

О. А. Федько,
докторант кафедри управління охороною суспільного здоров'я,
НАДУ при Президентіві України, кандидат медичних наук

РЕЗЕРВИ ПОЛІПШЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАСОБАМИ УПРАВЛІНСЬКОГО ВПЛИВУ НА ФОРМУВАННЯ СУЧАСНОЇ КУЛЬТУРИ САМОЗБЕРЕЖЕННЯ З УРАХУВАННЯМ ТРАНСФОРМАЦІЇ ЖИТТЄВИХ ЦІННОСТЕЙ

У статті досліджено вплив особистих цінностей на формування культури самозбереження у різних умовах суспільного розвитку та оцінено резерви поліпшення суб'єктивного самопочуття за різними напрямками управлінського впливу. Запропоновано структурні моделі формування суб'єктивного здоров'я у різному соціально-культурному та економічному середовищі.

In the article the influence of personal values on the development of the culture of self-care in conditions of different levels of social development is investigated, and backlogs of improvement of subjective health due to different directions of administrative influence are explored. The structural models of the development of subjective health in a various socio-cultural and economic environment are offered.

*Ключові слова: управління охороною здоров'я, життєві цінності, самозбереження, суб'єктивне здоров'я.
Key words: public health administration, personal values, self-care, subjective health.*

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Прискорення переорієнтації української охорони здоров'я на первинну медичну допомогу значною мірою виправдовується не тільки економічними міркуваннями, але й тією роллю, яку вона має відігравати у формуванні культури самозбереження населення. Система первинної медичної допомоги покликана задовольняти ширше коло потреб населення, серед яких провідне місце поряд з поліпшенням і підтримкою здоров'я посідає стимуляція самозбережувальної активності. Формування раціональних настанов і навичок у цій сфері є особливо актуальним, оскільки, як показують численні дослідження, рівень самозбереження українського населення є традиційно нижчим порівняно з іншими європейськими країнами. У цьому зв'язку важливим завданням управ-

ління первинною медичною допомогою є забезпечення інституційних та організаційних передумов створення у її межах системи формування самозбережувальної культури населення. Виконання такого завдання неможливе без усвідомлення впливу соціокультурного процесу зміни цінностей на соціально-психологічні механізми формування особистісного ставлення і реалізації індивідуальної поведінки стосовно здоров'я.

Метою даної статті є вивчення впливу особистих цінностей на формування культури самозбереження у різних умовах суспільного розвитку та оцінка резервів поліпшення суб'єктивного самопочуття за різними напрямками управлінського впливу на суспільну систему регуляції ставлення і поведінки населення щодо самодопомоги, самолікування та само-

профілактики¹ з урахуванням трансформації життєвих цінностей.

ПОПЕРЕДНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Вивченню проблеми трансформації життєвих цінностей українців у рамках Європейського соціального обстеження присвячені роботи провідних українських соціологів Є.Головахи, А.Горбачика, Н.Паніної та ін. [1]. Детальний аналіз структури й динаміки особистих цінностей наших співвітчизників у порівнянні з представниками інших європейських країн на матеріалах ЄСО здійснений також у низці досліджень В.Магуна і М.Руднева [2; 3; 4]. Проте проблема, пов'язана з трансформацією цінностей, зміною переконань, ставлень і поведінкових стереотипів, зокрема стосовно самозбереження, залишається не вивченою.

Дослідження здійснене на матеріалах Європейського соціального обстеження (ЄСО, ESS) [5]. Вторинна вибірка включає дані другого (2005 р.) раунду обстеження у 25 країнах Європи і становить у цілому 47537 респондентів. Увесь масив розбитий на 3 підвибірки за ознакою приналежності до різних суспільних систем: підвбірка 1 — представники розвинутих країн Північної, Південної, Західної та Центральної Європи (n=34323); підвбірка 2 — представники колишніх соціалістичних країн Східної Європи (n=11183); підвбірка 3 — представники України (n=2031)². Статистичний аналіз здійснений у програмі STATA 9.2. Для відновлення відсутніх даних були застосовані процедури множинної імпутації засобами ланцюгових рівнянь (модулі ICE та MICOMBINE) з залученням усіх змінних, що вивчалися.

Залежною змінною була обрана суб'єктивна оцінка здоров'я (шкала від 1 — "дуже добре" до 5 — "дуже погано"). Як незалежні змінні проаналізовані: бальні оцінки переліку з 21 непрямого судження стосовно життєвих цінностей з анкети "портрету цінностей", розробленої Ш.Шварцем [6] (шкала від 1 — "дуже схожий на мене" до 6 — "зовсім не схожий на мене"), та відповіді респондентів на 7 запитань щодо їх ставлення та поведінки стосовно самопомог, самолікування та самопрофілактики.

Попередня статистична обробка та групування змінних, що характеризують життєві цінності, здійснювалися за методикою, запропонованою Ш.Шварцем [7]. Докладно ця процедура описана у згаданих роботах В.Магуна і М.Руднева. У даній статті основним об'єктом аналізу є міра пріоритетності тієї або іншої цінності у індивідуальній ціннісній ієрархії респондента. Значення ціннісних індексів при цьому можуть бути як негативними, так і позитивними. Негативна величина означає,

що значущість даної цінності нижча за середню значущість усіх цінностей, що характерна для даного індивіда; позитивна ж величина означає, що ця значущість є вищою за середню. У своїх дослідженнях Ш.Шварц показав, що 21 портретну характеристику врешті можна поділити у 4 категорії цінностей: (I) влада, (II) інноваційність, (III) просоціальність і (IV) традиційність. У свою чергу, пари цих категорій взаємно пов'язані зворотними співвідношеннями: із зростанням значущості однієї категорії цінностей значущість іншої знижується. До категорії "традиційність" відносяться цінності безпеки, комфортності й традицій, до протилежної за змістом категорії "інноваційність" — самостійність, стимуляція та гедонізм. Ці дві категорії утворюють першу ціннісну вісь: "традиційність — інноваційність". Друга вісь "влада — просоціальність" відображає опозицію ціннісних категорій самоствердження (цінності влади-багатства і досягнення) та просоціальності (цінності універсалізму і доброзичливості).

Сім змінних, що характеризують ставлення і поведінку щодо самозбереження, після застосування факторного аналізу як процедури визначення складу основних груп (табл. 1), засобом простої суми балів були поєднані у 3 групи — самопомог, самолікування та самопрофілактики.

РЕЗУЛЬТАТИ І ОБГОВОРЕННЯ

Основною гіпотезою дослідження є змінюваність характеру взаємозв'язку між суб'єктивним здоров'ям та настановами і поведінкою щодо самозбереження у процесі трансформації життєвих цінностей. Тут самозбереження розуміється як комплекс дій, спрямованих на підтримку і поліпшення фізичного і психічного здоров'я, задоволення соціальних і психологічних потреб, запобігання хворобам і травмам, уникання невиправданого ризику, самогляд і самостійне медикаментозне лікування при легких розладах здоров'я або хронічних станах та відновлення здоров'я і задовільного самопочуття після гострої хвороби або виписки з лікарні.

За визначенням Р.Інглехарта [8], трансформація цінностей є об'єктивним наслідком зростання економічного добробуту і є невід'ємною складовою економічного і соціального прогресу: з підвищенням матеріальної забезпеченості, соціальної стабільності та безпеки екзистенційні, матеріалістичні цінності втрачають свою актуальність і на перше місце висуваються цінності самореалізації.

З підвищенням економічного розвитку дедалі вище цінуються просоціальність та інноваційність, у той час як цінності безпеки, приналежності й визнання відходять на другий план. Коефіцієнт кореляції Пірсона r

¹ Самопоміа — дії хворого, спрямовані на полегшення його стану при виникненні тих або інших симптомів у період загострення хвороби до моменту обов'язкового звернення до лікаря. Самолікування — використання ліків для лікування порушень і усунення симптомів, визначених ним самим. Воно також включає лікування членів сім'ї, у тому числі дітей. Розрізняють відповідальне і безвідповідальне самолікування. Відповідальне самолікування визначається ВООЗ як свідоме вживання пацієнтами лікарських засобів, що знаходяться у вільному продажу, з метою профілактики або лікування легких розладів здоров'я. Таке самолікування передбачає споживання безрецептурних ліків, які є спеціально розробленими для використання без додаткового медичного нагляду, супроводжуються детальною інструкцією щодо дозування і режиму вживання, є гарантовано ефективними і безпечними за умови дотримання інструкції. Безвідповідальним самолікуванням є придбання і вживання не прописаних лікарем рецептурних ліків. Самопрофілактика — вжиття населенням заходів щодо поліпшення якості життя, зниження ризику загострення захворювання, виявлення симптомів захворювання на ранній стадії для запобігання розвитку хвороби або зменшення проявів її симптомів, запобігання рецидивам захворювання або переходу його у легшу форму.

² Детальну інформацію щодо програми обстеження, процедури формування та основних параметрів вибірок можна отримати на офіційному сайті ESS: <http://www.europeansocialsurvey.org>

Таблиця 1. Характеристики факторної моделі ставлення і поведінки стосовно самозбереження

Характеристики ставлення і поведінки стосовно самозбереження	Операціональні змінні, що відповідають характеристикам ставлення і поведінки стосовно самозбереження	Факторні навантаження:		
		1*	2	3
Ставлення до консультацій з лікарем з приводу фармакотерапії	Якщо у Вас виникають проблеми зі здоров'ям, як часто Ви надаєте перевагу лікам, що виписані лікарем, а не тим, які можна купити без рецепту? (шкала від 1 – «завжди або майже завжди» до 5 – «ніколи або майже ніколи»)	-0,15	-0,26	0,71
Ставлення до рекомендацій лікаря під час фармакотерапії	Коли останній раз лікар виписав Вам ліки, яких Ви раніше не вживали, що ви зробили з цим рецептом? (шкала від 1 – «я вжив ліки точно так, як було призначено» до 5 – «я не можу згадати останній випадок»)	0,24	0,04	0,46
Дотримання регулярності прийому ліків	Чи регулярно Ви приймаєте які-небудь ліки, виписані для Вас? (шкала від 1 – «так» до 2 – «ні»)	0,81	-0,10	0,08
Відповідальність самолікування	Як часто протягом останніх 5 років Ви вживали або використовували ліки, виписані іншим людям? (шкала від 1 – «жодного разу за останні 5 років» до 4 – «чотири рази або більше»)	0,00	-0,70	0,12
Дотримання регулярності контактів з лікарем	Скільки разів за останні 12 місяців Ви зверталися до лікаря? (шкала від 1 – «понад 10 разів» до 5 – «жодного»)	0,82	0,04	0,13
Ставлення до вживання препаратів, призначених не для лікування хвороб	Наскільки Ви схвалюєте чи не схвалюєте, коли в цілому здорові люди вживають лікарські засоби для зменшення ваги, росту волосся, підвищення потенції і т.ін.? (шкала від 1 – «зовсім не схвалюю» до 5 – «цілком схвалюю»)	0,06	-0,72	-0,13
Ставлення до контактів з медичними фахівцями при виникненні звичних проблем зі здоров'ям	При виникненні головного болю або болю у горлі чи спині, або при проблемах зі сном до кого Ви насамперед звернетеся по пораду або лікування, якщо звернетеся до когось взагалі? (шкала від 1 – «до лікаря» до 8 – «ні до кого»)	0,16	0,15	0,64
Пояснена дисперсія		1,44	1,11	1,19
Частка поясненої дисперсії		0,21	0,16	0,17

*1 — фактор самопомоги; 2 — фактор самолікування; 3 — фактор самопрофілактики.

($p < 0,05$; $N = 47457$) між певною групою цінностей і середньодушовою паритетною купівельною спроможністю становить: для цінностей влади і визнання $r = 0,10$; для інноваційних цінностей $r = -0,11$; для просоціальних цінностей $r = -0,10$ та для традиційних цінностей $r = 0,12$.

Проте, крім економічного добробуту, на стан і трансформацію системи цінностей людини впливає комплекс її індивідуальних характеристик та життєвих обставин (табл. 2).

Так, вік людини проявляється у її ціннісних орієнтаціях у вигляді когортного ефекту (для літніх людей, які пережили історичні періоди війн, соціальних конфліктів і матеріальних труд-

ззовні нав'язаних норм і традицій.

Хронічна хвороба або інвалідність знижують силу, енергію, швидкість когнітивних процесів, пам'ять і гостроту відчуттів. Хоча виникнення й темп такого зниження значно розрізняються, у більшості випадків цей про-

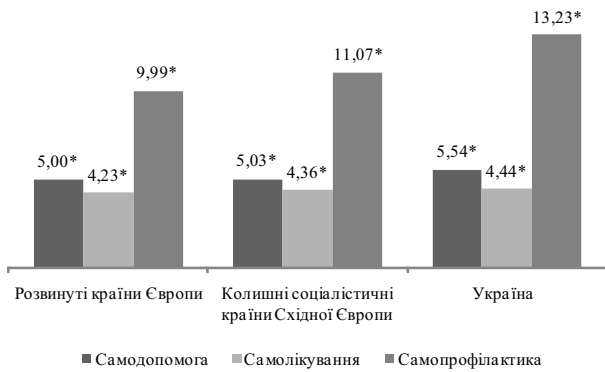
нощів відбудови, характерні матеріалістичні цінності, а для молоді, яка не зазнала подібних випробувань, — постматеріалістичні та ефекту життєвого періоду (у період юнацького пошуку найбільш вагомими є інноваційні цінності, під час формування кар'єри — цінності визнання, у процесі формування і розвитку сім'ї — цінності стабільності, у передпенсійному і пенсійному періоді — цінності безпеки і т. ін.).

Вплив гендеру на систему цінностей проявляється у більшій схильності жінок до цінностей спілкування, приналежності, стабільності й безпеки на противагу чоловікам, яким більш притаманні цінності визнання, влади та авантюризму. Освіта через інтелектуальну відкритість і гнучкість, зазвичай, сприяє розвитку цінностей свободи і самовираження. Натомість інтелектуальна обмеженість призводить до покірливого прийняття

Таблиця 2. Рівень і напрям статистичного зв'язку (коефіцієнт кореляції Пірсона r) між ціннісними орієнтаціями та окремими індивідуальними ціннісними категоріями ($N = 45092$, $p < 0,05$)

Цінності	Вік	Стать*	Освіта	Фізичне здоров'я**	
Цінності влади	Влада	0,16	0,11	0,02	0,08
	Визнання	0,28	0,11	-0,05	0,15
Інноваційні цінності	Незалежність	0,16	0,07	-0,16	0,11
	Стимуляція	0,38	0,10	-0,09	0,18
	Гедонізм	0,32	0,08	-0,05	0,18
Просоціальні цінності	Універсалізм	-0,05	-0,07	-0,06	0,00
	Доброчливість	0,00	-0,09	-0,01	0,03
Традиційні цінності	Конформність	-0,23	-0,02	0,12	-0,09
	Традиційність	-0,25	-0,07	0,19	-0,10
	Безпека	-0,14	-0,08	0,15	-0,07

Тут і далі * ч.=1, ж.=2; **шкала від 1 ("не маю проблем зі здоров'ям") до 3 ("маю серйозні проблеми зі здоров'ям")



(* — наявність статистично вірогідних відмінностей між відповідними групами при $p < 0,05$)

Рис. 1. Середні бальні оцінки за показниками культури самозбереження для респондентів з України та інших регіонів Європи

цес є незворотним. З виникненням хронічного захворювання або інвалідності на перший план висуваються цінності безпеки, оскільки безпечне і передбачуване середовище є головною передумовою уповільнення процесів руйнування. З цим пов'язана також прихильність до традицій, що забезпечує існування в звичних, а тому менш вимогливих та небезпечних умовах. Фізична слабкість або хвороба детермінують відмову від гедонізму, оскільки притуплення відчуттів знижує здатність насолоджуватися плотським задоволенням. Нижче цінуються також досягнення і влада через те, що фізично слабка людина меншою мірою здатна успішно виконувати складні завдання й отримувати суспільне схвалення.

Своєрідним продовженням впливу пов'язаних зі здоров'ям чинників на ціннісні і мотиваційні орієнтації є відмінності у ставленні і поведінці стосовно самозбереження серед представників різних суспільних систем. Виходячи з даних рис. 1, слід зазначити, що культура самозбереження населення знижується зі зниженням рівня економічного і соціального розвитку країни.

Коефіцієнт кореляції Пірсона r ($p < 0,05$; $N=47464$) між середньодушовою паритетною купівельною спроможністю і культурою самозбереження становить: для самопомоги $r=-0,06$; для самолікування $r=-0,05$; для

самопрофілактики $r=-0,04$. Кореляційний аналіз індивідуальних характеристик та ставлення і поведінки стосовно самозбереження (табл.3) очікувано вказує на прямий зв'язок самозбережувальної поведінки з віком, гендером та рівнем освіти.

Низьку культуру самозбереження демонструють особи, які через молодий вік не мають досвіду хронічної хвороби і при виникненні проблем зі здоров'ям схильні нехтувати порадами лікаря, покладаючись на власну інтелектуальну й фізичну спроможність швидкого подолання цих проблем. Переважання представників сильної статі пов'язане не лише з меншою порівняно з жінками схильністю чоловіків зважати на фізичні нездужання, а й зі структурним чинником підвищеної уваги до здоров'я жінок з боку системи охорони здоров'я. Виходячи з рівня статистичного зв'язку між окремими видами самозбережувальної поведінки і наявністю хронічних хвороб або інвалідності, можна зробити висновок, що навіть актуальна загроза здоров'ю є приводом лише для підвищення дисципліни самопомоги, залишаючись слабким стимулом для раціоналізації самолікування і самопрофілактики.

Будучи похідними особливостей соціалізації, життєвого досвіду та об'єктивних життєвих обставин, індивідуальні цінності, переконання і ставлення, у свою чергу, виступають потужними мотиваційними чинниками, які визначають поведінку індивіда у конкретних ситуаціях та певним чином впливають на його об'єктивні характеристики. Так, стан об'єктивного і суб'єктивного здоров'я слід вважати не тільки фактором, але й наслідком життєдіяльності у координатах індивідуальної системи цінностей та відповідної культури самозбереження, яка формується під дією цієї системи.

На наступному етапі дослідження здійснювалось моделювання зв'язку між життєвими цінностями і культурою самозбереження у процесі формування об'єктивного й суб'єктивного здоров'я. З цією метою було побудовано серію структурних моделей, з числа яких обрано модель, відображену на рис. 2. Параметри структурних моделей для різних суспільств у цілому підтверджують вихідну гіпотезу про наявність суспільно детермінованого ієрархічного зв'язку між життєвими цінностями, культурою самозбереження та статусом здоров'я (табл. 4).

Найважливішою і найбільш очевидною закономірністю прямого впливу цінностей на об'єктивне здоров'я у контексті суспільного розвитку є рух від детермінованості поганого здоров'я цінностями влади і традицій у розвинутих суспільствах до визначеності такого статусу здоров'я цінностями інновацій і просоціальності — у менш розвинутих суспільствах. Суб'єктивне визначення негативного статусу здоров'я в усіх спільнотах знаходиться під впливом традиційних цінностей при тому, що у розвинутих європейських суспільствах цей вплив є найсильнішим.

Важливою особливістю непрямого впливу цінностей на суб'єктивне здоров'я через культуру самозбереження є помітне

Таблиця 3. Рівень і напрям статистичного зв'язку (коефіцієнт кореляції Пірсона r) між ставленням і поведінкою щодо самозбереження та окремими індивідуальними характеристиками ($N=45092$, $p < 0,05$)

Ставлення і поведінка щодо самозбереження		Вік	Стать	Освіта	Фізичне здоров'я
Самодопомога	Дотримання регулярності прийому ліків	-0,38	-0,12	0,10	-0,35
	Дотримання регулярності контактів з лікарем	-0,24	-0,14	0,10	-0,36
Самолікування	Відповідальність самолікування	-0,09	-0,01	-0,03	0,01
	Ставлення до вживання препаратів, призначених не для лікування хвороб	-0,12	0,02	0,04	-0,02
Самопрофілактика	Ставлення до консультацій з лікарем з приводу фармакотерапії	-0,08	0,03	0,07	-0,03
	Ставлення до рекомендацій лікаря під час фармакотерапії	-0,07	-0,03	0,03	-0,04
	Ставлення до контактів з медичними фахівцями при виникненні звичних проблем зі здоров'ям	-0,14	-0,03	0,10	-0,06

посилення впливу на останню ціннісних орієнтацій порівняно з об'єктивним станом здоров'я зі зниженням рівня суспільного розвитку. Інакше кажучи, в умовах несформованої культури самозбереження самооцінка здоров'я регулюється переважно ціннісними уподобаннями на шкоду об'єктивному стану речей, що, врешті, є непрямим проявом нехтування здоров'ям, притаманного постсоціалістичним суспільствам.

Для ціннісної осі "Влада — просоціальність" зв'язок впливу цієї групи цінностей на культуру самозбереження зі станом суспільного розвитку є більш очевидним порівняно з віссю "Інноваційність — традиційність". Загальною тенденцією проявів нераціональної самозбережувальної поведінки є їх зв'язок зі зсувом у бік екзистенційних, матеріальних цінностей по обох осях, що розглядаються. Суспільні відмінності сили впливу об'єктивного стану здоров'я на ставлення і поведінку щодо самозбереження полягають у послабленні зі зниженням рівня суспільного розвитку такого впливу на самопомогу й самолікування, його посиленні на самопрофілактику. Суспільно детерміновані відмінності спостерігаються також у напрямі такого впливу: зі зниженням рівня суспільного розвитку напрям впливу статусу об'єктивного здоров'я на поведінку щодо самолікування змінюється від нераціонального у розвинутих країнах Європи до більш раціонального у постсоціалістичних країнах, а стосовно самопрофілактики спостерігається зворотна тенденція.

Вплив ставлення та поведінки щодо самозбереження на самооцінку здоров'я можна охарактеризувати як незначний в усіх спільнотах. Найвищим він є для самолікування, найнижчим — для самопрофілактики. Важливо зазначити, що у розвинутих країнах Європи і в Україні нераціональна самозбережувальна поведінка погіршує суб'єктивний статус здоров'я. Для постсоціалістичних країн Східної Європи ця тенденція зберігається лише стосовно самопомоги, у той час як існуюча тут культура самолікування та самопрофілактики чинить позитивний вплив на суб'єктивне здоров'я.

Дослідження резервів поліпшення суб'єктивного самопочуття засобами впливу на культуру самозбереження з урахуванням трансформації цінностей в Україні здійснювався з використанням процедури вирішення зворотної задачі регресії. Шляхом відповідної модифікації моделей множинної лінійної регресії суб'єктивного здоров'я та чинників його формування, побудованих для України та інших регіонів Європи, були проаналізовані зміни величини суб'єктивного здоров'я за умови реалізації різних гіпотез управлінського втручання (табл.5). Такий підхід дозволяє визначити гіпотетичний ефект управлінських втручань та визначити пріоритетний напрям управлінських заходів, які необхідно здійснити у ситуації, що склалася.

У результаті моделювання з'ясувалося, що при фактичному відставанні статусу здоров'я українців на 30% від представників розвинутих європейських країн та на 18% — від мешканців постсоціалістичної Східної Європи цей статус може змінитись

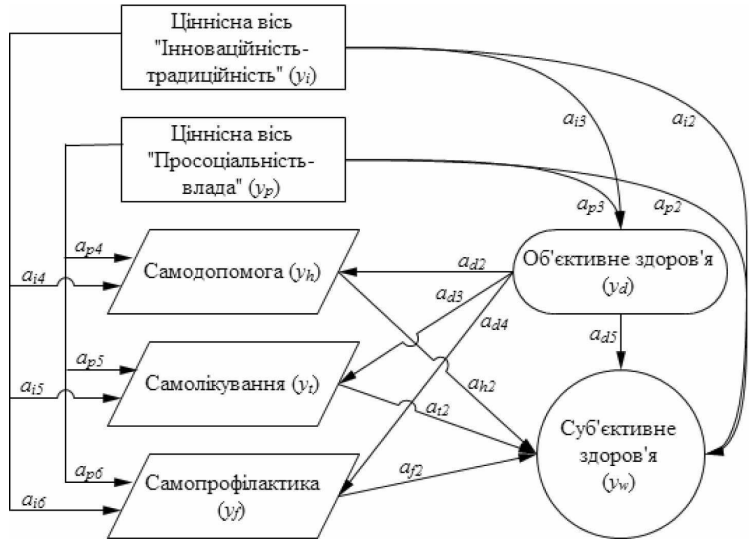


Рис. 2. Структурна модель формування об'єктивного і суб'єктивного здоров'я під впливом культури самозбереження у межах індивідуальної системи цінностей

при інтеграції пересічного українця з притаманним йому об'єктивним станом здоров'я, індивідуальною

Таблиця 4. Параметри структурної моделі формування об'єктивного і суб'єктивного здоров'я під впливом культури самозбереження у межах індивідуальної системи цінностей для різних суспільних систем

	Шляхові коефіцієнти для окремих підвибірок		
	Розвинуті країни Європи	Колишні соціалістичні країни Східної Європи	Україна
$a_{i2} (y_i \rightarrow y_w)$	24,829*	37,548	2,383
$a_{p2} (y_p \rightarrow y_w)$	17,67*	2,561*	9,334
$a_{i3} (y_i \rightarrow y_d)$	4,424	-0,588*	-6,039
$a_{p3} (y_p \rightarrow y_d)$	3,189	-1,216	-13,355*
$a_{i4} (y_i \rightarrow y_h)$	8,447*	394,646*	41,719
$a_{p4} (y_p \rightarrow y_h)$	-9,275	5,426	71,816*
$a_{i5} (y_i \rightarrow y_i)$	-1,692	0,094	1,016
$a_{p5} (y_p \rightarrow y_i)$	1,214*	0,152	0,266
$a_{i6} (y_i \rightarrow y_f)$	-0,279	13,974*	8,384*
$a_{p6} (y_p \rightarrow y_f)$	-0,201*	-2,957	6,15
$a_{d2} (y_d \rightarrow y_h)$	80,866	22,597*	4,521*
$a_{d3} (y_d \rightarrow y_i)$	16,801*	-3,563	-5,765*
$a_{d4} (y_d \rightarrow y_f)$	-8,99*	210,801*	27,882*
$a_{d5} (y_d \rightarrow y_w)$	4,182	6,817	0,755
$a_{h2} (y_h \rightarrow y_w)$	0,482	1,432*	0,773*
$a_{i2} (y_i \rightarrow y_w)$	4,25	-2,267*	0,585
$a_{p2} (y_p \rightarrow y_w)$	0,131*	-0,204	0,016*
χ^2	49069	17355	3976
Число ступенів свободи	18	20	19
p-рівень	0	0	0
Інформаційний критерій Акайке (AIC)	1,43	1,56	1,97
Байєсовський критерій Шварца (BIC)	1,43	1,57	1,99

Обчислення структурної моделі було виконано з використанням асимптотично непараметричної процедури аналізу коваріаційних структур. Рівні статистичної значущості відповідають * $p < 0,001$.

Таблиця 5. Резерви підвищення статусу суб'єктивного здоров'я населення України за умови управлінського впливу на культуру самозбереження, трансформацію життєвих цінностей та інші чинники формування суб'єктивного здоров'я (100%=3,03)

Гіпотези	Сценарії		Очікуваний ступінь негативності самооцінки здоров'я при реалізації гіпотези за сценарієм:	
			колишніх соціалістичних країн Східної Європи	розвинутих країн Європи
	\bar{X}	Різниця,%	\bar{X}	Різниця,%
Фактичне відставання статусу суб'єктивного здоров'я українців	2,11	30,4	2,48	18,2
Статус суб'єктивного здоров'я українців за умови існування у іншому соціально-культурному і економічному середовищі формування суб'єктивного здоров'я	2,31	-23,8	2,65	-12,5
Гіпотетичні напрями управлінського впливу				
на трансформацію цінностей	2,94	-3,1	2,98	-1,9
на підвищення культури самозбереження	3,08	1,6	3,08	1,6
на чинники формування об'єктивного здоров'я	2,84	-6,6	2,89	-4,9
на інші чинники формування суб'єктивного здоров'я	2,52	-17,1	2,67	-12,1

системою цінностей, а також ставленням і поведінкою стосовно самозбереження у інше соціально-культурне та економічне середовище формування суб'єктивного здоров'я. Так, при перебуванні в умовах Східної Європи негативність самооцінки здоров'я середньостатистичного українця знизилася б на 12,5%, досягши рівня 2,65 балів, що лише на 6,7% вище відповідної самооцінки резидентів Східної Європи. Умови розвинутих країн Європи сприяли б зниженню негативності самооцінки здоров'я нашого співвітчизника на 24% і скоротили б відставання у цій царині від західноєвропейців на 9,3%.

ВИСНОВКИ

Здійснення управлінського впливу на передумови підвищення статусу суб'єктивного здоров'я в існуючому соціально-культурному й економічному середовищі, формування цього статусу для населення України за різними напрямками може дати різний ефект. Найбільш ефективною (від 12 до 17%) — поліпшення суб'єктивного самопочуття, але й найбільш витратною за необхідними матеріальними, соціальними та часовими ресурсами є реалізація комплексу дій у напрямі реорганізації середовища формування суб'єктивного здоров'я.

Від спрямування управлінських зусиль на вдосконалення інфраструктури формування об'єктивного здоров'я населення з метою зниження рівня хронічної захворюваності та інвалідизації можна очікувати поліпшення суб'єктивного самопочуття пересічного українця на 4,9—6,6%.

Дослідження показали, що в межах існуючої системи життєвих цінностей українців впровадження поведінкових моделей самозбереження, притаманних мешканцям розвинутих і колишніх соціалістичних країн Європи, є неефективним. Це пов'язано з тісною інтегрованістю особливостей індивідуальної життєзберігаючої поведінки в існуючу ідеологію функціонування суспільної охорони здоров'я, яка у названих країнах базується на пріоритетах профілактики, а в Україні — на постулаті лікування хвороб.

Важливим у здійсненому дослідженні є висновок про зростання ролі життєвих цінностей у формуванні ставлень, переконань та реалізації поведінки стосовно самозбереження зі зниженням рівня суспільного й соціально-економічного розвитку. Резерв поліпшення суб'єктивного самопочуття українців у результаті трансформації індивідуальних ціннісних орієнтацій може становити від 1,9 (за сценарієм колишніх соціалістичних країн Східної Європи) до 3,1% (за сценарієм розвинутих країн Європи). Враховуючи доведені багатьма дослідженнями тісний прямий зв'язок самооцінки здоров'я із середньою тривалістю життя, розробка ефективних управлінських механізмів реалізації програм різних

рівнів з модернізації ціннісних орієнтацій українців може позитивно вплинути на демографічну ситуацію в Україні.

Література:

1. Головаха Є., Горбачик А. Соціальні зміни в Україні та Європі: за результатами "Європейського соціального дослідження", 2005—2007 роки / Є. Головаха, А. Горбачик. — К.: Інститут соціології НАН України, 2008. — 133 с.
2. Магун В. С., Руднев М. Г. Жизненные ценности населения Украины: сравнение с 23 другими европейскими странами / В. С. Магун, М. Г. Руднев // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии. — 2007. — № 3 (89). — С. 21—34; № 4 (90). — С. 39—51.
3. Магун В. С., Руднев М. Г. Жизненные ценности российского населения: сходства и отличия в сравнении с другими европейскими странами / В. С. Магун, М. Г. Руднев // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии. — 2008. — № 1 (39). — С. 33—38.
4. Руднев М. Г. Влияние внутристрановых этнических различий на жизненные ценности / М. Г. Руднев // Социологические этюды: сборник статей аспирантов. Выпуск 2. / под общ. ред. М. К. Горшкова. Сост.: Т. Н. Короткова, Л. А. Окольская, Л. В. Яикова. — М.: Институт социологии РАН, 2009. — С. 168—182.
5. European Social Survey. — Електронний ресурс: <http://ess.nsd.uib.no/ess/>
6. Schwartz S. Basic Human Values: An Overview. — 1994. — Електронний ресурс: <http://www.yourmorals.org/schwartz.2006.basic%20human%20values.pdf>
7. Schwartz S. H. A Proposal for Measuring Value Orientations across Nations // In "Questionnaire Development Package of the European Social Survey". Chapter 7. — 2003. — Електронний ресурс: <http://www.europeansocialsurvey.org/>
8. Inglehart, R. Modernization and postmodernization: Cultural, Economic, and Political Change in 43 Societies. — Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997. — 440 p. *Стаття надійшла до редакції 26.04.2010 р.*