

СОЦИАЛЬНАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ И ГЕРОГИГИЕНА

"Проблемы старения и долголетия", 2015, **24**, № 3–4. — С. 383–400

УДК 614.2(477+4):612.67

Н. А. Фойгт, Ю. О. Канатнікова

*Державна установа "Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова
НАМН України", 04114 Київ*

СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ У ПОХИЛОМУ ВІЦІ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОСОЮЗУ: ЧИ ОДНАКОВІ ШАНСИ ЗДОРОВОГО СТАРІННЯ?

Проаналізований стан реалізації політики здорового старіння в Україні та країнах Євросоюзу за даними про стан здоров'я та самооцінку здоров'я населення похилого віку за віковими групами та статтю. Виявлено істотно нижчу самооцінку здоров'я, більш значну розповсюдженість шкідливих звичок серед літніх українців порівняно з громадянами Євросоюзу, а також відставання України від країн Євросоюзу у створенні умов для здорового харчування та фізичної активності у похилому віці. Визначено, що основними напрямками подолання відставання України від країн Європи у забезпеченні всеосяжної політики здорового старіння є підтримка зусиль населення зі збереження індивідуального здоров'я протягом всього життєвого циклу та виконання зобов'язань держави щодо усунення вікової нерівності у здоров'ї, пов'язаної із соціальними, економічними та середовищними чинниками.

Ключові слова: здорове старіння, самооцінка здоров'я, фактори ризику, похилий вік.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає здоров'я як "фізичне, психічне і соціальне благополуччя" індивіда [8]. Всебічне розуміння здоров'я передбачає, що всі зусилля державних структур і систем

© Н. А. Фойгт, Ю. О. Канатнікова, 2015.

мають бути спрямовані на створення умов, які дозволяють індивідам жити продуктивно незалежно від наявних фізичних або функціональних обмежень. Європейська політика здорового старіння поряд із розвитком медичних технологій та поліпшенням умов і рівня життя сприяли безперервному зростанню тривалості життя у похилому віці протягом останніх 20 років у всій Європі. Зрозуміло, що без міцного здоров'я неможливі ні тривала економічна активність, ані тривале автономне і незалежне життя в старості. Виходячи із цього, більшість медичних експертів і політиків сходяться на тому, що забезпечення і підтримка здоров'я у похилому віці є ключовою передумовою для подовження трудового життя, поліпшення індивідуального добробуту, зменшення навантаження на системи соціального забезпечення та охорони здоров'я.

За з визначенням ВООЗ, концепція і політика здорового старіння є невід'ємною складовою загальної концепції і політики активного старіння. Хоча протягом останнього десятиліття в політиці, наукових дослідженнях, а також в соціально-економічній практиці концепція активного старіння стала загальновизнаною, її тлумачення, як і раніше, залишається невизначеним [10, 16]. В основі цієї невизначеності лежать дві проблеми: по-перше — це відсутність згоди щодо власне визначення активного старіння; по-друге, активне старіння часто використовується поряд з такими тонко розбіжними поняттями, як здорове старіння і продуктивне старіння [16], які, в свою чергу, різними авторами визначаються по-різному. Втім, попри відсутність теоретичного консенсусу, у політичній практиці в "Індекс активного старіння" включені характеристики здорового старіння, які з 2012 року є об'єктом моніторингу ВООЗ [19]. Результати цього моніторингу є джерелом міжнародних порівнянь стану активного (у тому числі здорового) старіння в країнах Євросоюзу [9, 12–14]. У той же час, в Україні, де процес старіння населення набуває безпрецедентних масштабів, аналізу передумов здорового старіння та визначення позиції країни у впровадженні політики здорового старіння досі не було здійснено.

Метою даного дослідження є виявлення відмінностей основних характеристик здоров'я населення України і країн Євросоюзу у взаємозв'язку з їх причинами та факторами ризику у контексті реалізації політики здорового старіння у цих регіонах та визначення основних напрямів подолання небажаних відмінностей.

Обстежувані та методи. Об'єктом спостереження є населення України та країн Євросоюзу протягом 2006–2014 рр. Застосовані методи ситуативного статистичного аналізу, індексний метод, метод статистичного порівняння, метод табуляції та графічний метод. Для статистичного аналізу стану здоров'я населення використані матеріали бази даних "Здоров'я для всіх (HFA DB)" Європейського офісу ВООЗ [1], для країн Євросоюзу — статистика охорони здоров'я Євростату [6]. Для розрахунків по Україні використані дані відповідних видань Держслужби статистики України [2]: "Статистичний щорічник України" [7], "Населення України" [4], "Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступ-

ності окремих видів медичної допомоги" [5], "Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України" [3]. Для аналізу ціннісних орієнтацій населення Європи щодо здоров'я і факторів ризику використані дані Європейського соціального обстеження (*ESS*) хвилі 2006–2014 рр. [11]. Статистичний аналіз вибірок та аналіз достовірності отриманих результатів цього обстеження представлені на сайті *ESS* [18].

Результати та їх обговорення. Показники персонального благополуччя показують, що в цілому українці усіх вікових груп майже вдвічі рідше відчувають себе щасливими та задоволеними життям, ніж громадяни країн ЄС (табл. 1). Стосовно вікових особливостей слід зазначити, що молодь всієї Європи у віці 18–34 роки менше задоволена життям, ніж населення середнього віку 35–49 років, проте, як і має бути в молодості, відчуває себе найщасливішою за всі інші вікові групи. Важливою закономірністю є зниження почуття благополуччя зі зростанням віку, яке, втім, не заважає бути щасливими та задоволеними життям більше ніж двом третинам громадян Євросоюзу у віці 50 років і старше. У той же час, в Україні таких людей знайдеться ледь більше третини.

Таблиця 1

Показники відчуття щастя і задоволеності життям у країнах Євросоюзу та в Україні у 2012 році, %

Вікові групи	Частка респондентів, які повністю або частково задоволені життям		Частка респондентів, які повністю або частково відчувають себе щасливими	
	країни Євросоюзу	Україна	країни Євросоюзу	Україна
18–34 роки	68,9	31,5	85,3	64,8
35–49 років	71,2	37,2	78,5	54,5
50–64 роки	68,2	32,5	74,7	43,2
Старше 65 років	67,6	27,3	71,3	34,2

Джерело: Метадані 6-ї хвилі Європейського соціального опитування. — Режим доступу: <http://www.europeansocialsurvey.org/data/round-index.html>.

Безпека є одним із важливих вимірів добробуту у похилому віці. Літні люди стикаються з ризиками ізоляції, зменшення функціональних можливостей, фінансовими чи особистими небезпеками, які нерідко призводять до психічних захворювань — депресії, тривожних розладів, а найчастіше — до характерної для літніх людей деменції. Безпечно і дуже безпечно при перебуванні на вулиці після настання темряви відчуває себе більшість європейців у віці 65 років і старше (рис. 1). В Україні літні люди у 2012 р. відчували себе безпечніше, ніж, наприклад, у сусідніх Словенії, Угорщині, Чехії та Болгарії. І все ж таки, більше ніж третина літніх українців, перебуваючи на вулиці за настання темряви, почувала небезпеку, тоді як, наприклад в Естонії таке почуття виникло лише у 10 % осіб віком 65 років і старше.

Серед літніх людей поширеність проблем із фізичним здоров'ям є закономірно вищою. Багатьом хворобам (таким, як, наприклад серцево-судинні хвороби або діабет, які викликають поганий стан здоров'я, ін-

валідність і, врешті, смерть) можна запобігти. Основними передумовами названих хвороб є надлишкова маса тіла і ожиріння, вимірювані за допомогою індексу маси тіла (ІМТ). Цей показник є відношенням маси тіла людини (у кг) до її зросту (в м²) і досить точно відбиває обсяг надлишкової маси. Особа має надмірну масу тіла, якщо її ІМТ перебуває у межах від 25 до 30, а люди з величиною ІМТ > 30 вважаються такими, що страждають на ожиріння. У більшості держав-членів ЄС, для яких є дані (табл. 2), ІМТ має тенденцію до збільшення з віком до вікової межі 75 років, за якою (особливо після 85 років) частка населення, яке має надлишкову масу тіла або страждає на ожиріння, різко знижується. Такі вікові зміни ІМТ відбивають, з одного боку, зниження споживання продуктів харчування серед дуже старих, а з іншого — високу смертність осіб з надмірною масою тіла і ожирінням у більш ранньому віці. В Україні, виходячи з даних з багатьох джерел, епідемія ожиріння хоча і має загрозливі масштаби, проте ще не є такою, що потребує систематичного спостереження. Вочевидь, через це існуючі дані про вікову структуру населення України за статусом ІМТ наразі є частковими і не завжди достовірними.

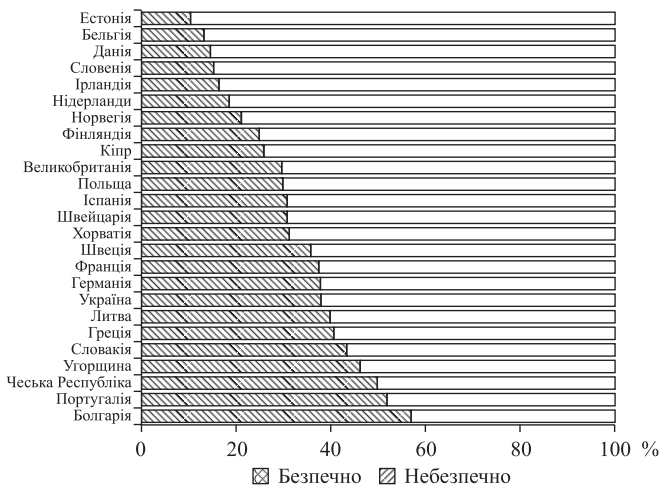


Рис. 1. Самооцінка почуття безпеки на вулиці після настання терористичної загрози респондентами країн Європи у 2010 р., % загального числа опитаних респондентів по кожній країні.

Джерело: Метадані 5-ї хвили Європейського соціального опитування. — Режим доступу: <http://www.europeansocialsurvey.org/data/round-index.html>.

Багато з небезпечних станів та хвороб, що ведуть до інвалідності або навіть смерті, є результатом дії факторів ризику, накопиченої протягом життя. Одним із таких факторів є паління. На відміну від представників інших вікових груп серед літніх людей прихильників паління, як правило, набагато менше, що особливо помітно з 65-річного віку і

старше, коли значна частина завзятих курців вже померла, а решта покінчила із цією звичкою під тиском пов'язаних з палінням проблем зі здоров'ям (табл. 3).

Таблиця 2

**Частка населення з надлишковою масою тіла або з ожирінням
за значенням ІМТ в деяких країнах Єврозоюзу у 2008–2010 рр., %**

Країна	18 років та старше		55–64 роки		65–74 роки		75–84 роки		85 років та старше		Частка осіб 18 років та старше, що страждають на ожиріння ⁴
	Надлишкова маса тіла	Ожиріння	Надлишкова маса тіла	Ожиріння	Надлишкова маса тіла	Ожиріння	Надлишкова маса тіла	Ожиріння	Надлишкова маса тіла	Ожиріння	
Австрія ²	36,4	12,8	44,2	21,4	48,3	19,4	46,7	14,2	32,9	8,6	16,7
Бельгія ¹	33,4	14,0	40,3	21,7	43,3	16,8	40,4	16,1	31,9	8,4	18,7
Болгарія ¹	39,1	11,5	48,8	17,0	49,3	12,0	44,0	13,0	26,3	3,5	21,2
Германія ¹	36,3	15,9	42,1	22,3	45,1	20,1	44,3	19,2	31,0	–	18,5
Греція ¹	38,4	16,0	44,0	26,9	48,0	29,4	41,0	18,2	45,8	13,2	10,1
Естонія ²	32,4	18,5	35,0	31,3	39,4	28,7	40,5	20,4	23,5	14,9	21,2
Іспанія ¹	31,0	15,7	44,9	22,5	46,8	25,4	46,3	21,6	36,0	17,0	22,1
Кіпр ¹	35,4	15,6	45,8	23,3	45,8	24,8	36,7	21,1	29,1	16,6	22,0
Латвія ¹	39,0	16,9	44,0	28,9	45,7	29,6	44,8	24,6	36,7	20,0	22,2
Мальта ¹	36,7	22,9	40,7	30,1	41,0	31,5	36,8	21,0	–	–	24,7
Польща ¹	34,0	16,4	43,5	26,4	45,8	26,3	44,9	20,4	38,1	16,1	23,1
Румунія ¹	42,2	9,0	52,4	12,6	49,9	10,7	38,4	8,0	32,0	4,3	20,2
Словачія ¹	35,6	15,1	45,8	20,0	43,7	30,1	48,5	21,5	45,6	13,6	23,4
Словенія ³	39,8	16,8	43,0	23,0	49,4	24,2	49,0	15,8	–	–	23,2
Угорщина ¹	34,7	20,0	43,7	26,5	43,3	29,2	39,9	25,5	28,9	10,0	22,5
Франція ¹	31,3	12,2	39,9	16,8	39,3	18,5	37,0	16,2	29,0	9,5	22,0
Чеська Республіка ¹	38,2	18,3	42,0	29,5	44,7	31,5	52,6	18,3	46,2	23,5	25,3

Примітки: ¹ — дані наведені за 2008–2009 рр., ² — за 2006 р., ³ — за 2007 р., ⁴ — за 2010 р. Джерела: за 2006–2009 рр. — Eurostat (он-лайн інформація: hith_ehis_de1); за 2010 р. — BOO3. — Global Comparable Estimates, Risk Factors. Electronic resource / WHO Global Infobase. — Available at https://apps.who.int/infobase/Comparisons.aspx?l=&NodeVal=WGIE_BMI_5_cd.0704&DO=1&DDLReg=ALL&DDLSex=1&DLAgeGrp=15-100&DDLYear=2010&DDLMethod=INTMDCTM&DDLcateNum=6&TxtBxCtmNum=20,35,50,65,80&CBLC1=ON&CBLC3=ON&CBLC4=ON&CBLC6=ON&CBLC8=ON&CBLC10=ON&DDLMapsize=800x480&DDLMapLabels=none&DDLtmpRangBK=0&DDLtmpColor=-3342388.

Навіть у старості залишається можливість підтримувати та поліпшувати здоров'я — наприклад, шляхом підтримання фізичної активності. Слід зазначити, що населення старшого віку в цілому є менш фізично активним, ніж молодші контингенти, в силу об'єктивної причини — припинення трудової діяльності і пов'язаної з нею необхідності рухатись. Мабуть тому "молоді пенсіонери" у віці 55–64 роки, намагаючись збе-

регги фізичний тонус, виконують фізичні вправи на регулярній основі частіше, ніж люди більш старшого віку, а у деяких європейських країнах навіть частіше, ніж в середньому все населення у віці 15 років і старше (табл. 4). Тим не менш, у віці 65 років і старше частка населення, що здійснює регулярну фізичну активність, помітно знижується.

Таблиця 3

Частка населення, яке щоденно палило у деяких країнах Євросоюзу у 2008–2010 рр., %

Країна	15 років та старше	55–64 роки	65–74 роки	75–84 роки	85 років та старше
Австрія ²	22,9	19,2	8,1	3,8	1,1
Бельгія ¹	19,5	16,3	10,7	3,7	3,3
Болгарія ¹	29,2	23,8	8,4	3,4	2,3
Германія ¹	22,8	18,9	9,7	–	–
Греція ¹	31,8	33,0	16,0	8,0	4,3
Естонія ²	25,9	22,2	11,5	5,2	–
Іспанія ¹	25,1	18,1	9,4	5,0	1,5
Кіпр ¹	25,9	20,1	12,3	5,9	8,5
Латвія ¹	29,0	28,8	12,7	3,3	1,1
Мальта ¹	19,2	16,9	12,7	6,2	–
Польща ¹	23,8	20,0	13,4	4,9	3,2
Румунія ¹	20,5	10,0	5,0	4,0	1,2
Словачія ¹	19,3	20,4	8,1	1,5	1,3
Словенія ³	18,7	15,8	5,9	5,4	–
Угорщина ¹	26,1	29,0	13,7	4,6	3,7
Україна ⁴	21,8	20,5	–	–	–
Чеська Республіка ¹	24,3	24,2	15,0	6,8	–

Примітки: ¹ — дані наведені за 2008–2009 рр., ² — за 2006 р., ³ — за 2007 р., ⁴ — за 2010 р. Джерела: за 2006–2009 рр. — Eurostat (он-лайн інформація: hlth_ehis_de3); інформація щодо України наведена за даними статистичного щорічника "Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги".

Однією з профілактичних стратегій запобігання проблем зі здоров'ям є просування щеплень. Хоча більшість людей, які заражуються грипом під час щорічної сезонної епідемії, не потребують стаціонарного лікування, у деяких випадках грип призводить до госпіталізації і навіть смерті, особливо у такій групі ризику, як літні люди. Майже половина смертей, викликаних грипом в ЄС-27 у 2009 р., припадало на осіб у віці 85 і старше. У зв'язку із цим в 2009 р. Рада Європейського Союзу ухвалила рекомендацію щодо охоплення вакцинацією проти грипу до кінця 2015 р. не менше ніж 75 % осіб, які входять до груп ризику [15].

В Україні свого часу процедура щеплення проти грипу фінансувалася державою і пропонувалась усім бажаючим безкоштовно. Наразі, хоча в українському законодавстві група осіб віком від 65 років і старше знаходиться в переліку груп ризику, яким особливо рекомендоване щеплення проти грипу, згідно із цим же законодавством МОЗ централізовано не закуповує вакцини для профілактики грипу. Проте в Ук-

раїні щороку значна частина населення старшого віку проходить щеплення проти грипу. У деяких регіонах і муніципалітетах ця процедура здійснюється безкоштовно, переважно за благодійні кошти.

Таблиця 4

Частка населення, яке виконувало фізичні вправи принаймні 30 хв щодня в деяких країнах Євросоюзу у 2008–2009 рр., %

Країна	15 років та старше	55–64 роки	65–74 роки	75–84 роки	85 років та старше
Австрія ²	32,7	33,3	25,6	12,2	2,4
Бельгія ¹	52,2	52,7	48,6	28,5	18,0
Греція ¹	58,0	60,7	42,7	33,1	18,6
Іспанія ¹	49,2	45,8	39,3	26,9	14,7
Кіпр ¹	40,6	43,0	29,7	11,0	12,9
Латвія ¹	63,6	64,4	54,7	39,3	24,7
Мальта ¹	24,1	18,9	13,0	6,5	5,7
Польща ¹	59,0	55,7	44,9	32,6	23,4
Румунія ¹	86,6	–	–	–	–
Словакія ¹	59,0	58,4	42,1	26,9	22,2
Словенія ³	55,3	56,4	46,2	30,9	–
Угорщина ¹	60,2	60,3	56,0	33,0	20,0
Чеська Республіка ¹	63,0	63,9	55,4	29,2	6,5

Примітки: ¹ — дані наведені за 2008–2009 рр., ² — за 2006 р., ³ — за 2007 р.
Джерело: за 2006–2009 рр. — Eurostat (он-лайн інформація: hlth_ehis_de9).

Іншою ефективною стратегією профілактики вважається скринінг (як от, обстеження для виявлення онкологічних захворювань молочної залози, взяття цервікальних мазків, прямої кишки тощо). Обсяг охоплення скринінгом у межах ЄС значно варіюється: від більше ніж половини всіх жінок у Франції у віці 50–69 років, які пройшли обстеження молочної залози протягом останніх 12 міс., до повної відсутності таких обстежень в Болгарії та Румунії.

Більше ніж дві третини (68,1 %) громадян ЄС-27 у віці 16 років і старше вважають своє здоров'я добрим (рис. 2). Ця частка послідовно зменшується від 55 років, зрештою доходючи до 25,3 % серед респондентів у віці від 85 років і старше. У кожній з вікових груп чоловіки постійно оцінюють свій стан здоров'я більш позитивно, ніж жінки. В Україні населення у віці 16 років і старше є значно стриманішим стосовно стану свого здоров'я, явно віддаючи перевагу оцінці "задовільно", яка в оціночній традиції має, втім, скоріше, негативний контекст ("задовільно, щоб не сказати погано") на відміну від застосовуваного в англомовних шкалах вимірювання суб'єктивного здоров'я визначення "fair" — чесно, справедливо, помірно, в якому негативного контексту не відчувається. Отже, більше половини дорослого населення України оцінює своє здоров'я нижче, ніж добре. Зрозуміло, що у старшому віці негативність самооцінки здоров'я посилюється, і у всій групі українців пенсійного віку особи, які оцінюють своє здоров'я як добре, становлять лише 8 %.

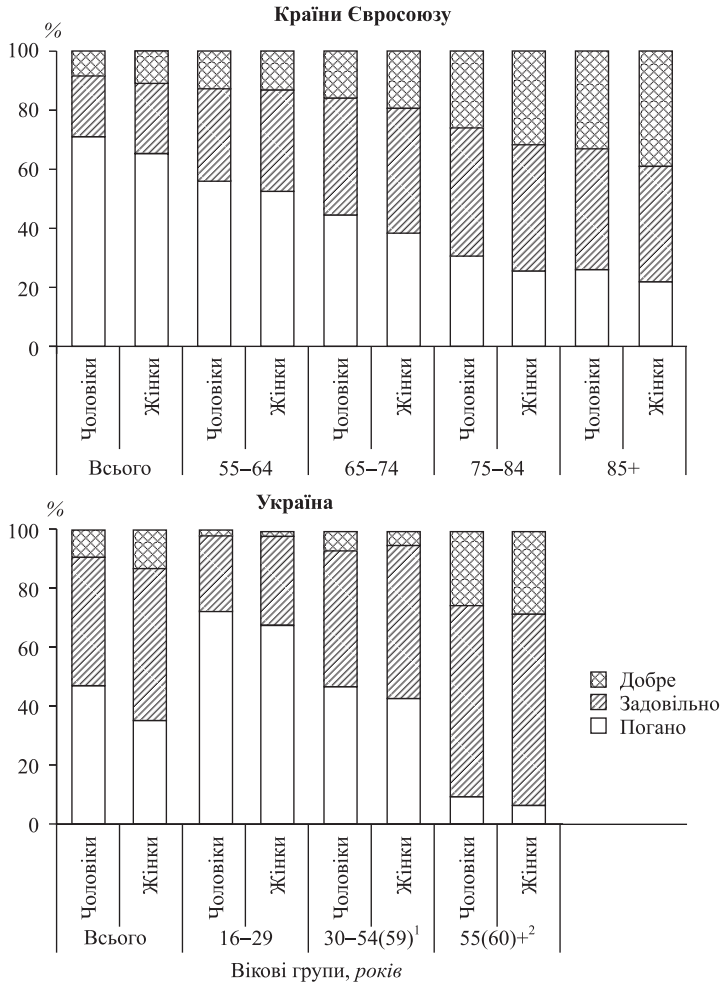


Рис. 2. Самооцінка здоров'я населенням у віці 16 років та старше у країнах Євросоюзу та в Україні у 2009 р., ¹ — чоловіки у віці 30–59 років, жінки у віці 30–54 роки; ² — чоловіки у віці старше 60 років, жінки у віці 55 років.

Джерела: для країн Євросоюзу — Eurostat (online data code: hlth_silc_02), для України — статистичний щорічник "Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році".

Менше третини (31,2 %) населення ЄС-27 у віці 16 років і старше повідомили, що вони мали хронічні (6 міс і більше) захворювання або проблеми зі здоров'ям в 2009 р. (рис. 3). Як і слід було очікувати, частка осіб із такими хворобами і проблемами зростає з віком, і, наприклад, у віці від 65 до 74 років про їх існування заявили більше половини громадян ЄС-27. В Україні частка хронічно хворих серед населення у

віці 16 років і старше становить 39,8 %, що не набагато перевищує значення цього показника для ЄС, проте відносна кількість таких хворих серед населення пенсійного віку є вражаючою — 86,5 %!

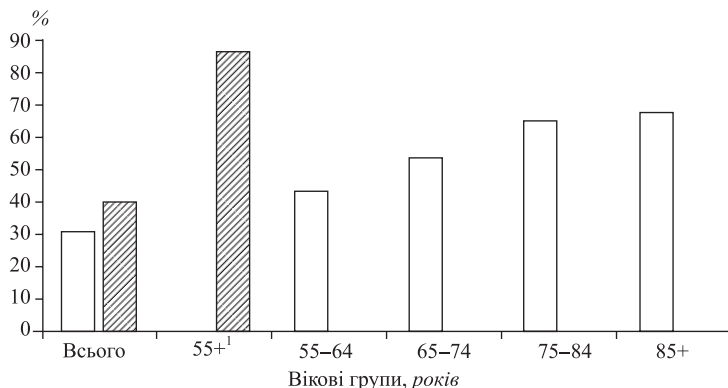


Рис. 3. Частка осіб серед населення у віці 16 років та старше, які повідомили, що мають хронічні захворювання або проблеми зі здоров'ям, в країнах Євросоюзу (світлі стовпчики) і в Україні (заштриховані стовпчики) у 2009 р. ¹ — жінки у віці 55 років і старше та чоловіки у віці 60 років і старше.

Джерела: для країн Євросоюзу — Eurostat (online data code: h1th_silc_05), для України — статистичний щорічник "Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році".

У 2009 р. в ЄС-27 25,0 % осіб у віці 75–84 роки і 37,6 % осіб у віці 85 років і старше зазнали обмеження у життєвій активності через проблеми зі здоров'ям (рис. 4). Важливо зазначити, що попри згадане вище явне відставання України від країн ЄС у самооцінці літніми людьми свого здоров'я та поширеності серед них хронічних хвороб, за обсягом пов'язаних з проблемами зі здоров'ям обмежень у життєвій активності серед населення похилого віку, Україна в цілому перебуває на одному рівні з провідними європейськими державами. Оскільки всі згадані оцінки є суб'єктивними, очевидно йдеться про відмінності європейського і українського менталітету щодо здоров'я. З одного боку, європейці є більш відкритими і охочіше обговорюють свої проблеми зі здоров'ям, ніж українці, які найчастіше ховаються за нейтральними оцінками. З іншого — звиклі до комфорту та пропозиції численних підтримуючих послуг літні громадяни Євросоюзу вважають порушеннями життєвої активності більш дрібні і незначні з погляду українців перепони, що, врешті вирівнює європейські і українські показники.

Опитування, проведене в країнах ЄС у лютому–березні 2010 р. [17], показує, що серед осіб, які зверталися за професійною допомогою через психологічні чи емоційні проблеми, частка літніх людей трохи вища, ніж у середньому по ЄС-27. Серед людей у віці 55 років і старше ця частка становить 16 % (рис. 5). Під час опитування з'ясувалося, що

серед осіб у віці 55 років і старше з психологічними чи емоційними проблемами 49 % приймали антидепресанти від депресії, а 47 % — для лікування тривоги. Показник вживання препаратів для лікування депресії серед літніх громадян ЄС опинився нижчим за середній для всього населення у віці старше 15 років, тоді як для лікування тривоги він був вище середнього.

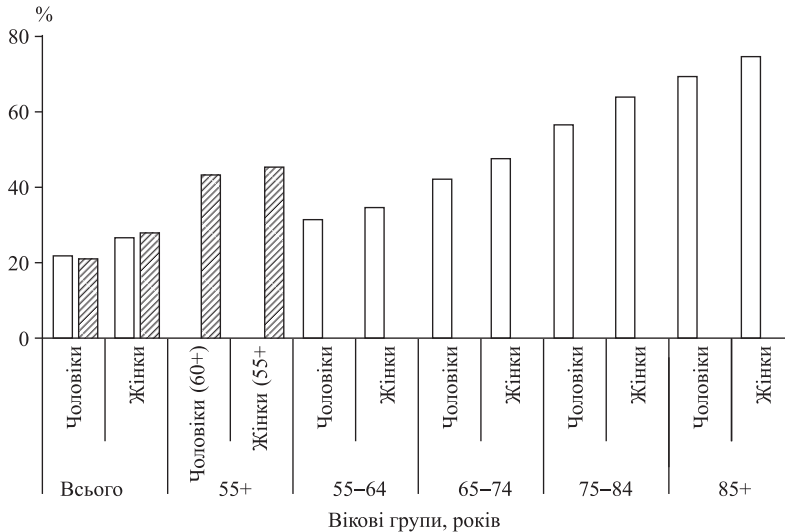


Рис. 4. Частка осіб серед населення у віці 16 років та старше, які повідомили, що мають обмеження у життєвій активності через проблеми зі здоров'ям, в країнах Євросоюзу (світлі стовпчики) і в Україні (заштриховані стовпчики) у 2009 р. Джерела: для країн Євросоюзу — Eurostat (online data code: hlth_silc_07), для України — статистичний щорічник "Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 році".

Вражаюча різниця у відносній кількості осіб, які заявили про наявність психологічних або емоційних проблем в усіх вікових групах, між Україною та країнами ЄС відбиває наслідки трагедії боротьби тоталітарного режиму проти інакодумства засобами психіатрії. На жаль, українці, навіть зазнаючи страждань від серйозних психологічних чи емоційних проблем, навряд заявлять про них публічно, тим більше погодяться на лікування у професіоналів. Незважаючи на зміни у законодавстві щодо статусу психічно хворих, в умовах корупції та недотримання законів заява про будь-який ментальний розлад може нести для особи, особливо похилого віку, загрозу її особистій і майновій незалежності.

Хоча тривалість життя зростає, і більшість сучасних європейців може реально сподіватися прожити довше, ніж попередні покоління, надзвичайно важливим як з погляду активного старіння, так і з позиції

більшості літніх людей є період життя після виходу на пенсію, прожитий у доброму здоров'ї. Проте людське життя зрештою доходить свого кінця, а отже, на завершення слід звернутися до статистики смертності.

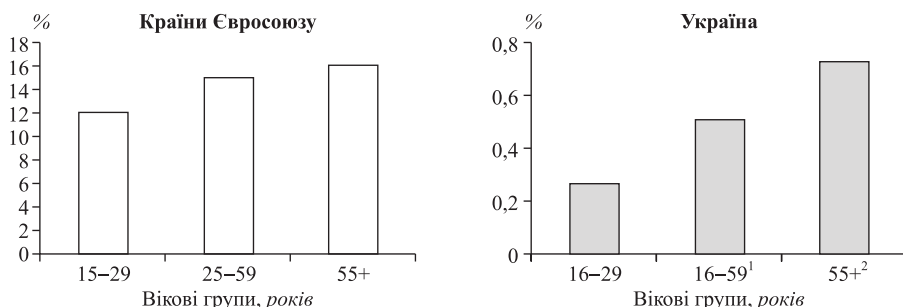


Рис. 5. Частка населення різних вікових груп, яке заявило про наявність психологічних або емоційних проблем протягом року, у країнах Євросоюзу і в Україні у 2010 р. ¹ — чоловіки у віці 16–59 років і жінки у віці 16–54 роки, ² — чоловіки у віці сирарше 60 років і жінки у віці старше 55 років.

Джерела: для країн Євросоюзу — European Commission, Special Eurobarometer No. 345 — Mental health; для України — статистичний щорічник "Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2010 році".

За даними ВООЗ, протягом 2001–2011 рр. смертність в усій Європі знижувалась, однак таке зниження мало істотну часову, просторову та структурну диференціацію за віком, статтю і причинами смерті. Зокрема, країни Євросоюзу і Україна розрізнялися як рівнем, так і динамікою значень основного показника смертності — стандартизованого коефіцієнта смертності (СКС). Величина СКС в країнах Євросоюзу за даний період знизилася із 718,76 померлих на 100 тис. населення у 2001 р. до 585,93 у 2011 р., тобто на 22,7 %. В Україні за той же період СКС змінився відповідно з 1327,94 до 1102,92, тобто на 20,5 %. Як і у випадку загальної смертності, у віковому аспекті різниця значень показників смертності у віці 60+ сягає двох та більше разів, хоча зі зростанням віку ця різниця зменшується (рис. 6). Важливою відмінністю у смертності за віком є більш високий темп повікового приросту смертності в Україні порівняно з ЄС: якщо серед усіх померлих їх частка у віці 0–59 років у 2001 р. в Європі становила 15,8 %, а в 2011 р. знизилася до 13,7 %, то в Україні ця частка становила 25,4 % та 23,5 %, відповідно (рис. 7). Подібна ситуація складається і у групі "молодих старих" віком 60–74 роки: в ЄС частка померлих цього віку у 2001 р. становила 26,0 %, у 2011 р. — 22,8 %, а в Україні — 34,9 % і 29,7%, відповідно. Результатом такого розподілу смертей у 2011 р. зі 100 померлих в ЄС у нормальному віці смерті 75 років і старше померли майже дві третини (63,5 %), а в Україні — менше половини (46,8 %) осіб.

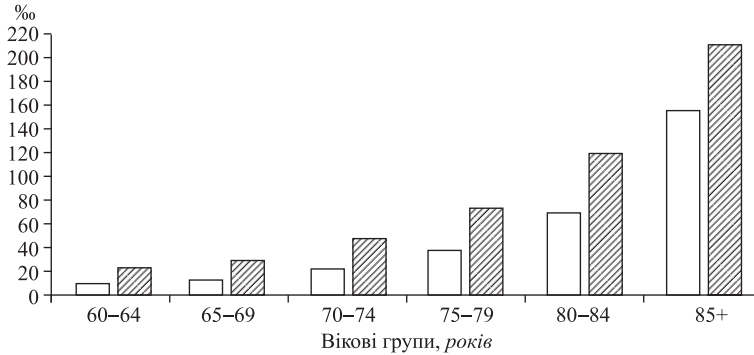


Рис. 6. Повікові коефіцієнти смертності у віці старше 60 років у країнах Євросоюзу (світлі стовпчики) та в Україні (заштриховані стовпчики) у 2010 р., %.

Джерело: Eurostat — режим доступу: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deaths-life-expectancy-data/database>.

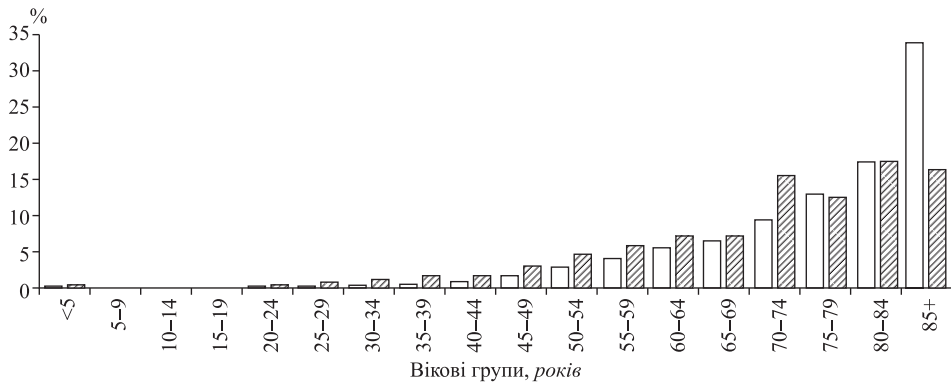


Рис. 7. Розподіл померлих за віковими групами в країнах Євросоюзу (світлі стовпчики) та в Україні (заштриховані стовпчики) у 2010 р.

Джерело: Eurostat — режим доступу: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/deaths-life-expectancy-data/database>.

Зниження смертності у період 2001–2011 рр. відбувалось у всіх вікових групах в обох регіонах: у країнах ЄС більш швидкими темпами знижувалась смертність у віці 0–14 років, 30–44 роки та 60 років і старше; в Україні швидше знижувалась смертність у вікових групах 18–29 років та 45–59 років. На жаль, смертність українців у віці 60 років та старше і за своїм рівнем, і за темпами зниження істотно відстає від таких показників для громадян ЄС.

Аналіз смертності за статтю показує, що в усій Європі, включаючи країни ЄС та Україну, до 75 років частки померлих серед чоловіків перевищують такі частки для жінок (рис. 8). Такий розподіл померлих відобра-

жає низку чинників чоловічої смертності, менш характерних для жінок — смертність від дорожньо-транспортних пригод або в результаті споживання алкоголю, тютюну та наркотиків. Зниження частки померлих чоловіків порівняно з жінками у віці 75 років і старше є результатом низької чисельності чоловічого населення цієї вікової групи унаслідок високої їх смертності під час другої світової війни. В Євросоюзі на цю вікову групу припадає більше 7 з 10 (73,3 %) випадків смерті жінок і 54,3 % таких випадків серед чоловіків. В Україні співвідношення часток померлих у віці 75 років і старше за статтю (62,1 % померлих у цьому віці серед усіх померлих жінок проти 31,8 % серед померлих чоловіків) відбиває безпрецедентні втрати чоловічого населення під час другої світової війни і після її закінчення (хвиля репресій серед фронтовиків, які повернулися з європейських фронтів, тривалі бойові дії на заході України під час боротьби за її незалежність та післявоєнна депортація населення західних регіонів України у східну частину Росії).

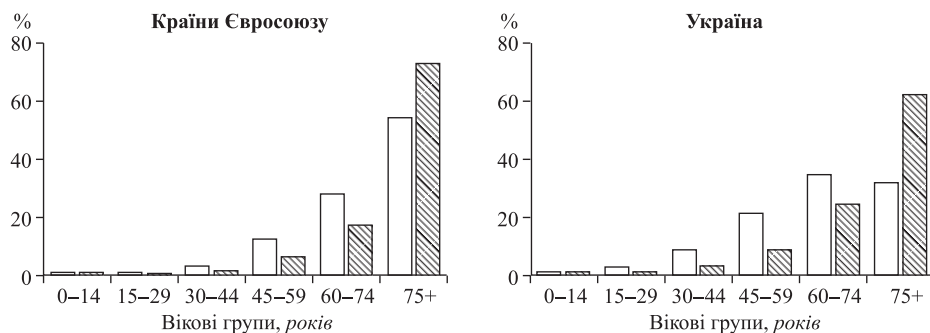


Рис. 8. Розподіл померлих за віковими групами та статтю в країнах Євросоюзу та в Україні у 2010 р.

Джерело: База даних "Здоров'я для всіх (HFA DB)". — Режим доступу: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html

Основними причинами смерті осіб у віці 65 років і старше в Європі є захворювання серцево-судинної, дихальної та травної систем, а також новоутворення (табл. 5).

Наведемо важливі відмінності рівня та структури смертності за її причинами між країнами ЄС та Україною.

1. Майже вдвічі вища частка померлих від хвороб системи кровообігу (ХСК) при майже втричі нижчій частці померлих від новоутворень в Україні порівняно з країнами ЄС. Встановлення контролю над смертністю від ХСК у розвинених країнах Європи сприяло відсуненню цієї смертності на старші вікові періоди і виходу на передній план смертності від новоутворень, яка у минулому у віці найвищого ризику смерті від раку заміщувалася смертністю від ХСК. Натомість, Україна є сучасним зразком експансії смертності від ХСК у віковій групі 65 років та старше, в результаті якої ця смертність успішно конкурує зі смертністю від новоутворень у віці найвищого ризику смерті від раку.

Таблиця 5

Рівень та структура смертності за причинами смерті для населення старше 65 років у країнах Євросоюзу та в Україні у 2010 році

Причини смерті	Країни Євросоюзу		Україна	
	Стандартизований коефіцієнт смертності, на 100 тис. населення	Частка померлих від даної причини, %	Стандартизований коефіцієнт смертності, на 100 тис. населення	Частка померлих від даної причини, %
Всі причини смерті	3754,17	100,0	6594,19	100,0
Хвороби системи кровообігу	1602,97	42,7	5230,62	79,3
Новоутворення	980,52	26,1	653,20	9,9
Хвороби органів дихання	304,41	8,1	161,55	2,4
Хвороби органів травлення	151,36	4,0	109,75	1,7
Ендокринні хвороби та порушення обміну речовин	110,06	2,9	16,45	0,2
Зовнішні причини смерті	105,22	2,8	110,47	1,7
Психічні хвороби та поведінкові розлади	93,82	2,5	6,47	0,1
Хвороби сечостатевої системи	77,60	2,1	20,00	0,3
Хвороби м'язів та опорно-рухового апарату	17,91	0,5	2,71	0,0
Хвороби крові і кровотворних органів та імунні розлади	10,39	0,3	1,35	0,0
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	6,58	0,2	2,07	0,0
Інші причини смерті	293,33	7,8	279,55	4,2

Джерело: База даних "Здоров'я для всіх (HFA DB)". — Режим доступу: http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html

2. Значний розрив у смертності від ендокринних хвороб та порушень обміну речовин. Велика частка померлих від цих причин смерті у країнах ЄС є однією з ознак подальшого прогресу епідеміологічного переходу, пов'язаного зі зміною зразків фізичної активності та дієтарних уподобань європейців. Зменшення навантаження фізичною працею поряд зі зростанням добробуту і доступністю та розширенням асортименту продуктів харчування знайшли свою відповідь у поширенні ендокринних хвороб та зростанні смертності від них. Проте у 15 разів нижча частка померлих від ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин в Україні

порівняно з країнами ЄС є відображенням не тільки відставання нашої країни за рівнем добробуту населення, але й низького рівня скринінгу та діагностики цих захворювань.

3. Недооблік літніх українців, померлих від психічних хвороб та поведінкових розладів. Важливою відмінністю смертності за причинами смерті в Україні порівняно з країнами ЄС є дуже низька частка смертей літніх українців від психічних хвороб та поведінкових розладів (0,1 % померлих в Україні проти 2,5 % в країнах ЄС). За даними ВООЗ, смертність від таких поведінкових розладів, як алкогольний психоз та наркоманія в ЄС у 2010 р. у старших вікових групах становила 5,27 та 5,68 осіб на 100 тис., відповідно. Щодо смертності від наркоманії серед літніх українців цифра у 1,78 на 100 тис. видається справедливою, оскільки цей поведінковий розлад не дуже розповсюджений серед старшого покоління. Щодо причин смерті, пов'язаних з алкоголем, в українській статистиці лівова частика випадків відноситься до алкогольних отруєнь, що зменшує значення показників інших рубрик МКХ-10 щодо алкогольної смертності в Україні.

Надзвичайно низькі (близькі до нуля) частки померлих у віці 65 років та старше від решти класів причин смерті в Україні у порівнянні із цими показниками для країн ЄС є, скоріше, результатом невірного або неточного кодування причини смерті при її реєстрації, аніж відбиттям реальної картини смертності від цих причин.

Висновок. В країнах Євросоюзу політика здорового старіння як складова загальної стратегії "Разом до здоров'я: стратегічні підходи для Євросоюзу, 2008–2013" [20] підтримується координацією з програмами соціального захисту та соціального включення. Тут ця політика базується на двосторонньому підході: з одного боку — підтримка зусиль населення зі збереження індивідуального здоров'я протягом всього життєвого циклу з метою запобігання розвитку хвороб і інвалідності у ранньому віці (пропаганда і підтримка здорового способу життя та здійснення заходів зі сприяння фізичній активності, заохочення до здорового харчування, реалізація програм допомоги зі зниження залежності від тютюну, алкоголю та наркотиків). З іншого боку — виконання зобов'язань держави щодо усунення нерівності в здоров'ї, пов'язаної із соціальними, економічними та середовищними чинниками.

Подальше старіння населення України очікувано проявлятиметься у зростанні потреби у широкому спектрі додаткових медичних і пов'язаних зі здоров'ям продуктів і послуг. З подальшим подовженням тривалості життя в похилому віці дедалі більше людей доживатимуть до дуже похилого віку (80 років і старше), з віком стаючи більш залежними і потребуючи більшого обсягу соціальних і медичних послуг у себе вдома або у спеціалізованих закладах тривалого догляду. Такий прогноз заснований на достовірних очікуваннях подальшого поширення одноосібного проживання в старості через трансформацію сімейних зв'язків та зниження бажання/можливості членів сім'ї здійснювати догляд за престарілими родичами. Якщо за таких перспектив загальний статус

здоров'я населення України не зміниться на краще, ринок праці і надалі залишатиметься недоступним для осіб старшого віку та не будуть впроваджені реформи соціального забезпечення, а подальший демографічний розвиток призведе до безпрецедентного тиску на бюджети охорони здоров'я та системи тривалого догляду.

Список використаної літератури

1. База даних "Здоров'я для всіх (HFA DB)" Європейського офісу Всесвітньої організації охорони здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://data.euro.who.int/hfad/db/shell_ru.html.
2. Державна служба статистики України: офіційний сайт. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
3. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України 2010 рік. Статистичний бюлетень [Електронний ресурс]. — К.: Державна служба статистики України, 2011. — Режим доступу: https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/15/Arch_zozd_bl.htm.
4. Населення України 2010 рік. Демографічний щорічник [Електронний ресурс]. — К.: Державна служба статистики України, 2011. — Режим доступу: https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/13/Arch_nasel_zb.htm.
5. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2009 та 2010 роках: Статистичний збірник [Електронний ресурс]. — К.: Державна служба статистики України, 2011. — Режим доступу: https://ukrstat.org/uk/druk/publicat/Arhiv_u/17/Arch_snsz_zb.htm.
6. Статистична служба Європейського союзу: Офіційний сайт [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.
7. Статистичний щорічник України за 2009 рік [Електронний ресурс]. — Державна служба статистики України. — К.: Август Трейд, 2010. — Режим доступу: http://library.oseu.edu.ua/docs/StatSchorichnyk_Ukrainy_2009.pdf.
8. Active ageing and solidarity between generations A statistical portrait of the European Union 2012. Statistical books [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5740649/KS-EP-11-001-EN.PDF/1f0b25f8-3c86-4f40-9376-c737b54c5fcf>.
9. Chansarn S. Active ageing of elderly people and Its determinants: Empirical evidence from Thailand // Asia Pacific Soc. Sci. Rev. — 2012. — 12, № 1. — P. 1–18.
10. Clarke A., Warren L. Hopes, fears and expectations about the future: what do older people's stories tell us about active ageing? // Ageing and Society. — 2007. — 27, № 4. — P. 465–488.
11. European social survey cumulative file rounds 1–6 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <http://www.europeansocialsurvey.org/data/round-index.html>.
12. Hutchison T., Morrison P., Mikhailovich K. A review of the literature of active ageing. — Canberra: The Australian government department of health and ageing, 2006 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.canberra.edu.au/centres/research/healthpact/Active%20Ageing_final%20report%20edited_.pdf.
13. Onedera J. D., Stickle F. Healthy aging in later life // Family J. — 2008. — 73, № 16. — doi: 10.1177/1066480707309610.
14. Paul C., Ribeiro O., Teixeira L. Active ageing: An empirical approach to the WHO model. Current gerontology and geriatrics research, volume 2012, article ID 382972, 10 pages. — doi:10.1155/2012/382972.
15. Proposal for a council recommendation on seasonal influenza vaccination / Commission of the European Communities. — Brussels, 13.07.2009 [Електрон-

- ний ресурс]. — Режим доступу: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/Influenza/docs/seasonflu_rec2009_en.pdf.
16. *Ranzijn R.* Active ageing — another way to oppress marginalized and disadvantaged elders? Aboriginal elders as a case study // *J. Health Psychol.* — 2010. — **15**, № 5. — P. 716–723.
 17. *Special Eurobarometer № 345.* — Mental health / Commission of the European Communities. — Brussels, October 2010 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf.
 18. *The ESS Sample Design Data File (SDDF) documentation final version / The ESS Central Coordinating Team* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round2/methods/ESS2_sddf_documentation.pdf.
 19. *The 2014 active ageing index for the EU28 / UN economic commission for Europe* [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://www.unecsc.org/fileadmin/DAM/pau/age/WG7/Documents/Policy_Brief_AAI_for_EG_v2.pdf.
 20. *White paper together for health: A strategic approach for the EU 2008-2013 / Commission of the European Communities.* — Brussels, 23.10.2007 [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf.

Надійшла 15.09.2015

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ В УКРАИНЕ И СТРАНАХ ЕВРОСОЮЗА: ОДИНАКОВЫ ЛИ ШАНСЫ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ?

Н. А. Фойгт, Ю. А. Канатникова

Государственное учреждение "Институт геронтологии им. Д. Ф. Чеботарева НАМН Украины", 04114 Киев

Проанализировано состояние реализации политики здорового старения в Украине и странах Евросоюза по данным о состоянии здоровья и самооценке здоровья пожилого населения по возрастным группам и полу. Выявлены существенно более низкая самооценка здоровья, более значительная распространенность вредных привычек среди пожилых украинцев по сравнению с гражданами Евросоюза, а также отставание Украины от стран Евросоюза в создании условий для здорового питания и физической активности в пожилом возрасте. Определено, что основными направлениями преодоления отставания Украины от стран Европы в обеспечении всеобъемлющей политики здорового старения является поддержка усилий населения по сохранению индивидуального здоровья в течение всего жизненного цикла и выполнение обязательств государства по устранению возрастного неравенства в здоровье, связанного с социальными, экономическими и экологическими факторами.

HEALTH OF OLDER POPULATION IN UKRAINE AND EU COUNTRIES: ARE CHANCES FOR HEALTHY AGING EQUAL?

N. A. Foigt, Yu. A. Kanatnikova

State Institution "D. F. Chebotarev Institute of Gerontology
NAMS Ukraine", 04114 Kyiv

The status of healthy aging in Ukraine and the European Union (EU) was analyzed based on data on health and health self-esteem of the elderly by age groups and gender. The significantly lower self-esteemed health, a greater prevalence of harmful habits among older persons in Ukraine vs. the EU were found. The lag of Ukraine behind EU countries in creating conditions for healthy diet and physical activity in old age was noted as well. The main directions to overcome the lag between Ukraine and Europe in the provision of a comprehensive state policy of healthy aging were determined to be: support of efforts of population in promoting individual health throughout the life cycle, as well as addressing age-related health inequalities caused by social, economic and environmental factors.

Відомості про авторів

Лабораторія демографії старіння

Н. А. Фойгт — зав. лабораторії, к.е.н. (n_foygt@mail.ru)

Ю. О. Канатнікова — н.с.