

УДК 316.334:61

ГЕННАДИЙ ТАРАНЮК,

помощник главы отдела благотворительности и социального служения Украинской Православной Церкви (МП), соискатель, Институт социологии НАН Украины

Здоровье в самооценках населения

Аннотация

Ключевой проблемой современной Украины является крайне низкий уровень здоровья населения, характеризующийся высокими показателями заболеваемости и смертности. Масштабная депопуляция в сочетании со старением населения и неудовлетворительным состоянием здоровья людей становится вызовом дальнейшему развитию украинского общества. В статье на основе данных мониторинговых опросов, проводимых Институтом социологии НАН Украины, показаны здоровье проанализированы в контексте связи с материальным статусом и условиями жизни респондентов. Установлено, что неудовлетворительное состояние здоровья, отраженное в самооценках, обуславливается одновременным сочетанием факторов хронической заболеваемости и недостаточности необходимой медицинской помощи независимо от возраста, пола, места проживания и материального уровня жизни респондентов. Показано существование порогового эффекта бедности в зависимости между статусом здоровья и материальным статусом, что позволяет рассматривать здоровье как компенсированное состояние в отношении материальных условий жизни и доступа к ресурсам здравоохранения. Данный подход, по мнению автора, следует рассматривать как важный методологический прием при анализе проблем здоровья населения, в частности, в случае Украины и постсоветского пространства.

Ключевые слова: здоровье, хроническая заболеваемость, ресурсы здравоохранения, уровень жизни, пороговый эффект бедности, компенсированное состояние

Одной из ключевых проблем современной Украины является крайне неудовлетворительное состояние здоровья населения, характеризующееся стабильно высокими показателями заболеваемости и смертности. Рост смертности, в том числе сверхсмертность людей трудоспособного возраста,

и вместе с тем спад рождаемости привели к масштабной депопуляции, которая на фоне низких показателей здоровья людей и прогрессирующего старения населения ставит под угрозу саму возможность социально-экономического и культурного развития украинского общества [Соціально-економічний стан України, 2009: с. 196–208].

По данным Госкомстата Украины с 1993¹ до 2010 года численность постоянного населения Украины сократилась более чем на 6 млн человек, или почти на 12% к уровню 1993 года [Держкомстат України, 1998–2012]. За этот период в Украине умерло порядка 13,5 млн человек, из которых, по разным оценкам, около трети составляют люди в возрасте до 65 лет. Наибольший рост смертности пришелся на первую половину 1990-х годов. Так, с 1991 по 1995 год показатель общей смертности вырос с 13,0 до 15,5 на 1000 постоянного населения и продолжает оставаться на том же высоком уровне, тогда как в странах ЕС этот показатель находится в пределах 10–9 человек на 1000 населения и обнаруживает тенденцию снижения [HFA-DB, 2011].

Среди непосредственных причин повышенной смертности в Украине выделяются хронические заболевания, прежде всего сердечно-сосудистая патология (ИБС, инсульт), а также внешние причины, включая несчастные случаи, травмы и отравления. Эти же факторы являются основными причинами утраты трудоспособности и инвалидизации населения. Причем за последние 20 лет первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения выросла почти в два раза — с 27 до 52 вновь зарегистрированных случаев на 1000 населения, а смертность по этой причине увеличилась на 40% и составляет около 65% всех случаев смерти в структуре смертности² (465 100 чел. в 2010 году).

Негативные явления и тенденции в здоровье населения Украины проявились в период общественно-политических и социально-экономических преобразований, которые сопровождались изменением мировоззренческих и ценностно-нормативных основ общества, общественных отношений и социальной структуры, парадигм экономического и социального развития и повлекли за собой резкое ухудшение показателей благосостояния и социального самочувствия большинства людей [Шульга, 2011].

Анализ проблем здоровья населения в Украине следует проводить с учетом социальных, социально-психологических и социокультурных факторов, обусловливающих условия и образ жизни людей, ценностные ориентации, доступ к материальным и духовным благам. Использование с этой целью данных только медицинской статистики является недостаточным, тем более, что эта статистика не вполне отражает ситуацию, скорее характеризуя доступность медицинской помощи, состояние здравоохранения и особенности жизнеохранительного поведения населения [Людський розвиток в Україні, 2010: с. 138].

В связи с этим обратимся к социологическим опросам как к важному источнику информации о здоровье населения в контексте оценок людьми своего материального благосостояния, условий жизни, социальных возмож-

¹ Год, в котором зафиксирована наибольшая численность населения Украины, — 52 244,1 тыс.

² Расчет по данным Госкомстата Украины.

ностей, социально-психологического самочувствия. Кроме того, именно субъективные самооценки наилучшим образом отражают аспект социальной и физической адаптации людей в процессе изменения условий их жизни, что также важно для понимания проблем здоровья населения.

Изложенный далее материал основывается на данных социологического мониторинга “Украинское общество”, который с 1992 года проводит Институт социологии НАН Украины (выборка $N = 1800$ чел., репрезентирует взрослое население Украины в возрасте 18 лет и старше) (подр. см.: [Українське суспільство, 2010]).

В ежегодных национальных мониторинговых опросах ИС НАНУ проблематика здоровья населения в целом ряде вопросов затрагивается как прямо, так и косвенно:

- Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?
- Имеете ли Вы хронические заболевания?
- Хватает ли Вам необходимой медицинской помощи?
- Хватает ли Вам здоровья?
- Находитесь ли Вы на медицинском учете?
- Приходилось ли Вам за последние 12 месяцев перенести тяжелую болезнь или операцию?

Согласно официальным статистическим данным, одной из главных причин смертности в Украине являются хронические заболевания, составляющие не менее 80% всех причин смерти в структуре смертности [Держкомстат України, 1998–2012]. Поэтому в первую очередь интерес представляют результаты опросов относительно хронических заболеваний в их связи с другими показателями и факторами здоровья.

Так, по данным мониторинга 2010 года, одно или несколько хронических заболеваний имелись у 40,1% населения. Причем, с одной стороны, хронические заболевания отметили у себя 81,2% людей, оценивающих состояние своего здоровья как очень плохое и плохое, 36,1% тех, кто дали своему здоровью удовлетворительную оценку, и 8,9% оценивающих свое здоровье как хорошее и отличное (рис. 1).

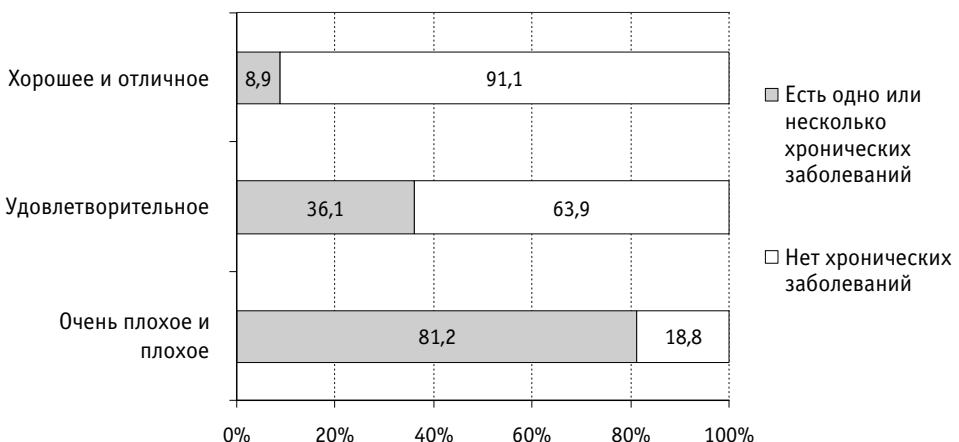


Рис. 1. Показатели хронических заболеваний среди лиц с различной самооценкой здоровья

Анализ связи между показателями самооценки состояния здоровья и наличия хронических заболеваний, проведенный на основании критерия χ^2 Пирсона, дает значение коэффициента взаимной сопряженности 0,47, что говорит о существенной и достоверной при данном объеме выборки взаимосвязи рассматриваемых признаков. Также о наличии хронических заболеваний заявили 88,7% наших сограждан, находящихся на диспансерном учете, 87,7% инвалидов 2-й и 3-й группы и 74,5% тех, кто перенес в течение года тяжелую болезнь либо операцию. Таким образом, результаты национального мониторинга подтверждают, что наличие хронической патологии является ключевым фактором здоровья населения, отраженным и в его самооценках.

С другой стороны, обращает на себя внимание то, что о хронических заболеваниях заявляют и те, кто дает в целом положительную самооценку своему здоровью (45,0%). При этом среди людей с хроническими заболеваниями только 43,6% оценивали свое здоровье как очень плохое и плохое, тогда как 51,8% считали его удовлетворительным, а 4,6% – хорошим и очень хорошим (рис. 2). Можно предположить, что отчасти речь идет о хронических заболеваниях в состоянии ремиссии, при котором в медицинском смысле человек остается больным, однако внешне болезнь не проявляется, что позволяет ему в полной мере выполнять свои социальные функции и считаться здоровым. Такое состояние ремиссии, в отличие от физиологического здоровья, понимаемого как отсутствие болезни, следует интерпретировать как *здоровье в социальном смысле*. В таком ключе могут трактоваться результаты опроса, согласно которым положительную оценку своему здоровью (удовлетворительное, хорошее, отличное) дают 46,0% респондентов, находящихся на диспансерном учете, 49% инвалидов 3-й группы, 40,6% – 2-й, а также 42,6% тех, кто в течение последних 12 месяцев пережил тяжелую болезнь или операцию.

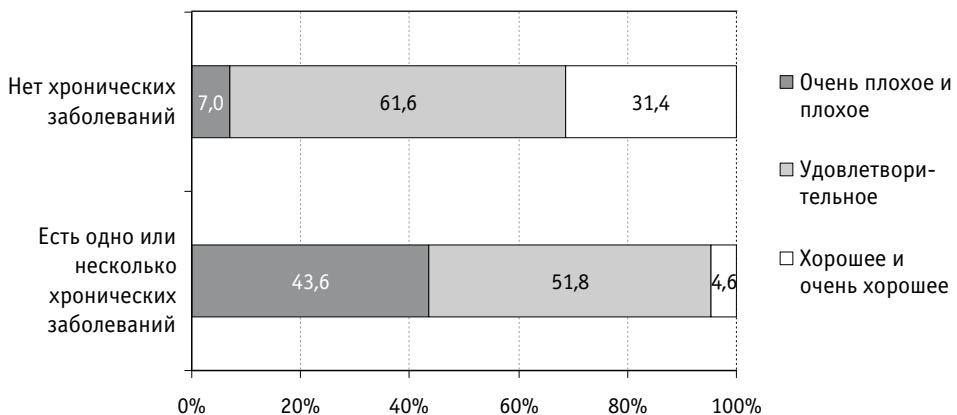


Рис. 2. Самооценка состояния здоровья в зависимости от наличия хронических заболеваний

Показательными в этом отношении являются также ответы респондентов на вопрос мониторинга: “Хватает ли Вам здоровья?”, который непосредственно апеллирует к аспекту здоровья как ресурсу жизнедеятельности и его адаптационным возможностям. Так, среди людей с одним хроническим заболеванием положительно ответили на поставленный вопрос 19,0%, а с

несколькими хроническими заболеваниями — 5,4%. Среди находящихся на диспансерном учете положительный ответ дали 12,9%, среди инвалидов 3-й группы — 10,2%, 2-й — 9,4%, а среди тех, кто в течение последних 12 месяцев пережил тяжелую болезнь или операцию, — 9,8%. Полученные результаты позволяют предположить, что определенная часть населения, несмотря на существующие проблемы со здоровьем, располагает достаточными ресурсами жизнедеятельности и адаптирована к тем жизненным условиям, в которых находится.

Отсюда следует, что *здоровье в социальном смысле* может рассматриваться как *компенсированное состояние*, когда при проявившемся у человека заболевании проведено необходимое лечение, давшее положительный результат, а условия жизнедеятельности больного оказались благоприятными с точки зрения сохранения его здоровья и жизненных возможностей. Поэтому естественно предположить, что наличие соответствующих компенсаторных механизмов, в частности медицинского обслуживания, может являться значимым фактором здоровья в социальном смысле, в особенности в условиях высокого уровня распространенности хронических заболеваний.

Между тем, по данным мониторинга Института социологии НАНУ “Украинское общество”, неудовлетворенность по поводу получения необходимой медицинской помощи стабильно испытывают свыше половины наших соотечественников [Українське суспільство, 2010: с. 540]. Так, в 1998 году этот показатель составлял 62,8%, в 2002-м — 63,4%, в 2010-м — 52,3%, причем он оказывался выше прочих показателей здоровья на протяжении всего периода социологических замеров (рис. 3).

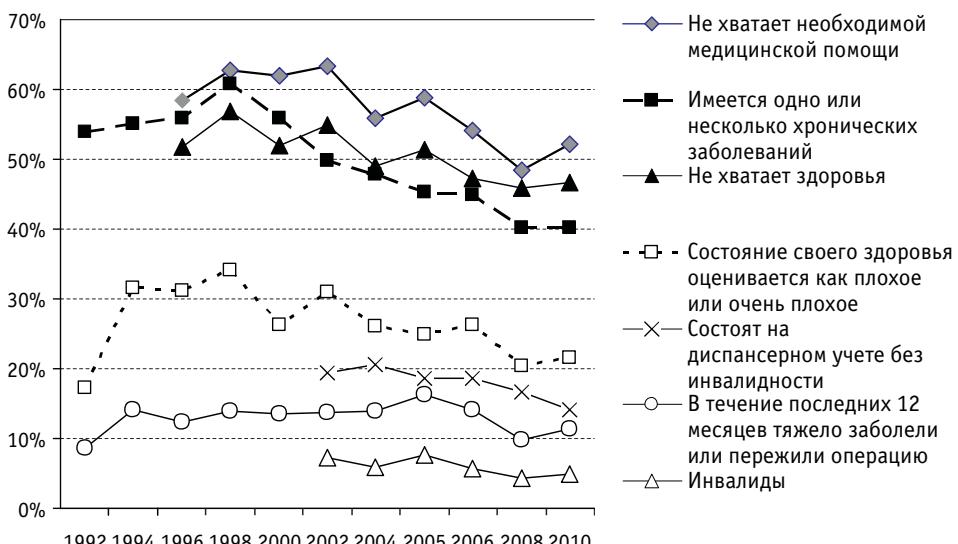


Рис. 3. Сравнительная динамика ряда показателей здоровья

Полученные результаты говорят, прежде всего, о масштабе проблемы доступности медицинской помощи в Украине не только для непосредственно нуждающихся в лечении больных, но также и тех людей, которые субъективно здоровы или лишь время от времени испытывают такую потребность.

Согласно опросу 2010 года недостаток необходимой медицинской помощи отметили почти 52,0% респондентов с удовлетворительной самооценкой здоровья и 30,4% оценивающих свое здоровье как хорошее и отличное (рис. 4). Коэффициент взаимной сопряженности Пирсона между признаками достаточности необходимой медицинской помощи и самооценками состояния здоровья по данным 2010 года составляет 0,30, что позволяет говорить о наличии статистической связи между этими признаками и рассматривать достаточность необходимой медицинской помощи как еще один важный фактор состояния здоровья и его самооценок. Причем на то, что признак дефицита необходимой медицинской помощи может являться факторным в отношении связи с другими показателями здоровья, указывает его наибольший по отношению к остальным потенциал, зафиксированный в выборках мониторинга.

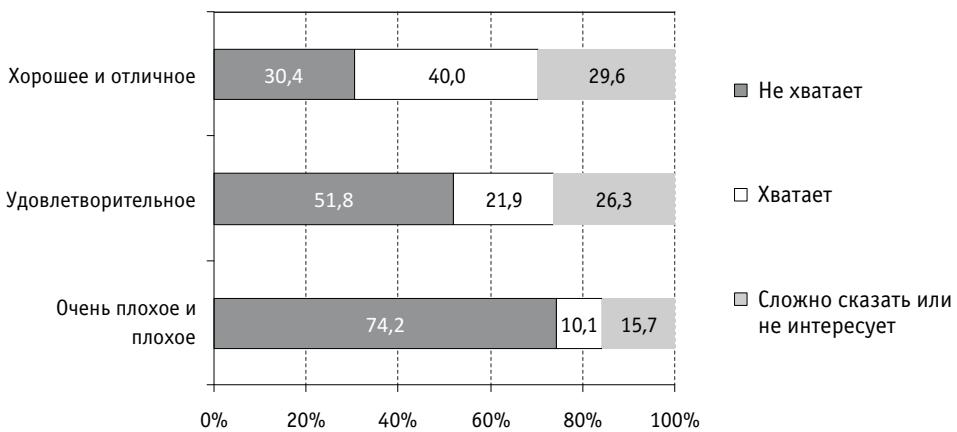


Рис. 4. Хватает ли Вам необходимой медицинской помощи?

Вместе с тем именно респонденты, испытывающие проблемы со здоровьем, оказываются наиболее уязвимыми в отношении возможностей получения медицинской помощи. Так, по данным того же 2010 года, недостаток необходимой медицинской помощи в наибольшей степени отмечался среди тех, кто оценивал состояние своего здоровья как очень плохое и плохое (около 74%), находящихся на диспансерном учете (72,3%), переживших тяжелую болезнь или операцию (71,6%), тех, кому не хватает здоровья (75,5%). Это прямо свидетельствует о неудовлетворительном состоянии системы здравоохранения и доступности ее ресурсов, а также о растущей по мере ухудшения состояния здоровья остроте переживания потребности в необходимой медицинской помощи.

Значительно менее выраженной оказывается взаимосвязь признаков достаточности необходимой медицинской помощи и наличия хронических заболеваний (коэффициент взаимной сопряженности Пирсона – 0,24), что позволяет рассматривать данные признаки как относительно независимые переменные, в частности, при экстраполяции результатов выборочного исследования на генеральную совокупность.

На это допущение указывает и то, что в отношении воздействия на организм человека фактор хронической патологии является преимущественно

эндогенным, тогда как фактор медицинской помощи — экзогенным. Можно предположить, что влияние факторов хронической патологии и дефицита медицинской помощи будет заметно усиливаться при их сочетании, которое математически выражается в виде произведения частот данных признаков в выборке. Если частота какого-либо признака в выборке соответствует вероятности обнаружить его в генеральной совокупности, то в случае независимости двух изучаемых признаков вероятность их совместного появления в генеральной совокупности будет приблизительно равна произведению частот их отдельного появления в выборках.

Если приведенное выше предположение верно, то произведение частот, или долей респондентов, имеющих хронические заболевания и испытывающих недостаток необходимой медицинской помощи, должно быть близким по значению к показателю неудовлетворительной самооценки здоровья среди респондентов — доле респондентов, оценивающих состояние своего здоровья как очень плохое и плохое.

Исходя из данных мониторингов 1996–2010 годов, фиксировавших все три данных показателя одновременно, можно сделать вывод, насколько справедливым является это предположение в динамике социологических опросов для выборки в целом (табл. 1).

Таблица 1

Сравнение эмпирических и гипотетических оценок неудовлетворительного состояния здоровья респондентов по данным мониторингов 1996–2010 годов

| Показатели | 1996 | 1998 | 2000 | 2002 | 2004 | 2005 | 2006 | 2008 | 2010 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Имеют одно или несколько хронических заболеваний | 55,8 | 60,7 | 55,8 | 49,8 | 47,9 | 45,3 | 45,0 | 40,2 | 40,1 |
| Не хватает необходимой медицинской помощи | 58,4 | 62,8 | 61,9 | 63,4 | 55,8 | 58,8 | 54,2 | 48,4 | 52,1 |
| Эмпирическое значение самооценки здоровья (оченьплохое иплохое), % | 31,2 | 34,1 | 26,3 | 31,0 | 26,0 | 24,9 | 26,3 | 20,4 | 21,6 |
| Гипотетическая оценка, % | 32,6 | 38,1 | 34,5 | 31,6 | 26,7 | 26,6 | 24,4 | 19,5 | 20,9 |
| Абсолютное отклонение, % | 1,4 | 4,0 | 8,2 | 0,6 | 0,7 | 1,7 | 1,9 | 0,9 | 0,7 |
| Относительное отклонение × 100% | 4,5 | 11,7 | 31,2 | 1,9 | 2,7 | 6,8 | 7,2 | 4,4 | 3,2 |

Здесь гипотетическая оценка числа респондентов с неудовлетворительным состоянием здоровья соответствует (равна) произведению доли респондентов, которым не хватает необходимой медицинской помощи, и доли респондентов, которые имеют хронические заболевания. Например, частота появления (доля) респондентов с хроническими заболеваниями в выборке 2010 года составляет 0,401 (40,1%), а тех, кому не хватает необходимой

медицинской помощи, — 0,521 (52,1%). Произведение частот этих признаков равно: $0,402 \times 0,521 = 0,209$, или 20,9%, что оказывается близким по значению к доле респондентов, оценивающих состояние своего здоровья как очень плохое и плохое — 0,216, или 21,6% соответственно.

Как видно из таблицы 1 и представленного ниже рисунка (рис. 5), такой расчетный гипотетический показатель в большинстве случаев достаточно хорошо совпадает по величине с долей респондентов, оценивающих свое здоровье как очень плохое и плохое, что явно свидетельствует в пользу приведенного выше предположения.

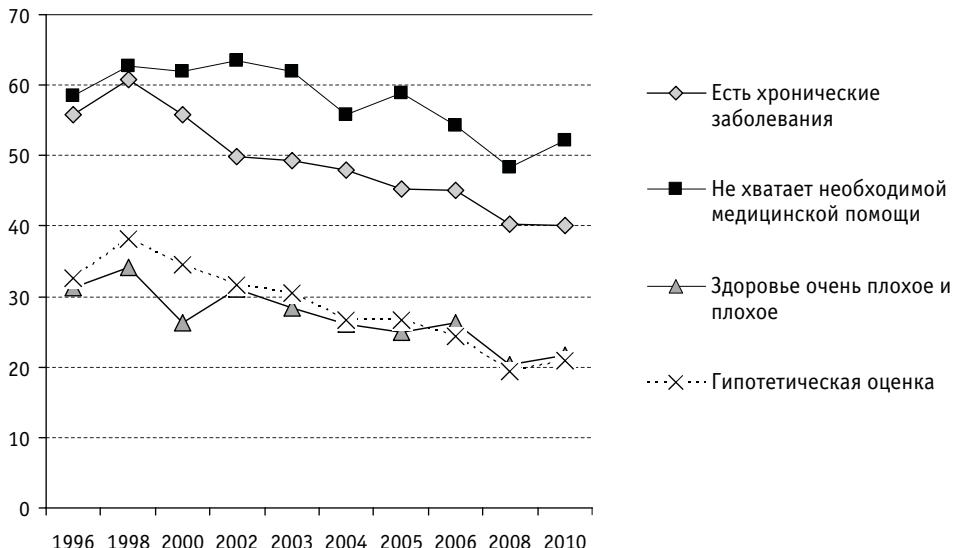


Рис. 5. Сравнение эмпирических и гипотетических оценок неудовлетворительного состояния здоровья населения, %

Таким образом, вполне допустимо, что одновременное сочетание признаков недостаточности необходимой медицинской помощи и наличия хронических заболеваний может быть определяющим что касается негативного влияния на здоровье взрослого населения и на его субъективные самооценки.

Этот тезис находит подтверждение и при сопоставлении данных признаков в различных группах респондентов, в частности в распределениях по возрасту, полу, месту проживания (рис. 6, 7).

Как следует из приведенных данных, в наибольшей степени проблемы со здоровьем испытывают люди старшего возраста (55 и старше) — 44,1% негативных самооценок здоровья, жители села — 28,4%, женщины — 25,7%; при этом среднее по выборке значение этого показателя составляет 21,6%. В этих же группах отмечается и наибольший показатель недостатка необходимой медицинской помощи: пожилые — 66,3%, жители села — 59,5%, женщины — 57%, при том, что для выборки в целом этот показатель составляет 52,1%.

Этот факт, очевидно, отражает реальность того, что данные группы, испытывая большую потребность в медицинской помощи, оказываются наименее социально защищенными в условиях современного украинского общества.

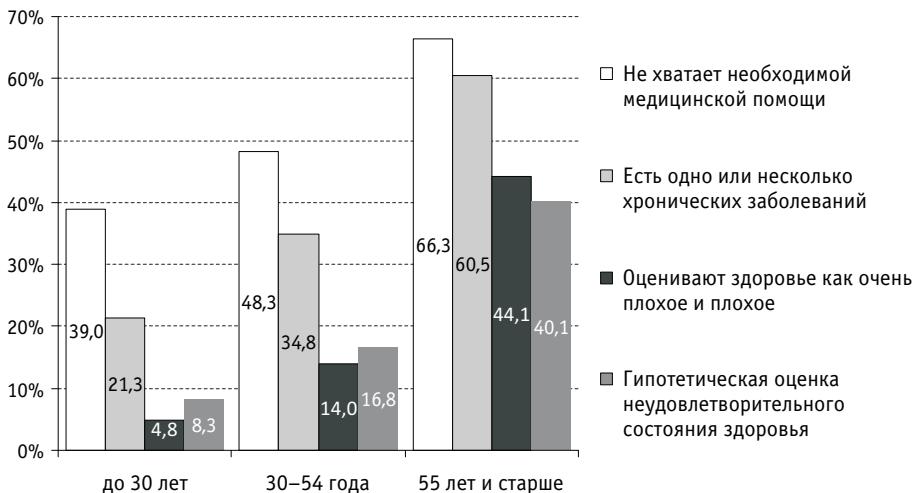


Рис. 6. Распределение оценок состояния здоровья и его факторов по возрастным группам (2010)

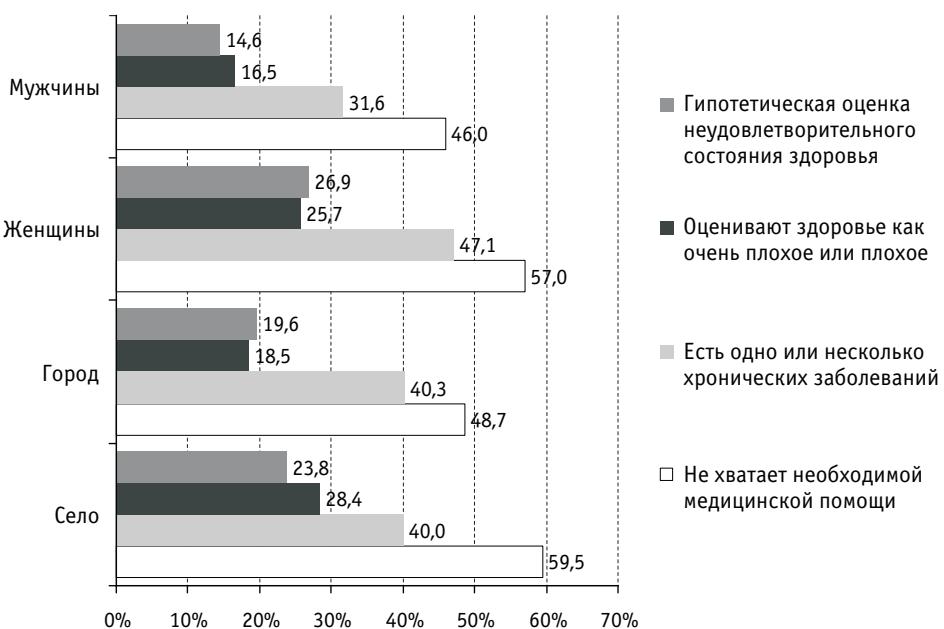


Рис. 7. Распределение оценок состояния здоровья и его факторов по группам с учетом пола и места проживания (2010)

В отношении возрастного распределения уместно также заметить, что отклонение величины гипотетической оценки здоровья от эмпирической имеет предсказуемый характер: в сторону улучшения самооценки у людей молодого и среднего возраста и в сторону ухудшения — у старшего. По числу людей с хроническими заболеваниями представители старшего возраста также значительно опережают другие возрастные группы (60,5%), что, впрочем, соответствует общепринятым представлениям о росте вероятности проявления хронической патологии с возрастом. В то же время жители

села лишь немногим уступают по этому показателю городским жителям (40,0% и 40,3% соответственно), а женщины значительно опережают мужчин (47,1% против 31,6%).

В целом в основных социально-демографических координатах наблюдается приблизительно одинаковая картина распределения признаков недостаточности необходимой медицинской помощи, наличия хронических заболеваний и негативных самооценок здоровья, а также фиксируется близкая к этому показателю его расчетная гипотетическая величина.

Все вместе это дает основания полагать, что *основной причиной неудовлетворительного состояния здоровья населения, отражающегося в его самооценках, является именно нескомпенсированная хроническая патология, проявляющаяся или возникающая под воздействием различных факторов.*

Одним из таких факторов может быть недостаточность индивидуальных ресурсов здоровья и его адаптационного потенциала в неблагоприятных, с точки зрения обеспечения нормальной жизнедеятельности организма человека, условиях. Здесь прежде всего заслуживает внимания материальное положение и уровень жизни людей в аспекте возможностей удовлетворения конкретных жизненных потребностей, в том числе и в получении необходимой медицинской помощи.

Согласно мониторинговому исследованию 2010 года, в группах людей, оценивающих свой материальный уровень жизни по шкале от 0 до 10 баллов, количество хронических больных и тех, кому не хватает необходимой медицинской помощи, имеет тенденцию роста по мере ухудшения самооценок уровня жизни (рис. 8).

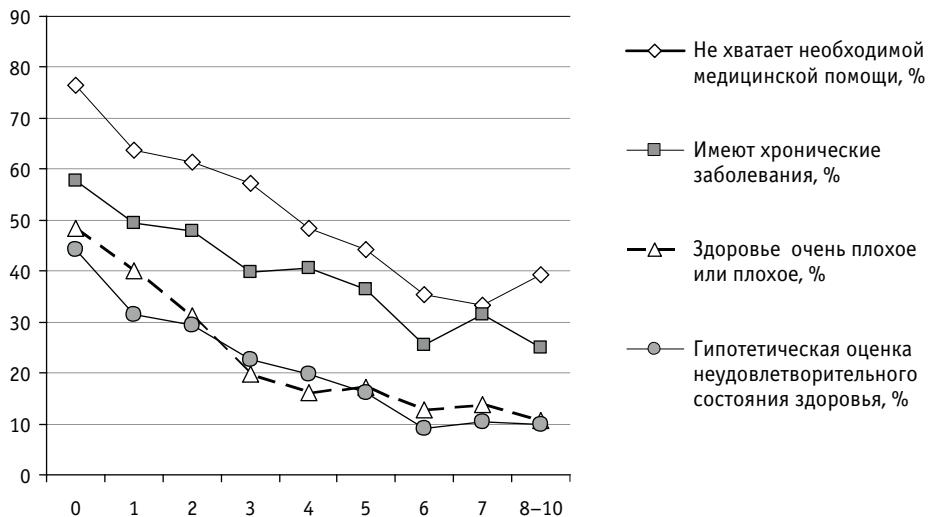


Рис. 8. Показатели хронических больных, недостаточности необходимой медицинской помощи и неудовлетворительного состояния здоровья в группах респондентов в зависимости от самооценок материального уровня жизни (по шкале от 0 до 10 баллов) по данным опроса 2010 года

Та же тенденция имеет место и в отношении числа респондентов с самооценкой здоровья как плохого и очень плохого. Причем в данном распределении гипотетическая и эмпирическая оценки неудовлетворительного состояния здоровья среди респондентов оказываются особенно близкими: ко-

эффект коэффициент корреляции Пирсона между расчетными и эмпирическими значениями равен 0,96 на уровне значимости 0,01. То есть факторы медицинской помощи и хронических заболеваний остаются доминирующими независимо от материального уровня жизни, который сам по себе может влиять на каждый из этих показателей в отдельности.

Попутно отмечу, что, исходя из данных, представленных на рисунках 5 и 8, в рамках предложенной модели факторов здоровья вклад медицинской помощи может быть оценен на уровне 40–45% и хронических заболеваний на уровне 60–55% соответственно.

Сопоставление характеристик жизненных условий, в частности степени удовлетворенности основных материальных потребностей, в группах респондентов в зависимости от уровня жизни позволяет получить представление о том, что стоит за той или иной оценочной категорией этого показателя, в том числе в связи с самооценкой состояния здоровья (рис. 9).

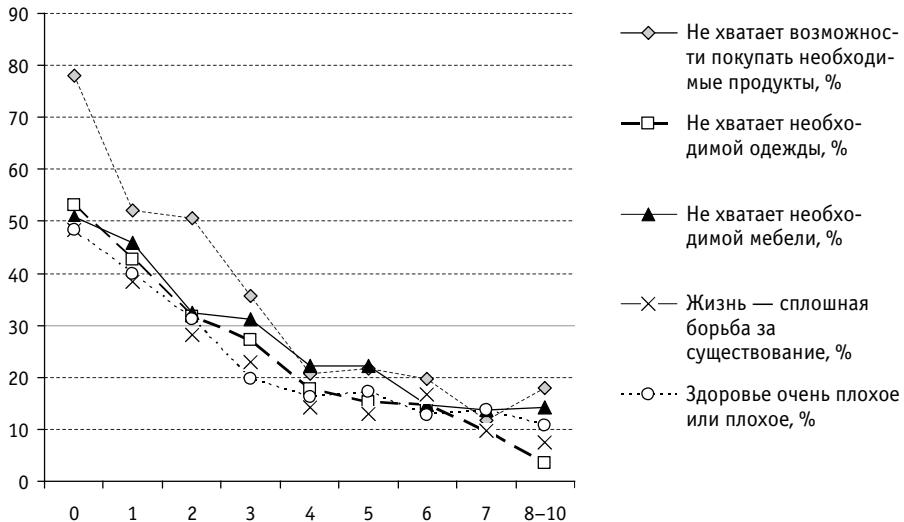


Рис. 9. Жизненные условия и самооценки состояния здоровья в зависимости от самооценок материального уровня жизни (по шкале от 0 до 10 баллов) по данным опроса 2010 года, %

Так, среди людей, оценивающих свой жизненный уровень как самый низкий (0 баллов – 3,6% выборки), 78,1% составляют те, кому не хватает возможности покупать необходимые продукты питания, 53,1% – кому не хватает необходимой одежды, 50,8% – необходимой мебели, а 48,4% характеризуют свою жизнь как непрерывную борьбу за выживание. В этой же группе отмечаются и наихудшие показатели здоровья: 57,8% имеют хронические заболевания, 48,4% оценивают свое здоровье как очень плохое и плохое, 76,6% отмечают недостаток необходимой медицинской помощи.

В проекции на взрослое население Украины это означает, что в состоянии крайней бедности находятся, по меньшей мере, 1 млн 400 тыс. человек; почти половину из них – 685 тыс. составляют больные и тяжело больные люди, в большинстве своем лишенные необходимой медицинской помощи. Примечательно, что эта цифра оказывается весьма близкой к показателю смертности за 2010 год: 698,2 тыс. – общая и 654,2 тыс. – без учета внешних причин [Держкомстат України, 1998–2012].

В целом процент жителей Украины, которые испытывают проблемы в удовлетворении необходимых потребностей в еде, одежде, мебели и характеризуют свою жизнь как непрерывную борьбу за выживание, градуально уменьшается с ростом оценки уровня жизни и достигает некоторого порогового значения на уровне самооценки в 4 балла, начиная с которого он уже существенно не изменяется. Подобный характер имеет и распределение негативных самооценок здоровья (плохое и очень плохое) с пороговым значением в 3 балла по шкале уровня жизни. При этом коэффициент вариации данного показателя в группе людей с самооценкой уровня жизни от 0 до 3 баллов оказывается более чем в три раза выше по сравнению с группой с самооценками от 4 до 10 баллов (34% и 10% соответственно).

По сути, это означает, что *зависимость между состоянием здоровья и материальными условиями жизни, с уровнем благосостояния обусловлена тем, в какой степени компенсированы жизненно необходимые потребности людей: если эти потребности не удовлетворены, то такая зависимость имеет место, если удовлетворены, то зависимость состояния здоровья и уровня благосостояния выражена слабо* (рис. 10).

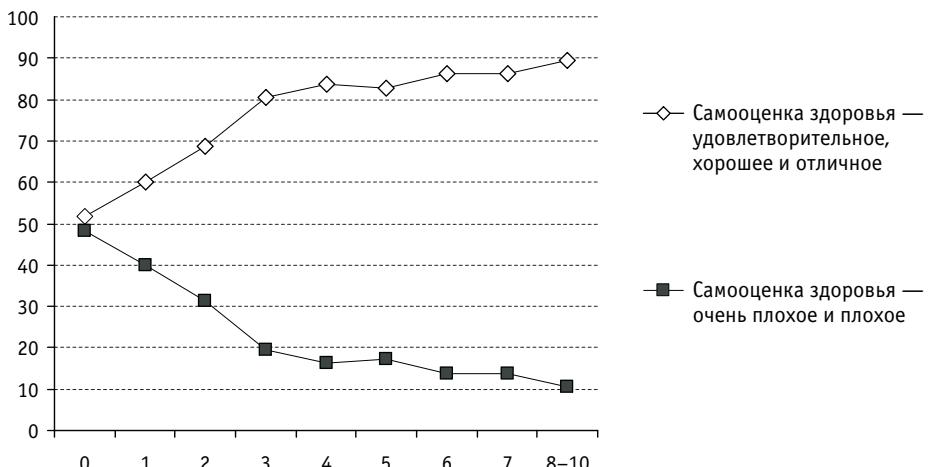


Рис. 10. Самооценки состояния здоровья (по шкале от 0 до 10 баллов) в зависимости от самооценок материального уровня жизни

Полученный результат хорошо согласуется с так называемой пороговой моделью бедности (threshold model of poverty), в которой население по уровню благосостояния разделяется чертой бедности — границей, соответствующей минимальному уровню потребления материальных благ, необходимых для поддержания здоровья и нормальной жизнедеятельности организма. При этом показатели здоровья для той группы, которая оказывается за чертой бедности, улучшаются с ростом материального благосостояния, а для тех, кто живет по уровню благосостояния выше этой границы, данные показатели практически не изменяются [Adler, Ostrove, 1999].

Как следует из представленных выше данных, такая граница соответствует уровню жизни, оцениваемому респондентами в 3 балла, по шкале от 0 до 10 баллов. То есть за чертой бедности оказываются респонденты с самооценкой уровня жизни 0–2 балла включительно, на долю которых приходится 23% всей выборки по данным мониторинга 2010 года. Этот результат

практически совпадает с данными выборочных обследований Госкомстата Украины, согласно которым в 2010 году доля населения со среднедушевыми доходами ниже прожиточного минимума составляла 22% [Держкомстат України, 1998–2012].

Существование порогового эффекта бедности является одним из весомых аргументов в пользу того, что *здоровье следует рассматривать именно как компенсированное состояние, причем в отношении не только медицинской помощи, но и материальных условий жизни – удовлетворения жизненно необходимых потребностей*. Совокупность явлений, которые определяют или характеризуют состояние бедности, соответствуют таким условиям жизни, которые не позволяют в достаточной степени обеспечить нормальную жизнедеятельность организма, требуют дополнительной мобилизации его жизненных ресурсов – затрат здоровья, что в силу их (ресурсов) ограниченности приводит к ухудшению здоровья, в том числе и в виде проявления хронической патологии.

Здесь следует принять во внимание то, что для большинства взрослого населения в постсоветском пространстве бедность стала новоприобретенным явлением, тогда как здоровье этих людей сформировалось в относительно благоприятных условиях, в которых проблемы со здоровьем получали необходимый социальный отклик. В силу этого хроническая заболеваемость частично компенсировалась; при этом численность хронических больных имела тенденцию возрастания¹.

В результате резкого падения жизненного уровня населения значительная его часть в течение короткого времени и неожиданно для себя оказалась за чертой бедности. При этом *социальная дезадаптация и неудовлетворенность элементарных жизненных потребностей породили проблему физической дезадаптации и таких сопутствующих ей проявлений, как обострение хронической заболеваемости и резкое ухудшение здоровья людей: декомпенсация в отношении материальных условий и социальных возможностей населения привела к декомпенсации в отношении здоровья*.

По данным опросов ИС НАНУ, с 1992 по 1998, в целом по выборкам мониторинга имел место рост численности хронических больных с 54,0% до 60,7%, а доля людей, оценивающих свое здоровье как плохое и очень плохое, увеличилась почти в два раза – с 17,3% до 34,1% (см. рис. 3).

Концептуальный подход в понимании здоровья как компенсированного состояния и, в этом контексте, логически и статистически обоснованный вывод о роли факторов хронической заболеваемости и медицинской помощи, с моей точки зрения, могут наиболее адекватно объяснить то неудовлетворительное положение, которое сложилось со здоровьем населения в Украине.

¹ Рост численности контингентов хронических больных может обуславливаться как ростом заболеваемости, так и успехами медицины в лечении тех или иных заболеваний, а значит повышением выживаемости хронических больных. В данном случае, скорее всего, имеет место инерция советского периода, когда к основной массе хронических больных стали добавляться новые впервые установленные случаи болезни, о чем свидетельствует рост первичной заболеваемости основными хроническими болезнями по данным Государственной статистики в рассматриваемом периоде. В дальнейшем, на фоне неблагоприятных социальных условий, в том числе развивающегося дефицита медицинской помощи и последовавшего роста показателей смертности, число хронических больных в выборках мониторинга стало снижаться: с 60,7% до 40,1%, или почти на 20% к уровню 1998 года.

Вместе с этим очерчиваются и основные направления дальнейшего социологического анализа проблем здоровья населения, а именно: выяснение условий и факторов риска развития хронической патологии и факторов, обусловливающих доступность медицинской помощи и ресурсов здравоохранения.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

1. Непосредственной причиной неудовлетворительного состояния здоровья населения в Украине, отраженного в самооценках, является сочетание факторов хронической заболеваемости и недостаточности необходимой медицинской помощи, причем вне зависимости от возраста, пола, места проживания и материального уровня жизни. При этом проявления хронической патологии и недостатка необходимой медицинской помощи имеют тенденцию возрастания по мере ухудшения материального положения людей и самооценок уровня жизни.

2. Что касается взаимосвязи здоровья и материального уровня жизни, то здесь наблюдается пороговый эффект бедности: зависимость между состоянием здоровья и уровнем благосостояния обусловлена тем, в какой степени компенсированы жизненно необходимые потребности людей. Если эти потребности не удовлетворены, то такая зависимость имеет место, если удовлетворены, то она выражена слабо. В свою очередь, это позволяет методами социологических измерений оценить долю населения, находящегося за чертой бедности. Исходя из данных мониторинга "Украинское общество" ИС НАНУ, за чертой бедности в 2010 году находилось 23% населения, что практически совпадает с долей населения со среднедушевыми доходами ниже прожиточного минимума по данным Госкомстата Украины (22%).

3. Положение за чертой бедности характеризуется неудовлетворенностью основных жизненных потребностей, недоступностью ресурсов жизнеобеспечения и поддержания нормальной жизнедеятельности человека. Нахождение за чертой бедности является ведущим фактором ухудшения здоровья населения в Украине.

4. Представление о здоровье как о компенсированном состоянии обосновывается эмпирически и может рассматриваться в качестве важной методологической установки при анализе проблем здоровья населения.

Источники

Держкомстат України, 1998–2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>.

Людський розвиток в Україні: мінімізація соціальних ризиків (колективна науково-аналітична монографія) / за ред. Е.М. Лібанової. – К. : Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України ; Держкомстат України, 2010. – С. 138.

Соціально-економічний стан України: наслідки для народу та держави : національна доповідь / за заг. ред. В.М. Гейця та ін. – К. : НВЦ НБУВ, 2009. – С. 196–208.

Шульга Н.А. Дрейф на обочину. Двадцать лет общественных изменений в Украине. – К. : ТОВ "Друкарня "Бізнесполіграф", 2011. – 448 с.

Українське суспільство 1992–2010. Соціологічний моніторинг / за ред. В. Ворони, М. Шульги. – К. : ІС НАНУ, 2010. – 636 с.

Adler N.E. Socioeconomic status and health: What we know and what we don't know / N.E. Adler, J.M. Ostrove // Annals of the New York Academy of Sciences. – N. Y., 1999. – Vol. 896. – P. 3–15.

HFA-DB, 2011 [Electronic resource]. – Mode of access: <http://data.euro.who.int/hfadb/>.