

НЕРІВНІСТЬ У СТАНІ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ**Д. Г. Шушпанов**Тернопільський національний економічний університет
вул. Львівська, 11, м. Тернопіль, 46009, Україна. E-mail: shdg2011@gmail.com

Здійснено оцінку гендерної нерівності стану здоров'я населення України: середньої очікуваної тривалості життя, стандартизованих коефіцієнтів смертності від усіх та окремих причин смерті, захворюваності та поширеності захворювань. Ступінь нерівності у смертності серед чоловіків та жінок визначено шляхом порівняння її показників між Україною та Швецією. Виявлено причини смертності, показники яких в Україні суттєво вищі у чоловіків, порівняно із жінками. З'ясовано детермінанти, що обумовлюють таку нерівність: доходи, освіта, забезпеченість лікарями та медикаментами тощо. Наведено результати авторського соціологічного опитування щодо стану здоров'я населення України та детермінант, які його визначають. У результаті отримані дані, які демонструють значну залежність стану здоров'я чоловіків і жінок від соціальних патернів їх поведінки та суттєво різною відповідальністю за власне здоров'я. Окреслено напрямки вдосконалення гендерної складової політики з охорони здоров'я.

Ключові слова: нерівність, здоров'я населення, гендер, смертність, захворюваність.**НЕРАВЕНСТВО В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ****Д. Г. Шушпанов**Тернопольский национальный экономический университет
ул. Львовская, 11, г. Тернополь, 46009, Украина. E-mail: shdg2011@gmail.com

Проведена оценка гендерного неравенства состояния здоровья населения Украины: средней ожидаемой продолжительности жизни, стандартизованных коэффициентов смертности от всех и отдельных причин смерти, заболеваемости и распространенности заболеваний. Степень неравенства в смертности среди мужчин и женщин определены сравнением ее показателей между Украиной и Швецией. Выявлены причины смертности, показатели которых в Украине существенно выше у мужчин, чем у женщин. Установлены детерминанты, обуславливающие такое неравенство: доходы, образование, обеспеченность врачами и медикаментами и др. Приведены результаты авторского социологического опроса о состоянии здоровья населения Украины и детерминант, которые его определяют. В результате получены данные, демонстрирующие значительную зависимость состояния здоровья мужчин и женщин от социальных паттернов их поведения и существенно разной ответственностью за собственное здоровье. Определены направления совершенствования гендерной составляющей политики по охране здоровья.

Ключевые слова: неравенство, здоровье населения, гендер, смертность, заболеваемость.

АКТУАЛЬНІСТЬ РОБОТИ. Незважаючи на певний прогрес у загальному стані здоров'я населення України, який спостерігався у 2006–2013 р.р., його показники далекі від ідеальних. Існує суттєва нерівність у стані здоров'я між демографічними, соціальними, економічними та іншими групами населення. Суттєвою є гендерна нерівність у стані здоров'я, яка зрештою характерна не тільки для України, але й практично для всіх країн світу. Проявами цієї нерівності є нижча, порівняно із жінками, середня очікувана тривалість життя (СОТЖ) серед чоловіків [1; 2] і вищий рівень чоловічої смертності [3–5]. Разом із цим, дослідження 1970-х і 1980-х років показали високий рівень захворюваності серед жінок [6]. Ця невідповідність між захворюваністю та смертністю отримала назву «гендерний парадокс» [6; 7]. При цьому масштаби та прояви нерівності у здоров'ї чоловіків та жінок є неоднаковими у різних країнах. Відмінності є навіть серед економічно розвинених країн. І це незважаючи на значну увагу до проблеми нерівності щодо здоров'я яка приділяється вченими та практиками за останні десятиріччя. Певним чином ця нерівність обумовлена фізіологічними причинами, які не можуть бути подолані. Однак дуже часто, особливо в країнах з низьким рівнем життя та значною соціальною стратифікацією, гендерна нерівність щодо здоров'я значною мірою визначається соціально-

економічними детермінантами (СЕД), соціальними патернами індивідуальної поведінки та рівнем відповідальності населення за власне здоров'я. Усі вони по-різному можуть позначатись на здоров'ї чоловіків та жінок, які належать до різних вікових чи соціальних груп та проживають в тій чи іншій місцевості. Крім цього дія детермінант може змінюватись в часі, тому існує необхідність її постійного моніторингу, що і обумовлює актуальність цього питання.

Варто також зазначити, що гендерні аспекти внесені до роботи ВООЗ. Зокрема, в заяві Генерального директора Організації мова йде про те, що запровадження гендерних перспектив у діяльність сфери охорони здоров'я поліпшує суспільну охорону здоров'я. ВООЗ визнає, що існують відмінності у детермінантах, які визначають здоров'я жінок і чоловіків, тому особливо важливим є дослідження динаміки гендерних аспектів здоров'я, на що протягом тривалого часу не зверталось уваги [8].

Мета роботи – визначити масштаби гендерної нерівності у стані здоров'я населення України, виявити детермінанти, які її обумовлюють та обґрунтувати напрямки державної політики щодо їх покращення.

МАТЕРІАЛ І РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ. Незважаючи на існуючі відмінності у здоров'ї між чоловіками та жінками в економічно розвинених країнах, у більшості з них нерівність є мінімальною. Тому одним із методів, які використані у даному дослідженні є

методи порівняння та стандартизації. За стандарт обрано Швецію – європейську країну, яка досягла значних успіхів у реалізації політики соціальної справедливості, встановленні високих стандартів життя та скороченні нерівності у стані здоров'я населення.

Насамперед варто зауважити, що рівень смертності населення в Україні (стандартизований коефіцієнт смертності (СКС)¹ від усіх причин – 1179 на 100 000 населення) суттєво вищий за усі країни ЄС (516,1²), і Швеції зокрема (496,6), а СОТЖ менше (71,4; 81,6 та 81,9 роки відповідно). Є причини, смертність на які особливо велика. Насамперед від туберкульозу та СНІДу, смертність через які в Україні більше за Швецію в десятки разів (у 65 та 172 рази відповідно), а також ішемічна хвороба, рак шлунку та ін. Більш глибокими в Україні, порівняно із Швецією, є відмінності у показниках смертності між чоловіками та жінками.

Так, СОТЖ у чоловіків в Україні менша за жінок більш ніж на 10 років (65,2 та 76,4 роки відповідно), або в 1,5 рази. Різниця у СОТЖ жінок та чоловіків є практично у всіх країнах світу, однак в економічно розвинених країнах вона суттєво менша. Зокрема, співвідношення СОТЖ чоловіків та жінок в Швеції складає тільки 1,04 рази (рис. 1) [9; 10].

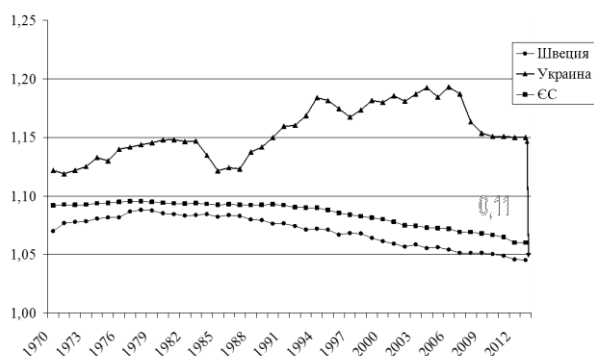


Рисунок 1 – Співвідношення між СОТЖ чоловіків та жінок в Україні, Швеції та ЄС (разів)

Схожа ситуація й у показниках смертності. Так, співвідношення СКС населення віком 0-64 між чоловіками та жінками в Україні більше за Швецію на 1,2 пункти (2,8 рази проти 1,6 відповідно) (рис. 2) [9; 10]. При цьому абсолютне значення цього коефіцієнту в Україні більше на 4,5 рази с чоловіків та 2,5 рази у жінок. Крім цього скорочення різниці у СКС між чоловіками і жінками в Україні останні не спостерігається і залишається значним (2,83 рази у 2014 році) (рис. 3) [10].

Аналіз повікових коефіцієнтів смертності свідчить про те, що особливо значна диференціація спостерігається між чоловіками та жінками віком від 20 до 59 років (табл. 1). У цьому віковому інтервалі смертність чоловіків перевищує смертність жінок більш, ніж у три рази. У 1990 році найбільша різниця у смертності чоловіків та жінок (більш ніж у три рази) була у віковому інтервалі від 20 до 39 років. За останні 25 років зазначений віковий інтервал розширився. Це свідчить про поглиблення ген-

дерної нерівності у смертності населення країни, надсмертність чоловіків у віці 20-59 років, що може бути викликано нижчою за жінок відповідальністю чоловіків за власне здоров'я та недостатньою освітою у сфері збереження здоров'я. Суттєво скоротилась така нерівність лише у віковій групі від 1 до 4 років.

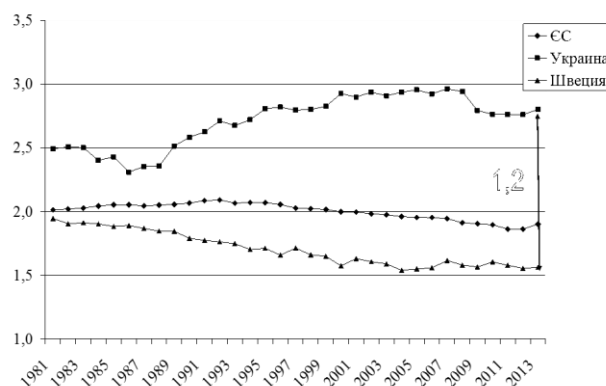


Рисунок 2 – Співвідношення між СКС від усіх причин смерті чоловіків та жінок віком 0-64 роки в Україні, Швеції та ЄС (разів)

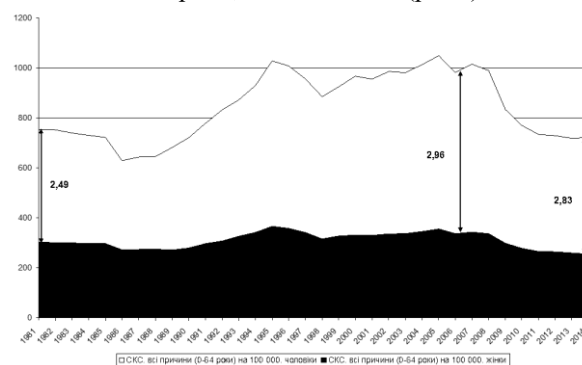


Рисунок 3 – Динаміка СКС в Україні від усіх причин серед населення віком 0-64 роки (на 100 000 осіб) та співвідношення між ними (разів)

Таблиця 1 – Співвідношення між чоловічою та жіночою смертністю в Україні

Вік, років	Співвідношення, разів				
	1990	2009	2014		
0	1,29	1,23	↓	1,31	↑
1 – 4	1,40	1,33	↓	1,13	↓
5 – 9	1,69	1,39	↓	1,55	↑
10 – 14	1,67	1,52	↓	1,54	↑
15 – 19	2,28	2,51	↑	2,54	↑
20 – 24	3,66	3,12	↓	3,61	↑
25 -29	4,15	3,07	↓	3,27	↑
30 – 34	3,53	3,04	↓	3,19	↑
35 – 39	3,15	3,01	↓	3,16	↑
40 – 44	2,82	3,03	↑	2,83	↓
45 – 49	2,88	3,09	↑	3,01	↓
50 – 54	2,63	3,06	↑	3,11	↑
55 – 59	2,48	2,81	↑	2,93	↑
60 – 64	2,33	2,72	↑	2,78	↑
65 – 69	2,03	2,32	↑	2,38	↑
70 – 74	1,68	1,93	↑	2,02	↑
75 – 79	1,39	1,57	↑	1,69	↑
80 – 84	1,18	1,32	↑	1,29	↓
85 і старше	1,02	1,05	↑	1,01	↓

¹ За Європейським стандартом

² Тут і надалі показник для країн-членів ЄС до 2004 року.

Глибину повікової гендерної нерівності в Україні дозволяє оцінити порівняльний аналіз із аналогічними показниками у Швеції (табл. 2) [9; 10]. За ним, співвідношення між смертністю чоловіків та жінок у всіх вікових групах, крім віку 0-14 та 75 і старше, суттєво перевищують аналогічні показники у Швеції. Особливо значна різниця між співвідношенням у вікових групах, які є одними з найбільш продуктивних для людини: 45-59 та 30-44 роки. Це є черговим свідченням того, що надвисока смертність чоловіків в Україні викликана не біологічними, а СЕД і відповідно те, що є існують значні резерви її скорочення.

Таблиця 2 – Співвідношення між СКС чоловіків та жінок в Україні та Швеції у 2013 році (усі причини смерті)

	Швеція	Україна	Різниця
0-14	1,21	1,28	0,07
15-29	2,35	2,97	0,61
30-44	1,75	2,92	1,17
45-59	1,44	2,96	1,51
60-74	1,53	2,31	0,78
75 і старше	1,30	1,25	-0,05

Важливою складовою зв'язку «СЕД – здоров'я населення» між чоловіками та жінками є дослідження життєвого курсу, тобто послідовності певних соціально-економічних подій які супроводжують людину та соціальних ролей, які вона займає протягом свого життя з позиції їх впливу на здоров'я у майбутньому. На рис. 4 подані траєкторії показників смертності чоловіків та жінок України народжених в різний період: з 1914 по 1984 р. Перших практично вже немає в живих, а останнім на даний час 30 років. А серед чоловіків, так і серед жінок чітко простежується градація смертності у віці 10 років від найвищих показників тих, хто народжений у 1924 році¹ до найнижчих у 1984 році. У подальшому ситуація змінювалась. Варто відзначити кілька особливостей цих змін.

По-перше, найвищі показники смертності у вікових групах 30, 40 та 50 років були у 2004 році. Особливо високі вони були у чоловіків. Не тільки 2004 рік був критичним у плані високої смертності серед осіб 30-50 років, але й шість перших років ХХІ ст. Скоріш за все це стало наслідками соціально-економічної кризи в Україні 90-х років ХХ ст.

По-друге, різниця між показниками смертності у жінок, народжених у різні роки, від 30 років і старше практично мінімальна, що не можна сказати про чоловіків. Серед них коефіцієнти смертності відрізняються у віці від 30 до 60 років по когортах народжених. Найнижчими вони були серед чоловіків народжених у 1924-1934 роках. Найвищими, у тих, хто народився пізніше. Припущень щодо цього може бути кілька. Насамперед, це надвисока дитяча й підліткова смертність у когорті чоловіків народжених у 1924-1934 роках, що послужила певним

природним бар'єром, коли вижили найбільш міцні. Іншим прикладом можуть бути соціально-економічні проблеми наприкінці минулого сторіччя, які позначились на здоров'ї чоловіків народжених з 1946 по 1974 роки.

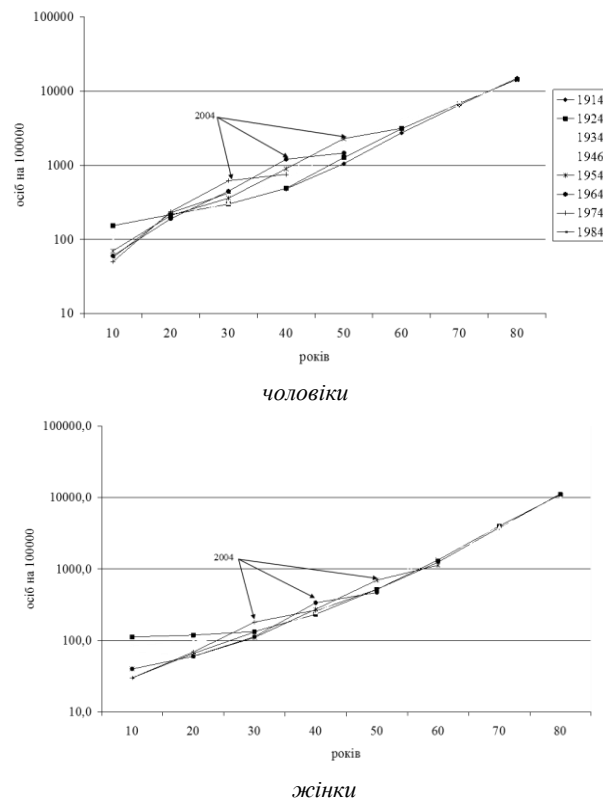


Рисунок 4 – Траєкторії показників смертності чоловіків та жінок України протягом життя (народжені з 1914 по 1984 рр., логарифмічна шкала)

По-третє, траєкторії показників смертності різних когорт населення в Україні не доказують того, що попередні соціально-економічні умови життя є кардинально визначальними для рівня смертності покоління. Скоріше визначальними є не вони, а детермінанти конкретного періоду часу. Однак, це не стосується захворюваності, рівень якої може суттєво залежати від соціально-економічних умов в яких зростає та живе людина. У будь-якому, зовнішні детермінанти значно більше впливають на рівень смертності чоловіків, ніж жінок.

Наступний крок – аналіз відмінностей у причинах смертності та детермінант, що їх обумовлюють. Основною причиною смертності як серед чоловіків, так й серед жінок в Україні є хвороби системи кровообігу. однак у чоловіків на цю причину припадає 59 % усіх смертей, а у жінок – 75 %. Далі йдуть новоутворення (15,0 та 11,6 % відповідно), зовнішні причини смерті (10,2 % та 2,6 %) та хвороби органів травлення (5,1 % та 2,9 %). Найбільша різниця між коефіцієнтами смертності чоловіків та жінок за зовнішніми причинами смерті (у чоловіків у 4,4 рази вище), інфекційними та паразитарними хворобами (3,1 рази) та хворобами органів дихання (2,9). Однак це стосується усього населення. Більш показовим є оцінка смертності до 65 років, тобто у віковому інтервалі де найбільше передчасних смертей. Тут ситуація не кардинально, але дещо інша (рис. 5) [10]. Як і у

¹ За тими, хто народжений у 1914 році дані про смертність у віці 10 років не коректні і не подані на рис. 4.

всьому населенні, основна причина смертності, як чоловіків так і жінок – хвороби системи кровообігу (30 % та 37 % відповідно). Значно вищу часту, ніж у загальному мають новоутворення (25 % та 16 %) та зовнішні причини смерті (18 % та 10 %). Різниця у коефіцієнтах смертності чоловіків та жінок віком 0-64 вже більш суттєва, ніж у всьому населення: у 5 разів вища за зовнішніми причинами смерті, у 3,8 разів за хворобами органів дихання, у 3,2 рази за хворобами системи кровообігу, у 3,0 рази за інфекційними та паразитарними хворобами.

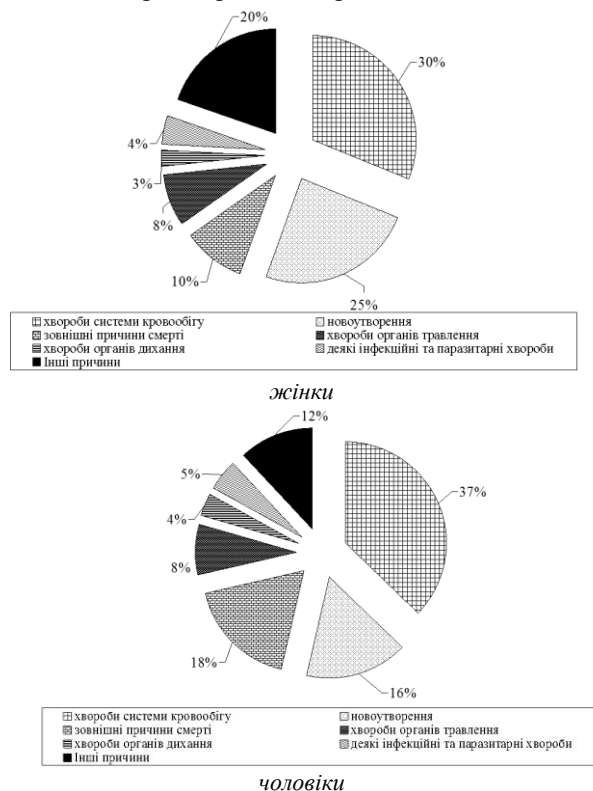


Рисунок 5 – Структура смертності чоловіків та жінок віком 0-64 роки

Відповідь на питання про те, за якими із причин смерті чоловіків в Україні ситуація є загрозливою, може дати порівняння її із Швецією. Як вже було зазначено, найбільша диференціація між смертністю чоловіків та жінок спостерігається у вікових групах від 20 до 59 років, у зв'язку із цим структурний аналіз зазначене порівняння насамперед варто провести для населення цього віку.

Результати цього аналізу демонструють, що особливо значна різниця між співвідношенням СКС чоловіків та жінок України та Швеції у віці 20-44 роки за такими класами хвороб, як: зовнішні причини смерті (в 2,12 рази), хвороби системи кровообігу (1,71) та інфекційні хвороби (1,67) (табл. 3) [9;10]. Серед окремих хвороб у цьому віці найвищу різницю має туберкульоз, ВІЛ/СНІД та цереброваскулярні хвороби. Перші з зазначених причин смерті обумовлені соціальними умовами та поведінкою, а їх значна диференціацію може свідчити про те, що українські чоловіки є більш соціально вразливими та менш відповідальні до власного здоров'я, ніж жінки. У будь-якому випадку проведе-

ний аналіз дає більш чітку картину щодо гендерної та вікової специфіки смертності в Україні та причин, що її обумовлюють.

Детермінанти смертності населення, як і детермінанти здоров'я загалом, необхідно розмежовувати за низкою ознак. Насамперед за природою впливу: ті, які безпосередньо позначається на рівні смертності та ті, що мають опосередкований вплив. До перших можна віднести доступність та якість медичних товарів та послуг, рівень доходів населення, його освіта тощо. До другої групи належать глобальні та суспільно-політичні детермінанти, наприклад політична обстановка чи розвиток демократії. Друга група належить до детермінант контекстуального рівня, які є базисом для формування детермінант структурного (дохід, освіта, соціальний капітал та ін.) та процесуального рівня (індивідуальна поведінка: харчування, фізична активність, шкідливі звички тощо).

Таблиця 3 – Співвідношення між СКС чоловіків та жінок в Україні та Швеції у 2013 році (за причинами смерті)

Основні причини смертності	20-44			45-59		
	Швеція	Україна		Швеція	Україна	
Інфекційні хвороби	1,74	2,91	1,67	2,77	4,65	1,68
Туберкульоз	0	4,00	–	4,02	4,78	1,19
ВІЛ/СНІД	0,50	2,39	4,78	0	2,37	–
Хвороби системи кровообігу	2,14	3,67	1,71	2,67	3,48	1,30
Ішемічна хвороба серця	4,02	4,70	1,17	3,88	4,13	1,06
Цереброваскулярні хвороби	0,76	2,75	3,62	1,41	2,38	1,69
Злоякісні новоутворення	0,73	0,93	1,27	0,79	1,71	2,16
Рак шлунка	0,68	1,67	2,46	1,1	2,58	2,35
Рак дихання	1,28	3,63	2,84	0,56	0,80	1,43
Зовнішні причини смерті	2,58	5,48	2,12	2,61	5,56	2,13
Суїцид	2,63	6,13	2,33	2,61	5,61	2,15

В рамках дослідження проведено кореляційний аналіз за 2010-2014 рр. між ОСТЖ та СКС серед областей України з одного боку, та основними детермінантами, які можуть визначати рівень їх смертності. Встановлено, що статистично значимі кореляції є між ОСТЖ та рівнем доступності медичних товарів та послуг, особливо забезпеченості лікарями (для чоловіків $r = 0,847$, $p \leq 0,000$; для жінок $r = 0,689$, $p \leq 0,000$), доходами (для чоловіків $r = 0,551$, $p \leq 0,004$; для жінок кореляція статистично не значима), ожирінням (для чоловіків $r = -0,533$, $p \leq 0,006$; для жінок $r = 0,575$, $p \leq 0,003$), споживання алкогольних напоїв (для чоловіків $r = -0,517$, $p \leq 0,008$; для жінок $r = 0,553$, $p \leq 0,004$) та наявністю вищої освіти (для чоловіків $r = 0,481$, $p \leq 0,004$; для жінок кореляція статистично не значима). Схожі результати отримані й для СКС. У даному випадку виявлені такі статистично значимі кореляції між СКС (всі причини смерті) з:

- забезпеченістю лікарями (для чоловіків $r = -0,884$, $p \leq 0,000$; для жінок $r = -0,708$, $p \leq 0,000$);

- споживанням алкогольних напоїв (для чоловіків $r = -0,674$, $p \leq 0,000$; для жінок $r = 0,427$, $p \leq 0,033$)

- доходами (для чоловіків $r = -0,655$, $p \leq 0,000$; для жінок $r = -0,584$, $p \leq 0,005$);

- наявністю вищої освіти (для чоловіків $r = -0,651$, $p \leq 0,000$; ; для жінок $r = -0,479$, $p \leq 0,015$);

- забезпеченістю медикаментами (для чоловіків $r = -0,637$, $p \leq 0,001$; для жінок $r = -0,684$, $p \leq 0,000$);

Тобто СОТЖ чоловіків більшою мірою, ніж жінок, залежить від наявності лікарів та доступності медичної допомоги, що частково пов'язано з їх нижчим рівнем відповідальності за власне здоров'я та більшою надією на медицину, яка має ліквідувати наслідки хвороби. Також для чоловіків більш детермінуючими є рівень грошових доходів та наявність освіти.

Кореляція між СОТЖ чоловіків та грошовими доходами домогосподарств ($r = -0,674$, $p \leq 0,000$) представлена на рис. 6. Залежність достатньо висока, однак насправді вона можливо є ще вищою, адже рівень грошових доходів домогосподарств у чотирьох західних областях України, які мають найвищі показники СОТЖ чоловіків, реально є вищим за ті, які подає Державна Служба статистики України. Такі висновки ґрунтуються на тому, що населення цих областей має більше не облікованих доходів порівняно з іншими областями України, пов'язані з закордонною трудовою міграцією. Дослідження, проведені за останні роки [11; 12], засвідчують те, що в західному регіоні України найвищий рівень трудової еміграції населення, а відтак більші трансферти, частина яких йде на збереження та покращення здоров'я безпосередньо [13], або опосередковано, наприклад на освіту або на покращення житлових умов [14].

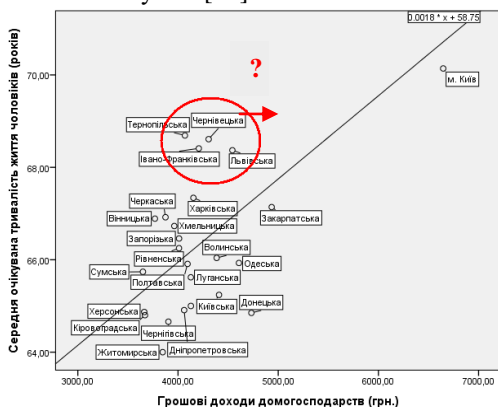


Рисунок 6 – Залежність СОТЖ чоловіків від рівня грошових доходів домогосподарств в Україні

Розрахунок кореляції між СКС (за окремими причинами смерті) та СЕД смертності між областями України (за 2010-2014 рр.) засвічує, що смертність від хвороб систем кровообігу частково залежить від доходів населення, споживання алкогольних напоїв, забезпеченості лікарями, харчування (частки вуглеводів у спожитих продуктах харчування) та забезпеченість медикаментами. Остання

детермінанта є скоріше виключенням з правил, у тому плані, що більш вагоме значення має для здоров'я жінок, ніж чоловіків. В усіх інших наведених прикладах, кореляції вищі для чоловіків.

На інфекційні та паразитарні хвороби найбільш суттєво впливають: наркоманія (вищий для жінок), забруднення атмосферного повітря (вищий для чоловіків), тютюнопаління (вищий для жінок) та частка міського населення (вищий для жінок). Серед окремих причин смерті хвороб цього класу, то СКС від ВІЛ/СНІД залежить від наркоманії (вищий для чоловіків), а СКС від туберкульозу залежить від умов праці (вищий для чоловіків) та рівня бідності, наркоманії, тютюнопаління (тільки для жінок).

Зовнішні причини смерті в Україні визначає передусім рівень доходів. Випадкові отруєння, самоушкодження та деякі інші зовнішні причини смерті більш поширені серед населення із низькими доходами, особливо чоловіків.

СКС від злочи́сних новоутворень найвищий серед жінок у міських поселеннях. Крім місця проживання іншими значимими СЕД є: енергетична цінність харчування (рівень споживання ККАЛ) (найвищий для жінок), доходи та бідність населення, тютюнопаління (усі тільки для жінок).

За результатами розрахунків СКС від хвороб органів дихання залежить від доходів та рівня споживання алкоголю (для чоловіків).

Смертність від хвороб органів травлення, рівень якої в Україні також достатньо високий, корелюється з шкідливими умовами праці, надмірним споживанням алкоголю, тютюнопалінням та ожирінням (чоловіки); тютюнопалінням та ожирінням (жінки).

У багатьох країнах жінки мають більш низькі показники смертності, але, як не парадоксально, повідомляють про більш низький рівень самооцінки свого здоров'я, та, як правило, мають більш високий, порівняно із чоловіками рівень поширеності хвороб (хронічні) та первинної захворюваності. В Україні також рівень захворюваності більше у жінок. Причому так було практично завжди. Аналіз рівня захворюваності серед жінок і чоловіків усіх вікових груп за 2008-2014 роки демонструє не тільки більш високі його показники у жінок, але й незначне збільшення різниці між ними (рис. 7) [10]. Якщо у 2008 році рівень захворюваності серед жінок перевищував рівень захворюваності на 10,3 %, то у 2013 році цей показник становив вже 13,1 %¹. При цьому слід зазначити, що як серед жінок, так і серед чоловіків, починаючи з 2010 року рівень захворюваності знижується.

В структурі первинної захворюваності у жінок та чоловіків суттєво переважають хвороби органів дихання (рис. 8) [10], але у чоловіків їх частка вища – 47 % проти 39 % у жінок. При цьому ці хвороби рідко призводять до інвалідності та мають низьку летальність, чого не скажеш про зовнішні причини захворюваності, які значно більше позначаються на рівні захворюваності чоловіків, ніж жінок.

Загалом найбільша різниця у рівні захворюваності між жінками та чоловіками спостерігається за:

¹ Дані за 2014 р. є не уточненими тому наводяться як ілюстративні.

- хворобами сечостатевої системи (у 4,3 рази більше в жінок);
- хворобами ендокринної системи, розлади харчування, порушення обміну речовин (1,9 рази більше в жінок);
- новоутвореннями (1,6 рази більше в жінок);
- травмами, отруєннями та деякими іншими наслідками дії зовнішніх причин (1,6 рази більше в чоловіків);
- розладами психіки та поведінки (1,6 рази більше в чоловіків).

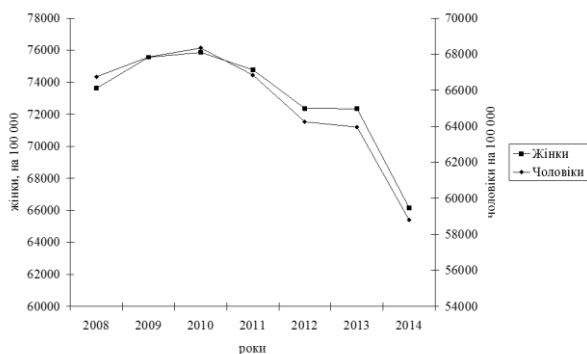


Рисунок 7 – Рівень захворюваності серед чоловіків та жінок в Україні за 2008-2014 роки

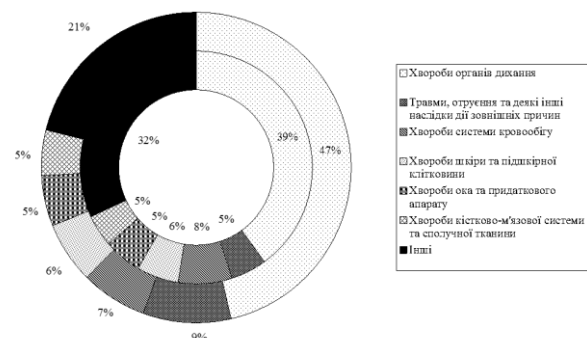


Рисунок 8 – Структура первинної захворюваності у жінок (внутрішнє коло) та чоловіків (зовнішнє коло), 2013 р.

Крім цього, третину диференціації рівня захворюваності між жінками та чоловіками складає вагітність, пологи та післяпологовий період, які відносять до первинної захворюваності та звісно, можуть мати тільки жінки. Тому можна припускати, що захворюваність у жінок більше пов'язана із фізичним здоров'ям та фізіологічними чинниками (хвороби сечостатевої системи та ендокринної системи, вагітність та пологи) у поєднанні з низьким рівнем освіченості в сфері збереження здоров'я серед жінок та недостатній рівень профілактики онкологічних захворювань. (новоутворення). Останній висновок ґрунтується на тому, що четверта частина усіх виявлених новоутворень пов'язана із жіночими фізіологічними особливостями.

Щодо до вперше виявлених злоякісних новоутворень, то їх більше у чоловіків (на 7 %). Значна частина з них припадає на рак трахеї, бронхів і

легень (17,9 %) та рак шлунка (9 %), виникнення яких найбільше пов'язують [15] з низькою відповідальністю за власне здоров'я, наявністю шкідливих звичок (тютюнопаління, надмірне вживання алкоголю тощо).

Інші хвороби, показники яких суттєво вищі у чоловіків також не пов'язані із фізіологією, а більше з умовами праці, шкідливими звичками (зовнішні причини захворюваності) та стресом (розладами психіки та поведінки), тобто висока захворюваність у чоловіків суттєво пов'язана із психологічним здоров'ям.

Окремо варто зупинитись на хворобах, які спричиняють суттєву шкоду здоров'ю, часто приймаючи характер хронічних або прями чи опосередковано (через інші хвороби) призводячи до смерті, вимагають значних фінансових ресурсів з боку держави і при цьому причини яких криються в соціально-економічних та поведінкових детермінантах та низьким рівнем відповідальності за власне здоров'я. Тут суттєво вища захворюваність серед чоловіків:

- наркоманія і токсикоманія (у 8 разів);
- алкоголізм і алкогольні психози (у 6,5 разів);
- активний туберкульоз (у 2,54 рази);
- ВІЛ-інфекція (у 1,5 рази), у т.ч. хворі на СНІД

(1,9 рази).

За останні 15 років досягнуті позитивні результати у зниженні венеричних захворювань, показники яких наближаються до мінімальних, але і тут є різниця не на користь чоловіків.

Усе вищеописане дає підстави стверджувати, що гендерна нерівність у стані здоров'я тісно пов'язана із проблемою детермінації. Напрямок та величина гендерних відмінностей в стані здоров'я змінюються залежно від низки обставин, зокрема життєвим курсом. З віком гендерні відмінності здоров'я трансформуються. Це пов'язано, насамперед, із зміною індивідуальної поведінки (способом життя та праці). Крім цього, на гендерній нерівності позначаються суспільно-політичні обставини, соціально-економічна ситуація тощо.

На рис. 9 узагальнено результати щорічного опитування населення, яке проводить ДССУ України з приводу самооцінки стану його здоров'я. У різних вікових групах існують відмінності в оцінюванні власного здоров'я населенням різної статі, що лише частково пов'язано із фізіологічними чинниками. Зокрема, частка хлопців та чоловіків віком від 14 до 59 років, які оцінюють своє здоров'я як погане, є вищою порівняно із дівчатами та жінками. І лише серед осіб, яким 60 років та старше, які оцінюють своє здоров'я як погане більше жінок. Разом з тим, практично серед усіх вікових груп більша частка чоловіків, які оцінюють своє здоров'я як добре як добре. На нашу думку, насамперед це пов'язано із переоцінкою чоловіками стану власного здоров'я, їх стоїцизмом, а також великим бажанням жінок більше за чоловіків користуватися послугами охорони здоров'я.

Частково це підтверджують результати власного авторського соціологічного обстеження стану здо-

ров'я та його СЕД¹ (рис. 10). Жінки та чоловіки практично однаково високо оцінюють значення СЕД (матеріальний добробут, соціальне середовище) та індивідуальних патерн (способу життя) на власне здоров'я. При цьому жінки дещо вище оцінюють вплив на своє здоров'я СЕД, особливо матеріальний добробут, а чоловіки суттєво вище (на 7,4 пункти) спосіб життя. Жінки також вважають більш важливим для власного здоров'я медичне обслуговування (5,4 пункти). Це свідчить про те, що значна частина чоловіків усвідомлює, що поганий спосіб життя (шкідливі звички, неправильне харчування і т.п.) наносить шкоду їхньому здоров'ю, однак при цьому не змінюють своєї поведінки.

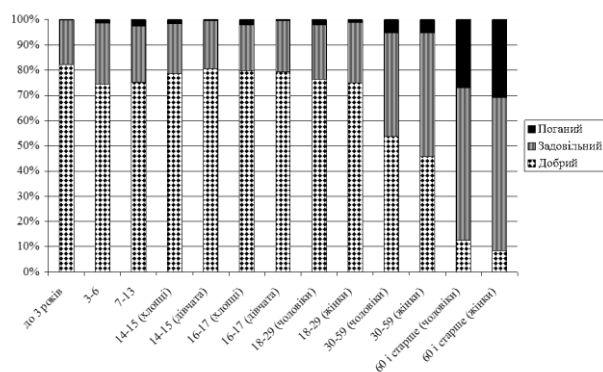


Рисунок 9 – Самооцінка стану здоров'я населенням України залежно від віку та статі

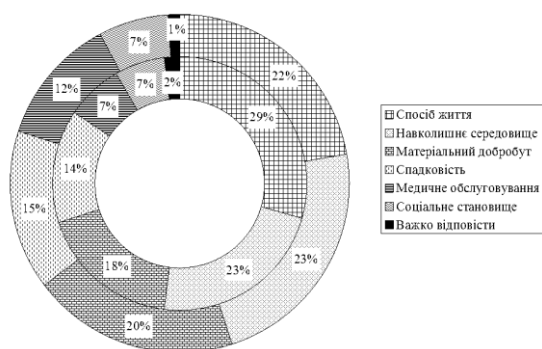


Рисунок 10 – Самооцінка населенням України впливу тих чи інших детермінант на власне здоров'я (внутрішнє коло – чоловіки, зовнішнє – жінки), за результатами дослідження автора

Гендерні відмінності у стані здоров'я населення України пов'язані також з неоднаковою відповідальністю за власне здоров'я між чоловіками та жінками. Соціологічне дослідження, проведене автором, виявило те, що менше половини як чоловіків (47,9 %), так і жінок (47,7 %) вважають, що власне вони несуть відповідальність за власне здоров'я. Попри це, патерналістські настрої у цьому питанні ще існують, хоч і не в тій мірі, в якій були колись. Зокрема, значна частина опитаних вважає що пере-

дусім держава та медичні працівники є відповідальними за їхнє здоров'я. На державу покладається 20,6 % чоловіків та 20,3 % жінок, а на медичних працівників 19,0 та 20 % відповідно. Такі установки, на жаль, не сприяють покращенню здоров'я.

Різниця у відповідальності за своє здоров'я між українськими чоловіками та жінками найбільше проявляється у віковому інтервалі від 16 до 29 років. Припущення що серед молоді значно більше відповідальних за власне здоров'я не відповідає дійсності. Жіноча частина населення цього вікового інтервалу, дещо більше за чоловічу, покладає відповідальність за власне здоров'я на медичних працівників. Чоловіча ж у свою чергу на себе, роботодавців та членів сім'ї. Взагалі чоловіки більш схильні перекидати відповідальність за власне здоров'я на жінок у родині: матерів чи дружин. У будь-якому випадку важливим моментом дослідження поглядів на відповідальність за здоров'я серед населення віком 16-29 років є те, що молоде покоління, хоч і не в тій мірі, як їх батьки, але теж вважає, що за їхнє здоров'я має відповідати держава. Звісно роль держави у системі охорони здоров'я є важливою, насамперед вона пов'язана адміністративними, організаційними, координуючими та контролюючими функціями. Однак нести відповідальність за індивідуальну поведінку людини за власне здоров'я у повному обсязі держава не може.

Підтвердженням того, що чоловіки є менш відповідальні за власне здоров'я, ніж жінки, є те, що вони більше схильні до шкідливих звичок (тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків). Зокрема, за даними опитування, чоловіків, які палять у чотири рази більше, ніж жінок (47,7 % проти 11,9 %). Чоловіків, які вживають міцні спиртні напої та пиво також значно більше, практично в три рази. Так само серед чоловіків більша частка тих, хто вживає наркотичні речовини не в медичних цілях у різних формах (паління, таблетки, ін'єкції).

Додатковим підтвердженням нижчої відповідальності чоловіків порівняно із жінками за власне здоров'я є рівень звернень по медичну допомогу в разі настання хвороби. За даними авторського дослідження серед опитаних жінок лише 2,1 % ніколи не звертаються за медичною допомогою, навіть тоді, коли у цьому є потреба (рис. 11). Серед опитаних чоловіків ця частка суттєво більша – 7,6 %. Ще 25,6 % чоловіків переважно не звертаються за медичною допомогою (жінок – 18,1 %). Відповідно 45,5 % жінок завжди або переважно звертаються за медичною допомогою, у той час як таких чоловіків лише 34 %. Наведені дані можуть свідчити не лише про низьку відповідальність чоловіків за власне здоров'я, але і про:

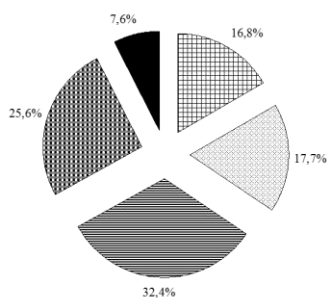
- низький рівень довіри до української системи охорони здоров'я. Серед опитаних 13,0 % жінок і 13,7 % чоловіків мають сумніви в кваліфікації медичного персоналу;

- брак коштів на лікування, адже по при задекларовану державою безкоштовну медицину значна частина послуг є платною (офіційно чи неофіційно). Через скрутне матеріальне становище не відвідували медичний заклад під час хвороби 24,8 % жінок та 18,0 % чоловіків.

¹ Опитано 1200 респондентів з усіх регіонів України (за винятком тимчасово окупованої АР Крим). Вибіркова сукупність – випадкова, стратифікована за статеві-віковими групами (особи від 18 років і старші), типом населеного пункту (місто / селище міського типу / село) та областями.



Жінки (N = 657)



Чоловіки (N = 543)

Рисунок 11 – Частота звернень по медичну допомогу у випадку захворювання

Існують також інші причини, які однак не можуть у повній мірі пояснити відмінності у зверненні чоловіків та жінок до медичних закладів, адже їх показники приблизно однакові в обох статей. А за деякими, такими як матеріальне становище, ці показники гірші в жінок. Тому, на наше переконання, низький ступінь відвідуваності чоловіками під час хвороб медичних закладів викликаний нижчим рівнем освіченості в сфері охорони власного здоров'я серед чоловіків (4,5 % чоловіків зовсім не отримують інформації щодо охорони здоров'я (серед жінок – 2,0 %)) та їх низькою відповідальністю за власне здоров'я.

Найбільш швидко посилити відповідальність за власне здоров'я серед населення може запровадження страхової медицини. Страхові компанії будуть зацікавлені у тому, щоб їх клієнти хворіли менше та не мали важких ускладнень, тому активно поширюватимуть знання щодо охорони власного здоров'я та запровадженню регулярні медичні профілактичні огляди, які, з одного боку, посилять відповідальність населення за своє здоров'я, а з іншого, зменшать рівень смертності, адже дозволять виявляти важкі хвороби на ранніх стадіях.

ВИСНОВКИ. Наведені результати свідчать про те, що:

1. Стан здоров'я населення України, незважаючи на певне покращення за 2006-2013 рр. залишається незадовільним. Особливо гострою є проблема із над смертністю чоловіків працездатного віку, яка в Україні більше за Швецію в 4,5 рази.

2. Існують певні відмінності у детермінантах, які обумовлюють стан здоров'я чоловіків та жінок в Україні. Одні є більш визначальними для чолові-

ків, інші – для жінок, а є такі, що мають приблизно однаковий ступінь впливу.

3. Одну з визначальних ролей для здоров'я населення України має дохід. Бідне населення має більшу ймовірність померти при захворюваннях системи кровообігу та органів дихання, через зовнішні причини. Особливо це стосується чоловіків. Це пов'язано з тим, що вони більше зайняті у шкідливих умовах праці, проживають у гірших умовах, а також схильні до випадкових отруєнь та самоушкоджень, порівняно із жінками.

3. Освіта також є вагомим детермінантом здоров'я, особливо чоловіків. Такі висновки, пов'язані із проведеними розрахунками, які демонструють більш високою кореляцією між рівнем освіти та СКС власне серед чоловіків, ніж жінок.

4. Критичний стан медицини в Україні, брак медичних працівників в певних регіонах та місцевостях, недостатній рівень фінансування, який не забезпечує безкоштовного лікування в повному обсязі, яке задеклароване в Конституції України, залишаються одними з основних детермінант смертності населення та СОТЖ. Важливим також є метальний момент даної проблеми. Він полягає у тому, що переважна частина населення не звикла нести відповідальність за власне здоров'я та покладається у цьому питанні на медицину. Одним із засобів примусити населення бути відповідальним – це запровадження обов'язкового медичного страхування. Досвід інших країн показує, що страхові компанії зацікавлені у випереджальній ролі медицини щодо хвороби. Застрахованих осіб зобов'язують робити профілактичні огляди, під час яких можна виявити початкові стадії хвороби або схильність до неї.

Крім цього, одним із завдань держаної політики у сфері охорони здоров'я є зміна стереотипів перекладання відповідальності за здоров'я на медицину та поширення серед населення знань з приводу збереження індивідуального здоров'я та поширення адаптивної інформації про ризики для здоров'я. Важливу у цьому має відігравати той самий лікар, тобто в його функції має входити не тільки ліквідація наслідків хвороби, а її насамперед її попередження. Запровадження «сімейної медицини», що було покладено в основу реформування медичної галузі в Україні останніми роками не тільки не покращило ситуації, але й певним чином її погіршало, знизивши доступність медичної допомоги. Головна ж проблема, на нашу думку, полягає у тому, що українські сімейні та інші лікарі невмотивовані у проведенні профілактичних бесід із пацієнтами. Крім низької оплати праці в них для цього ще й бракує часу, значна частина якого припадає на письмове заповнення документації.

5. Проявом відповідальності за власне здоров'я є соціальні патерни індивідуальної поведінки щодо власного здоров'я. Відсутність шкідливих звичок та інших проявів асоціальної поведінки значно знижує ризик смертності населення та росту СОТЖ. Високий рівень споживання алкоголю є причиною високої смертності насамперед чоловіків від хвороб системи кровообігу, травлення, дихання та зовнішніх причин смертності та жінок від хвороб систем кровообігу. Тютюнопаління більше позначається на здоров'ї та

смертності жінок від злоякісних новоутворень, хвороб органів дихання та травлення. Наркоманія, як відома є однією з причин поширення ВІЛ інфекції як серед чоловіків, так і серед жінок.

6. Політика в сфері охорони здоров'я населення України по-перше, повинна мати гендерну спрямованість, а по-друге, орієнтуватись на детермінанти, які визначають стан здоров'я чоловіків та жінок в сучасних умовах. Першочерговим завданням мають бути вжиті заходи щодо скорочення нерівності серед населення у доходах, освіті, доступності медичних товарів та послуг, індивідуальної відповідальності за власне здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization 2016 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf?ua=1
2. Лібанова Е. М. Низька тривалість життя населення – основний прояв тотальної демографічної кризи в Україні // Журн. АМН України. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 411–447.
3. Wisser O., Vaupel J.W. The sex differential in mortality: A historical comparison of the adult-age pattern of the ratio and the difference. – Rostock: MPIDR Working Paper WP, 2014. – 18 p.
4. Luy M. Causes of male excess mortality: insights from cloistered populations // Population and Development Review. – 2003. – № 29(4). – P. 647–676.
5. Рингач Н.О. Проблема надсмертності чоловіків в Україні: гендерний аналіз у державному управлінні охороною громадського здоров'я // Стратегічні пріоритети. – № 3(8). – 2008. – С. 142–148.
6. Case A., Paxson C. Sex differences in morbidity and mortality //Demography. – № 42 (2). – 2005. – P. 189–214.
7. Gender Differences in the association between morbidity and mortality among middle-aged men and women / A. Singh-Manoux, A. Guéguen, J. Ferrie, M. Shipley, P. Martikainen, S. Bonenfant, M. Gol-dberg, M. Marmot //Am J Public Health. – № 98 (12). – 2008. – P. 2251–2257.
8. Гендерная политика ВОЗ: Включение гендерных перспектив в работу ВОЗ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/Russianwhole.pdf>.
9. European Health for All database (HFA-DB) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>.
10. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
11. Шушпанов П.Г., Брич В.Я. Трудова міграція населення регіону: монографія. – Тернопіль: ТНЕУ, 2014. – 160 с.
12. Соціально-економічні та етнокультурні наслідки міграції для України: зб. матеріалів наук.-практ. конф. (Київ, 27 вересня 2011 р.) / упоряд. О.А. Малиновська. – К.: НІСД, 2011. – 344 с.
13. Лібанова Е.М. Міграційні трансферти, бідність і нерівність в Україні // Соціально-економічні та етнокультурні наслідки міграції для України: зб. матеріалів наук.-практ. конф. (Київ, 27 вересня 2011 р.) / упоряд. О.А. Малиновська. – К.: НІСД, 2011. – С. 15–25.
14. Овчарова Л.П. Приватні грошові перекази і розвиток економіки // Соціально-економічні та етнокультурні наслідки міграції для України: зб. матеріалів наук.-практ. конф. (Київ, 27 вересня 2011 р.) / упоряд. О.А. Малиновська. – К.: НІСД, 2011. – С. 105–114.
15. Попередження онкологічних захворювань [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/onko.pdf>.
16. Шушпанов Д.Г. Гендерна складова соціально-економічних детермінант здоров'я населення // Науковий вісник Полтавського університету споживчої кооперації України. Серія: економічні науки. – Полтава, 2013. – № 2 (58) – С. 130–135.

INEQUALITY IN HEALTH STATUS OF UKRAINE'S POPULATION: GENDER SPECIFICATION

D. Shushpanov

Ternopil National Economic University

vul. Lvivska, 11, Ternopil, 46009, Ukraine. E-mail: shdg2011@gmail.com

Purpose. To determine the extent of gender inequality in the health status of Ukraine's population, identify determinants that determine and justify the areas of public policy for their improvement. **Methodology.** Author have used methods of comparison and standardization to assess the depth of gender inequalities in mortality rate in Ukraine. Sweden is chosen for standard as the European country that has made considerable progress in implementing of the social justice policy, the establishment of high standards of living and reducing of inequalities in the population health status. The results of the author's sociological survey conducted in August 2015 are used to determine the characteristics of sex differences in morbidity and its determinants. The purpose of the survey – to identify the socio-economic determinants that determine the current state of health of Ukraine. The 1,200 respondents from all regions of Ukraine (except temporarily occupied Crimea are polled). The sample is random, stratified by sex and age groups (18 years old persons and older), type of settlement (city / urban village / village) and region. Method of realization is an interview. **Results.** The estimation of gender inequality of Ukraine's population health status is made: life expectancy, standardized death rates from all causes and certain death reasons, incidence and prevalence of disease. The degree of inequality in mortality among men and women is determined by comparing of its performance between Ukraine and Sweden in the period of 30-50 years. The causes of mortality rates which substantially higher in Ukraine between men and women are identified, the determinants that causes such inequalities are found out. They were inequalities in income, education, avail-

ability of doctors and medicines, and others. In the work you can find some author results of the survey on Ukraine's population health status and determinants that define it. There are data, which show a significant dependence on the men and women health on the social patterns of behaviour and significantly different responsibility for their own health. The ways of improvement of the gender component of healthcare outlined policy. **Originality.** The current structural features of gender inequalities in health status of Ukraine's population are conducted in the research. The determinants that lead to these structural features are revealed by using copyright poll. **Practical value.** Conducted in the study estimation of the degree of influence of determinants of gender inequality on health status of Ukraine's allows to specify the areas of public policy in health care. References 16, tables 3, figures 11.

Key words: inequality, health, gender, mortality, morbidity.

REFERENCES

1. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals (2016), available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf?ua=1 (accessed June 1, 2016).
2. Libanova, E.M. (2007), "Low life expectancy - the main manifestation of total demographic crisis in Ukraine", *Zhurn. AMN Ukrainy*, vol. 13(3), pp. 411–447.
3. Wisser, O. (2014), *The sex differential in mortality: A historical comparison of the adult-age pattern of the ratio and the difference*, Rostock: MPIDR Working Paper.
4. Luy, M. (2003), "Causes of male excess mortality: insights from cloistered populations", *Population and Development Review*, no. 29(4), pp. 647–676.
5. Ryngach, N.O. (2008), "The problem of male mortality in Ukraine: gender analysis in government public health", *Stratehichni priorytety*, 3(8), pp. 142–148.
6. Case, A. (2005), "Sex differences in morbidity and mortality", *Demography*, no. 42(2), pp.189–214.
7. Singh-Manoux, A. (2008), "Gender Differences in the association between morbidity and mortality among middle-aged men and women", *Am J Public Health*, no. 8(12), pp. 2251–2257.
8. WHO Gender Policy: The inclusion of gender perspectives into the work of WHO (2016), available at: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/Russianwhole.pdf> (accessed June 1, 2016).
9. European Health for All database (HFA-DB) (2016), available at: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db> (accessed June 1, 2016).
10. State Statistics Service of Ukraine (2016), available at: <http://www.ukrstat.gov.ua>, (accessed June 1, 2016).
11. Shushpanov, P.G., Brych, V.Ya. (2014), *Trudova mihratsiia naseleennia rehionu* [Labour migration in the region], TNEU, Ternopil, Ukraine.
12. Socio-economic and ethno-cultural consequences of migration for Ukraine (2011), Kyiv, NISD.
13. Libanova, E.M. (2011), "The migration transfers, poverty and inequality in Ukraine", *Socio-economic and ethno-cultural consequences of migration for Ukraine*, Kyiv, NISD, pp. 15–25.
14. Ovcharova, L.P. (2011), "Private remittances and economic development", *Socio-economic and ethno-cultural consequences of migration for Ukraine*, Kyiv, NISD, pp.105–114.
15. Preventing cancer, available at: <http://www.unicef.org/ukraine/ukr/onko.pdf>. (accessed June 1, 2016).
16. Shushpanov, D.G. (2013), "Gender component of social and economic determinants of health", *Naukovyi visnyk Poltavskoho universytetu spozhyvchoi kooperatsii Ukrainy*, no. 2 (58), pp. 130–135.

Стаття надійшла 11.05.2016.