

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, показатели здоровья 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 [НФА-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, обуславливающих 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 дал своему здоровью удовлетворительную оценку, и 8,9% оценивающих свое здоровье как хорошее и отличное (рис. 1).

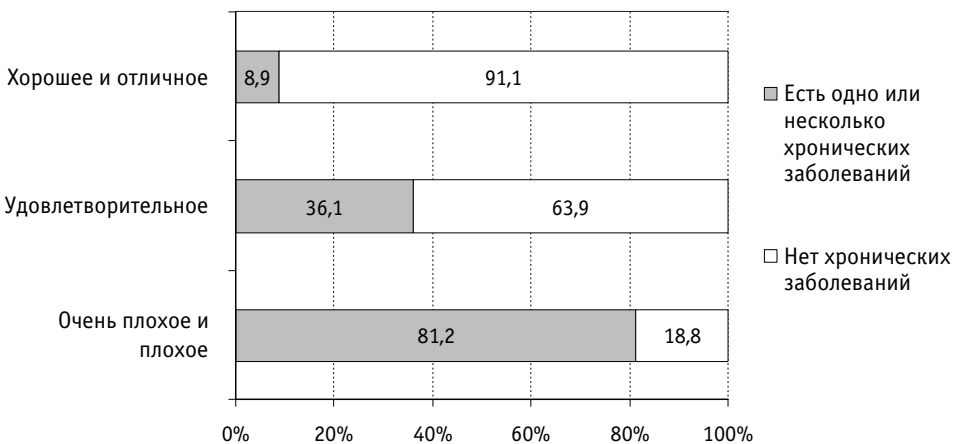


Рис. 1. Показатели хронических заболеваний среди лиц с различной самооценкой здоровья

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.

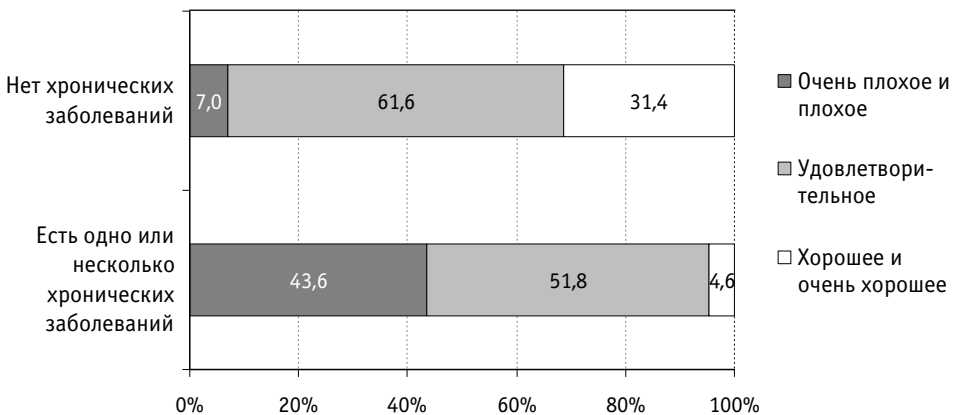


Рис. 2. Самооценка состояния здоровья в зависимости от наличия хронических заболеваний

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).

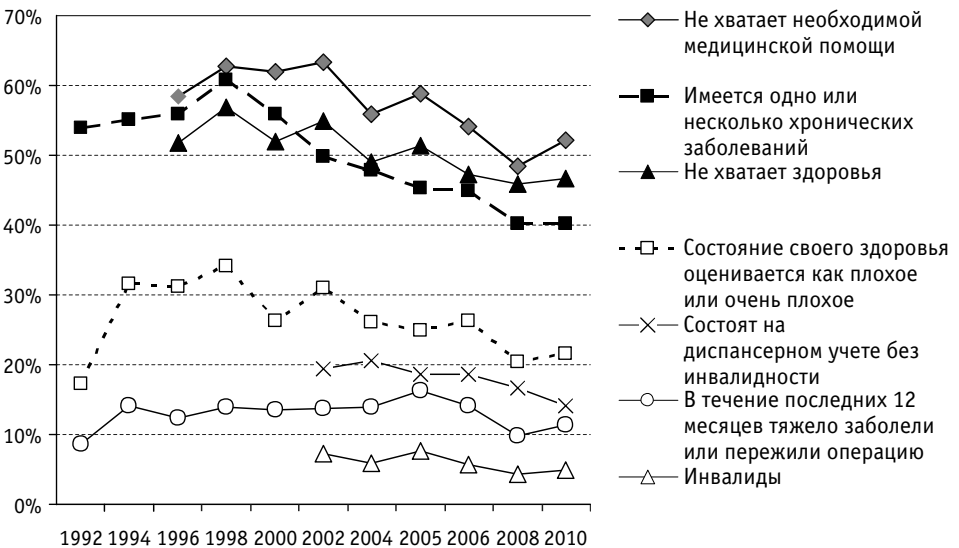


Рис. 3. Сравнительная динамика ряда показателей здоровья

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.

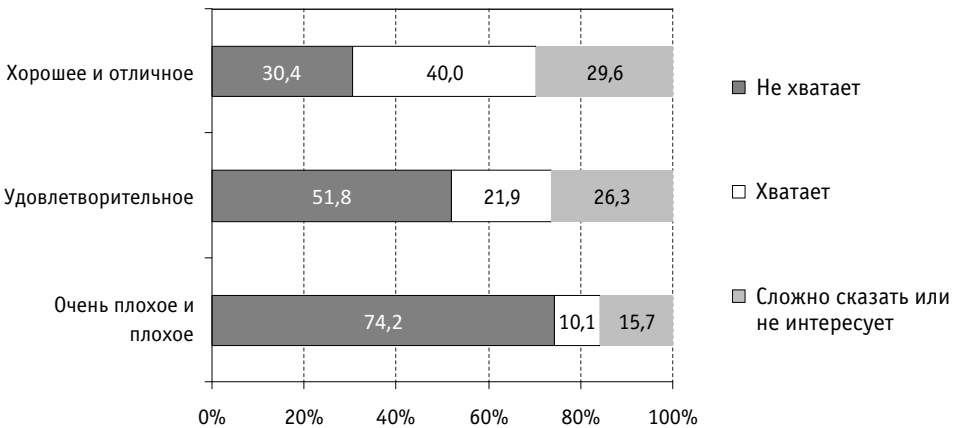


Рис. 4. Хватает ли Вам необходимой медицинской помощи?

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, фиксируя 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 (очень плохое и плохое), %	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.

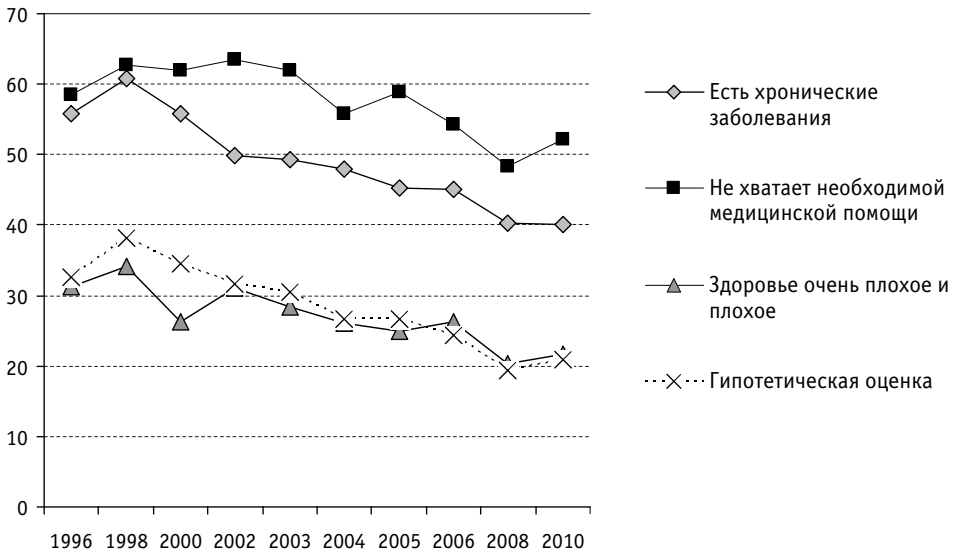


Рис. 5. Сравнение эмпирических и гипотетических оценок неудовлетворительного состояния здоровья населения, %

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.

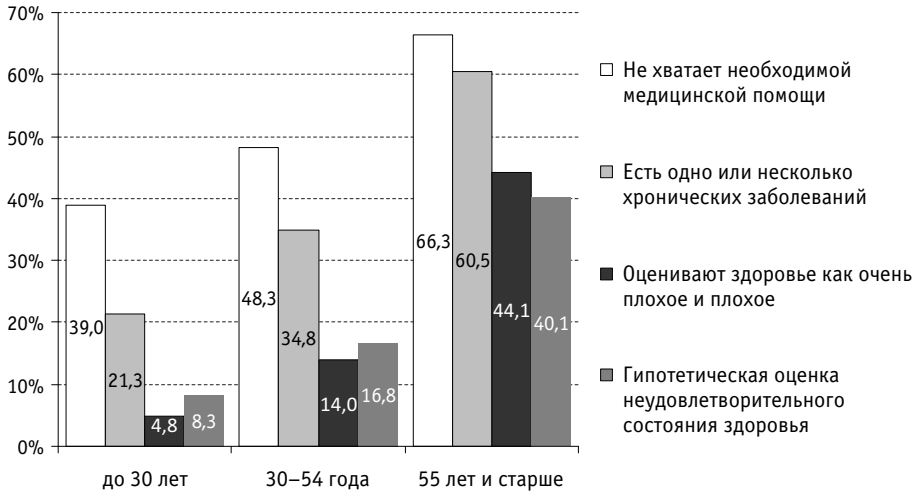


Рис. 6. Распределение оценок состояния здоровья и его факторов по возрастным группам (2010)

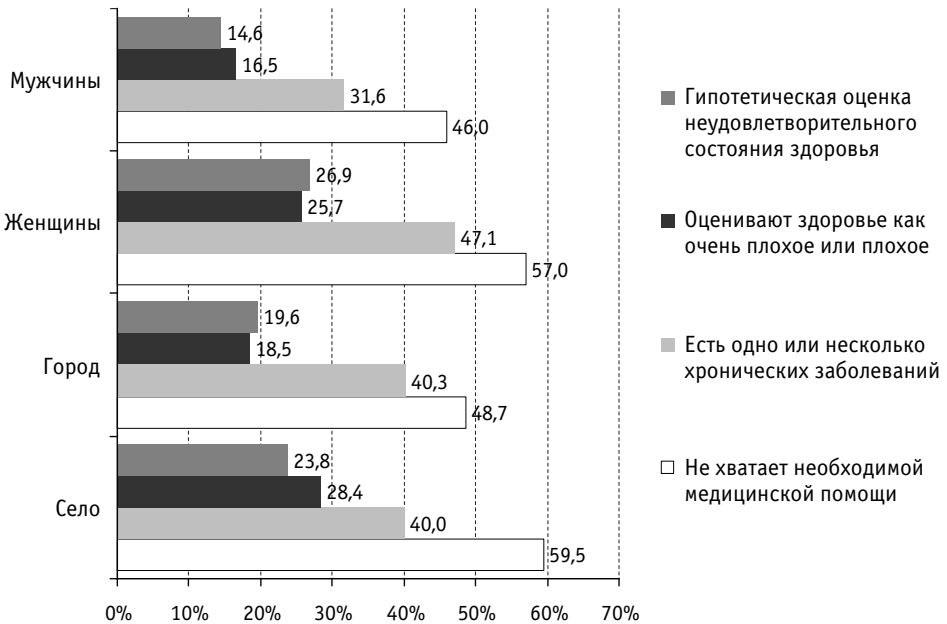


Рис. 7. Распределение оценок состояния здоровья и его факторов по группам с учетом пола и места проживания (2010)

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 некомпенсированная 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).

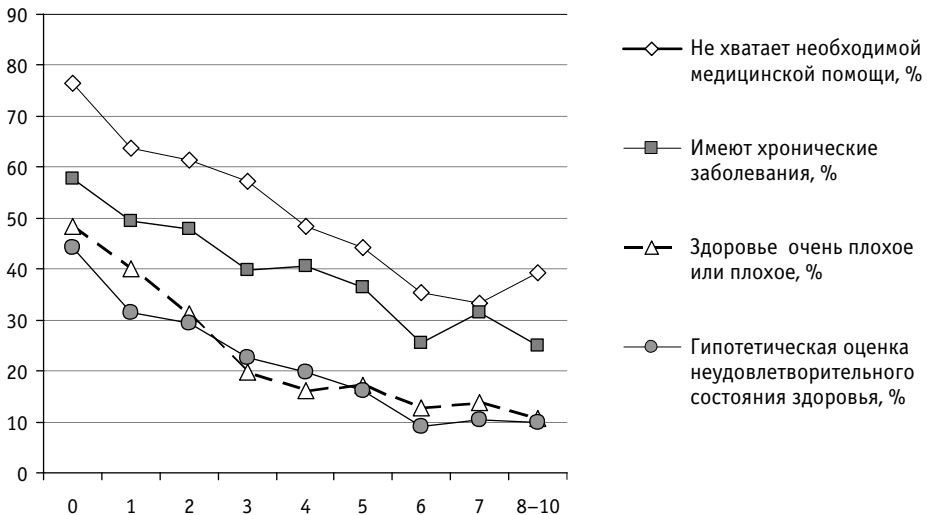


Рис. 8. Показатели хронических больных, недостаточности необходимой медицинской помощи и неудовлетворительного состояния здоровья в группах респондентов в зависимости от самооценок материального уровня жизни (по шкале от 0 до 10 баллов) по данным опроса 2010 года

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-

эффицент 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).

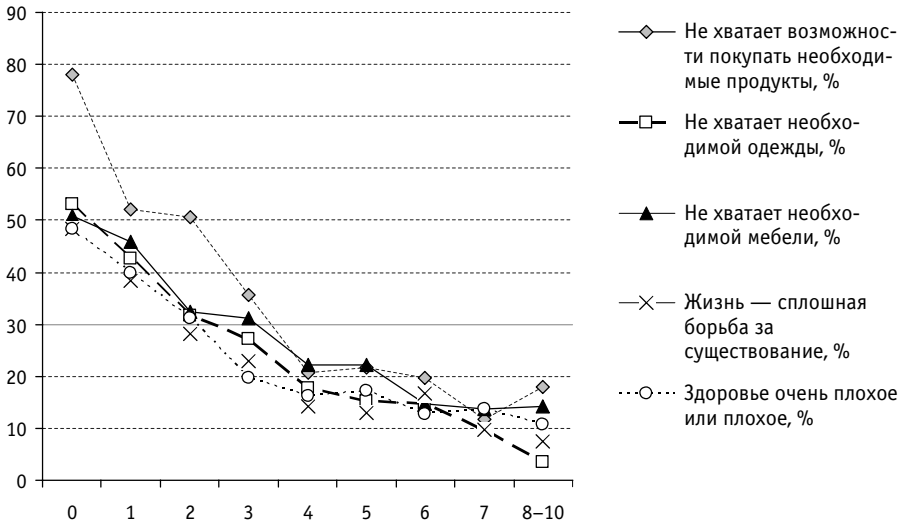


Рис. 9. Жизненные условия и самооценки состояния здоровья в зависимости от самооценок материального уровня жизни (по шкале от 0 до 10 баллов) по данным опроса 2010 года, %

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, постепенно 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).

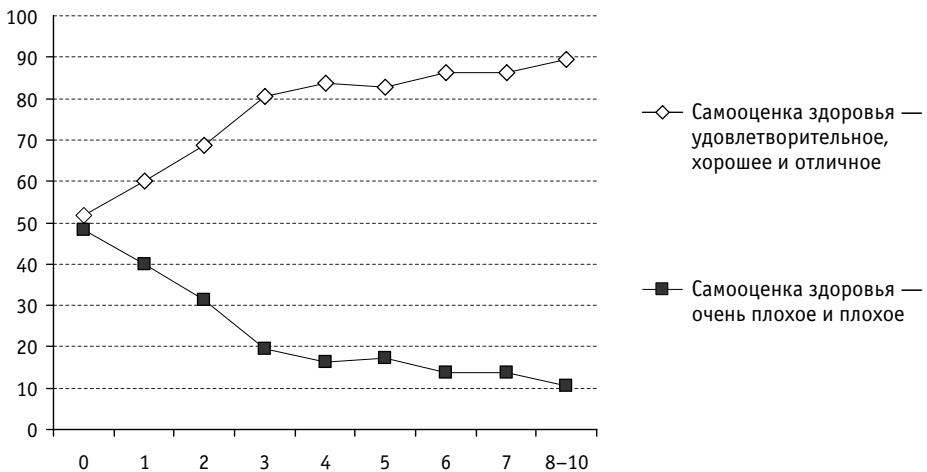


Рис. 10. Самооценки состояния здоровья (по шкале от 0 до 10 баллов) в зависимости от самооценок материального уровня жизни

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, обуславливающих 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 Украине 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. Двадцять 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/hfad/>.