

## СПЕЦІАЛЬНІ ТА ГАЛУЗЕВІ СОЦІОЛОГІЇ

УДК 316+614 054 – Соціологія

DOI <https://doi.org/10.24195/spj1561-1264.2022.4.16>

Мажак Ірина Михайлівна

кандидатка соціологічних наук,

доцентка кафедри соціології

Національного університету «Києво-Могилянська академія»

вул. Григорія Сковороди, 2, м. Київ, Україна

orcid.org/0000-0003-0190-0126

СОЦІАЛЬНИЙ ГРАДІЄНТ ТА НЕРІВНОСТІ  
У ЗДОРОВ'Ї НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

У статті висвітлено результати дослідження соціального градієнту та соціальних нерівностей у здоров'ї серед населення працездатного віку в Україні на основі масивів загальнонаціонального дослідження «Індекс Здоров'я. Україна» за 2017–2020 роки (33 058 респондентів, віком 18–65 років). Основними цілями дослідження були: вивчення взаємозв'язків між потенційними соціальними детермінантами здоров'я та статусом суб'єктивного здоров'я; виявлення та порівняння соціально-економічних нерівностей у самооцінці здоров'я; дослідження соціального «градієнта» у здоров'ї населення працездатного віку в Україні та виявлення найбільш вразливих категорій населення. Соціальні нерівності у здоров'ї є проблемою для більшості суспільств, навіть, незважаючи на наявність вискоелективних систем охорони здоров'я, адже, якщо одні нерівності у здоров'ї зумовлюються генетично, то інші є соціально зумовленими і переважно перебувають поза контролем окремих індивідів. Під соціальними нерівностями у здоров'ї розуміють постійні відмінності у здоров'ї між соціально-демографічними групами населення.

У дослідженні використано біноміальний логістичний регресійний аналіз, який було проведено у два етапи та матеріалістичний підхід до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї. Соціальний градієнт у здоров'ї не лише показує, що найгіршою є самооцінка здоров'я у найбільш вразливих, а він також прослідковується серед усіх груп працездатного населення України відповідно до їх доходу чи СЕС, що підтверджено результатами логістичної регресії. Відповідно до матеріалістичного підходу прослідковується чітка залежність між соціально-економічними факторами та станом здоров'ям, найбільш вразливими є категорії респондентів з найстаршої вікової групи та респонденти яким не вистачає грошей навіть на їжу або респонденти з найнижчим СЕС. Додатково, виявлені соціальні нерівності у здоров'ї на основі гендерних, вікових та освітніх відмінностей. Результати дослідження можуть бути корисними при роботі політики боротьби з нерівностями у здоров'ї серед працездатного населення в Україні.

**Ключові слова:** соціальний градієнт у здоров'ї, соціальні нерівності в здоров'ї, самооцінка здоров'я, населення України працездатного віку.

**Вступ.** Дослідження соціальних нерівностей у здоров'ї є широко поширеними у межах суспільних наук та наук про здоров'я, включаючи соціологію здоров'я та медицини. Деякі нерівності у здоров'ї зумовлюються генетично, а деякі з них є соціально структурованими та переважно перебувають поза контролем окремих індивідів. Під соціальними нерівностями у здоров'ї розуміють постійні відмінності у здоров'ї між соціально-демографічними групами населення на основі гендеру, віку, сімейного статусу, соціального статусу, рівня доходу, освіти, місця проживання тощо.

Соціально-економічний статус є одним з найбільш поширених прогностичним фактором щодо захворювань, адже численні дослідження показали [3; 5; 13], що люди з нижчим

соціально-економічним статусом мають вищі рівні захворюваності та передчасної смертності, пов'язаної з цими захворюваннями. Соціальні нерівності у здоров'ї між соціально-економічними групами є проблемою для більшості суспільств, навіть, незважаючи на значні успіхи сучасної медицини щодо профілактики, діагностики, моніторингу та лікування захворювань. Крім того, М. Whitehead і G. Dahlgren звертають увагу на морально-етичний аспект нерівностей у здоров'ї. Оскільки нерівності є соціально зумовленими та структуровані суспільством, то їх потенційно можна уникнути і вони загалом вважаються неприпустимими у цивілізованому суспільстві [14].

Протягом тривалого часу розвитку людства основні соціальні детермінанти здоров'я залишаються незмінними та їх розподіл у суспільстві та між суспільствами є нерівномірним. Крім того, більшість соціальних детермінант, які впливають на статус здоров'я, рівень захворюваності та тривалість життя населення знаходяться поза системою охорони здоров'я. Згідно з Всесвітньою організацією охорони здоров'я (далі – ВООЗ) соціальні детермінанти здоров'я це умови у яких люди народжуються, живуть, працюють і старіють, а основними чинниками цих соціальних умов є розподіл влади, фінансів та ресурсів на глобальному, національному та місцевому рівнях [11]. Комісія з соціальних детермінант здоров'я ВООЗ визначила, що «соціальні умови, в яких люди живуть, сильно впливають на їхні шанси бути здоровими. Справді, такі чинники, як бідність, соціальне відчуження та дискримінація, погані житлові умови, нездорові умови раннього дитинства та низький професійний статус є важливими детермінантами більшості захворювань, смертей та нерівностей в здоров'ї як між країнами так і в межах країн» [2].

Соціальний градієнт у здоров'ї показує взаємозв'язок між соціально-економічним статусом індивіда чи його соціальним класом та статусом його здоров'я, тобто чим вищим є соціально-економічний статус тим кращим є рівень здоров'я індивіда. Тобто, соціальний градієнт у здоров'ї не обмежується лише найбіднішими прошарками суспільства, він прослідковується з найвищого до найнижчого соціального класу, тобто нерівності в здоров'ї стосуються кожного [12]. Нерівності в здоров'ї існують як між країнами, так і в межах країн, незалежно від їх рівня економічного розвитку та наявності передових систем охорони здоров'я [6; 9; 10].

Найбільш поширеними підходами до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї є матеріалістичний, психосоціальний та культурно-поведінковий. Зокрема, матеріалістичний підхід фокусується на взаємозв'язку між соціально-економічним статусом (на основі доходу та матеріальних статків) і нерівностями у здоров'ї, оскільки індивіди з вищим рівнем доходу можуть дозволити собі більшу кількість і вищу якість товарів і послуг, включаючи послуги з охорони здоров'я, житло, транспорт і більш якісне та здорове харчування. Також, високий дохід зменшує вплив фізичних, економічних, психосоціальних та інших факторів ризику (погані житлові умови, шкідливі умови праці тощо) [1].

Психосоціальний підхід до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї фокусується на емоційних відчуттях та реакції індивіда на хронічний стрес, який виникає під впливом соціальних нерівностей та соціальної ізоляції і як результат впливає на стан здоров'я індивіда.

Культурно-поведінковий підхід фокусується на тому, що взаємодія між соціальними факторами і здоров'ям в основному є результатом соціальних відмінностей у поведінці, оскільки поведінка, що шкодить здоров'ю (куріння, вживання наркотиків, нездорова дієта, низька фізична активність, ризикована сексуальна поведінка, низький рівень звернень за медичною допомогою, використання послуг неконвенційної та альтернативної медицини) переважають серед індивідів з найнижчим соціально-економічним статусом.

**Метою даного дослідження** є виявлення соціального градієнта та вимір соціально-економічних нерівностей у здоров'ї для розуміння цих відмінностей у здоров'ї серед різних соціально-демографічних груп працездатного віку в Україні, що може бути корисними при розробці політики боротьби з нерівностями у здоров'ї.

**Завданнями дослідження** є: 1) вивчення взаємозв'язків між потенційними соціальними детермінантами здоров'я та статусом суб'єктивного здоров'я; 2) виявлення та порівняння

соціально-економічних нерівностей у самооцінці здоров'я; 3) дослідження соціального «градієнта» у здоров'ї населення України та виявлення найбільш вразливих категорій населення.

У дослідженні використано один з традиційних підходів до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї – матеріалістичний, який включив в себе такі соціальні детермінанти нерівностей у здоров'ї як: найвищий рівень освіти респондента, матеріальний стан, джерела доходу.

Дані для дослідження отримано із масивів загальнонаціонального дослідження «Індекс Здоров'я. Україна» за 2017–2020 роки (33 058 респондентів, віком 18–65 років). Це щорічне дослідження (2016–2020) з метою визначення фактичного рівня задоволеності громадян України медичною допомогою. Дані даного дослідження використано для вторинного аналізу за допомогою статистичного пакету IBM SPSS 28 (Statistical Package for the Social Sciences) відповідно до поставлених завдань.

У цьому дослідженні самооцінка здоров'я використовується як показник загального суб'єктивного здоров'я населення. Респонденти відповідали на запитання: «Як би Ви загалом оцінили своє здоров'я за останні 12 місяців?» з п'ятьма варіантами відповідей: «Дуже добре», «Добре», «Задовільне», «Погане» і «Дуже погане». Цей показник є одним із найпоширеніших у дослідженнях здоров'я та є одним із показників здоров'я, рекомендованих ВООЗ для моніторингу стану здоров'я населення. Багато досліджень показали, що самооцінка здоров'я гарно прогнозує не лише статус здоров'я, а й рівні захворюваності, смертності та обсяг використання послуг системи охорони здоров'я [4; 7].

Згідно з результатами дослідження 57,7% респондентів (чоловіки та жінки 18–65 років) оцінюють своє здоров'я як добре. Вибірка (Таблиця 1) складається з 33058 респондентів з яких 47,6% чоловіків та 52,4 жінок. Найбільшою віковою групою є найстарша група віком

Таблиця 1

## Описова статистика вибірки

Змінні	Категорії	N	%
1	2	3	4
Залежна змінна			
Самооцінка здоров'я	Добре	19066	57.7
	Погане	2281	6.9
Незалежні змінні			
Гендер	Чоловіки	15735	47.6
	Жінки	17323	52.4
Вікові групи	18-30	8281	25.0
	31-40	8061	24.4
	41-50	6311	19.1
	51-65	10405	31.5
Регіони	захід	8278	25.0
	центр	10248	31.0
	південь	3576	10.8
	схід	10957	33,1
Тип місцевості	міська	22948	69.4
	сільська	10111	30.6
Соціально-економічний статус (СЕС)	низький	3738	11.3
	нижче середнього	6341	19.2
	середній	6833	20.7
	вище середнього	7247	21.9
Найвищий рівень освіти	високий	7765	23.5
	Початкова/неповна середня	429	1.3

Продовження таблиці 1

1	2	3	4
	Повна середня загальна	5768	17.4
	Професійно-технічна, неповна вища, середня спеціальна	16515	50.0
	Базова вища (бакалавр)	2070	6.3
	Повна вища (спеціаліст, магістр)	8111	24.5
	Науковий ступінь (кандидат/доктор наук)	73	0.2
Джерела доходу	Безробітні	2340	7.1
	Отримуючі соц.допомогу	5074	15.3
	Економічно залежні	4974	15.0
	Працюючі	20516	62.1
Фінансове становище	Не вистачає навіть на їжу	2291	6.9
	Вистачає на їжу, але купити одяг важко	13422	40.6
	Достатньо на їжу та одяг, можемо дещо відкласти	13669	41.3
	Можемо купувати деякі дорогі речі	2505	7.6
	Можемо робити суттєві заощадження	208	0.6

51–65 років (31,5%), далі 41–50 років (19,1%), 31–40 років (24,4%), 18–30 років (25,0%). Найбільше респондентів опитано в східних (33,1%) та центральних областях України (31%), менше у західній (25,0%) та південній (10,8%) частинах країни. Більшість респондентів мають професійно-технічну/неповна вищу/середню спеціальну освіту (50,0%), а також вищу (бакалавр, спеціаліст, магістр) (38,0%) та повну середню (17,4%) освіту. За джерелами доходу опитані були поділені на чотири групи: безробітні (7,1%), отримуючи соціальну допомогу (15,3%), економічно залежні від інших членів сім'ї (15,0%) та працюючі (62,1%). За фінансовим становищем респонденти були поділені на наступні групи: «достатньо на їжу та одяг, можемо дещо відкласти» – 41,3%, «вистачає на їжу, але купити одяг важко» – 40,6%, «можемо купувати деякі дорогі речі» – 7,6%, «не вистачає навіть на їжу» – 6,9% та лише 0,6% – «можемо робити суттєві заощадження». Щодо місця проживання, то 69,4% респондентів проживають у містах, а 30,6% – у сільській місцевості.

Для дослідження соціальних нерівностей у здоров'ї працюючого населення України використано біноміальний логістичний регресійний аналіз (binomial logistic regression analysis), який проведено у два етапи. Дані було проаналізовано з допомогою IBM SPSS 28. У біноміальному логістичному регресійному аналізі залежною змінною є самооцінка здоров'я, дихотомізована у дві групи: «добре здоров'я», яке включає варіанти відповідей респондентів «дуже добре» і «добре» та «погане здоров'я», яке включає категорії «погане» і «дуже погане». Як незалежні змінні до регресії були включені потенційні соціальні детермінанти нерівностей в здоров'ї, такі як: 1) соціально-демографічні фактори (гендер, вік, місце проживання); 2) соціально-економічні фактори: фінансовий стан (за самооцінкою респондентів: «нам не вистачає грошей

навіть на їжу», «нам вистачає грошей на їжу, але купити одяг важко», «у нас достатньо грошей на їжу й одяг, і ми можемо дещо відкласти», «ми можемо дозволити собі купувати деякі дорогі речі», «ми можемо робити суттєві заощадження»); джерела доходу (безробітні, отримуючи соціальну допомогу, економічно залежні від інших, працюючі), найвищий рівень освіти (початкова/неповна середня, повна середня, професійно-технічна/ неповна вища/середня спеціальна, вища (бакалавр), вища (спеціаліст, магістр), науковий ступінь).

**Результати дослідження.** На першому етапі було проведено біноміальний логістичний регресійний аналіз, результати якого подано в Odd Ratios (далі – OR) (Таблиця 2). OR показують величину та взаємозв'язок між факторами, у даному дослідженні якщо  $OR > 1$ , це означає, що респонденти більш ймовірно оцінюють своє здоров'я як погане, якщо  $OR < 1$  – менш ймовірно оцінюють своє здоров'я як погане.

Таблиця 2

**Odd ratios для поганого здоров'я**

Змінні	Категорії	Univariate Model		Full Model	
		OR	95%CI	OR	95%CI
Гендер	Чоловіки	1		1	
	Жінки	1.81***	(1.65-1.98)	1.54***	(1.38-1.72)
Вікові групи	18–30	1		1	
	31–40	2.27***	(1.80-2.86)	2.25***	(1.76-2.88)
	41–50	7.37***	(5.95-9.12)	6.70***	(5.30-8.47)
	51–65	22.79***	(22.79-33.76)	10.27***	(8.16-12.92)
Регіони	захід	1		1	
	центр	1.41***	(1.25-1.59)	1.37***	(1.18-1.60)
	південь	1.54***	(1.31-1.80)	1.45***	(1.19-1.76)
	схід	1.41***	(1.25-1.59)	1.33***	(1.14-1.55)
Тип місцевості	міська	1		1	
	сільська	1.35***	(1.23-1.47)	1.06	(0.94-1.20)
Найвищий рівень освіти	початкова/неповна середня	14.54***	(3.07-68.73)	3.16***	(2.11-4.74)
	повна середня загальна	6.08**	(1.32-28.06)	1.49***	(1.24-1.79)
	професійно-технічна, неповна вища, середня спеціальна	4.41	(0.96-20.31)	1.31***	(1.12-1.53)
	базова вища (бакалавр)	1.61	(0.34-7.53)	1.10	(0.81-1.47)
	повна вища (спеціаліст, магістр)	1		1	
Джерела доходу	науковий ступінь (кандидат/доктор наук)	1.88	(0.41-8.68)	0.71	(0.13-3.81)
	Безробітні	2.13***	(1.7-2.57)	1.49***	(1.21-1.84)
	Отримуючі соц.допомогу	22.39***	(20.01-25.05)	6.29***	(5.47-7.23)
	Економічно залежні	0.93	(0.79-1.11)	1.28**	(1.05-1.56)
	Працюючі	1		1	
Фінансове становище	Не вистачає навіть на їжу	36.67***	(13.05-103.03)	10.88***	(7.68-15.42)
	Вистачає на їжу, але купити одяг важко	7.66***	(2.74-21.42)	3.27***	(2.37-4.51)
	Достатньо на їжу та одяг, можемо дещо відкласти	2.15	(0.77-6.01)	1.69***	(1.23-2.34)
	Можемо купувати деякі дорогі речі	1		1	
	Можемо робити суттєві заощадження	0.97	(0.98-0.34)	1.27	(0.43-3.78)
Nagelkerke R <sup>2</sup>					0.415
Correctly classified cases					89.0

(\*\*\*) $p < 0.01$ , (\*\*) $p < 0.05$ , (\*) $p < 0.1$

Модель пояснила 41,5% (Nagelkerke R2) дисперсії оцінювання здоров'я як поганого і правильно класифікувала 89,0% випадків.

Згідно з матеріалістичним підходом до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї прослідковується чітка залежність між соціально-економічними факторами та станом здоров'ям, адже респонденти яким не вистачає грошей навіть на їжу (OR = 10,88), а також респонденти, що отримують соціальну допомогу (OR = 6,29) більш ймовірно повідомляють про погане здоров'я.

Соціальний градієнт у здоров'ї не лише показує, що найвищий статус здоров'я спостерігається у найзаможніших верст населення і навпаки найгірший рівень здоров'я – у найбідніших, а він прослідковується з найвищого до найнижчого соціального класу [8]. За результатами логістичної регресії також можна прослідкувати наявність соціального градієнту у здоров'ї, що вимірюється через ймовірність оцінювання здоров'я як поганого серед респондентів яким не вистачає грошей навіть на їжу (OR = 10,88), яким вистачає грошей на їжу, але купити одяг важко (OR = 3,27), яким достатньо грошей на їжу та одяг, та які можуть дещо відкласти (OR = 1,69) у порівнянні з респондентами які можуть купувати деякі дорогі речі (OR = 1).

Також, соціальний градієнт у здоров'ї прослідковується і серед груп за рівнем освіти, адже ймовірність, що респонденти з початковою/неповною середньою освітою повідомляють про погане здоров'я є найвищою (OR = 3,16), далі йдуть респонденти з повною середньою загальною освітою (OR = 1,49), респонденти з професійно-технічною, неповною вищою, середньою спеціальною освітою (OR = 1,31) та респонденти з базовою вищою освітою (бакалавр) (OR = 1,10), а от респонденти з науковим ступенем (OR = 0,71) навпаки менш схильні повідомляти про погане здоров'я у порівнянні з референтною групою респондентів з повною вищою освітою (спеціаліст, магістр) (OR = 1).

Крім того, наявні гендерні та вікові відмінності у самооцінці здоров'я, адже жінки більш ймовірно повідомляють про погане здоров'я (OR = 1,54) порівняно з чоловіками, як і старші респонденти більш схильні оцінювати здоров'я гірше, оскільки ймовірність оцінки здоров'я як поганого серед респондентів найстаршої вікової групи (51–65 років) у 10 раз є вищою (OR = 10,27) у порівнянні з наймолодшою віковою групою. Асоціації між такими змінними як тип місця проживання та поганим здоров'ям не були статистично значущими. Найбільш вразливими є категорії респондентів з найстаршої вікової групи (51–65 років) (OR = 10,27) та респонденти яким не вистачає грошей навіть на їжу (OR = 10,88).

На другому етапі аналізу для додаткового виміру соціального градієнта у здоров'ї працездатного населення України та виявлення найбільш вразливих категорій населення за допомогою факторного аналізу було створено індекс – соціально-економічний статус (СЕС), на основі запитань про основний рід занять, фінансове становище домогосподарства та джерела доходів. Факторна змінна була обчислена за допомогою методу регресії та розділена на 5 категорій (на основі квінтилів): «високий СЕС», «вище середнього СЕС», «середній СЕС», «нижче середнього СЕС», «низький СЕС». Далі за допомогою біноміального логістичного регресійного аналізу, результати якого подано в Odd Ratios (OR) (Таблиця 3) підтверджено наявність соціального градієнта у здоров'ї, оскільки він вимірюється через вищу ймовірність самооцінка здоров'я як поганого серед респондентів з низьким СЕС (OR = 12,86), з нижче середнього СЕС (OR = 6,47), з середнім СЕС (OR = 2,58), з вище середнього СЕС (OR = 1,43) у порівнянні з респондентами з високим матеріальним станом (OR = 1). Також, підтверджено, що найбільш вразливими є категоріями респондентів залишаються особи з найстаршої вікової групи (51-65 років) (OR = 20,78) та з найнижчим СЕС (OR = 12,86).

Модель пояснила 36,9% (Nagelkerke R2) дисперсії оцінювання здоров'я як поганого і правильно класифікувала 86,4% випадків.

**Висновки.** Біноміальний логістичний регресійний аналіз дозволив виявити соціально-економічні нерівності у здоров'ї за допомогою відмінностей у здоров'ї серед різних соціальних груп працездатного віку, а також виявити найбільш вразливі категорії населення, адже найбідніші категорії респондентів, зокрема це індивіди яким не вистачає грошей навіть на їжу та які отримують соціальну допомогу більш ймовірно оцінюють своє здоров'я як погане.

Таблиця 3

## Odd ratios для поганого здоров'я (соціально-економічний статус)

Змінні	Категорії	OR	95%CI
Гендер	Чоловіки	1	
	Жінки	1.62***	(1.46-1.80)
Вікові групи	18-30	1	
	31-40	2.46***	(1.92-3.13)
	41-50	8.06***	(6.44-10.08)
	51-65	20.78***	(16.89-25.56)
Регіони	захід	1	
	центр	1.43***	(1.24-1.65)
	південь	1.43***	(1.19-1.72)
	схід	1.41***	(1.21-1.63)
Тип місцевості	міська	1	
	сільська	1.18*	(1.05-1.32)
Соціально-економічний статус (СЕС)	низький	12.86***	(10.62-15.58)
	нижче середнього	6.47***	(5.39-7.77)
	середній	2.58***	(2.12-3.13)
	вище середнього	1.43***	(1.16-1.77)
	високий	1	
Nagelkerke R2			0.369
Correctly classified cases			86.4

(\*\*\*p < 0.01, \*\*p < 0.05, \*p < 0.1)

Соціальний градієнт у здоров'ї не лише показує, що найгіршою є самооцінка здоров'я у найбідніших, а він також прослідковується серед усіх груп працездатного населення України відповідно до їх доходу, що підтверджено результатами логістичної регресії. Виявлена градація, відповідно до якої ймовірність оцінювання здоров'я як поганого серед респондентів яким не вистачає грошей навіть на їжу є найвищою, дещо нижчою є для респондентів, яким вистачає грошей на їжу, але купити одяг важко, ще нижчою ця ймовірність є для індивідів у яких достатньо грошей на їжу та одяг, та які можуть дещо відкладати у порівнянні з респондентами які мають достатньо коштів на купівлю деяких дорогих речей.

Додатково, було створено індекс – соціально-економічний статус (СЕС) та за допомогою біноміального логістичного регресійного аналізу знову було підтверджено наявність соціального градієнта у здоров'ї, оскільки ймовірність самооцінка здоров'я як поганого серед респондентів з низьким СЕС є найвищою (OR = 12,86), дещо нижчою є ця ймовірність для індивідів з нижче середнім СЕС (OR = 6,47), далі з середнім СЕС (OR = 2,58) та з вище середнім СЕС (OR = 1,43) у порівнянні з респондентами з високим СЕС.

За результатами статистичного аналізу, соціальний градієнт у здоров'ї прослідковується і серед груп за рівнем освіти, адже ймовірність, що респонденти з початковою/неповною середньою освітою повідомлять про погане здоров'я є найвищою, дещо нижчою є ця ймовірність для респондентів з повною середньою загальною освітою та респондентів з професійно-технічною, неповною вищою, середньою спеціальною освітою. Щодо респондентів з вищою освітою (бакалавр) та науковим ступенем, то вони навпаки менш схильні повідомляти про погане здоров'я у порівнянні з референтною групою, якою були респонденти з повною вищою освітою (спеціаліст, магістр).

Також виявлені соціальні нерівності у здоров'ї на основі гендерних та вікових відмінностей у самооцінці здоров'я, адже жінки більш ймовірно повідомляють про погане здоров'я у порівнянні з чоловіками, а старші респонденти у 10 раз більш схильні оцінювати здоров'я гірше у порівнянні з наймолодшою віковою групою. Найбільш вразливими є категорії респондентів з найстаршої вікової групи та респонденти яким не вистачає грошей навіть на їжу або респонденти з найнижчим СЕС.

*Авторка висловлює подяку «Індекс Здоров'я. Україна» за можливість використання даних дослідження для вторинного аналізу та Данилу Судину за допомогу з статистичним аналізом.*

### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Vambra C. Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle' / C.Vambra // *Journal of epidemiology and community health*. – 2011. – 65(9):740-5.
2. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). [Електронний ресурс] / World Health Organization. – Режим доступу: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_35-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_35-en.pdf)
3. Franks P. Do changes in traditional coronary heart disease risk factors over time explain the association between socio-economic status and coronary heart disease? / P.Franks, P.C.Winters, D.J.Tancredi, K.A.Fiscella // *BMC Cardiovascular Disorders*. –2011. – 11(1), 1–6.
4. Guimarães J. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study / J.Guimarães, D.Chor, G.Werneck, M.Carvalho, C.Coeli, C.Lopes, E.Faerstein // *BMC Public Health*. – 2012. – 12(1):676.
5. Hawkins R. B. Socio-economic status and COVID-19–related cases and fatalities. / R.B.Hawkins, E.J.Charles, J.H.Mehaffey // *Public health*. – 2020. – 189, 129–134.
6. Jakab Z. Social determinants of health in Europe / Z.Jakab, M.Marmot // *Lancet*. – 2012 – 379(9811):103-105.
7. Lorem G. Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. / G.Lorem, S.Cook, D. A.Leon, N.Emaus, H.Schirmer // *Scientific reports*. – 2020. – 10(1), 1–9.
8. Marmot M. Health in an unequal world / M.Marmot // *The Lancet*. – 2006. – 368(9552), 2081-2094.
9. Palència L. The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe / L.Palència, D.Malmusi, D.De Moortel, L.Artazcoz, M.Backhans, C.Vanroelen, C.Borrell // *Social Science & Medicine*. – 2014. – 117:25-33.
10. Schütte S. Social differences in self-reported health among men and women in 31 countries in Europe / S.Schütte, J.Chastang, A.Parent-Thirion, G.Vermeulen, I.Niedhammer // *Scandinavian journal of public health*. – 2013. – 41(1):51-7.
11. Social determinants of health. Key concepts. [Електронний ресурс] / World Health Organization. – Режим доступу: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/)
12. Social Determinants of Health (SDH). [Електронний ресурс] / World Health Organization. – Режим доступу: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/). – Назва з екрана.
13. Wang Y., Wang J. Modelling and prediction of global non-communicable diseases / Y.Wang, J.Wang // *BMC Public Health*. – 2020. – 20(1), 1–13.
14. Whitehead M., Dahlgren G. Levelling Up / M.Whitehead, G.Dahlgren // Part 1: Concepts and principles for tackling social inequalities in health. – Copenhagen: World Health Organization, 2006.

### REFERENCES

1. Vambra C (2011) Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle'. *Journal of Epidemiology & Community Health*, jech-2011, <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2011.136333>
2. Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. Available at: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_35-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_35-en.pdf)
3. Franks, P., Winters, P. C., Tancredi, D. J., & Fiscella, K. A. (2011). Do changes in traditional coronary heart disease risk factors over time explain the association between socio-economic status and coronary heart disease? *BMC Cardiovascular Disorders*, 11(1), 1–6.
4. Guimarães J, Chor D, Werneck G, Carvalho M, Coeli C, Lopes C, & Faerstein E (2012) Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study. *BMC Public Health*, 12(1), 676, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-676>
5. Hawkins, R. B., Charles, E. J., & Mehaffey, J. H. (2020). Socio-economic status and COVID-19–related cases and fatalities. *Public health*, 189, 129-134.
6. Jakab Z, & Marmot M (2012) Social determinants of health in Europe. *The Lancet*, 379(9811), 103–105, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61511-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61511-0).



7. Lorem, G., Cook, S., Leon, D. A., Emaus, N., & Schirmer, H. (2020). Self-reported health as a predictor of mortality: A cohort study of its relation to other health measurements and observation time. *Scientific reports*, 10(1), 1–9.
8. Marmot, M. (2006). Health in an unequal world. *The Lancet*, 368(9552), 2081-2094.
9. Palència L, Malmusi D, De Moortel D, Artazcoz L, Backhans M, Vanroelen C, & Borrell C (2014) The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Social Science & Medicine*, 117, 25–33, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.018>.
10. Schütte S, Chastang J, Parent-Thirion A, Vermeulen G, & Niedhammer I (2013) Social differences in self-reported health among men and women in 31 countries in Europe. *Scandinavian journal of public health*, 41(1), 51–57.
11. Social determinants of health. Key concepts. World Health Organization. Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/)
12. Social Determinants of Health. World Health Organization. Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/).
13. Wang, Y., & Wang, J. (2020). Modelling and prediction of global non-communicable diseases. *BMC Public Health*, 20(1), 1–13.
14. Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health.

**Mazhak Iryna Mykhailivna**

Candidate of Sciences in Sociology,  
Associate Professor at the Department of Sociology  
National University of Kyiv-Mohyla Academy  
2, Hryhoriia Skovorody str., Kyiv, Ukraine  
[orcid.org/0000-0003-0190-0126](https://orcid.org/0000-0003-0190-0126)

## SOCIAL GRADIENT AND INEQUALITIES IN THE HEALTH OF THE UKRAINIAN WORKING-AGE POPULATION

*The article presents the results of the study of the social gradient and social inequalities in health among the working-age population in Ukraine based on the nationwide study «Health Index. Ukraine» data for 2017–2020 (33,058 respondents, aged 18–65). The main goals of the study were: to reveal the relationships between potential social determinants of health and subjective health status; to identify and compare socio-economic inequalities in self-reported health; to investigate the social «gradient» in the health of the working-age population in Ukraine and reveal the most vulnerable categories of the population. Social inequalities in health are an issue for most societies, even despite the presence of highly effective healthcare systems, because while some health inequalities are genetically determined, others are socially structured and lay mostly beyond the control of individuals. Social inequalities in health show persistent differences in health between socio-demographic population groups.*

*The study used binomial logistic regression analysis, which was conducted in two stages, and a materialistic approach to investigate social inequalities in health. The social gradient in health not only shows that the poorest have the worst self-reported health, but it is also observed among all groups of the working-age population of Ukraine according to their income or SES, which is confirmed by the logistic regression results. According to the materialistic approach, a relationship between socio-economic factors and health status is observed, the categories of respondents from the oldest age group and respondents who do not have enough money even for food as well as respondents with the lowest SES are the most vulnerable populations groups. In addition, social inequalities in health based on gender, age and level of education differences were identified. The study results can be useful in developing policies to tackle health inequalities among the working-age population in Ukraine.*

**Key words:** *social gradient in health, social inequalities in health, self-reported health, the working-age population of Ukraine.*