єктивні фактори – відноситься до індивідуального досвіду, сприйняття і реакції на нерівності у здоров’ї. Це може включати відчуття безпеки, самооцінку, статеву ідентичність, вплив стереотипів на самопочуття і поведінку. Суб’єктивні фактори можуть впливати на спосіб, яким індивіди сприймають і реагують на нерівність у здоров’ї та шукають способи впоратися з нею.

Також відзначається, що не цисгендерні люди – трансгендерні жінки та чоловіки, небінарні особи, інтерсекс-особи тощо – частіше стикаються з насильством, зазнають впливу стигми і дискримінації навіть у медичних закладах [Blondeely et al., 2018]. У країнах з високим рівнем неприйняття трансгендерні особи часто не відчують себе достатньо безпечно, щоб звернутися до лікаря. В статті зазначається, що трансгендерні особи можуть стикатись з високим рівнем психічних розладів, пов’язаних із дискримінацією та стигмою в суспільстві та у медичних установах.

Гендерні стереотипи також впливають і на чоловіків. Шкідливі гендерні норми – в тому числі ті, що пов’язані з жорсткими уявленнями про маскуліність – впливають на здоров’я та благополуччя хлопчиків і чоловіків. Наприклад, уявлення про маскуліність заохочують хлопців і чоловіків палити, йти на сексуальний та інший ризик для здоров’я, зловживати алкоголем і не звертатися за психологічною чи медичною допомогою [Шушпанов, 2016]. Такі гендерні норми також сприяють вчиненню насильства як над жінками, так і проти інших чоловіків. Шкідлива маскуліність має серйозні наслідки для психічного здоров’я чоловіків.

Загалом, гендерна нерівність та дискримінація є важливими факторами, які впливають на нерівність у здоров'ї. Дослідження цього аспекту дозволяє краще розуміти їхній вплив та розробляти ефективні стратегії для зменшення нерівності та покращення здоров'я як чоловіків, так і жінок.

2.2. Раса/етнічність як чинник нерівності у здоров'ї

Перейдемо до раси/етнічності як чинника нерівності у здоров'ї, а саме зосередимо увагу на расовій дискримінації. Расова дискримінація – це будь-які прояви розрізнення, виключення, утиску чи переваги за ознаками раси, кольору шкіри, національного чи етнічного походження, які мають на меті або ж наслідком порушення прав людини у політичній, економічній, соціальній, культурній чи іншій сфері суспільного життя [World Health Organization, 2022]. Вплив расової дискримінації на здоров'я, як і вплив гендерної дискримінації, взаємопов'язаний з ширшими соціальними детермінантами здоров'я.

Ця історія призвела до стійкої соціальної та економічної невідповідності багатьох поколінь. Расизм і расова дискримінація часто розглядаються як основні соціальні детермінанти здоров'я [Adams et al., 2006]. Так, ВООЗ [World Health Organization, 2022] у роботі, присвяченій дослідженню впливу расової дискримінації, зазначає, що корінні народи, а також люди африканського походження, роми та інші етнічні меншини частіше зазнають несприятливих соціально-економічних умов. Часто це відбувається під впливом расової дискримінації.

Дослідниками Д. Вільямсом та С. Мохаммедом [Williams & Mohammed, 2013] було представлено детальний механізм зв'язку між расизмом, расовою дискримінацією та здоров'ям. Як «базові» причини вони виділяють біологічні та географічні характеристики, соціальні інститути (політичні, економічні, культурні тощо) та ідеологію, у цьому випадку – расизм. У результаті взаємодії

між собою вони утворюють «соціальний статус», який дослідники розуміють як поєднання соціально-економічного статусу, раси, гендеру/віку/тощо. На цьому етапі, залежно від того, комбінація характеристик якої соціально-демографічної групи розглядається, формується «проксі шлях» (proximal pathways), який можна розуміти як соціально-економічні фактори, доступні для індивіда ресурси, стигма, імовірність стресу, знання та інші можливості. Зважаючи на комбінації життєвих умов, організм формує «відповідь» у вигляді поведінкових паттернів, психологічних та фізичних реакцій тощо. «Відповідь», у свою чергу, впливає на категорію «здоров'я», яка має підкатегорії смертності, захворюваності, інвалідності, ментального здоров'я та «позитивного здоров'я», яке можна розуміти як відсутність хвороб або інших дефектів. Таким чином, і структурна, і расова дискримінація можуть зменшити можливості та позбавити доступу до заходів для покращення здоров'я (таких як охорона здоров'я) і сприяти погіршенню соціально-економічного статусу (наприклад, через можливості працевлаштування, наявності житла та освіти).

Вплив расової дискримінації було підтверджено емпірично. Центр з контролю та профілактики захворювань у Сполучених Штатах Америки виявив, що в період з 2007 до 2016 року афроамериканки мали втричі більше шансів померти від причин, пов'язаних із вагітністю, ніж білі американки [Petersen, 2019]. Також проведений урядом Австралії аналіз національних даних про смертність виявив, що аборигени та жителі островів Торресової протоки мали на 10,6 і 9,5 років коротшу тривалість життя, ніж некорінні чоловіки та жінки відповідно протягом періоду 2008–2012 рр. [Freeman et al., 2016]. Це лише декілька прикладів, що демонструють такий вплив.

За результатами аналізу ВООЗ [World Health Organization, 2022] люди, які стикаються з расизмом або відчувають дискримінацію, характеризуються гіршими показниками психічного здоров'я, підвищеним тиском, вищим рівнем

стресу, більш високою смертністю. Окрім цього, варто зазначити про вплив структурної дискримінації в системі охорони здоров'я. Системи охорони здоров'я відображають суспільства, в яких вони діють, тому логічним буде припущення, що суспільство з нормалізованою ксенофобією та побутовим расизмом матиме систему охорони здоров'я, що відображає ці характеристики. У суспільствах з нормалізованою ксенофобією можуть створюватись не лише бар'єри, безпосередньо, в системі охорони здоров'я; вони також можуть обмежувати доступ до соціальної допомоги, створювати фінансові бар'єри, пов'язані з типом зайнятості та доступом до фінансового захисту, що теж може мати вплив на здоров'я тих чи інших груп людей.

2.3. Освіта і економічний статус як чинник нерівності у здоров'ї

Питання впливу соціально-економічного статусу на нерівність у здоров'ї вже було порушене у першій частині роботи. В цій частині роботи ми розглянемо його більш детально. Освіта і економічний статус, згідно з дослідженнями М. Бартлі [Bartley, 2017], впливають на нерівність у здоров'ї через складний механізм, який включає кілька факторів. Розглянемо детальніше цей механізм.

Освіта впливає на доступ до ресурсів та послуг. Люди з вищим рівнем освіти та економічним статусом частіше мають доступ до кращих медичних послуг, включаючи високоякісну медичну допомогу, профілактичні обстеження та ліки. Окрім цього, вищий дохід та освіченість можуть надати можливість отримувати більше матеріальних ресурсів для підтримки свого здоров'я, таких як якісні продукти харчування, доступ та можливість виділяти час на заняття спортом. Це сприяє поліпшенню здоров'я індивідів та зменшенню ризиків розвитку хвороб.

Вищий рівень освіти та економічний статус, зазвичай, пов'язані з кращими можливостями зайнятості і вищим рівнем доходу. Високий дохід родини

здатний забезпечити дітям якісну освіту, що, у свою чергу, збільшує шанси на отримання високооплачуваних робочих місць, які забезпечують стабільний дохід і доступ до медичного страхування. У зв'язку з цим вони можуть мати більше фінансових ресурсів для оплати медичних послуг і профілактичних заходів. У той же час, люди з нижчим рівнем освіти та економічним статусом частіше стикаються з низькооплачуваною роботою, нестабільними доходами і обмеженим доступом до медичних послуг. Це може призвести до зменшення можливостей їхнього доступу до якісної медичної допомоги і погіршення їхнього стану здоров'я.

Вищий економічний статус і освіта також пов'язані зі зниженням стресу і покращенням соціального статусу. Люди з вищим соціальним статусом мають більше можливостей для формування соціальних зв'язків, доступу до соціальної підтримки та ментального благополуччя. Навпаки, люди з нижчим соціальним статусом і обмеженими ресурсами частіше зазнають стресу, що може впливати на їхнє фізичне та психічне здоров'я.

Також вищий рівень освіти сприяє кращій обізнаності про здоров'я, усвідомленню ризиків і розумінню впливу стилю життя на здоров'я. Люди з вищою освітою частіше більш інформовані щодо проблем здоров'я, вживають профілактичні заходи і мають звички, що сприяють покращенню здоров'я. А це знижує ризики розвитку хвороб.

Таким чином, освіта і економічний статус роблять суттєвий внесок у формування нерівностей у здоров'ї. Вищий рівень освіти та економічного статусу забезпечує доступ до ресурсів, послуг, високооплачуваної роботи та соціальної підтримки, що сприяє поліпшенню здоров'я. У той же час, нижчий рівень освіти й економічного статусу може призводити до обмеженого доступу до медичних послуг, погіршення фізичного та психічного здоров'я.

Розуміння складних макрорівневих контекстів, у яких освіта впливає на здоров'я, є невід'ємною складовою поліпшення національного управління сферою охорони здоров'я та формуванням відповідної політики. У 2020-му році було проведено дослідження з метою аналізу зв'язку між освітою та здоров'ям у різних країнах світу [Raghupathi & Raghupathi, 2020]. За допомогою емпіричних даних від ОЕСР та Світового банку для 26 країн ОЕСР у період з 1995 до 2015 року було встановлено наявність кореляції між показниками освіти та здоров'я. Освіта у цьому випадку мала подвійну роль – як джерело можливостей та фактору нерівності водночас. Індивіди з вищим рівнем освіти мають краще здоров'я та більшу очікувану тривалість життя порівняно з індивідами цього ж віку, котрі характеризуються нижчим рівнем освіти. Країни з вищим показниками охоплення вищою освітою, зокрема, мають нижчі значення за такими показниками як дитяча смертність, очікувана тривалість життя, вакцинація дітей.

Тож можемо сказати, що зв'язок між освітою, здоров'ям та нерівністю є багатограним. Наведені дослідження підкреслюють вагомий вплив освіти та економічного статусу на фізичне і психічне здоров'я індивідів, що може бути як безпосереднім, так і опосередкованим (наприклад, вищий економічний статус дає кращі можливості доступу до соціальних зв'язків, що, у свою чергу, позитивно впливає на психічне здоров'я індивіда).

Загалом можемо зробити наступні **висновки**. Кожен з трьох чинників – гендер, раса/етнічність, освіта та економічний статус – має той або інший вплив на нерівність у здоров'ї. Так, гендерна дискримінація та гендерні стереотипи у суспільстві негативно позначаються на здоров'ї і чоловіків, і жінок, і представників ЛГБТ-спільноти. Расова дискримінація теж негативно впливає на здоров'я індивіда: дискриміновані групи можуть мати обмежений доступ до медичних послуг, нижчий дохід та гірші умови життя, що теж негативно

позначається на їхньому фізичному та психічному здоров'ї. Освіта й економічний статус впливають на здоров'я людини як безпосередньо (особи з вищим економічним статусом мають кращий доступ до якісної медичної допомоги, люди з більш високим рівнем освіти краще розуміють наслідки своїх дій, звичок для власного здоров'я), так і опосередковано.

РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І

Третій розділ цієї роботи присвячено емпіричному дослідженню соціальних чинників нерівності у здоров'ї. Представлена у попередніх розділах інформація базується на прикладних дослідженнях, проте зосереджується на дослідженні впливу певних чинників, а не на нерівності у здоров'ї в цілому. Тому у наступному підрозділі я прагну розглянути деякі з основних інструментів і методів вимірювання нерівності у здоров'ї. Інша, фінальна частина розділу, буде присвячена моєму власному дослідженню впливу соціальних чинників на нерівність у здоров'ї.

3.1. Вимірювання нерівності у здоров'ї

Дослідження, вимірювання та моніторинг нерівності у здоров'ї – важливий крок для розуміння цього явища та мінімізації впливу соціальних та інших чинників на здоров'я. Цими питаннями займаються діячі різних напрямів і структур – державний сектор, дослідницькі інститути, громадські організації та інші установи. Тож у цьому параграфі я розгляну методи вимірювання нерівності у здоров'ї, які використовують різноманітні організації.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) – орган Організації об'єднаних націй, заснований у 1948 році – є чи не найвпливовішою організацією, що займається дослідженням нерівності у здоров'ї. ВООЗ займається питаннями, пов'язаними з охороною здоров'я; основна мета організації полягає у покращенні стану здоров'я населення країн світу і забезпечення високого рівня охорони здоров'я. У зв'язку з цим вони активно досліджують нерівність у здоров'ї та чинники, що впливають на неї.

Між 2014–2016 рр. ВООЗ розробила набір інструментів оцінки рівності у здоров'ї HEAT (Health Equity Assessment Toolkit) – програмне забезпечення, що має на меті полегшення процесу дослідження та аналізу нерівності у здоров'ї

[Üstün, et al., 2010]. HEAT надає доступ до статистичних даних про здоров'я населення країн світу і інструменти для їхнього аналізу за різними індикаторами, роками та вимірами нерівності.

Для вимірювання нерівності у здоров'ї, перш за все, необхідно отримати дані про стан здоров'я населення країни, певної соціально-демографічної групи тощо. Таким чином, має бути зібрана інформація двох типів – інформація про стан здоров'я та обраний вимір для порівняння його стану з метою виявлення нерівності у здоров'ї (регіон проживання, рівень матеріального забезпечення, освіта, гендер тощо). Існує кілька **шляхів отримання цієї інформації**, серед основних джерел виокремлюють: 1) джерела, що стосуються всього населення країни (population based) та 2) джерела інформації, зібраної певними медичними чи державними інституціями (institution-based) [World Health Organization, 2013]. Джерела, що стосуються всього населення країни – це переписи населення, дані органів реєстрації актів цивільного стану, демографічної статистики, опитувань. Інформація, отримана інституціями, включає у себе дані про окремих осіб, зібрані через медичні записи шкіл, лабораторні тести, обстеження у лікарнях тощо. Лабораторні дані включають у себе біологічні зразки для визначення функціонального стану організму і виявлення патологічних змін. Дані про фізичний стан людини можуть збираються через вимірювання ряду показників як от розмірів тіла, ваги, зросту, використання функціональних тестів і біомедичних показників. Використання медичних записів і медичної інформації дозволяє оцінити стан здоров'я на основі діагнозів, процедур, лікування та інших клінічних даних. Це можуть бути електронні медичні записи, історії хвороб або лікарняні виписки. Такі дані зазвичай стосуються локальної громади, організації.

У межах цієї роботи особливої уваги потребує метод опитування – він вимірює здоров'я за допомогою запитань, що стосуються самопочуття людини, симптомів, фізичної активності, побутових обмежень та інших аспектів

здоров'я. Анкети можуть бути стандартизованими або спеціально розробленими для конкретних досліджень, використовуватися у дослідженнях державних, неурядових або міжнародних організацій [World Health Organization, 2013]. У деяких дослідженнях, наприклад, European Social Survey¹, World Values Survey² для оцінювання здоров'я використовується суб'єктивний показник – самооцінка здоров'я респондентами. Варто зазначити, що цей показник вважається валідним і активно використовується для досліджень загального стану здоров'я населення [Lorem et al., 2020]. Зважаючи на це, у своєму дослідженні я використовуватиму саме його. Проте у межах цього підрозділу слід зазначити, що ВООЗ вбачає одними з основних індикаторів здоров'я наступні: очікувана тривалість життя при народженні, смертність дорослого населення від 15 до 60 років, смертність дітей до 5-ти років, смертність немовлят тощо. 100 основних індикаторів здоров'я були продемонстровані у праці «List of 100 Core Health Indicators» [World Health Organization, 2018].

Отже, після того, як дані про здоров'я і змінні, які відповідають меті дослідження, отримані, час переходити до вимірювання нерівності. Для цього можуть бути використані два типи зібраних даних – диференційовані (дезагреговані) та зведені. Диференційовані дані – це дані, утворені в процесі розбиття зібраної інформації на менші одиниці для більш детального вивчення основних тенденцій і закономірностей [Schlotheuber & Hosseinpoor, 2022]. Щоб глибше дослідити конкретну ситуацію, дані групуються за різними параметрами, такими як вік, стать, регіон проживання, освіта, етнічна приналежність або ті чи інші соціально-економічні змінні.

Зведені дані ґрунтуються на дезагрегованих даних і вимірюють нерівність у здоров'ї для населення загалом у певний часовий період [Schlotheuber &

¹ <https://www.europeansocialsurvey.org/>

² <https://www.worldvaluessurvey.org/wvs.jsp>

Hosseinpoor, 2022]. Це дозволяє порівнювати рівень нерівності в здоров'ї протягом певного періоду часу та за різними показниками. Таким чином, застосування і диференційованих, і зведених даних допомагає краще розуміти загальний розподіл нерівності у здоров'ї та виявляти області, що потребують специфічних дій для поліпшення ситуації.

Методи розрахунку нерівності можна умовно поділити на прості та комплексні. Прості методи проводять попарне порівняння здоров'я між двома підгрупами населення, наприклад, найбільш і найменш освіченими. Комплексні методи використовують дані з усіх підгруп для оцінки нерівності. Серед простих методів можна виокремити різницю та співвідношення. Різниця є абсолютною мірою нерівності і показує різницю у показниках здоров'я між двома підгрупами населення. Співвідношення є відносною мірою нерівності, виступає відношенням показника першої підгрупи до показника для другої підгрупи [Schlotheuber & Hosseinpoor, 2022]. Серед прикладів комплексних методів можна навести спадний індекс нерівності (Slope Index of Inequality) [Preston, 1981] та відносний індекс нерівності (Relative Index of Inequality) [Schlotheuber & Hosseinpoor, 2022].

Окрім цих методів, існують і інші усталені способи розрахунку нерівності у здоров'ї. Наприклад, індекс Джині (Gini Index), який зазвичай використовується для вимірювання економічної нерівності, але також може бути використаний для вимірювання нерівності у здоров'ї [Lai et al., 2008]. Він демонструє розподіл здоров'я (його індикаторів) серед населення у діапазоні від 0 до 1, де 0 означає повну рівність, а 1 – повну нерівність.

Індекс нерівності у здоров'ї (Health inequality index) – ще один індекс, котрий використовується для оцінки нерівності у здоров'ї між різними групами населення; враховує не лише загальний стан здоров'я, але й різноманітні

фактори, такі як статус соціально-економічного розвитку та доступ до медичної допомоги [Mata, 2020].

Таким чином, задля вимірювання нерівності у здоров'ї, перш за все, необхідно зібрати дані, які можуть бути отримані через різні джерела. Так само маємо різноманіття, безпосередньо, методів розрахунку, кожен з яких відповідає певній дослідницькій меті. Представлений перелік методів, у будь-якому випадку, не є вичерпним. Крім того, дослідження нерівності у здоров'ї може відбуватися і за допомоги не специфічних статистичних методів.

3.2. Дослідження зв'язку між соціально-демографічними характеристиками та самооцінкою стану здоров'я: порівняння України, США та Німеччини

Моя початкова ідея полягала в тому, щоб дослідити вплив дискримінації, конкретних проявів нерівності у доступі до медичних послуг. Хоча таке дослідження було б інформативним з точки зору вивчення впливу тих чи інших соціальних чинників на стан здоров'я індивідів, у випадку використання вторинних даних це є досить складним завданням, оскільки доступні для аналізу дані є обмеженими.

У цьому дослідженні я використовую вторинні дані для оцінювання зв'язку між здоров'ям та соціально-демографічними характеристиками у декількох країнах, вибір яких я обґрунтую згодом. Серед методів аналізу – описова статистика і метод лінійної регресії. Лінійна регресія дозволяє окреслити зв'язок між залежною та незалежними змінними. За допомогою коефіцієнтів регресії можна визначити, яким чином зміна значень незалежних змінних визначає зміну значень залежної змінної, виявити значущі предиктори. Основою для побудови моделей лінійної регресії виступає змінна самооцінки стану здоров'я та змінні, що містять соціально-демографічну інформацію про респондентів. Однак перед застосуванням лінійної регресії буде використано

описові статистики, щоб отримати інформацію про самооцінку стану здоров'я різними групами респондентів.

Я використовую дані 7-ї хвили Світового дослідження цінностей³ (World Values Survey, WVS). Це міжнародний дослідницький проєкт, присвячений науковому та академічному вивченню соціальних, політичних, економічних, релігійних і культурних цінностей людей у світі. Результати є репрезентативними для осіб віком від 18 років, які проживають у приватних домогосподарствах у кожній з країн, де проводилося дослідження, незалежно від їх національності, громадянства чи мови [Haerpfer et al., 2022]. Основним методом збору даних в опитуванні WVS є особисте інтерв'ю вдома за місцем проживання респондента.

Масив проєкту було обрано зважаючи на наявність необхідних для дослідження даних. Світове дослідження цінностей – проєкт, що існує більше 40 років, його результати активно використовуються дослідниками [Станіславенко, 2021; Cowley & Smith, 2014]. Окрім цього, дані усіх 7 хвиль, методологія та публікації Світового дослідження цінностей знаходяться у відкритому доступі, що також робить його привабливим для використання.

Як уже зазначалося раніше, я зупинилася на трьох країнах: Україні, Німеччині та США. Вибір саме цих країн мотивований ідеєю імплементувати у дослідження можливість впливу соціальної політики країни, яка є комплексом теоретичних принципів та практичних заходів, що спрямовані на задоволення соціальних потреб населення, забезпечення необхідних умов життєдіяльності, створення в суспільстві сприятливого соціального клімату тощо, – словом, все, що може значним чином впливати на нерівність у державі [Семигіна, 2014].

Найвідоміша класифікація належить Еспінгу-Андерсену [Esping-Andersen, 1990] і включає в себе такі різновиди соціальної політики, або «держав

³ <https://www.worldvaluessurvey.org/>

добробуту» як ліберальний, корпоративістський та соціал-демократичний. Типи були сформовані на основі рівнів декомодифікації – звільнення населення від залежності від ринку через забезпечення високого рівня соціальних послуг та соціальної стратифікації, яку Еспінг-Андерсен визначає через співвідношення оподаткування та через баланс між державними програмами соціального забезпечення і соціальною підтримкою, яку надає приватний сектор [Esping-Andersen, 1990].

Ліберальні системи характеризуються низьким рівнем декомодифікації і високим рівнем соціальної стратифікації. Державне втручання відбувається через регулювання ринків, а роль держави обмежується регуляційною функцією та гарантуванням мінімального доходу громадянам. Прикладом країн з такою системою виступають Сполучені Штати Америки [Hananel, 2021]. Корпоративістські системи характеризуються високим рівнем декомодифікації і соціальної стратифікації. Державне втручання здійснюється через безпосереднє фінансове забезпечення соціальної сфери та регулювання ринків. Ці системи базуються на принципі субсидіарності, де держава втручається в питання забезпечення добробуту, коли індивідуальні та сімейні ресурси вичерпані. Прикладом може виступати Німеччина [Czerniawski & Gerry, 2013].

Соціал-демократичні системи характеризуються високим рівнем декомодифікації і низьким рівнем соціальної стратифікації. Державне втручання здійснюється через безпосереднє фінансове забезпечення, а держава відіграє ключову роль у системі соціального захисту. Державні витрати на соціальні потреби є значними. Цей тип політики поширений у нордичних країнах – Фінляндії, Швеції, Норвегії тощо [Czerniawski & Gerry, 2013].

Варто зазначити, що класифікація не є жорсткою, країни можуть мати характеристики, що стосуються до різних типів. До того ж, деякі країни (наприклад, Ірландію), що не вкладались до класифікації, Еспінг-Андерсон

визначив як «атипові». Україна може бути класифікована як країна, що знаходиться на перехідному етапі між соціал-демократичною та корпоративістською соціальною політикою [Тюленєва, 2019]. Наприклад, в Україні існують програми соціального захисту, спрямовані на забезпечення основних потреб громадян та зменшення соціальної нерівності. Держава відіграє певну роль у забезпеченні соціальних послуг, таких як охорона здоров'я, освіта та соціальний захист, зокрема, шляхом безпосереднього фінансування. З іншого боку, в країні діють професійні спілки та організації, які впливають на формування соціальної політики та захист інтересів різних соціальних груп, що є характеристикою корпоративістської соціальної політики.

«Ідеальним» дослідженням для врахування ефекту системи соціальної політики на нерівність у здоров'ї був би аналіз країн зі схожими економічними показниками, але різними системами політики. Проте використання вторинних даних і невчасне планування дослідження може накласти певні обмеження. У 7-й хвилі WVS жодна з перерахованих вище нордичних країн не брала участь. Таким чином, незважаючи на те, що соціальна стратегія країни, організація системи здоров'я є впливовим чинником нерівності у здоров'ї, вартим обговорення у цій роботі, дослідження матиме дещо інший фокус. США та Німеччина, що початково були обрані як представники країн з різними видами соціальної політики, виступатимуть для порівняння ситуації нерівності у здоров'ї в Україні, як країни з вищим ВВП на душу населення.

Серед змінних, які будуть використані для аналізу нерівності, присутня залежна змінна стану здоров'я та незалежні змінні: стать, рівень освіти, статус мігранта/громадянина, дохід та вікова група. Наша гіпотеза полягатиме у тому, що соціально-демографічні змінні не впливають на самооцінку стану здоров'я для жодної з країн. Обчислення відбуватимуться у пакеті SPSS.

Спершу масив даних 7-ї хвилі WVS було підготовано для аналізу – відібрано 10 змінних, з якими в подальшому матимемо справу. Це стан здоров'я, рівень освіти, соціальний статус, рівень доходу, вікова група і декілька службових змінних. Так само з усіх країн, що брали участь у дослідженні, були відфільтровані Німеччина, Україна та США. Окрім цього, з масиву було видалено пропущені значення для змінної, що характеризує самооцінку стану здоров'я.

Наступним етапом стало виведення описових статистик для кожної з країн. Ситуація з загальним станом здоров'я є наступною: більше половини респондентів (64,9%) Німеччини оцінюють стан свого здоров'я як «гарне» (46,6%) або «дуже гарне» (18,7%). Середнє значення складає 2,26 за шкалою від 1 до 5, де 1 – «дуже гарне» і 5 – «дуже погане». Середнє значення для України становить 2,63. Найбільша частка населення України оцінює рівень свого здоров'я як «посередній» – 40,5%. Найкраща ситуація спостерігається у США, де близько $\frac{3}{4}$ населення оцінюють своє здоров'я як «гарне» або «дуже гарне» – 49,6% та 23,2% відповідно; середнє значення становить 2,10. Усі таблиці містяться у додатках (див. додаток А).

Тепер визначимо, якою є самооцінка стану здоров'я серед чоловіків та жінок для кожної країни. Найбільша різниця між станом здоров'я жінок і чоловіків спостерігається в Україні для категорії «дуже гарне» – 5,1%. Проте при замовленні довірчих інтервалів для середніх значень оцінки здоров'я за статтю бачимо, що інтервали перетинаються і різниця не є статистично значущою. Така сама ситуація з відсутності відмінностей у розподілі здоров'я за статтю спостерігається і для Німеччини та США.

Цікавим видається розподіл самооцінки стану здоров'я за місцем народження. Категорії змінної – «народжені у країні, де проводиться опитування», «народжені за межами країни, де проводиться опитування (іммігрант)». Серед опитаних в Україні спостерігається помітна різниця у

здоров'ї, що полягає у кращих показниках здоров'я для народжених в Україні. Середні для народжених у країні та народжених у іншій країні становлять 2,61 та 3,04, 95%-ві довірчі інтервали для середніх не перетинаються.

Для Німеччини ситуація є протилежною – середнє значення для народжених у країні становить 2,29, коли для іммігрантів – 2,09. 95%-ві довірчі інтервали для середніх не перетинаються, що свідчить про статистичну значущість різниці між ними. У випадку США статистично значущої різниці між народженими у країні та іммігрантами за самооцінкою стану здоров'я не було зафіксовано.

Розглядаючи змінну доходу, можна помітити певну тенденцію: чим нижчий дохід, тим більш негативна самооцінка здоров'я. Населення США, чий дохід потрапляє у найвищі 20%, переважно оцінює своє здоров'я як «гарне» (51,7%) та «дуже гарне» (34,5%), коли для найбіднішої групи населення загальна сума для *обох* категорій складає 49,8%. Україна має схожі результати – 66,7% населення з доходом, що потрапляє у найвищі 20% оцінюють здоров'я як «гарне» чи «дуже гарне», коли для найбіднішої групи населення цей показник складає 12,9%. Відповідні відсотки для Німеччини – 84,7% та 45,4%.

Якщо казати про залежність самооцінки стану здоров'я від приналежності до вікової групи, то для всіх трьох країн характерна подібна ситуація: респонденти старших вікових груп оцінюють свій стан здоров'я гірше, ніж представники більш молодших вікових груп. Аналогічна залежність спостерігається за освітою – респонденти з вищим рівнем освіти оцінюють свій стан здоров'я краще, ніж представники менш освічених груп

Перейдемо до побудови моделей регресії. Зважаючи на попередній аналіз та відсутність значущої відмінності за статтю для всіх країн, ця змінна не включена до моделей. Модель для України пояснює близько 34% дисперсії залежної змінної (див. табл. 1). Усі предиктори в моделі (крім місця народження

респондента) є статистично значущими. Вищий рівень освіти та доходу передбачають вищу самооцінку стану здоров'я респондента. Найсильніший вплив спостерігається у змінній вікова група (вона має найбільше значення стандартизованого коефіцієнта регресії) – старші респонденти оцінюють стан свого здоров'я гірше.

Таблиця 1

Коефіцієнти регресії: Україна

Змінні	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	2.374	.144		16.533	.000
Статус мігранта	.085	.100	.020	.850	.396
Освіта	-.058	.013	-.115	-4.533	.000
Дохід	-.094	.012	-.209	-8.030	.000
Вікова група	.234	.014	.425	16.988	.000

Для США аналогічна модель для США пояснює близько 9% дисперсії залежної змінної (див. табл. 2), а для Німеччини – 12% (див. табл. 3). У випадку США вплив статусу мігранта на самооцінку стану здоров'я не є значущим; те ж саме можна сказати й про вік респондента. В США найбільшою мірою впливає рівень доходу та освіти.

Таблиця 2

Коефіцієнти регресії: США

Змінні	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	2.854	.087		32.783	.000
Статус мігранта	.017	.052	.006	.329	.742
Освіта	-.070	.011	-.132	-6.460	.000
Дохід	-.098	.009	-.222	-10.887	.000
Вікова група	.018	.010	.035	1.801	.072

Таблиця 3

Коефіцієнти регресії: Німеччина

Змінні	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
(Constant)	2.646	.129		20.488	.000
Статус мігранта	-.177	.065	-.068	-2.730	.006
Освіта	-.041	.013	-.082	-3.137	.002
Дохід	-.101	.014	-.192	-7.281	.000
Вікова група	.128	.014	.233	9.372	.000

У регресійній моделі для Німеччини статус мігранта впливає на здоров'я, а саме мігранти оцінюють стан свого здоров'я краще за тих, хто народились в Німеччині. Побудувавши двовимірний розподіл між віком та місцем народження респондента, можемо бачити, що мігранти є молодшими за віком, ніж ті, хто проживає в Німеччині з народження (див табл.4). До речі, в моделі для Німеччини, так само як і для України, найбільшу силу впливу має змінна вікова група; передбачається, що старші респонденти оцінюють стан свого здоров'я гірше.

Таблиця 4

Розподіл статусу мігранта за віком (Німеччина)

	Вік					
	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Народжені у країні	8.5%	12.7%	12.0%	21.5%	17.4%	27.8%
Народжені поза країною	8.5%	24.9%	22.1%	21.1%	9.4%	14.1%

Основний **висновок** і результат дослідження полягає у спростуванні гіпотези про відсутність впливу соціально-демографічних змінних на самооцінку стану здоров'я. Окрім цього, вплив освіти, доходу, статусу мігранта, віку різняться залежно від досліджуваної країни, що може бути пов'язане з соціальною політикою держави, а також з економічним становищем країни. Так країна з найбільшим ВВП – США – має найкращий показник самооцінки стану здоров'я, проте як країна з ліберальною системою соціальної політики, має найбільший розрив у здоров'ї між заможними та бідними груп населення. У

ліберальній системі особистий капітал відіграє ключову роль у забезпеченні власних потреб, у тому числі і медичних послуг, через що нерівність у здоров'ї на ґрунті економічної нерівності є значною.

Результати Німеччини, як країни з системою соціальної політики, котру можна класифікувати як корпоративіську, можна інтерпретувати наступним чином. Німеччина, як і багато інших країн світу, проходить через процес старіння населення. Одна зі стратегій «вирішення» цієї ситуації – залучення молоді з інших країн. Держава зацікавлена у молодих мігрантах, тому вкладає гроші у різноманітні заходи, наприклад програми обміну, які, у поєднанні з високою якістю життя у Німеччині, приваблюють молодь. Через це статус мігранта пов'язаний з оцінкою здоров'я.

Україна як країна з найменшим ВВП на душу населення та країна з «проміжним» типом соціальної політики значною мірою визначається освітою та рівнем доходу (загалом, ця ситуація характерна для всіх трьох країн). Незважаючи на те, що вплив статусу мігранта був продемонстрований через описову статистику, у моделі ця змінна є незначущою.

Отже, результати дослідження свідчать про значимість соціально-демографічних змінних у визначенні самооцінки стану здоров'я та підкреслюють роль соціальної політики, економічного становища країни та політичного контексту.

ВИСНОВКИ

Дослідження соціальних чинників нерівності у здоров'ї має велику актуальність у сучасному суспільстві. Зростання нерівності у здоров'ї стає серйозною проблемою для громадського здоров'я, тому розуміння основних причин цієї нерівності та розробка ефективних стратегій її зменшення є надзвичайно важливими завданнями. Крім того, розуміння взаємозв'язку між соціальними чинниками та здоров'ям має велике значення для розвитку соціально-медичних підходів до політик і програм в галузі охорони здоров'я. Нерівність у здоров'ї також має велике політичне значення, оскільки це питання стосується рівності та соціальної справедливості. Дослідження цієї проблеми сприяє розробці політик та програм, спрямованих на створення більш рівних умов для здоров'я та благополуччя всіх громадян.

В даній дипломній роботі було проведено аналіз соціальних чинників, що спричиняють нерівність у здоров'ї. У першому розділі було розглянуто концепти нерівності, здоров'я та нерівності у здоров'ї, що можуть мати різні тлумачення. У цій роботі ми розглядали нерівність як стан, коли люди мають нерівний доступ до цінних ресурсів, послуг і позицій у суспільстві [Kerbo, 2003], а здоров'я – як загальне благополуччя людини, її здатність повноцінно функціонувати [Huber et al., 2011; McCartney et al., 2019], а нерівність у здоров'ї – як систематичні відмінності в здоров'ї між соціальними групами [Bartley, 2017].

Також вже у першому розділі ми торкнулися теми соціальних чинників нерівності у здоров'ї. А саме розглянуто роботи ключових дослідників, зокрема Майкла Мармота та Ненсі Крігер, які розвинули концепції соціального градієнту та павутини причинності. Ці концепції не лише вказують на комплексну природу нерівності у здоров'ї, а й зосереджують увагу на важливості урахування соціальних факторів як от соціально-економічного статусу, соціальних, економічних та політичних умов життя людей.

У другому розділі була виявлена роль освіти та економічного статусу, гендеру, раси/етнічності у формуванні нерівності у здоров'ї. Ці фактори впливають на доступ до медичних послуг, стан середовища, стиль життя та інші аспекти, що безпосередньо впливають на здоров'я індивідів.

Так, гендерна дискримінація та стереотипи негативно впливають як на здоров'я чоловіків, так і на здоров'я жінок. Расова дискримінація також має негативний вплив на здоров'я, оскільки дискриміновані групи можуть стикатися з обмеженим доступом до медичних послуг, нижчим доходом та гіршими умовами життя, що негативно впливає на їх фізичне та психічне здоров'я. Вищий економічний статус і кращий рівень освіти забезпечують кращий доступ до якісної медичної допомоги, а люди з більш високим рівнем освіти краще розуміють наслідки своїх дій і звичок для збереження власного здоров'я. Вплив економічного статусу й освіти на нерівність у здоров'ї проявляється може бути як безпосереднім, так і опосередкованим іншими чинниками (наприклад, наявністю соціальних зв'язків, що позитивно впливає на психічне здоров'я індивіда і яка, у свою чергу, залежить від економічного статусу особи).

Третій розділ містив огляд способів вимірювання нерівності, а також моє власне дослідження, в якому порівнювалась нерівність у здоров'ї для трьох країн – України, США та Німеччини. Це дослідження дозволило встановити рівень нерівності у здоров'ї в цих країнах та ідентифікувати основні соціальні фактори, які сприяють цій нерівності. Результати демонструють значимість соціально-демографічних змінних у визначенні самооцінки стану здоров'я. Одними з найвпливовіших змінних, що визначають самооцінку здоров'я для населення усіх країн є дохід та освіта. Цікавою виявилась ситуація зі статусом мігранта, що пов'язаний з гіршою оцінкою здоров'я в Україні, але кращою у випадку Німеччини. Це вказує на те, що тип соціальної політики, економічне становище, культурний та політичний контекст країн теж можуть мати вплив на здоров'я

населення, що ще раз підкреслює необхідність комплексного підходу до дослідження нерівності у здоров'ї.

Загалом, результати дослідження свідчать про важливість урахування соціальних чинників у розумінні нерівності у здоров'ї. Розуміння цих чинників може сприяти розробці політик та програм, спрямованих на зменшення нерівності та покращення здоров'я населення. Подальші дослідження в цій галузі можуть спромогти розширити наші знання і вдосконалити стратегії соціально-медичного впливу для того, щоб сформувати більш справедливе і здорове суспільство.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Григор'єва С. В. Основи демографії. Текст лекцій / С. В. Григор'єва. – Харків – 2010
2. Добрянська, Н. А., Радченко А. А.. Напрями покращення рівня економічного добробуту населення в контексті функціонування державної соціальної політики, – 2022 – С.81.
3. Конт, Огюст // Філософський енциклопедичний словник / В. І. Шинкарук та ін. — Київ : Інститут філософії імені Григорія Сковороди НАН України : Абрис, 2002. — 742 с.
4. Мажак І. Соціальні нерівності у здоров'ї: головні підходи до вивчення / І. Мажак. // Соціологія: Теорія, Методи, Маркетинг. – 2022. – №1.
5. Мальцева К. Дослідження нерівності в здоров'ї: погляд на теорію культурного консонансу. / К. Мальцева. – 2015.
6. Методологія аналізу причин соціальної нерівності щодо здоров'я і його охорони : метод розробки для викладачів до проведення практ. заняття студентів за спеціальністю 222 «Медицина», 228 «Педіатрія» з дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» (Громадське здоров'я) / упоряд. : В. А. Огнєв, С. Г. Усенко. – Харків : ХНМУ, 2020. – С.20
7. Семигіна, Т. Класифікація держав загального добробуту Гости Еспінг-Андерсена і подальший розвиток теоретичного обґрунтування соціальної політики., 2014.
8. Станіславенко, Л. А. Соціальні та економічні цінності українського суспільства. Політичне життя – 2021– С.103-111.
9. Шафранський В. В. Поліпшення здоров'я для всіх та скорочення нерівності щодо здоров'я як стратегічне завдання політики «Здоров'я – 2020»: аналітичний огляд публікацій ВООЗ / В. В. Шафранський // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4. – С. 243–246.
10. Шушпанов Д. Г. Нерівність у стані здоров'я населення України: гендерні особливості / Д. Г. Шушпанов. // Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського. – 2016. – №3. – С. 76–85.
11. Шушпанов Д. Г. Соціально-економічні детермінанти нерівності у здоров'ї населення / Шушпанов Д. Г. – 2019
12. Czerniawski, Gerry Professional development for professional learners: teachers' experiences in Norway, Germany and England. Journal of Education for Teaching, – 2013 – 39(4), 383
13. A History of Epidemiologic Methods and Concepts / ed. by A. Morabia. – Basel : Birkhäuser Basel, 2004.
14. A systematic review of the health, social and financial impacts of welfare rights advice delivered in healthcare settings / Jean Adams [et al.] // BMC Public Health. – 2006. – Vol. 6, no.
15. Álvarez Rivadulla, M. J. An Interview with Göran Therborn. Revista de Estudios Sociales, – 2016 – 118-121 p.
16. Annandale E. Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction / Ellen Annandale. – [S. l.] : Polity Press, 2014. – 304 p.
17. Artazcoz, L., et al. "Housework, gender and health in the working population." Gaceta Sanitaria 15.2 2001: 150-153.
18. Bartley M. Health Inequality: An Introduction to Concepts, Theories and Methods / Mel Bartley. – [S. l.] : Polity Press, 2017. – 264 p.
19. Blondeel, Karel, de Vasconcelos, Sofia, García-Moreno, Claudia, Stephenson, Rob, Temmerman, Marleen. et al. Violence motivated by perception of sexual orientation and

- gender identity: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 96 (1), 29 – 2018 – World Health Organization.
20. Cowley, E., & Smith, S. Motivation and mission in the public sector: Evidence from the World Values Survey. *Theory and decision*, – 2014 – P.241-263.
 21. Crenshaw K. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color / Kimberle Crenshaw // *Stanford Law Review*. – 1991. – Vol. 43, no. 6. – P. 1241.
 22. Defining health and health inequalities [Electronic resource] / G. McCartney [et al.] // *Public Health*. – 2019. – Vol. 172. – P. 22–30.
 23. Digitized health promotion: personal responsibility for health in the web 2.0 era. Lupton, D, – 2013.
 24. Ferraro K. F. Diverse Aging and Health Inequality by Race and Ethnicity/ Kenneth F. Ferraro, Blakelee R. Kemp, Monica M. Williams // *Innovation in Aging*. – 2017. – Vol. 1, no. 1.,
 25. Fraser, N. Social justice in the age of identity politics: Redistribution, recognition, and participation. *Culture and economy after the cultural turn*, 1, 1999. 25-52.
 26. Freeman, Toby, et al. "Case study of an aboriginal community-controlled health service in Australia: universal, rights-based, publicly funded comprehensive primary health care in action." *Health and human rights* 18.2 – 2016 –: 93.
 27. Frerichs, R. John Snow. *Encyclopedia Britannica* – 2023.
 28. Gray A. M. Inequalities in Health. *The Black Report: A Summary and Comment* / Alastair McIntosh Gray // *International Journal of Health Services*. – 1982. – Vol. 12, no. 3. – P. 349–380.
 29. Health Information Technology: An Updated Systematic Review With a Focus on Meaningful Use / S. S. Jones et al. *Annals of Internal Medicine*. 2014. Vol. 160, no. 1. P. 48–54.
 30. Homan P. Structural Sexism and Health in the United States: A New Perspective on Health Inequality and the Gender System / Patricia Homan // *American Sociological Review*. – 2019. – Vol. 84, no. 3. – P. 486–516.
 31. Hooks B. *Killing rage: Ending racism* / Bell Hooks. – New York : H. Holt and Co., 1995. – 277 p.
 32. Hosseinpoor A. R. Promoting health equity: WHO health inequality monitoring at global and national levels / Ahmad Reza Hosseinpoor, Nicole Bergen, Anne Schlottheuber // *Global Health Action*. – 2015. – Vol. 8, no. 1. – P. 29034.
 33. How should we define health? [Electronic resource] / M. Huber [et al.] // *BMJ*. – 2011. – Vol. 343, jul26 2. – P. d4163.
 34. Kerbo H. R. *Social stratification and inequality: Class conflict in the United States* / Harold R. Kerbo. – New York : McGraw-Hill, 1983. – 494 p.
 35. Klein R. Gøsta Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, N.J.: Princeton University Press, 1990. Pp. vii + 248. ISBN 0-691-02857-5. *Journal of Public Policy*. 1991. Vol. 11, no. 2. P. 233–235.
 36. Krieger N. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? / Nancy Krieger // *Social Science & Medicine*. – 1994. – Vol. 39, no. 7. – P. 887–903
 37. Krieger, N.. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health*, – 2005 – 59(5) – P.350-355.
 38. Link, Bruce G., and Jo Phelan. "Social conditions as fundamental causes of disease." *Journal of health and social behavior*, – 1995 – P.80-94.

39. Marmot M. Health equity in England: the Marmot review 10 years on [Electronic resource] / Michael Marmot // *BMJ*. – 2020
40. Marmot M. Social determinants of health inequalities [Electronic resource] / Michael Marmot // *The Lancet*. – 2005. – Vol. 365, no. 9464. – P. 1099–1104.
41. Marmot, Michael, and Richard Wilkinson, eds. *Social determinants of health*. Oup Oxford, 2005.
42. Petersen EE. Racial/ethnic disparities in pregnancy-related deaths — United States, 2007–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2019 ;68(35):762-765. doi:10.15585/mmwr.mm6835a3
43. Racial, economic, and health inequality and COVID-19 infection in the united states / Vida Abedi [et al.] // *Journal of racial and ethnic health disparities*. – 2020
44. Racial/Ethnic Disparities in Pregnancy-Related Deaths – United States, 2007–2016 / Emily E. Petersen [et al.] // *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2019. – Vol. 68, no. 35. – P. 762–765
45. Racism and health I: Pathways and scientific evidence." Williams, David R., and Selina A. Mohammed. "American behavioral scientist , 2013: 1152-1173.
46. Raghupathi V., Raghupathi W. The influence of education on health: an empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. *Archives of Public Health*. 2020. Vol. 78, no. 1
47. Sharan P. Eating disorders in women / Pratap Sharan, AShyam Sundar // *Indian Journal of Psychiatry*. – 2015. – Vol. 57, no. 6. – P. 286.
48. Sharma, A., Harrington, R. A., McClellan, M. B., Turakhia, M. P., Eapen, Z. J., Steinhubl, S., ... & Peterson, E. D. Using digital health technology to better generate evidence and deliver evidence-based care. *Journal of the American College of Cardiology*, – 2018– no.71(23)
49. Therborn G. *Killing Fields of Inequality*. Polity Press– 2014– P.180 .
50. Transforming Our World: Implementing the 2030 Agenda Through Sustainable Development Goal Indicators / B. X. Lee et al. *Journal of Public Health Policy*. 2016. Vol. 37, S1. P. 13–31.
51. United Nations Development Programme. *Human Development Report*. New York: Oxford University Press – 2003.
52. Using Digital Health Technology to Better Generate Evidence and Deliver Evidence-Based Care / A. Sharma et al. *Journal of the American College of Cardiology*– 2018. – Vol. 71, no. 23. – P. 2680–2690
53. Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & Rehm, J. (Eds.). (2010) . *Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule WHODAS 2.0*. World Health Organization,]. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2022**, 19(6), 3697;
54. Veinot T. C., Mitchell H., Ancker J. S. Good intentions are not enough: how informatics interventions can worsen inequality. *Journal of the American Medical Informatics Association*. – 2018–. Vol. 25, no. 8. – P. 1080–1088.
55. Violence motivated by perception of sexual orientation and gender identity: a systematic review / Karel Blondeel [et al.] // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2017. – Vol. 96, no. 1. – P. 29–41L
56. World Health Organization (WHO). *Constitution: Signed at the International Health Conference, New York, 22 July– 1946*
57. :World Health Organization (WHO). *Mental Health Atlas 2021*. World Health Organization, 540 p..
58. World Health Organization. "Strengthening primary health care to tackle racial discrimination, promote intercultural services and reduce health inequities: research brief– 2022

59. World Health Organization.. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low-and middle-income countries. World Health Organization. – 2013
60. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates– 2018:
World Health Organization. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. –2023–World Health Organization

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця 1

Середнє значення самооцінки стану здоров'я: Німеччина, Україна, США

	Mean	N	Std. Deviation
Germany	2.26	1525	.886
Ukraine	2.63	1279	.860
United States	2.10	2587	.829
Total	2.27	5391	.878

Таблиця 2

Розподіл самооцінки здоров'я за доходом: Німеччина

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
1-й та 2-й дециль	13.4%	32.0%	37.1%	13.4%	4.1%	100.0%
3-й та 4-й	15.4%	41.6%	29.6%	11.7%	1.7%	100.0%
5-й та 6-й	17.6%	48.0%	26.2%	7.2%	0.9%	100.0%
7-й та 8-й	24.1%	52.4%	20.3%	2.6%	0.6%	100.0%
9-й та 10-й	38.5%	46.2%	15.4%			100.0%

Таблиця 3

Розподіл самооцінки здоров'я за статтю: Німеччина

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
Male	19.1%	46.2%	26.0%	7.1%	1.5%	100.0%
Female	18.3%	46.2%	27.1%	7.5%	0.9%	100.0%

Таблиця 4

Розподіл самооцінки здоров'я за статусом мігранта: Німеччина

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
I am born in this country	17.4%	46.7%	27.0%	7.6%	1.3%	100.0%
I am an immigrant to this country (born outside this country)	26.8%	43.7%	23.5%	5.6%	0.5%	100.0%

Таблиця 5

Довірчі інтервали для середнього значення статус мігранта та самооцінка стану здоров'я:
Німеччина

Respondent immigrant			Statistic
I am born in this country	Mean		2.29
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.24
		Upper Bound	2.34
I am an immigrant to this country (born outside this country)	Mean		2.09
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.98
		Upper Bound	2.21

Таблиця 6

Довірчі інтервали для середнього значення стать та самооцінка стану здоров'я: Німеччина

Sex			Statistic
Male	Mean		2.26
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.19
		Upper Bound	2.32
Female	Mean		2.27
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.20
		Upper Bound	2.33

Таблиця 7

Розподіл самооцінки здоров'я за статтю: Україна

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
Male	10.2%	36.5%	39.6%	11.7%	1.9%	100.0%
Female	5.1%	40.3%	41.1%	10.9%	2.5%	100.0%

Таблиця 8

Розподіл самооцінки здоров'я за доходом: Україна

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
1-й та 2-й дециль	1.4%	11.5%	43.8%	34.6%	8.7%	100.0%
3-й та 4-й	7.4%	34.4%	45.5%	11.8%	0.8%	100.0%
5-й та 6-й	8.6%	47.9%	37.8%	4.4%	1.3%	100.0%
7-й та 8-й	9.1%	54.3%	31.7%	4.3%	0.6%	100.0%
9-й та 10-й	26.7%	40.0%	26.7%		6.7%	100.0%

Таблиця 9

Розподіл самооцінки здоров'я за статусом мігранта: Україна

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
I am born in this country	7.3%	39.5%	40.4%	10.6%	2.2%	100.0%
I am an immigrant to this country (born outside this country)	3.6%	21.8%	45.5%	25.5%	3.6%	100.0%

Таблиця 10

Довірчі інтервали для середнього значення статі та самооцінка стану здоров'я: Україна

Sex		Statistic	
Male	Mean	2.59	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.51
		Upper Bound	2.66
Female	Mean	2.65	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.59
		Upper Bound	2.71

Таблиця 11

Розподіл самооцінки здоров'я за статтю: США

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
Male	24.1%	49.4%	21.5%	4.1%	0.9%	100.0%
Female	22.1%	49.7%	22.9%	4.7%	0.6%	100.0%

Таблиця 12

Розподіл самооцінки здоров'я за доходом: США

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
1-й та 2-й дециль	12.7%	37.1%	32.3%	14.7%	3.2%	100.0%
3-й та 4-й	16.3%	49.7%	28.1%	5.3%	0.6%	100.0%
5-й та 6-й	24.7%	50.7%	21.2%	2.9%	0.5%	100.0%
7-й та 8-й	32.5%	52.5%	12.5%	2.1%	0.4%	100.0%
9-й та 10-й	34.5%	51.7%	13.8%			100.0%

Таблиця 13

Розподіл самооцінки здоров'я за статусом мігранта: США

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
I am born in this country	23.0%	49.4%	22.3%	4.6%	0.8%	100.0%

I am an immigrant to this country (born outside this country)	23.1%	52.6%	20.5%	3.0%	0.7%	100.0%
--	-------	-------	-------	------	------	--------

Таблиця 14

Довірчі інтервали для середнього значення статі та самооцінка стану здоров'я: США

Sex			Statistic
Male	Mean		2.08
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.04
		Upper Bound	2.13
Female	Mean		2.12
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.07
		Upper Bound	2.17

Таблиця 15

*Довірчі інтервали для середнього значення статус мігранта та самооцінка стану здоров'я:
Німеччина*

Respondent immigrant			Statistic
I am born in this country	Mean		2.29
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.24
		Upper Bound	2.34
I am an immigrant to this country (born outside this country)	Mean		2.09
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.98
		Upper Bound	2.21

Таблиця 16

*Довірчі інтервали для середнього значення статус мігранта та самооцінка стану здоров'я:
Україна*

Respondent immigrant			Statistic
I am born in this country	Mean		2.61
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.07
		Upper Bound	2.34
I am an immigrant to this country (born outside this country)	Mean		3.04
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.80
		Upper Bound	3.27

Таблиця 17

Довірчі інтервали для середнього значення статус мігранта та самооцінка стану здоров'я: США

Respondent immigrant			Statistic
I am born in this country	Mean		2.11
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.07
		Upper Bound	2.34
I am an immigrant to this country (born outside this country)	Mean		2.06
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	1.96
		Upper Bound	2.15

Таблиця 18

Розподіл самооцінки здоров'я: Німеччина, Україна, США

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
Germany	18.7%	46.2%	26.6%	7.3%	1.2%	100.0%
Ukraine	7.2%	38.8%	40.5%	11.3%	2.3%	100.0%
United States	23.2%	49.6%	22.1%	4.4%	0.8%	100.0%
Total	18.1%	46.1%	27.7%	6.8%	1.2%	100.0%

Таблиця 19

Розподіл самооцінки здоров'я за віком: США

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
16-24	19.8%	50.2%	26.1%	3.2%	0.7%	100.0%
25-34	26.7%	49.9%	18.7%	4.0%	0.7%	100.0%
35-44	23.1%	46.8%	25.3%	4.4%	0.4%	100.0%
45-54	20.9%	49.2%	23.7%	5.1%	1.2%	100.0%
55-64	23.0%	47.0%	23.5%	5.5%	1.1%	100.0%
65 and more years	21.9%	55.3%	18.3%	3.8%	0.6%	100.0%

Таблиця 20

Розподіл самооцінки здоров'я за віком: Україна

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
16-24	29.8%	52.1%	17.0%	1.1%		29.8%
25-34	14.8%	57.6%	27.5%			14.8%
35-44	4.0%	55.5%	33.9%	6.2%	0.4%	4.0%
45-54	4.1%	35.6%	50.5%	8.1%	1.8%	4.1%
55-64	3.4%	23.2%	57.6%	12.8%	3.0%	3.4%
65 and more years	0.8%	13.2%	46.0%	32.8%	7.2%	0.8%

Таблиця 21

Розподіл самооцінки здоров'я за віком: Німеччина

	State of health (subjective)					Total
	Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
16-24	35.4%	43.1%	19.2%	2.3%		100.0%
25-34	33.6%	46.8%	16.8%	2.3%	0.5%	100.0%
35-44	22.1%	47.1%	23.5%	5.9%	1.5%	100.0%
45-54	16.5%	46.3%	25.9%	9.8%	1.5%	100.0%
55-64	11.3%	49.2%	32.7%	6.5%	0.4%	100.0%
65 and more years	9.6%	44.6%	32.7%	11.1%	2.0%	100.0%

Таблиця 23

Розподіл самооцінки здоров'я за освітою: Україна

		State of health (subjective)					Total
		Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
Highest educational level: Respondent [ISCED 2011]	Early childhood education (ISCED 0) / no education	14.3%		42.9%	28.6%	14.3%	100.0%
	Primary education (ISCED 1)			20.0%	60.0%	20.0%	100.0%
	Lower secondary education (ISCED 2)	3.5%	19.5%	51.3%	18.6%	7.1%	100.0%
	Upper secondary education (ISCED 3)	6.1%	31.8%	45.8%	14.0%	2.2%	100.0%
	Post-secondary non-tertiary education (ISCED 4)	3.5%	36.0%	42.1%	14.9%	3.5%	100.0%
	Short-cycle tertiary education (ISCED 5)	6.0%	36.0%	44.4%	11.9%	1.7%	100.0%
	Bachelor or equivalent (ISCED 6)	17.0%	45.3%	33.0%	3.8%	0.9%	100.0%
	Master or equivalent (ISCED 7)	9.0%	52.8%	33.3%	4.9%		100.0%
	Doctoral or equivalent (ISCED 8)		57.1%	28.6%		14.3%	100.0%

Таблиця 24

Розподіл самооцінки здоров'я за освітою: Німеччина

		State of health (subjective)					Total
		Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
Highest educational level: Respondent [ISCED 2011]	Early childhood education (ISCED 0) / no education	21.4%	35.7%	42.9%			100.0%
	Primary education (ISCED 1)		45.5%	36.4%	18.2%		100.0%
	Lower secondary education (ISCED 2)	13.8%	41.4%	32.4%	9.7%	2.8%	100.0%
	Upper secondary education (ISCED 3)	17.1%	43.5%	29.4%	8.8%	1.1%	100.0%
	Post-secondary non-tertiary education (ISCED 4)	23.7%	43.9%	25.4%	5.3%	1.8%	100.0%
	Short-cycle tertiary education (ISCED 5)	14.2%	48.7%	26.5%	8.8%	1.8%	100.0%
	Bachelor or equivalent (ISCED 6)	24.1%	56.9%	14.4%	4.0%	0.6%	100.0%
	Master or equivalent (ISCED 7)	22.9%	50.2%	22.4%	3.9%	0.5%	100.0%
	Doctoral or equivalent (ISCED 8)	23.5%	47.1%	26.5%	2.9%		100.0%

Таблиця 25

Розподіл самооцінки здоров'я за освітою: США

		State of health (subjective)					Total
		Very good	Good	Fair	Poor	Very poor	
Highest educational level: Respondent [ISCED 2011]	Early childhood education (ISCED 0) / no education		40.0%	60.0%			100.0%
	Lower secondary education (ISCED 2)	26.5%	32.4%	35.3%	5.9%		100.0%
	Upper secondary education (ISCED 3)	17.4%	47.9%	27.0%	6.4%	1.4%	100.0%
	Post-secondary non-tertiary education (ISCED 4)	16.1%	48.8%	28.0%	6.0%	1.1%	100.0%
	Short-cycle tertiary education (ISCED 5)	26.0%	42.5%	23.2%	7.9%	0.4%	100.0%
	Bachelor or equivalent (ISCED 6)	29.0%	53.6%	15.5%	1.9%		100.0%
	Master or equivalent (ISCED 7)	29.6%	51.9%	16.5%	1.0%	1.0%	100.0%
	Doctoral or equivalent (ISCED 8)	34.9%	54.3%	8.5%	1.6%	0.8%	100.0%