

Міністерство освіти і науки України
 Національний технічний університет
 «Дніпровська політехніка»
 Навчально-науковий інститут державного управління
 Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студентки Ломброзо Ольги Володимирівни

академічної групи 281м-22з-3 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Державне регулювання соціальних протиріч у сфері охорони здоров'я»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Липовська Н.А.	85	добре	
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:				
-----------------	--	--	--	--

Дніпро
2023

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему *«Державне регулювання соціальних протиріч у сфері охорони здоров'я»*.

75 с., 13 табл., 6 рис., 82 використаних джерел.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я, СОЦІАЛЬНІ ПРОТИРІЧЧЯ.

Об'єкт дослідження – соціальні відносини у сфері громадського здоров'я в масштабах регіональної спільноти.

Предмет дослідження – державне регулювання соціальних протиріч у сфері охорони здоров'я.

Мета дослідження – обґрунтувати особливості державного регулювання соціальних протиріч у сфері охорони здоров'я в Україні та вивчити процеси і фактори соціальної диференціації населення у сфері охорони здоров'я, соціальні відносини у цій сфері, доступність медичної допомоги для різних соціальних груп і верств, а також розробити рекомендації соціально-практичного характеру.

У першому розділі досліджуються теоретико-методологічні основи державного регулювання соціальних протиріч у сфері охорони здоров'я в Україні.

Другий розділ присвячено аналізу результатів моніторингу соціальних протиріч **Error! Bookmark not defined.** у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні **Error! Bookmark not defined.** в Україні.

У третьому розділі визначено напрями удосконалення державного регулювання поведінкових стратегій у сфері охорони здоров'я та інструменти їх реалізації.

Сфера практичного застосування результатів роботи – органи управління охорони здоров'я.

ABSTRACT

Explanatory note of the qualification work of the master's degree on the topic " State regulation of social contradictions in the field of health care".

75 pp., 6 figures, 13 tables, 82 verses of dzhherel.

PUBLIC ADMINISTRATION, PUBLIC HEALTH POLICY, PUBLIC REGULATION, PUBLIC HEALTH, SOCIAL CONTRADICTIONS.

The object of the study is social relations in the field of public health at the scale of the regional community.

The subject of the research is state regulation of social contradictions in the field of health care.

The purpose of the study is to justify the peculiarities of the state regulation of social contradictions in the field of health care in Ukraine and to study the processes and factors of social differentiation of the population in the field of health care, social relations in this field, the availability of medical care for different social groups and strata, as well as to develop recommendations for social - of a practical nature.

The first chapter examines the theoretical and methodological foundations of state regulation of social contradictions in the field of health care in Ukraine.

The second section is devoted to the analysis of the results of monitoring social contradictions in the field of health care at the regional level in Ukraine.

In the third section, directions for improving the state regulation of behavioral strategies in the field of health care and tools for their implementation are defined.

The sphere of practical application of the results of the work is health care management bodies.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПРОТИРІЧ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	11
1.1 Здоров'я як об'єкт публічноуправлінського дискурсу.....	11
1.2. Методологічні засади дослідження соціальних протиріч в галузі охорони здоров'я Error! Bookmark not defined	20
Розділ 2. МОНІТОРИНГ СОЦІАЛЬНИХ ПРОТИРІЧ Error! Bookmark not defined . У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ Error! Bookmark not defined	32
2.1. Науково-методичні основи вивчення самооцінки здоров'я як показника стану і динаміки здоров'я населення	32
2.2 Громадське здоров'я в контексті соціально-демографічної структури населення.....	41
Розділ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПОВЕДІНКОВИХ СТРАТЕГІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	52
3.1. Стратегії взаємодії населення з професійною медициною.....	51
3.2. Соціально-економічна диференціація населення у сфері охорони здоров'я 1	61
...	
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76

ВСТУП

Актуальність дослідження проблем державного регулювання соціальних протиріч у сфері охорони здоров'я пов'язана з необхідністю наукового забезпечення реалізації пріоритетного національного проєкту в галузі охорони здоров'я. При цьому державна політика охорони здоров'я розглядається як невід'ємна частина соціальної політики. В останні роки в нашій країні намітилася тенденція значного зростання захворюваності серед населення і зменшення частки здорових громадян. Стан здоров'я людей служить об'єктивною передумовою їх соціальної активності у формуванні та ефективній соціальній структурі. Положення людей в системі нерівності, через соціокультурні та соціально-економічні фактори, впливає на поведінку людей і, отже, ресурси суспільства в сфері охорони здоров'я.

Доступ до таких соціальних цінностей, як здоров'я та охорона здоров'я, в суспільстві далеко не однаковий для різних груп і верств населення. Вона обумовлена положенням індивідів і груп в соціальній структурі суспільства. Здоров'я служить однією з основ ідентифікації та самоідентифікації людей в системі соціальної нерівності і, отже, передумовою їх соціальних взаємодій, соціальної інтеграції (згуртованості) або дезінтеграції, а також істотний фактор соціально-психологічного клімату соціальних груп і суспільства в цілому.

У сучасній системі охорони здоров'я і в державній політиці охорони здоров'я населення ще не вироблена ефективна практика врахування особливостей соціальної диференціації в сфері охорони здоров'я. Тим часом така диференціація набула помітно більшої глибини і гострих форм у зв'язку з соціально-економічним розшаруванням населення країни в останні два десятиліття. Не випадково вплив бідності на здоров'я та реалізацію соціальних гарантій все частіше обговорюється в науковій літературі та соціальній журналістиці. Також різко критикується ті рішення політики охорони здоров'я, які ігнорують соціальну диференціацію. Насправді ці

недоліки пов'язані з ігноруванням реальних умов, в яких проживають різні соціальні групи і верстви.

Соціальні протиріччя у сфері охорони здоров'я залишаються дуже поширеними, такі як низька обізнаність дорослого населення про стан здоров'я та захворювання; неадекватне цінове ставлення до здоров'я; соціальні бар'єри у доступі до медичної допомоги; лояльність до руйнівних для здоров'я моделей управління; ігнорування медичної допомоги при захворюваннях. Ці протиріччя, як показують дослідження, тісно пов'язані з соціальною структурою і системою соціальної нерівності. Соціально-економічне розшарування призвело до подальших змін у поведінці людей у сфері охорони здоров'я, без яких навряд чи це можливо реалізувати досягнення цілей пріоритетного національного проєкту «Здоров'я». Управління соціально значущими програмами даного проєкту, в тому числі в частині реалізації державних гарантій для населення у сфері медичного обслуговування, потребує науково-інформаційної підтримки з позицій сучасної науки.

Осмисленню поставлених проблем сприяло опрацювання доробку українських учених, зокрема Д. Арзянцевої, О. Вакуленко, О. Возіанова, В. Горбатенка, М. Головатого, Л. Жаліла, Н. Комарова, Н. Кризиної, Д. Карамішева, І. Кресіної, Л. Кочубей, В. Лехан, В. Лобас, В. Москаленка, О. Мінцера, Н. Нижник, М. Новікова, О. Поживілової, Є. Перегуди, А. Підаєва, О. Пунди, Н. Рингач, Я. Радиша, Т. Семигіної, І. Солоненко, І. Сенюти, Н. Хоми та ін.

А дослідження, які вивчають проблеми соціальної диференціації в галузі охорони здоров'я, можуть бути використані при розробці цільових соціально-медичних та освітніх програм по відношенню до професійних та індивідуальних соціальних груп, таким як студенти, сільське населення, економічно неблагополучні сім'ї, пенсіонери, інваліди. Такі дослідження можуть служити основою для формування адекватної Концепції громадського здоров'я та інституту охорони здоров'я.

Проблема соціальної диференціації населення в галузі охорони здоров'я чітко включена в предметну область дослідження процесів управління. Останнім часом вона активно розробляється в наукових напрямках: медична демографія та економіка охорони здоров'я, соціальна статистика охорони здоров'я, соціальна гігієна, теорія і методика соціальної роботи та ін. Незважаючи на зростаючий інтерес і кількість досліджень, це питання в нашій країні все ще стоїть на початковому етапі розвитку.

У зарубіжній науці проблеми соціальної диференціації населення в галузі охорони здоров'я є одними з найбільш розроблених. В її основі лежать майже столітні спеціальні дослідження, які, крім інших факторів, стимулювалися гострими соціальними протиріччями щодо доступності медичної допомоги. З цього питання вона сформована на екстенсивній основі. Класичні роботи в цій області належать М. Веберу, Е. Дюркгейму, Р. Хедвіку, П. Франку, Е. Чедвіку. Зв'язок між тривалістю життя і положенням в професійній ієрархії була визначена Р. Хедвіком як центральний показник соціальної нерівності вже в його «Доповіді про санітарний стан працездатного населення Великобританії» (1842).

Е. Дюркгейм досліджував мотивацію поведінки залежно від стану здоров'я. Введене ним поняття «соціальне представництво» щодо здоров'я населення згодом розвинули К. Ерзліш, А. Дутард, С. Вільям. Макс Вебер заклав основи вивчення взаємозв'язку між способом життя і здоров'ям, розвинені пізніше У. Кокеремом і А. Руттенном.

Основні дослідження в другій половині ХХ століття проводили Р. Занд, У. Уінслоу, Л. Поппер, Р. Дюбос, К. Еванг, П. Делор, Т. Парсонс, Е. Фрейдсон, Л. Берnard, М. Кандау, Х. Міллер, К. Вінтер, Г. Стейнкамп, Дж. Є. Стейнкамп у своїй роботі «Смерть, хвороби і соціальна нерівність» обґрунтував багаторівневу модель характеристик нерівності в хворобах і тривалості життя.

Аналіз соціальної диференціації в сфері охорони здоров'я, що веде до розвитку теорії і соціальної практики ефективного управління цією сферою,

повинен проводитися саме на популяційному і репрезентативному рівні. Однак це досі не реалізовано.

Все вищесказане підтверджує актуальність більш ретельного дослідження соціальної диференціації населення в сфері охорони здоров'я з урахуванням набору ключових параметрів – соціально-економічних, демографічних, культурних.

Об'єктом дослідження є соціальні відносини у сфері громадського здоров'я в масштабах регіональної спільноти.

Предметом дослідження є державне регулювання соціальних протиріч у сфері охорони здоров'я в Україні.

Метою дослідження є обґрунтування особливостей державного регулювання соціальних протиріч у сфері охорони здоров'я в Україні та вивчити процеси і фактори соціальної диференціації населення у сфері охорони здоров'я, соціальні відносини у цій сфері, доступність медичної допомоги для різних соціальних груп і верств, а також розробити рекомендації соціально-практичного характеру.

Виходячи з поставлених цілей, в роботі ставляться і вирішуються **наступні завдання:**

1. Здійснити теоретичний аналіз вітчизняних і зарубіжних джерел з проблеми соціальної диференціації в сфері охорони здоров'я.
2. Визначити місце проблем громадського здоров'я в контексті сучасного корпусу державного управління.
3. Розробити науково-методичний апарат емпіричного дослідження соціальної диференціації населення в галузі охорони здоров'я.
4. Вивчити взаємозв'язок між соціально-демографічними, соціально-економічними характеристиками груп, свідомістю і поведінкою їх представників по відношенню до їх здоров'я і взаємодії з закладом охорони здоров'я.

5. Розробити соціально-практичні рекомендації щодо можливих і доцільних напрямів пом'якшення проблеми соціальної диференціації населення у сфері охорони здоров'я.

Методи дослідження. Інформаційна база включає: публікації з проблем громадського здоров'я; матеріали медичної статистики.

Проблема соціальної диференціації в сфері охорони здоров'я розглядається у взаємозв'язку методологічного, теоретичного та емпіричного рівнів. Серед використовуваних методів – концептуальний аналіз теоретичних джерел, вибіркові стандартизовані опитування населення і соціально-статистичний аналіз персоніфікованої бази даних, вторинний аналіз соціальної статистики громадського здоров'я та охорони здоров'я.

Практична значимість вивчення соціальної диференціації населення в галузі охорони здоров'я полягає в можливості збагачення змісту курсів «Управління системою охорони здоров'я», «Валеологія», «Державне управління у сфері охорони здоров'я» в системі вищої освіти. Їх вивчення може сприяти формуванню адекватної соціальної та професійної свідомості працівників охорони здоров'я, а також розробці соціально-практичних рекомендацій у системі охорони здоров'я та соціального захисту населення.

Структурно магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ ПРОТИРІЧ В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Здоров'я як об'єкт публічноуправлінського дискурсу

Сучасне соціально-наукове розуміння громадського здоров'я лежить в основі методології аналізу особливої сфери відтворення суспільства. Соціальний контекст громадського здоров'я проявляється в будь-якому суспільстві, на будь-якому етапі їх розвитку [3, 133]. З давніх часів здоров'я індивіда розглядалося через аналогії історично сформованих уявлень про бездоганний фізичний розвиток. Крім того, фізичне здоров'я здебільшого сприймалося за зовнішніми ознаками і служило певною мірою соціальним критерієм індивіда - мірою його зовнішньої краси, гармонійного внутрішнього розвитку, готовності віддавати свої сили на благо держави [12, 305]. На підтвердження цього говорить стародавня народна мудрість: «У здоровому тілі – здоровий дух».

Цінності здоров'я відігравали і продовжують відігравати найрізноманітніші ролі в житті цілих суспільств або окремих груп, вони вкрай складні і досить суперечливі. Слід зазначити, що в цих оцінках присутні щонайменше дві історично взаємопов'язані тенденції [21, 24].

Перша передбачає, що хороше самопочуття і фізичний розвиток у багатьох ситуаціях раніше і зараз сприяє підвищенню соціального статусу: успішному соціальному просуванню в кар'єрі, вибору подружжя, кращому виживанню в біологічній або фізичній конкуренції між групами та індивідами.

Ця тенденція показує, що справжні або уявні симптоми поганого стану здоров'я можуть і можуть бути причинами придбання окремими особами та групами певних соціальних (економічних, правових, культурних тощо) переваг. Крім того, ці основи об'єднані гуманітарними цінностями,

вітаються певними групами людей, і приймають форму моральної норми, закріплюючись в соціально-правовій і соціально-економічній сфері суспільств і окремих осіб соціальні групи.

Наприклад, в середні віки довгий час яскраво виражений інституційний характер мала практика виправдання і соціальної підтримки груп населення з видимими порушеннями здоров'я, зокрема інвалідів і малозабезпечених. У деяких європейських і азійських культурах, відносно середньовічних конфесій, явище відомо також загально визнана духовна орієнтація юродивих у поєднанні з фізичними, розумовими вадами або хворобами служила особистим безсумнівним і безкарним. Правильно давати суворі моральні оцінки вчинкам і характеристикам будь-яких інших «нормальних» людей. Також існують і більш сучасні ознаки свідомого (навмисного) самокалічення людьми, невжиття заходів щодо лікування, демонстрація фізичних вад оточуючим заради отримання певних соціальних переваг.

Наведені висновки яскраво підкреслюють неоднозначний характер проблеми громадського здоров'я в культурі суспільства. З цією проблемою не менш складними є смислові метаморфози тих категорій, які використовують сучасні суспільні науки, а також буденна групова і суспільна свідомість при розгляді здоров'я [20].

У сучасних умовах соціальний контекст громадського здоров'я є надзвичайно важливим для глобальної системи суспільного розвитку. Для сучасної України вона найбільш актуальна у зв'язку з необхідністю вибору нею власної ефективної стратегії розвитку в суперечливих умовах протидії агресору, а також пошуку шляхів вирішення внутрішніх і зовнішніх проблем.

У соціальному плані держава виступає як об'єктивний фактор самореалізації індивідів в суспільстві і, отже, один з параметрів якості життя індивіда, соціальних груп, суспільства. Цей фактор самореалізації проявляється не тільки в тривалості життя (точніше, в тривалості активного, продуктивного життя людини або групи), але і у всіх без винятку окремих сферах цієї самореалізації – у всіх видах людської діяльності в сучасному

суспільстві. Уявлення та цінності людей щодо хвороби та здоров'я соціально визначені. У той же час вік, стать, сімейні стосунки, етнічне походження та соціальний клас мають значення.

Дуже істотним відображенням соціальної значущості здоров'я в його індивідуальному і соціальному планах є взаємозв'язок здоров'я з соціально-трудовими потенційними можливостями людини, з положенням окремих соціальних груп в структурі тимчасового суспільного виробництва. Особливостями цього взаємозв'язку є специфічні історично обумовлені властивості інфраструктури суспільного виробництва і зайнятості населення, які формуються і розвиваються значною мірою відповідно досягнутого рівня здоров'я населення, його груп та визнанням соціальної цінності здоров'я [27, 5]. При цьому об'єктом дослідження може бути не стільки ряд взаємопов'язаних соціально-економічних і соціальних явищ сфери охорони здоров'я, скільки механізми їх взаємодії. Немає сумнівів, що таке широке коло проблем не може бути зведений до більш традиційного підходу з точки зору однієї лише економіки та охорони здоров'я.

У сучасному суспільстві підхід до таких цінностей, як охорона здоров'я, далеко не однаковий для різних груп і верств населення. Він багато в чому залежить від положення індивідів і груп в тій чи іншій системі соціальної нерівності. Таким чином, здоров'я служить серйозною основою для виявлення та самоідентифікації людей в системі соціальної нерівності і, отже, передумовою їх соціальних взаємодій, соціальної згуртованості або роз'єднаності, а крім того, істотним фактором соціально-психологічного клімату соціальних груп і суспільств. Але в цілому визнання заслуговує новий аспект стратифікації, що виражається в соціальному статусі індивідів і груп. Під соціально-медичним статусом ми розуміємо якісно визначене становище індивідів і груп в системі нерівності, обумовлене соціально значущими відмінностями в показниках здоров'я. У цьому сенсі правомірно виділити соціально-медичну структуру суспільства в особливий розділ соціальної структури населення. Основними елементами такої структури є соціально-

медичні спільноти. Об'єктивно існуючий зв'язок соціальної структури і громадського здоров'я породжує ряд відносно нових проблем:

- про типологію соціально-медичних статусів, значущих для соціальної ідентифікації та соціальних відносин індивідів і груп,
- відмінності в рівнях і особливостях соціальної активності індивідів і груп, обумовлених їх соціально-медичними статусами,
- про соціальні відносини і конфлікти, пов'язані з інтересами соціально-медичних спільнот.

У той же час цей статус є дуже складним об'єктом права, що вимагає правового забезпечення та законодавчого регулювання. Перебуваючи в сукупності з базовими життєвими потребами і цінностями людей, він постає у вигляді простору, що включає в себе життєво важливі природні, невід'ємні права груп і індивідів. Простір будь-якої соціальної системи, в т.ч. група, організація, суспільство в цілому, держава розробляє і реалізує певну сукупність соціально-правових норм. На певному етапі суспільно-історичного розвитку цей комплекс може приймати форму цивільно-правових гарантій і зобов'язань і закріплюватися у відповідній галузі законодавства у вигляді правових і формально-правових норм [2, 200].

Всебічне дослідження громадського здоров'я, в наведеному контексті, включає суміжні інтереси зі сферами соціології права і правової соціології, де виникають такі проблеми:

- про взаємозв'язок життєво важливих потреб і цінностей з процесами інституціоналізації та легітимації нових соціальних норм і правових явищ, які виступають як поділяються (визнаються) групами і суспільством уявлення про права і обов'язки суб'єктів по відношенню до здоров'я та охорони здоров'я,
- про диференціацію груп з точки зору їх сприйняття прав і гарантій (правосвідомості) у сфері охорони здоров'я і, відповідно, моделей правової поведінки у сфері охорони здоров'я,

– про соціальні, правові та правові конфлікти у сфері охорони здоров'я та особливості їх вирішення в суспільстві.

Він також служить для аналізу соціального та політичного аспекту здоров'я. Здоров'я окремих соціальних груп і населення в конкретному суспільстві виявляється важливим об'єктом громадської думки, який служить не тільки основою для оцінки ефективності діючої системи влади, але і однією з передумов цілепокладання в сфері соціальної політики держав на загальному і регіональному рівнях [47, 250].

У разі пріоритетності громадського здоров'я в контексті його соціальної обумовленості на рівні населення і спільноти якісно змінюється масштаб відповідальності соціальних суб'єктів. Наукові дослідження в цьому напрямі дозволяють ставити перед собою дуже актуальні завдання, серед яких:

- про соціальні механізми прийняття політичних рішень у сфері громадського здоров'я,
- про типологію та ефективність різних політичних систем – організацій, держав в плані збереження здоров'я населення,
- про соціально-політичну відповідальність держави (і її головних управлінь) і провідних суб'єктів політичного життя за збереження, ефективну охорону здоров'я населення як фундаментального потенціалу соціальних груп, нації, країни в цілому,
- про теоретичну модель (концепцію) та ефективність соціальної політики держави в умовах взаємозв'язку окремих напрямів цієї політики (охорона здоров'я, соціальний захист населення, освіта тощо).

Соціальна значимість громадського здоров'я, як зазначено вище, може стати важливою основою для міжнародних порівнянь і при позитивній оцінці об'єктом національного і державного престижу. Такі порівняння можливі на індивідуальному, побутовому рівні, і їх значимість може бути досить високою. Не випадково престиж окремих країн або регіонів у сфері охорони

здоров'я став одним з найвпливовіших, поряд з працевлаштуванням, факторів масових міграцій населення [15].

Одним з основоположних є поняття «культура здоров'я», що розглядається як невід'ємна частина культури цього суспільства. Необхідно також визнати той факт, що в умовах багатогранної соціальної диференціації можуть формуватися, відтворюватися і взаємодіяти різні соціальні типи культури здоров'я, значення якої велике у відтворенні ресурсів громадського здоров'я. У зв'язку з цим сфера наукових інтересів включає наступні питання:

– про основні соціальні типи культури здоров'я, їх ключові ознаки та властивості, а також про їх локалізацію в соціальному просторі конкретної спільноти,

– про соціальні механізми відтворення домінуючих видів культури здоров'я і ролі окремих інститутів суспільства – засобів масової інформації, сім'ї, освіти, охорони здоров'я тощо в цьому відтворенні,

– про доцільність і можливість корекції окремих видів культури здоров'я, про розробку цільових програм такої корекції і необхідних ресурсів для їх реалізації,

– про професійну медичну культуру, її основні цінності і норми, механізми і фактори її відтворення, про ступінь поширення цієї культури в різних кваліфікаційних групах і верствах медичного персоналу.

Соціальна значимість громадського здоров'я проявляється також у розвитку і функціонуванні охорони здоров'я, яка сама стала відносно самостійною професійною галуззю і соціальною підсистемою зі складною інфраструктурою. Ця значимість підтверджується багатьма прикладами, коли реальний або уявний стан здоров'я населення стає приводом для оцінки безпеки держави, виправдання великих і рішучих дій економічного або політичного характеру, фактором міжнародних відносин, масштабними інвестиційними проєктами [26].

Зазначені найбільш значущі взаємозв'язки громадського здоров'я з різними сферами людського життя, групами і суспільствами не є вичерпними. Але, тією чи іншою мірою, вони вказують на складність і всеохоплюючий соціальний масштаб проблеми громадського здоров'я. У зв'язку з цим не викликає сумніву, що дана проблема, у міру розвитку досліджень, повинна опрацьовуватися одночасно за рядом аспектів життя суспільства.

Структура сучасних соціально-наукових знань багато в чому диференційована. Вона включає всі перераховані вище напрямки детермінації та взаємозв'язків громадського здоров'я, має теоретичний і науково-методичний потенціал для вивчення відповідних проблем.

Поняття «громадське здоров'я» сьогодні вимагає соціального осмислення, оскільки виходить за межі звичної клінічної медицини і, отже, проблеми медицини як професійної галузі органічно входять в проблеми громадського здоров'я.

У науковому плані громадське здоров'я, що має триєдину біопсихосоціальну природу, можна розглядати як основний компонент популяційного потенціалу суспільства (і будь-якої конкретної спільноти), що знаходиться у функціональному взаємозв'язку з іншими структурами суспільної системи (суспільним виробництвом, системою розподілу благ і соціальної нерівності, владою, культурою та інформацією).

При вивченні проблем громадського здоров'я в дослідженнях переважає макросоціальний контекст. У функціональному плані громадське здоров'я виступає передумовою будь-яких репродуктивних процесів в суспільстві. Охорона здоров'я, як соціальний інститут, являє собою небіологічно розроблену сукупність норм (інституціоналізованих практик), які функціонально спрямовані на збереження цього потенціалу і підтримуються соціальними групами і спеціально створеними професійними організаціями різних рівнів суспільства (державою, відомствами, установами, місцевими громадами).

З точки зору інституційного аналізу здоров'я, основна увага приділяється визначенню функцій здоров'я. У класичній соціологічній теорії основною характеристикою моделі соціального інституту є саме функції. Пошук функцій не обмежується академічними (теоретичними) інтересами, а безпосередньо призводить до надзвичайно важливої сфери науково-практичних оцінок стосовно наступних проблем:

а) визначення рівня ефективності функціонування цього соціального інституту в конкретній соціальній спільності з точки зору збереження потенціалу громадського здоров'я;

б) основні принципи організації функціональної структури установ, що забезпечують функціонування інституту, а також технології, що використовуються ними у сфері охорони здоров'я.

Не заперечуючи міждисциплінарного характеру сучасних соціально-медичних досліджень, слід зазначити, що якщо їх об'єктом є процеси в сфері громадського здоров'я і сукупність відповідних соціальних і медичних показників, то предмет цих досліджень знаходиться в межах відомих теоретичних інтересів і конструкцій науки державного управління.

Як предмет галузевого знання використовується пошук соціальної обумовленості громадського здоров'я, закономірностей розвитку та взаємодії охорони здоров'я з іншими підсистемами суспільства, комплексні практичні рекомендації щодо управління охороною здоров'я та факторами громадського здоров'я в масштабі суспільства та соціальних спільнот [27].

Поряд з інституційними і соціально регульованими факторами масових процесів у сфері охорони здоров'я існують і позаінституційні факти. Вони полягають в об'єктивній диференціації і динаміці потенціалу громадського здоров'я окремих соціальних груп і елементів соціальної структури. У свою чергу, цей потенціал взаємодіє з іншими підсистемами суспільства (економікою, політикою, культурою тощо). Саме ці складні, часто латентні (але не менш об'єктивні і значущі) позаінституційні фактори, зазвичай

відносять до набору неконтрольованих змінних, представляють собою складність при вивченні громадського здоров'я.

Категоріальний апарат медичних досліджень вже розробляється, але вже сьогодні потребує збагачення з точки зору врахування тенденцій соціально-економічних трансформацій українського суспільства та потреб соціально-адресного розвитку охорони здоров'я. Звернемося нижче до деяких ключових проблем в цій сфері, від вирішення яких, на наш погляд, залежить ефективність емпіричних і теоретичних розробок.

Співвідношення таких категорій, як здоров'я, громадське здоров'я, індивідуальне здоров'я та охорона здоров'я, потребує деталізації. Їх розробка методологічно пов'язана з вибором дослідницьких парадигм – основних теоретичних концепцій в соціологічних дослідженнях. На цьому етапі необхідно погодитися з широкою трактуванням поняття «здоров'я», прийнятої практично в всіх сучасних праць і закріплені в глосарії Всесвітньої організації охорони здоров'я (за визначенням ВООЗ, «здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів»). Його похідними категоріями є «громадське здоров'я» та «індивідуальне здоров'я». Однією з підстав, що диференціюють ці взаємопов'язані наукові поняття, є особливий рівень вивченості. При розгляді громадського здоров'я розглядаються відносно великі стійкі соціальні прояви здоров'я та його фактори, що діють в масштабах всього суспільства, його підсистем (соціальних інститутів і великих організацій – суспільного виробництва, влади, культури). У разі вивчення індивідуального здоров'я, уваги концентрується в масштабах соціального мікросередовища – індивіда і його найближчого оточення.

Для вирішення проблем збереження і відтворення індивідуального і громадського здоров'я в суспільстві виникла і розвивається охорона здоров'я як одна з підсистем суспільства, велика багаторівнева спеціалізована соціальна організація, масштаби якої співвідносяться з масштабами всього суспільства.

1.2. Методологічні засади дослідження соціальних протиріч в галузі охорони здоров'яError! Bookmark not defined.

Відправною точкою, але далеко не єдиною в розробці концепції громадського здоров'я, може стати інституційний підхід, орієнтований на вивчення функцій громадського здоров'я і функцій здоров'я. Незважаючи на багаторічну історію і теоретичне різноманіття напрямків класичного і сучасного функціоналізму, методологічний і соціально-практичний потенціал категорії «функція» на сьогоднішній день далеко не вичерпаний. У сфері громадського здоров'я зростає визначення категорії «функція».

Функція виступає як об'єктивна, універсальна в соціально-історичному плані зв'язок між здоров'ям населення, з одного боку, і суспільством і його підсистемами, з іншого. Цей зв'язок необхідна, оскільки служить підтримці цілісності і динамізму суспільства як системи.

Поділ суспільного життя на економічну, соціальну, культурну і політичну сфери носить радіальний характер. Розвиток досліджень громадського здоров'я може внести істотні корективи в системне бачення суспільства і детермінанти його розвитку. Ця перспектива підкріплюється дискусією в соціальній теорії навколо демографічних тенденцій і факторів, але, звичайно, також відповідає проблеми громадського здоров'я, ігнорування яких завдає шкоди не тільки медичній науці, а й суспільним наукам в цілому. У цьому сенсі підтверджується тенденція інтеграції наук про людину і суспільство [46].

Функції реалізуються об'єктивно, незалежно від того, проходять вони через суспільну свідомість і цілепокладання окремих осіб або груп по відношенню до здоров'я і системи охорони здоров'я. Теоретичний поділ функцій можливий шляхом систематизації соціальних фактів і суспільних відносин громадського здоров'я на основі слідування його категоріальним особливостям.

Розробка функціональної моделі громадського здоров'я та охорони здоров'я може стати концептуальною основою оцінки ефективності системи охорони здоров'я, а тому ідентифікація і визначення функцій повинні бути завершені в емпірично операційній формі, що дає можливість перевести теоретичні дослідження в сферу емпіричних вимірювань.

Розробка функціональної моделі громадського здоров'я та охорони здоров'я також дозволить перевести цілепокладання в соціальній політиці та політиці охорони здоров'я з області спонтанних соціальних взаємодій (зіткнення і конкуренція соціальних замовлень) і відомчих суперечок в площину наукового аналізу. Це надзвичайно важливо для загальнонаукового визначення сутності громадського здоров'я та категоріального апарату його вивчення різними галузями науки, для розвитку найбільш універсальна система емпірично вимірних параметрів розвитку системи охорони здоров'я. Після цього може виникнути необхідність розглянути те, наскільки його історичні внутрішні структури відповідають складу і характеру його функцій і завдань. Прикладом цього є нещодавній перегляд важливості профілактичної медицини та інфраструктури соціально-медичної інформації. Цей перегляд супроводжується формуванням принципово нових теоретичних доктрин цих галузей охорони здоров'я. Вони поступово перетворюються з допоміжних, вторинних галузей медицини в недалекому минулому в такі функціональні одиниці сучасної системи охорони здоров'я населення, фундаментальною роллю яких є безперервно посилюється. Саме вони все більше визначають стан громадського здоров'я, загальну ефективність охорони здоров'я і, таким чином, стають частиною стратегічних аспектів державної політики.

Ще один теоретично важливий напрямок дослідження виникає в зв'язку з розглядом громадського здоров'я і охорони здоров'я як соціальних систем. Слід зазначити, що в Україні соціально-системний погляд на медичну проблематику в цілому вже давно не користується попитом. Оскільки в 1960-1980-х роках функціонування вітчизняної системи охорони

здоров'я в цілому влаштовувало політиків, менеджерів і теоретиків, вони зосереджували свою увагу на процесі і результаті надання медичної допомоги. Швидше за все, ознаки системної кризи в українському суспільстві, яка поклала початок організаційно-правовій диверсифікації охорони здоров'я та диференціації груп і верств за рівнем доступу до якісної медичної допомоги, послужили додатковими причинами для вироблення більш широкого, соціально-системного погляду на громадське здоров'я та охорону здоров'я [47].

А застосування соціально-системного підходу відносно охорони здоров'я дозволяє істотно конкретизувати основні об'єкти дослідження. У такій системі можна виділити деякі нові поняття для суспільних наук і академічної медицини. Отже, необхідно виділити:

1. Соціальні спільноти формуються на основі ресурсів здоров'я, а, отже, являють собою особливі зрізи соціальної структури і стратифікації. На основі процесів виявлення та взаємодії соціальних спільнот розроблено соціальні замовлення для системи охорони здоров'я, комплекси громадських завдань та інші нормативно-правові засади діяльності у сфері охорони здоров'я (формальні та неформальні);

2. Функціональні сфери та підсистеми у сфері громадського здоров'я та охорони здоров'я, що забезпечують окремі види та технології діяльності в них;

3. З джерел інститутів в системі охорони здоров'я, соціальні типи і структура яких дозволяють проводити соціологічний аналіз їх діяльності та взаємодії в контексті формуються управлінських і конкурентних відносин, а також з позицій соціологічних категорій «менеджмент», «бюрократія», «корпорація», «корпорація-центризм» і ряду інших;

4. Центральна структура громадського здоров'я, яка відображає певну організацію інформаційних процесів і ціннісних орієнтацій, які супроводжують і забезпечують як цілеспрямовану професійну діяльність у сфері охорони здоров'я, так і повсякденну поведінку людей у цій сфері;

5. Технічна структура охорони здоров'я, виділення основних елементів якої та їх нерівномірний розподіл як ресурсів охорони здоров'я в різних соціальних групах дозволить поставити та проаналізувати проблему доступності та соціальної рівності груп і верств суспільства у сфері охорони здоров'я [26].

Існування перерахованих суспільно-теоретичних підходів дозволяє чіткіше визначити взаємозв'язок і значення таких важливих явищ і понять, як функції охорони здоров'я, завдання охорони здоров'я, соціальні замовлення в сфері громадського здоров'я та охорони здоров'я. Слідуючи відомій теоремі Р. Мертона, «соціальні функції організації допомагають визначити структуру, подібно до того, як структура допомагає визначити ефективність, з якою виконуються ці функції» [13, 255]. Тобто саме соціально-аналітичне розкриття структури охорони здоров'я дозволить найбільш повно встановити, в яких з її елементів є ознаки дисфункції, які заслуговують цілеспрямованих коригувальних зусиль з боку системи державного управління.

Ці основні теоретичні підходи у вивченні громадського здоров'я не недооцінюють роль інших, включаючи міждисциплінарні підходи, з позицій яких можна розглянути багато проблем.

Серед таких підходів:

- культурологічний, який дозволяє виділити особливості професійної та побутової культури в сфері охорони здоров'я,
- соціально-психологічні, в рамках яких можна аналізувати формування і динаміку соціальних стереотипів, установок, психорольових моделей поведінки, конфліктів у сфері охорони здоров'я та охорони здоров'я,
- економіко-соціологічний, предметом якого є широке коло проблем формування місця здоров'я в структурі тимчасового бюджету і фінансового бюджету окремих осіб і груп.

У соціальних проблемах громадського здоров'я можна виділити і сформулювати інші внутрішньогалузеві та міжгалузеві підходи. А їх реалізація

може сприяти загальнонауковому і практичному всебічному вивченню громадського здоров'я.

Більш ретельної оцінки в науці заслуговує тимчасовий стан соціальної статистики громадського здоров'я. Перш за все, така оцінка необхідна, з методологічної точки зору, в компетенцію якої входить розробка питань предмета, принципів дослідження, основних понятійних схем і системи категоріального апарату соціально-статистичного аналізу. Відомо, що методологічна зрілість будь-якої наукової галузі є головною запорукою порівнянності досліджень, що виконуються в її рамках, і необхідної міжгалузевої інтеграції, а також накопичення знань та їх теоретичного узагальнення.

У контексті спільного визначення предмета цієї наукової галузі соціально-статистичні аспекти громадського здоров'я припускають виявлення і статистичний аналіз показників громадського здоров'я в розрізі певної соціальної системи – держави, регіону, населеного пункту, соціальної групи [14].

Соціально-статистичне вивчення здоров'я населення та охорони здоров'я розвивається, як правило, у двох основних напрямках: інструментальному та теоретичному.

Інструментальний напрямок характеризує, перш за все, прикладну функцію соціальної статистики громадського здоров'я, що зачіпає сферу завдань політики охорони здоров'я, а також соціально-економічну політику соціально орієнтованої держави.

Теоретично важливою перевагою соціальної статистики є можливість використання сучасних концепцій соціальної теорії стосовно питань охорони здоров'я. Ця сфера пропонує перспективні можливості для розуміння питань охорони здоров'я в рамках культури, психології, економічної ефективності, управління та соціальної політики.

Необхідність розмежування предметної області двох суміжних сфер статистики – соціальної та медичної, при вивченні проблем охорони здоров'я, переконливо ілюструють кілька наочних прикладів.

Перший приклад. Відомо, що нарівні захворюваності за конкретними нозологічними формами в медичній статистиці, як правило, фіксуються відносно наявного або постійного населення. Медична статистика дозволяє проводити подібні розрахунки тільки для великих демографічних груп (за статтю, віком і міського або сільського населення) або категорій населення, що входять в певні цільові медичні програми (диспансерний облік, допологова допомога тощо).

Однак при розробці цільових програм (наприклад, в сфері профілактичної медицини) використання традиційної медичної статистики явно недостатньо. Деталізувати його потрібно за іншими, а саме соціальними параметрами - селищним, територіальним, професійно-груповим і багатьом іншим. У самій звичайній ситуації кількість візитів, і, відповідно, реєстрація захворювання насправді може бути обумовлено територіальною віддаленістю пацієнта від медичних установ, рівнем благополуччя в ньому, внутрішньою мотивацією і ціннісним ставленням населення до свого здоров'я, а також характеру взаємодії пацієнтів із закладами охорони здоров'я.

Вперше масштабне регіональне дослідження громадського здоров'я сприяє вирішенню давно назрілої проблеми необхідності статистичного висвітлення соціальних факторів. Але навіть в цьому випадку не варто обмежуватися одновимірними або двовимірними методами аналізу. Розгляд їх показників зі статистичної точки зору можливо із застосуванням досить складних інструментів, багатофакторних моделей аналізу, послідовного або одночасного врахування ряду факторних особливостей. Методологічні та інструментальні завдання прогнозування більш складні.

Конкретні соціально-статистичні ситуації служать вагомою основою для розробки або корекції цільових галузевих програм і конкретних планів

діяльності органів державної влади у сфері соціальної політики та охорони здоров'я [18, 26, 27].

Згідно з основними текстами сучасної вітчизняної соціальної статистики, соціально-статистичне вивчення здоров'я населення все ще знаходиться на самому початковому етапі становлення. Як правило, вона характеризується протилежним і констатуючим характером, вузькістю і обмеженістю наявних баз даних, суперечливістю або навіть бідністю показників, службовців інформаційними орієнтирами для статистичних досліджень. Також відсутні спеціальні монографічні праці, особливі звернення в методології (принципах, концептуальних схемах, пріоритетах), що свідчить про недостатній розвиток цієї галузі в нашій країні.

Прикладом неадекватного стану галузі може служити перелік напрямків соціальної статистики охорони здоров'я, викладений в деяких провідних виданнях: оцінка рівня медичного обслуговування населення, характеристика діяльності медичних установ різного типу, статистичний аналіз результатів клінічних випробувань.

Насправді ці напрямки мають надмірно загальне формулювання, але в них тією чи іншою мірою проявляється підміна соціальної статистики медичною. Також відсутня необхідна орієнтація соціальної статистики охорони здоров'я на всебічне висвітлення соціальних факторів.

Аналогічна ситуація відзначається і в запропонованих наборах соціально-статистичних показників громадського здоров'я:

- Демографія:
 - тривалість життя,
 - смертність за статтю, віком, класами причин смерті,
- Показники захворюваності:
 - пропорції осіб з різним станом здоров'я (за статтю, віком тощо)
 - кількість гострих захворювань,
 - кількість вперше діагностованих діагнозів тощо.
- Показники самооцінки населенням свого стану здоров'я.

Більшу частину наведеного вище переліку складають саме ті показники, які зазвичай входять в коло інтересів медичної статистики. За межі цього традиційного кола виходять тільки два показники: тривалість життя (що є чисто демографічним показником) і самооцінка населенням стану свого здоров'я. Найбільш значущі соціальні та соціально-медичні характеристики громадського здоров'я були упущені, і обов'язково необхідно актуалізувати їх у соціальній статистиці, відповідаючи їй предмету та науково-практичному призначенню.

Однією з ознак недостатності досягнутого стану наукової галузі, її методологічної зрілості є розробка та показники соціальної статистики громадського здоров'я. Однак теоретичний і практичний вплив соціальної медичної статистики як наукової галузі на даному етапі її розвитку може не задовольняти дослідників, керівників і практикуючих лікарів охорони здоров'я.

На сучасному етапі розвитку соціальної статистики громадського здоров'я необхідно визначити, перш за все, її принципи та концептуальні підходи, закласти традиції соціальної статистики як міждисциплінарної наукової дисципліни та самостійної професії при розгляді проблем громадського здоров'я. Недооцінювати такі методологічні, організаційні та наукові завдання небезпечно. Така небезпека обумовлена тим, що, по-перше, загальне відставання в соціальній статистиці громадського здоров'я або приватні прогалини в соціально-статистичному висвітленні конкретних проблем охорони здоров'я не дозволяють досягти реалізації його функцій (мети) в інформаційному забезпеченні управління охороною здоров'я. По-друге, таке відставання значно ускладнює науково-практичну реалізацію соціально-системної концепції охорони здоров'я, втілюючи наукові ідеї про соціальну обумовленість і соціальну структуру громадського здоров'я. По-третє, більшість наукових розробок залишатимуться малозатребуваними, доки соціальна статистика громадського здоров'я не увійде в стадію остаточної інституціоналізації, самовираження як професії (з чітко

визначеними методологічними засадами, відповідними науково-методичними стандартами, системою підготовки кадрів для інформаційно-аналітичних служб системи охорона здоров'я).

Поряд із ситуацією в соціальній статистиці громадського здоров'я існують аналогічні проблеми в оснащенні системи управління охороною здоров'я сучасними інформаційними технологіями. Якщо ці технології не будуть адаптовані до специфіки галузі та не будуть впроваджені кваліфікованими кадрами, встановлення тисяч комп'ютерів у лікарнях та органах охорони здоров'я не вирішить проблем. Аналогічна доля, ймовірно, чекає і соціальна статистика громадського здоров'я. Тим більше значення мають цілеспрямовані зусилля і координація в розвитку цього наукового напрямку.

Найбільш відкритими і доступними для збору та аналізу є соціально-статистичні характеристики самої системи охорони здоров'я. Як показує досвід, при наявності відповідного наукового інтересу і матеріальної бази виходить всього за 3-4 роки створити сучасну соціально-статистичну базу, що характеризує регіональну систему охорони здоров'я, досягти конкретного уявлення про проблемні моменти, соціальні та професійні можливості, напрямки розвитку персоналу в системі охорони здоров'я.

Інша ситуація при аналізі соціально-статистичних характеристик громадського здоров'я, показники якого часто виявляються латентними і важкодоступними. Вони включають значно більший обсяг інформації, спеціалізовані вимоги до репрезентативності та науково-методичні висновки.

У соціальній статистиці громадського здоров'я та охорони здоров'я найближчим часом необхідно прагнути до розробки більш ефективної галузевої системи рахунків та впровадження її в комплекс державної статистики. Спеціальна система обліку повинна охоплювати значущі соціальні фактори громадського здоров'я, причому не тільки статусні (які зазвичай широко використовуються, наприклад, стать або вік), але також активність і психічні ознаки.

Ефективна соціальна статистика громадського здоров'я та охорони здоров'я покликана поступово формувати певний набір інтегральних якісних показників.

На даному етапі науково-методичного вирішення проблеми соціально-статистичних показників громадського здоров'я доцільно позначити два варіанти показників – стислий (вузький) і розширений (повний).

Стислий набір соціально-статистичних показників покликаний доповнити використовуваний в даний час набір медичних (відомчих) статистичних показників, таких як рівні і структура захворюваності, інвалідності та медико-демографічних показників. Виходячи з необхідного обмеження набору таких показників, доцільно включати три блоки:

- а) показники пріоритетності здоров'я серед інших життєвих проблем,
- б) доступність якісної медичної допомоги,
- в) поведінкова стратегія в сфері охорони здоров'я.

Ці характеристики в реальному житті об'єктивно взаємопов'язані, тому їх емпіричне вимірювання за допомогою опитування дозволить всебічно оцінити соціально-суб'єктивні передумови стану суспільної свідомості і поведінки в питаннях здоров'я.

Поза вузькими рамками відомчої статистики, вирішуючи завдання комплексного соціально-наукового дослідження громадського здоров'я, на нашу думку, до складу таких інтегральних показників слід включити:

- а) якість медичної допомоги (за власними медичними, клінічними показниками – інвалідність, смертність тощо),
- б) соціально-економічна ефективність медичної допомоги;
 - загальна тривалість лікування пацієнтів,
 - тривалість післяклінічної інвалідизації пацієнтів,
 - примусова (у зв'язку з отриманим лікуванням) трудова і професійна мобільність хворих тощо.

- в) наявність ресурсів охорони здоров'я для різних соціальних груп населення,

- г) поведінкові стратегії населення в галузі охорони здоров'я;
 - реальна і ідеальна (умовна) прихильність різних соціальних груп до здорового способу життя,
 - поширеність самолікування і його основні технологічні типи (поведінкові стратегії),
 - д) самооцінка стану здоров'я і задоволеність станом здоров'я,
 - е) поінформованість про здоров'я,
 - ж) ціннісне ставлення соціальних груп і верств до здоров'я,
 - з) задоволеність основних груп населення системою охорони здоров'я,
- а також перелік її ключових недоліків, зафіксованих у громадській думці.

Що стосується цих показників, то необхідно розробити і теоретично і практично перевірити емпірично фіксовані порогові значення, які служили б критеріями при оцінці процесів і стану громадського здоров'я [13].

Знаючи, наскільки повільно вирішуються такі проблеми, наскільки інертною є система статистики в масштабах країни, в найближчі роки залишається покладати надії, перш за все, на репрезентативні, а значить, відносно великі, масштабні комплексні дослідження здоров'я населення із залученням комплексу соціальних показників.

Отже, сучасний стан соціальної статистики охорони здоров'я та громадського здоров'я ще далекий від бажаного. Наведені вище коментарі методичного плану не вичерпують всього спектра важливих питань цієї галузі знань, але вказують на необхідність особливих зусиль для її подальшого розвитку.

Вкрай бажано, щоб представники всього спектру суспільних наук, медичні теоретики і статистики сприяли інституціоналізації цієї важливої і перспективної науково-прикладної галузі в нашій країні, визначенню напрямків і пріоритетів соціально-статистичного аналізу здоров'я населення та охорони здоров'я. У зв'язку з цим не можна недооцінювати провідну координуючу та методичну роль академічної медичної науки, а також орієнтацію суспільної статистики охорони здоров'я на потреби медичної

практики і, зокрема, її профілактичну ланку – управління системою охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

МОНІТОРИНГ СОЦІАЛЬНИХ ПРОТИРІЧ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

2.1. Науково-методичні основи вивчення самооцінки здоров'я як показника стану і динаміки здоров'я населення

В основі поведінки людини в сфері здоров'я та її ставлення до здоров'я лежать різноманітні, часом суперечливі потреби. На здоров'я впливає безліч видів діяльності і мотивів, які безпосередньо не пов'язані з цінністю здоров'я. Здорова поведінка є більш стійкою, ніж поведінка, заснована на свідомій мотивації індивідів». Ці твердження справедливі і по відношенню до феномена громадського здоров'я [3].

Пояснення цього явища може бути частково пов'язано з тим, що в поведінці самозбереження людей на індивідуальному і груповому рівнях реалізується як сфера підсвідомості (інстинктивні і рефлексорні фактори самозбереження), так і ряд соціальних (інституційних і нормативних, соціально-організаційних, мотиваційних, ресурсних, управлінських тощо) факторів, тією чи іншою мірою проходять через свідомість. Причому всі соціальні фактори, як правило, проявляються в взаємозв'язок, в об'єктивній і суб'єктивній взаємозалежності.

Серед соціальних факторів індивідуального і громадського здоров'я особливе місце займає мотивація поведінки людей в сфері охорони здоров'я. У цьому явищі своєрідно концентрується вся гамма соціальної обумовленості здоров'я і призводить до особистого шляху. Тому при розкритті цієї обумовленості абсолютно необхідно використовувати методи виділення самооцінки здоров'я, медичної обізнаності, кордонів і стабільності відхилень (шкідливих звичок) [19].

У всіх культурах і в усі часи традиційне питання «Як ваше здоров'я?» породив і породжує найважливішу тему людського спілкування і сферу

суспільної думки, одночасно служить одним з ключових соціальних ідентифікаторів. Індивідуальні уявлення про здоров'я і громадську думку про здоров'я, незважаючи на їх суперечливість, є важливими джерелами для формування цілісного комплексу соціально-медичної та соціологічної інформації. Самооцінка здоров'я, якщо правильно визначені його детермінанти, може служити важливим показником стану і динаміки здоров'я населення на додаток до об'єктивних медичних досліджень, сфера яких фактично обмежена [26].

Що стосується самооцінки здоров'я як показника в медичній практиці, то існує як мінімум два протилежних підходи.

Одна з них передбачає надання самооцінці здоров'я деякої (хоча і не завжди достатньо певної) інформаційної самооцінки. Вона межує, по суті, з вираженням некритичної довіри до таких самооцінок, але науково-методичне обґрунтування (перевірка) цієї довіри залишається недостатньо розробленим у публікаціях, і автори часто обходять цю проблему стороною.

Другий підхід схиляється, знову ж таки не зовсім обґрунтовано, до недовіри до самооцінок здоров'я, коли автори заперечують цьому показнику будь-яке евристичне значення при аналізі індивідуального або громадського здоров'я і ігнорують самооцінки як суб'єктивні прояви.

На жаль, категоріальний і теоретико-прикладний аналіз самооцінок стану здоров'я в нашій літературі не проводився до недавнього часу. Ми також не маємо надійних емпіричних даних для визначення динаміки самооцінки здоров'я населення по всій країні в часі або для окремих груп населення. Але саме з управлінської точки зору така динаміка представляє інтерес як відображення соціокультурних змін, в тому числі і в сфері медичної свідомості населення. Дані про таку динаміку, ймовірно, послужили б важливим матеріалом для пояснення, наприклад, поширення певних практик і стратегій самозбереження і зростання лояльності певних груп населення до ситуацій ризику для здоров'я, які стають все більш тривожними в Україні протягом останніх двох десятиліть.

Якщо розглядати систему охорони здоров'я з сучасної точки зору, як соціально-медичний комплекс, включений в загальний контекст соціальної політики, то самооцінка здоров'я набуває особливого сенсу. Вона відображає суб'єктивні характеристики індивідів і груп, їх задоволеність умовами життя, певний якісний результат соціальної політики.

Для більшості населення самооцінка здоров'я часто зводиться до вираження поточного благополуччя, ототожнюється з ним. У самопочутті самооцінка здоров'я набуває узагальнене звучання.

Благополуччя – категорія, в якій здоров'я відбивається через призму самооцінки людини. Але суб'єктивний характер самооцінки антропоцентри не знижує її значення для вивчення соціальних параметрів здоров'я. Благополуччя – це узагальнена (не диференційована) і забарвлена особистість оцінка психофізіологічного стану людини. Вона є фактором ціннісного ставлення і поведінки індивіда по відношенню до власного здоров'я, є обов'язковою умовою повсякденної життєдіяльності людини [13].

Узагальнений характер благополуччя проявляється в тому, що його оцінка виступає, як правило, в єдиній формі (від «погано» до «відмінно») і цілком екстраполюється на психічний і фізичний стан індивіда незалежно від особливостей сприйняття його конкретних аспектів цього стану, окремих органів і систем організму. Особисте забарвлення благополуччя обумовлена типом світовідчуття (оптимістичне, реалістичне, недооцінене), вольовими якостями тощо.

При цьому, однак, необхідно враховувати широке трактування категорії «здоров'я», до якої прийшло міжнародне медичне співтовариство: здоров'я – це психічне, фізичне і соціальне благополуччя людини. Загальне тлумачення «благополуччя» повинно включати три плани істотних характеристик, і для його вимірювання по відношенню до окремих соціальних груп можуть знадобитися спеціальні науково-методичні інструменти, інструменти і процедури. Дослідження показує, що типове сприйняття питання благополуччя сильно різниться у представників певних

соціальних груп, носіїв різних субкультур. Для деяких груп такого питання взагалі не існує в повсякденному житті, крім ситуації хвороби (наприклад, для дітей). Для інших вона сприймається у вузькофункціональному сенсі (спортсмени), для інших, навпаки, може вийти на перший план життєвих цінностей. Це слід враховувати в підходах і методи вимірювання самопочуття.

Беручи до уваги той факт, що суб'єктивне сприйняття проблем зі здоров'ям має складний соціально-психологічний характер, при дослідженні самооцінок здоров'я використовується ряд показників, що включають наступні основні аспекти цього сприйняття, серед яких:

- ціннісність – задоволеність і стурбованість суб'єкта станом власного здоров'я,
- фактичні – відомості про спосіб життя, наявності тих чи інших захворювань і симптомів, відносної частоти захворювань і візитів до лікаря та ін.,
- аналітична – мотивована оцінка власного здоров'я і поведінки, пов'язана зі збереженням або ризиком для здоров'я,
- стратифікація – самоідентифікація індивіда за вертикальною шкалою здоров'я, яка частково виражає ціннісне ставлення до здоров'я і переломлює регулюючий вплив громадської думки на поведінку самозбереження людини.

Методи стандартизованого опитування різних груп населення (вікових, селищних, професійних тощо), забезпечуючи при цьому репрезентативність, дозволяють аналізувати самооцінки стану здоров'я як на рівні населення, так і на рівні окремих соціальних груп.

Одним з ключових психологічних відображень самооцінки здоров'я, що підтверджує його суб'єктивну детермінацію, є тривога за стан здоров'я. Використання частотної шкали і індексу, що варіюється від 1 до 0, для його вимірювання вказує на тісний зв'язок між цими двома ознаками. Значення індексу коливаються від 0 (тривоги немає) до 1, 0 (є постійна тривога),

проміжні градації частотної шкали «часто» і «рідко» приймаються відповідно за 0, 67 і 0, 33.

В межах прийнятої шкали самооцінки цей індекс майже пропорційно точно слід динаміці самооцінки (див. таблицю 2.1).

Таблиця 2.1

Взаємозв'язок між самоповідомленням про здоров'я та занепокоєнням щодо свого здоров'я

і	Самооцінка стану здоров'я	Індекс частоти тривоги за здоров'я
	2	3
	Дуже погано	0,97
	Погано	0,87
	Задовільно	0,52
	Добре	0,25
	Дуже добре	0,19

Але статистичне сполучення двох ознак знову вказує на непослідовність самооцінки здоров'я, і, перш за все, в найменш визначеному його секторі (задовільне здоров'я). Трохи менше половини цієї самооцінки здоров'я (43%) поєднується з частою або постійною турботою про своє здоров'я, що не дозволяє прийняти її як позитивну.

Таблиця 2.2

Занепокоєння станом здоров'я в залежності від самооцінки стану здоров'я, % (сума значень у рядку не перевищує 100,0)

Ні	Самооцінка стану здоров'я	Відповіді дорослих на питання «Чи часто у вас є проблеми зі здоров'ям?»			
		Ніколи	Рідко	Часто	Постійно
1	2	3	4	5	6
1	Дуже погано	-	-	9,6	90,4

2	Погано	0,3	2,9	33,0	63,8
3	Задовільно	5,9	50,8	29,7	13,4
4	Добре	32,4	62,1	4,0	1,5
5	Дуже добре	62,5	25,0	4,2	8,3

Більш загальним планом самооцінки стану здоров'я, тісно пов'язаним зі сферою соціальної самоідентифікації та мотивації поведінки в сфері здоров'я, є суб'єктивне самовизначення на тлі певної кількості ознак здорової людини, закріплених в суспільній свідомості. Цей план був закріплений в стандартизованому інтерв'ю за допомогою питання «Чи вважаєте ви себе хорошою людиною?» Дані опитування показують, що самооцінка стану здоров'я і самоідентифікація за ознакою здорової людини багато в чому не збігаються. Це обумовлює необхідність розглядати ці два показники в науковому, методологічному і практичному плані як окремі явища суспільної свідомості.

Виходячи зі сполучення цих двох параметрів (самооцінка і самоідентифікація), в репрезентативній вибірці дорослих виділяють п'ять соціально-психологічних категорій (див. Табл. 2.3):

а) не вважають себе серед здорових людей, але в цілому задоволені своїм здоров'ям (близько 33%),

б) не мають позитивної або негативної думки про віднесення себе до здорових людей, в той час як в цілому частіше задоволені своїм здоров'ям (близько 26%),

в) вважають себе серед здорових людей і в цілому задоволені своїм здоров'ям (близько 17%),

г) не вважають себе здоровими людьми і в цілому не задоволені своїм здоров'ям (близько 16%),

д) важко віднести себе до здорових людей і в цілому не задоволені своїм здоров'ям (близько 7%).

Таблиця 2.3

Поєднання самооцінки стану здоров'я з самоідентифікацією на основі здорової людини (у % репрезентативної вибірки дорослих)

Чи згодні ви з твердженням «Я здорова людина»	Самооцінка стану здоров'я				
	Дуже погано	Погано	Задовільно	Добре	Чудово
2	3	4	5	6	7
Вони не дали відповіді	1.0[d]	5.9[D]	11,8[б]	0,7[б]	0,05[б]
Мені важко відповісти	0.07[d]	0.6[d]	11,7[б]	1,4[б]	0,07[б]
Так	0,02	0,3	9.1[V]	7.6[V]	0.4[V]
Ні	1.8[g]	14.6[g]	31.7 [a]	1.3 [a]	0.05[a]

Всебічна перевірка цих характеристик можлива тільки при порівнянні їх з даними об'єктивних обстежень. Природно припустити, що на рівні індивідуальної свідомості, при достатніх підставах, повинна існувати логічний зв'язок між самооцінкою здоров'я і самоідентифікацією на тлі здорової людини, що в свою чергу лежить в основі щоденних поведінкових стратегій індивідів. Але навіть в рамках перерахованих вище типів помітна взаємна невідповідність існуючої самооцінки і стереотипів самоідентифікації (типи а, в і г)). Вона вказує на порушення такого логічного зв'язку і, відповідно, на доцільність її поглибленого вивчення на рівні медичної психології.

Додатковим фактором, що впливає на динаміку самооцінки здоров'я пацієнтів, є їх обізнаність про наявні захворювання. Кореляційний аналіз взаємозв'язку між самооцінкою стану здоров'я та обізнаністю про захворювання, проведений для певних вікових груп населення, свідчить про помітне послаблення цього взаємозв'язку в групі 30-50-річних. Обізнаність

про наявні захворювання в цих вікових інтервалах, судячи з матеріалів стандартизованого опитування, не призводить до відповідної корекції в самооцінці стану здоров'я.

Значущим фактором при самооцінці здоров'я є соціальне благополуччя і такий його аспект, як рівень матеріального добробуту окремих осіб і груп. Оскільки обидві ці характеристики можна представити в ранговій формі, можна розрахувати значення коефіцієнта кореляції Пірсона по відношенню до зв'язку самооцінки з рівнем благополуччя. Ці значення досягають значущих значень (коефіцієнт Пірсона у всіх демографічних групах перевищує 0,5). Чим вище самопочуття респондентів, тим вище їх загальна самооцінка здоров'я. Чим старше вік групи, тим слабкіше вищезгадана залежність самооцінки здоров'я від рівня благополуччя. Поступове погіршення здоров'я, об'єктивно пов'язане з віком, призводить до відносного зниження впливу соціальних факторів самооцінки (стереотипів, соціального благополуччя тощо). Так, у масиві респондентів з низьким (нижче середнього) рівнем добробуту 42,4% мають негативну самооцінку здоров'я, 18,1% – із середнім рівнем добробуту і лише 8,6% – у масиві з рівнем добробуту вище середнього. Позитивна самооцінка здоров'я («добре» і «відмінно») у вказаних масивах становить, відповідно, 4,2; 8,3 і 22,2%.

Спроба розглянути цю залежність у ряду молодих людей (20-29 років) показала, що чим більше пацієнт знає про свої захворювання, тим сильніше кореляція між самооцінкою власного здоров'я і рівнем самопочуття. У масиві пацієнтів цього віку, які повідомили про наявність одного захворювання, практично немає статистичного зв'язку між благополуччям і самоповідомленням про здоров'я.

При відносно гіршому самопочутті (при двох і більше захворюваннях, про які повідомляє пацієнт) вплив благополуччя на самооцінку здоров'я різко зростає, що можна пояснити відносним збільшенням як економічних витрат, так і втратою часу.

Матеріали дослідження чітко показують статистичний зв'язок між обізнаністю про існуючі захворювання та самооцінкою стану здоров'я. Його динаміка за віковими групами пацієнтів, представлена в таблиці 2.4, вказує на середні порогові значення такої обізнаності, відповідні якісно різним самооцінкам.

Таблиця 2.4

Середня кількість захворювань, про які повідомляють пацієнти з різним самооцінкою здоров'я, за віковою групою (*СН* - значення не значуще)

Ні	Вікові групи пацієнтів	Самооцінка стану здоров'я				
		Дуже погано	Погано	Задовільно	Добре	Чудово
1	2	3	4	5	6	7
1	20-29 років	Ч	2,3	1,2	0,6	-
2	30-39 років	Ч	2,9	1,4	0,7	
3	40-49 років	2,7	2,8	1,8	0,7	
4	50-59 років	3,5	3,4	2,0	1,1	
5	60-69 років	3,8	3,5	2,5	1,3	-
6	70 років і старше	3,6	2,6	2,7	1,7	-
7	Весь масив	3,4	3,0	1,8	0,7	

Ці таблиці показують динаміку життєвих домагань, з точки зору кількості існуючих захворювань, відомих пацієнтам, при яких вони вважають своє здоров'я задовільним або хорошим. Так, порогове значення середньої кількості існуючих захворювань, при якому формується найбільш масова самооцінка здоров'я («задовільне здоров'я»), безперервно зростає від 1,2 в групі 20-29-річних до 2,7 в групі хворих старше 70 років.

Результати теоретичного, наукового, методологічного та емпіричного аналізу феномену самооцінки здоров'я, особливостей його основних видів і значущих взаємозв'язків з низкою соціально-економічних і соціально-

медичних характеристик населення становлять інтерес з точки зору подальшого вивчення феномена самооцінки здоров'я, в тому числі в суміжних наукових дисциплінах, для порівняльного аналізу громадського здоров'я. свідомості в сфері охорони здоров'я, а також у зв'язку з практичною проблемою формування адекватної суспільної свідомості та ефективних поведінкових стратегій населення у сфері охорони здоров'я.

2.2. Громадське здоров'я в контексті соціально-демографічної структури населення

Соціально-демографічні спільноти (групи і страти) утворюють один з найважливіших зрізів соціальної структури суспільства. Виходячи з біологічних особливостей (стать, вік, родинність і сімейний стан) або просторово-етичних характеристик (місце в системі розселення, міграційна мобільність тощо). Ці спільноти виробляють і проявляють власні яскраво виражені соціальні та культурні властивості, стійко визначають положення людей в системі нерівності і їх взаємовідносини, моделі поведінки, можливості задоволення потреб, життєві плани і стратегії та ін. [13]

У суспільній свідомості і в суспільних науках давно визнано істотне значення вищезгаданих демографічних характеристик, розвиваються і розвиваються великі наукові напрямки, орієнтовані на вивчення соціально-демографічних структур і процесів. Розглянемо деякі основні соціально-демографічні аспекти проблеми громадського здоров'я на основі матеріалів комплексного регіонального дослідження.

Гендер є одним з таких факторів громадського здоров'я, диференційна роль якого традиційно визнається як на рівні повсякденної свідомості, так і в сучасній науковій літературі. Медичній науці в цілому відомі відмінності в структурі захворюваності чоловічого і жіночого населення. Ці відмінності констатувалися давно, починаючи з перших систематичних досліджень громадського здоров'я, на рівні медичної та соціальної статистики.

У громадській думці існує стереотипне судження, яке приписує жінкам значні переваги в оцінці свого потенціалу здоров'я в порівнянні з чоловіками. Це судження в найзагальнішому вигляді знаходить «вагомий» аргумент у вигляді даних про майже глобальне поширення тенденції відносно більшої середньої тривалості проживання жінок, яка в Україні перевищує аналогічні показники чоловічого населення в середньому на 13,5 років [54].

У статевих і віково-статевих структурах медичних причин смерті також виявляються істотні статеві відмінності. Тому не випадково класифікація вікових періодів чоловіків і жінок, що використовується ООН і ВООЗ, передбачає різні інтервали з урахуванням фаз їх фізіологічного і соціального розвитку.

Соціальна обумовленість статевих відмінностей в області охорони здоров'я і медицини ще недостатньо емпірично і осмислена у вітчизняній літературі. Тому область соціально-наукового пояснення таких відмінностей досі залишається одним з «білих плям» в науці. Але вирішення цієї науково-практичної проблеми вирішальною мірою пов'язане з перспективою розробки ефективних гендерно-орієнтованих програм профілактичної та клінічної медицини, доцільність яких не викликає сумнівів у фахівців.

Статистичний аналіз соціальних характеристик здоров'я в масивах чоловіків і жінок, проведений в рамках регіонального дослідження громадського здоров'я, де кожен з двох масивів є репрезентативним відповідного населення в населенні Дніпропетровської області, дозволяє істотно прояснити відмінності в структурі істинної (виснаженої) захворюваності чоловіків і жінок, а також взаємозв'язок цих відмінностей з низкою інших соціальних факторів громадського здоров'я.

Структура соціально-статевого стану здоров'я охоплює різноманітні групи, включаючи особливості господарської діяльності чоловіків і жінок, історично сформовані і відтворювані позиції чоловіків і жінок у суспільному поділі праці (включаючи специфіку їх зайнятості в побуті і побуті,

підсобному господарстві), правовий статус і соціальний захист (забезпечення), психічні, субкультурні та соціально-психологічні відмінності.

Спектр цих факторів надзвичайно широкий, а його наукове охоплення передбачає спеціальні комплексні дослідження соціально-економічної, соціально-правової, культурної та соціально-психологічної сфер життя. Немає сумнівів, що вирішення цього важливого довгострокового завдання потребуватиме тривалої взаємодії фахівців різних галузей суспільних наук з інтегруючою роллю медичної соціології.

Нижче ми розглянемо деякі ключові фактори гендерної диференціації, зафіксовані в регіональному опитуванні громадського здоров'я: самооцінка власного здоров'я, обізнаність про здоров'я, ціннісне ставлення до здоров'я та поведінкова стратегія у сфері охорони здоров'я.

Для характеристики гендерних відмінностей спочатку розглянемо загальну структуру самооцінки здоров'я на тлі субпопуляцій чоловіків і жінок старше 18 років (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Структура самооцінки здоров'я дорослих чоловіків і жінок, %

	Варіанти самооцінки здоров'я						
	Чудовий	Добре	Задов.	Погано	Дуже погано	Затруд. відповідь	Разом
1	2	3	4	5	6	7	8
Чоловіків	0,8	13,8	60,7	13,1	1,4	10,2	100,0
Жінок	0,3	6,7	53,8	22,9	3,4	12,9	100,0

Отже, самооцінки здоров'я з вуст чоловіків і жінок взаємно протилежні. Серед чоловіків вдвічі менше носіїв негативної самооцінки і, відповідно, вдвічі більше носіїв позитивної самооцінки, при відносно близьких пропорціях оцінки «задовільно» і важко.

Структура, наведена в таблиці, має принципове значення, так як відображає гендерні особливості чоловіків і жінок в сфері охорони здоров'я. Жінки, як правило, мають відносно високу тривожність і сумніви щодо власного здоров'я.

Для перевірки та уточнення гендерної динаміки проаналізуємо структуру самооцінок стану здоров'я на тлі віково-статевої піраміди дорослого населення регіону з урахуванням відображених у ній циклів відтворення населення та реальних пропорцій статевих груп і вікових верств. У ньому проявляються якісно різні соціально-вікові та гендерні фази (сфери) задоволеності здоров'ям і динаміка самооцінки стану здоров'я у вікових і статевих групах населення регіону.

В першу чергу звертається увага на відносно високу поширеність негативної самооцінки здоров'я серед жінок, а також на те, що така оцінка досягає паритету і домінування в загальній структурі в жіночих когортах старше 60 років.

Негативна самооцінка здоров'я не домінує в жодній з когорт чоловічого населення (за винятком старше 80 років). У них повсюдно переважає низька диференційована самооцінка, виражена поняттям «задовільне здоров'я».

Рисунок 2.1 показує загальну динаміку самооцінки здоров'я у вікових групах дорослих чоловіків і жінок. Кожна окрема вікова і статева категорія приймається за 100%.

На перший погляд загальна картина розподілу самооцінки здається в цілому симетричною, але при більш уважному розгляді виявляються певні відмінності, які вимагають пояснень.

Одна з головних відмінностей полягає в тому, що темпи зниження позитивних оцінок між п'ятирічними когортами і, відповідно, зростання негативних оцінок здоров'я вдвічі вищі серед жінок, ніж серед чоловіків. Цей показник серед жіночого населення призводить до зниження позитивної самооцінки в середньому вдвічі кожні 10 років і призводить до фактичного

зникнення позитивної самооцінки за межами 39-річної межі. У чоловічого населення таке скорочення становить в середньому близько 10-15 відсотків за кожні 10 років і призводить до вичерпання позитивної оцінки тільки за межами 59-річної межі.

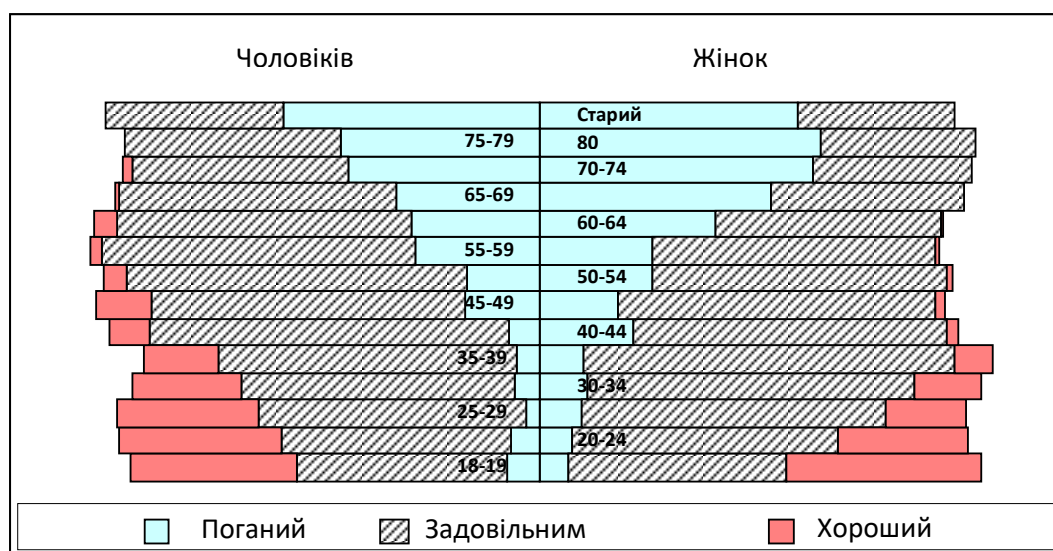


Рис. 12.1. Самооцінка стану здоров'я серед чоловіків і жінок, за віковими групами

Стійке зростання негативних самооцінок здоров'я серед дорослих жінок починається практично з 20-річного віку, в той час як серед чоловіків - тільки з передпенсійного віку (50-55 років). Цей тип оцінки серед чоловіків навіть має тенденцію до зменшення у віковому діапазоні 20-39 років, вище якого він лише підтверджується.

Загалом кількість жінок, які негативно оцінюють своє здоров'я, вдвічі більша, ніж така ж кількість чоловіків у населенні.

Інтерес представляє динаміка масового типу самооцінки стану здоров'я, яка виражається поняттям «задовільно». Його суперечливість, в науково-методичному плані, вже відзначалася в соціологічних дослідженнях. Цей вид самооцінки, судячи з динаміки на наведеному малюнку, відносно зростає практично однаковими темпами (8-10% за кожні 5 років), його частка майже подвоюється серед чоловіків і жінок у віковому діапазоні 18-55 років,

досягаючи 70-80% у структурі самооцінки. Потім частка оцінки «задовільно» поступово знижується, майже вдвічі зменшуючись до вершини вікової піраміди і поступаючись місцем лідируючому місцю самооцінки «слабке здоров'я».

Загальний висновок з аналізу представлених даних полягає в тому, що у чоловічого населення критична самооцінка здоров'я формується відносно повільніше, відстає від темпів аналогічного процесу у жіночого населення (і, швидше за все, від об'єктивної динаміки стану здоров'я у відповідних груп чоловіків) і досягає домінуючого становища лише в когортах старше 70 років.

Статистичний аналіз показників обізнаності дорослих про наявні захворювання та встановлені діагнози показує, що чоловіки, як правило, мають меншу обізнаність порівняно з жінками, з відносно близькою середньою кількістю діагнозів.

В середньому кожен третій чоловік (32,7%) не знає про діагноз свого захворювання. Серед жіночого населення лише п'ята частина (19,2%) не знає про існуючі захворювання. Не порівнюючи в даному випадку структуру захворювань, відомих чоловікам і жінкам (за основними нозологічними формами), можна констатувати, що дорослій жінці в середньому відомо близько 2,4 діагнозів своїх захворювань, в той час як кількість діагнозів захворювань, відомих дорослому чоловікові, становить в середньому лише 1,5 діагнозу.

Поінформованість про існуючі хронічні захворювання також істотно відрізняється між популяціями чоловіків і жінок. В середньому про такі захворювання знають лише близько 45% чоловіків і 62% жінок.

Залежність ціннісного ставлення до власного здоров'я (ставлення до здоров'я як до однієї з головних цінностей повсякденного життя) від віку та статі красномовно впливає з наступних цифр, побудованих за результатами репрезентативного регіонального дослідження методом стандартизованого опитування.

Перший з них відображає напрямки пріоритетного значення здоров'я у віково-статевих групах на тлі регіональної віково-статевої піраміди. Виділена світлими кольорами територія у межах вікових та статевих груп відображає частку респондентів, які приєдналися до твердження, що здоров'я є головною цінністю в їхньому житті. Цей ареал у дорослому населенні регіону на дві третини представлений жіночим населенням і в основному повторює всі історично сформовані перекося в кількості статево-вікових груп (зменшення кількості 30-34-річних і 50-55-річних, різке відносне скорочення кількості чоловіків старше 45 років).

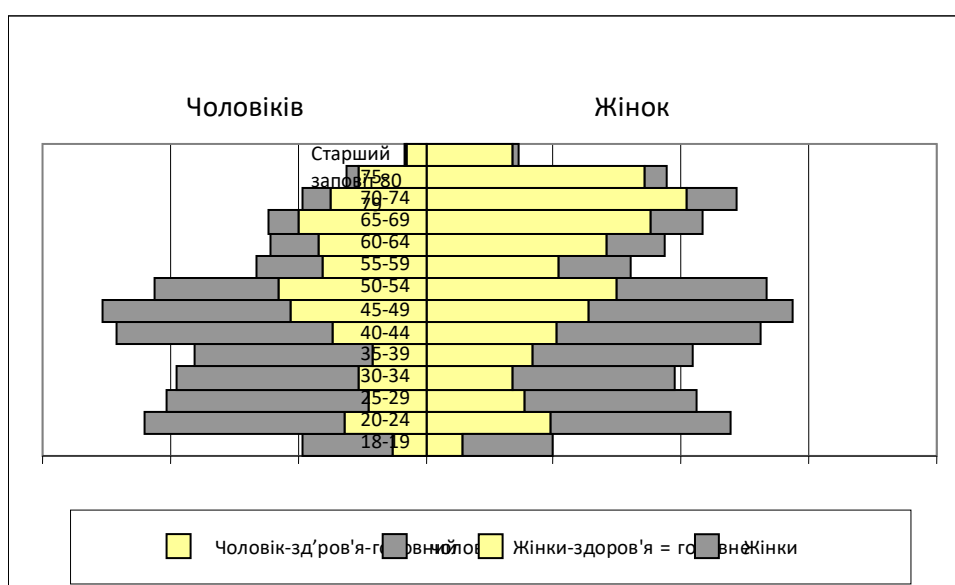


Рис. 2. Визнання здоров'я головною цінністю серед чоловіків і жінок, на тлі вікової та статевої піраміди населення регіону

Додаткова характеристика динаміки ціннісного ставлення впливає з рис. 2.2, що відображають статистику опитування в межах кожної з вікових і статевих груп. Статистична картина ціннісного ставлення до здоров'я виглядає майже симетрично в двох частинах фігури, що представляють чоловіків і жінок. У чоловічому і жіночому популяції можна говорити про стійкий пріоритет цінності здоров'я, починаючи тільки з 50-річного віку, після чого динаміка цієї величини прагне до абсолютних значень. До

досягнення цього віку значення здоров'я не виправдано затьмарюється іншими життєвими цінностями.

Взявши за орієнтир відому концепцію двох третин, можна констатувати, що цінність здоров'я стає домінуючою, по суті, тільки в когортах старше 60 років. Своєрідний збій в динаміці цієї величини проявляється серед чоловіків в групах 25-39 років, де спостерігається зниження ціннісного ставлення до здоров'я навіть у порівнянні з більш молодими когортами чоловіків (до 25 років).

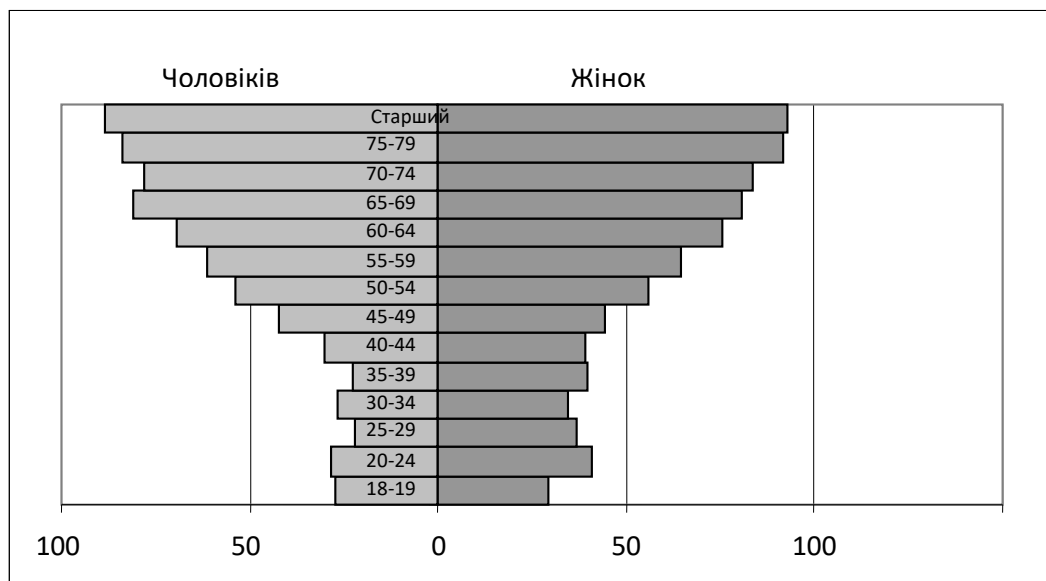


Рис. 33. Частка чоловіків і жінок, які визнали здоров'я головною цінністю, %

Зі сказаного випливає, що в цілеспрямованій діяльності з масового формування виробленого ціннісного ставлення дорослих до здоров'я найбільшої уваги заслуговують групи чоловіків і жінок у віці до 50-55 років.

Загально визнано, що жінки мають порівняно кращу психологічну та соціальну емпатію і, зокрема, свою турботу про здоров'я. Причому ця турбота жінок стосується не тільки їх власного здоров'я, але часто поширюється і на ситуації зі здоров'ям інших людей. Матеріали репрезентативного опитування в цілому підтверджують наведену думку: жінки, в порівнянні з чоловіками, частіше відчують занепокоєння за своє

здоров'я. Індекс тривожності, розрахований для опитаного дорослого населення чоловічої та жіночої статі, становить 0,49 та 0,63 відповідно.

Існує певна особливість у віковій динаміці такої тривожності серед чоловіків і жінок (див. табл. 2.6). Якщо серед жінок з віком спостерігається безперервне підвищення індексу тривожності, то серед чоловіків при загальному наростанні тривожності спостерігаються відхилення від цієї тенденції. Вони виражаються в незначному зниженні тривожності, помітному як мінімум у двох вікових групах чоловіків - 25-29 і 60-64 років.

Таблиця 2.6

Індекс тривожності чоловіків та жінок станом свого здоров'я, за віковими групами, %

Вікові групи	Стать	
	Чоловіків	Жінок
18-19	0,33	0,33
20-24	0,35	0,44
25-29	0,33	0,45
30-34	0,40	0,49
35-39	0,39	0,53
40-44	0,47	0,59
45-49	0,47	0,61
50-54	0,51	0,64
55-59	0,65	0,67
60-64	0,59	0,77
65-69	0,68	0,79
70-74	0,73	0,81
75-79	0,72	0,82
80 та ст.	0,81	0,86

Одним з можливих пояснень зниження тривожності юнаків (25-29 років) з приводу свого здоров'я може бути той факт, що саме цей вік, який збігається з народженням у них первістка в молодих сім'ях, відзначається активним, часто вкрай інтенсивним пошуком чоловіками як годувальниками в своїх сім'ях індивідуального місця в економічній системі, вимушеним пріоритетом питань професійного і трудового самоствердження і, як наслідок, відступом проблем і відображенням власного здоров'я на другий план.

Період в 60-64 роки, в свою чергу, відзначений для багатьох чоловіків, особливо тих, хто поєднує статус пенсіонера з продовженням або новою роботою, проблемами професійної та трудової реадaptaції (часто в зв'язку з переходом на менш кваліфіковані трудові посади) і конкуренцією з більш молодими працівниками. Зіткнення з цими проблемами і закономірності їх вирішення, прийняті чоловіками, швидше за все, тимчасово притупить занепокоєння з приводу власного здоров'я, яке, однак, проявляється з новою силою вже у віці старше 65 років, хоча і дещо поступається відповідним характеристикам жінок в аналогічному віці. В цілому відносно низьку тривожність чоловіків в молодіжних і працездатних вікових групах з приводу стану свого здоров'я можна розглядати як супутній психологічний атрибут їх приниженого ціннісного ставлення до здоров'я.

Поведінкова стратегія суб'єкта в сфері здоров'я – дуже ємне поняття, розроблене в соціологічному аспекті. Вона покликана охопити, стосовно здорової поведінки, основні компоненти та грані феномена соціальної стратегії, а саме:

- довгострокові цілі суб'єкта (індивіда, групи) в сфері охорони здоров'я, що впливають з його умов життя і потреб,
- ресурси суб'єкта (економічні, діяльні, технічні, владні, організаційні та інформаційні засоби, контрольовані окремою особою або групою), використовувані ним для досягнення поставлених цілей в області охорони здоров'я,

– очікування суб'єкта щодо наявних і використовуваних ресурсів і можливостей в сфері охорони здоров'я, виражені в термінах конкретного впливу на використовувані ним ресурси в даній сфері.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПОВЕДІНКОВИХ СТРАТЕГІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Стратегії взаємодії населення з професійною медициною

Беручи до уваги початковий характер дослідження поведінкових стратегій населення у сфері охорони здоров'я, а також той факт, що основним ресурсом сучасної політики охорони здоров'я була і залишається діюча система медичних закладів, дане дослідження зосередило увагу на моделях взаємодії населення з цими установами і, зокрема, доступі до професійної медичної допомоги при захворюваннях.

Наскільки чоловіче та жіноче населення використовує потенціал медицини праці? Відповідь на це питання зведене на рис. 3.1

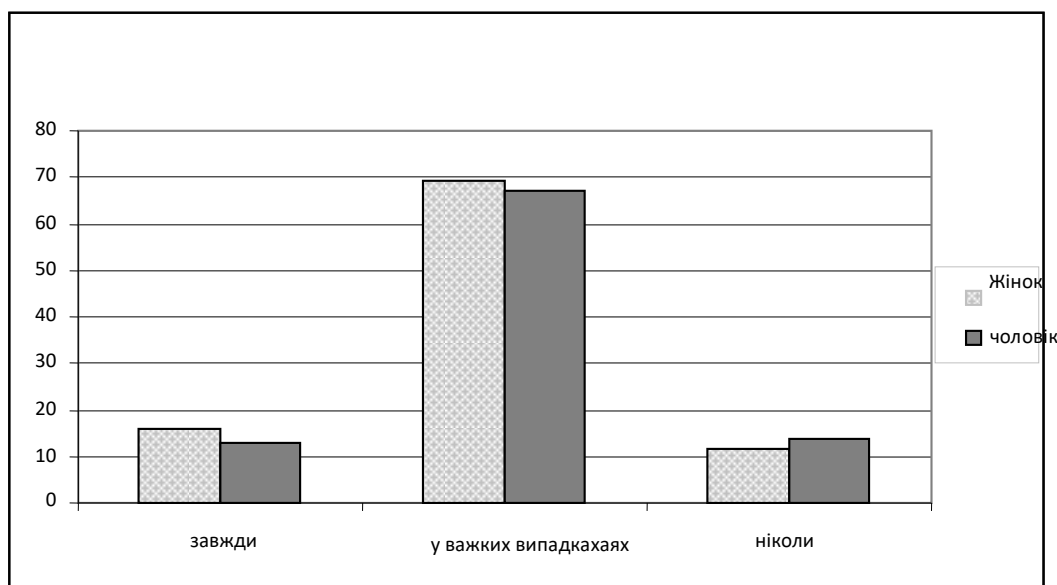


Рис. 41. Звернення чоловіків і жінок до медичної допомоги при захворюванні, %

Типологія поведінкових стратегій (щодо доступу до медичної допомоги при захворюванні) майже однакова у чоловіків і жінок. Переважаюча модель передбачає доступ до такої допомоги лише у важких випадках захворювання (67-69%), ще більш жорстка зневага до медичної допомоги охоплює 12-14%, тоді як оптимальна модель (похід до лікаря при будь-якому захворюванні) характерна лише для 13-16%.

Тривимірний аналіз даних моніторингу за віком і статтю дає можливість виявити вплив гендерного фактору (гендерно-поведінкових стереотипів) в певному віці. Це змушує звернути увагу, в першу чергу, на групу юнаків (15-25 років), в якій «жорстка» відмова зустрічається в два рази частіше і, відповідно, систематичне звернення до лікаря в разі хвороби зустрічається в два рази частіше, ніж в групах жінок того ж віку (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Стратегії взаємодії з професійною медициною при захворюванні у чоловіків і жінок, %

№	Основні стратегії	Вікові групи, років							
		15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Понад 70
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Чоловіків									
1	‘М’яка відмова’	55	66	66	73	71	74	73	62
2	‘Жорстка відмова’	29	24	20	17	16	8	7	7
3	Похід до лікаря	14	9	11	8	11	16	16	26
4	Вони не дали відповіді	2	1	3	1	2	2	4	5
Жінок									
	‘М’яка відмова’	53	61	70	70	73	76	72	65
	‘Жорстка відмова’	15	13	16	16	13	12	8	6
	Похід до лікаря	30	21	12	13	11	10	17	45
	Вони не дали відповіді	2	5	2	1	4	2	3	3

Усередині вікових груп чоловіків і жінок (див. рис. 3.2) спостерігається динаміка, що виражається насамперед у зменшенні частки групи, яка дотримується оптимальної стратегії (лікування будь-якого захворювання). Якщо в групі до 20 років ця частка охоплює 16 і 30% у чоловіків і жінок відповідно, то вона неухильно знижується до 7 і 11% в групі 30-34-річних, а значне його збільшення відзначається тільки в групах від 60 років і старше.

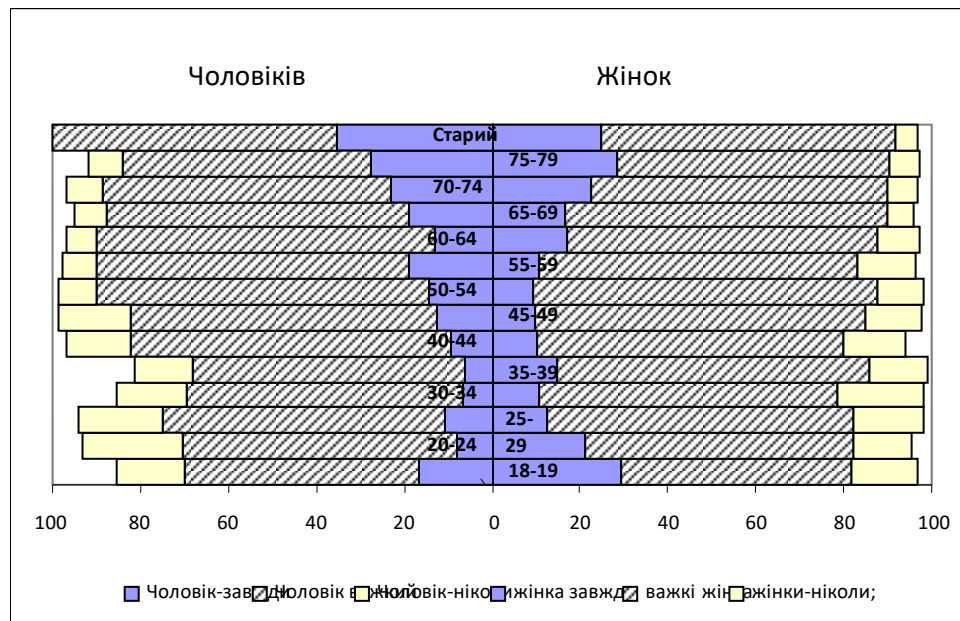


Рис. 5. Звернення чоловіків і жінок за медичною допомогою при захворюванні, у вікових групах, %

Структура поведінкових стратегій у сфері охорони здоров'я дещо диференційована на тлі реальних диспропорцій у вікових верствах чоловіків і жінок (віково-статеву піраміду дорослого населення регіону) і показана на наступному рис. При збереженні домінуючої ролі стратегії, що характеризується «м'якою» відмовою від медичної допомоги, в цілому спостерігаються нестійкі зрушення в пропорції двох інших поведінкових моделей: дворазове підвищення ролі оптимальної стратегії відбувається у жінок на початку фертильного віку (20-24 роки тому) і в групах старше 70 років.

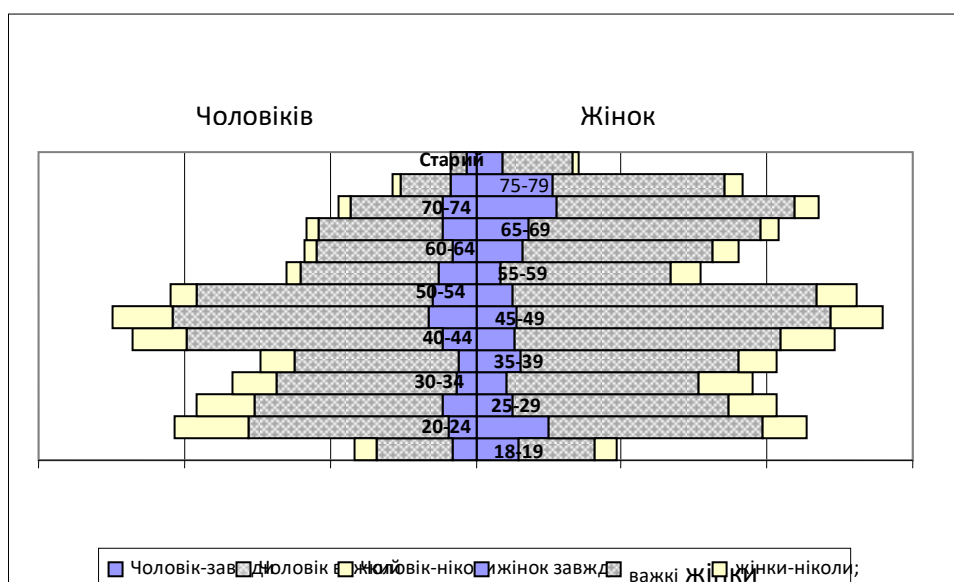


Рис.3.3. **З**вернення чоловіків та жінок до медичної допомоги при захворюванні, на тлі віково-статевої піраміди дорослого населення області

Загальним висновком є визнання того факту, що, незважаючи на посилення ціннісного ставлення до власного здоров'я в міру дорослішання, в поведінкових стратегіях як і раніше переважає «м'яка» відмова від медичної допомоги під час хвороби (доступ до медичної допомоги тільки у важких випадках захворювання). Це підтверджує висловлене раніше припущення про глибоку соціокультурну вкоріненість ставлення дорослого населення до власного здоров'я, на яке принципово не впливають ні статеві, ні вікові особливості.

Виходячи із загальних соціально-наукових уявлень про місто і село як дихотомічних типах організації суспільства, можна сформулювати основні передумови відмінностей міського і сільського населення в сфері охорони здоров'я та охорони здоров'я. До таких передумов, що виявляються одночасно у взаємозалежності, відносяться просторово-природні, соціально-економічні та соціокультурні.

Просторово-природна основа таких відмінностей впливає з відносно більшої близькості сільського суспільства до природного середовища, відносно більш гармонійного занурення в це середовище. В результаті в

сільському суспільстві менше проявляється ряд техногенних факторів, які негативно впливають на здоров'я населення (забруднення повітря і води, більш сильний електромагнітний і радіаційний фон, хімізація матеріального середовища і засобів споживання тощо).

У міському середовищі також відзначаються соціогенні фактори, до яких відносяться висока (досягає несприятливих рівнів) концентрація комунікацій, жорстка організація і напруженість виробничих процесів, в які включена людина, висока поширеність стресів і, відповідно, невротизм психічного життя.

Просторові та природні особливості села і міста об'єктивно відображаються на способі життя двох груп населення - сільської та міської. Перша характеризується відносно меншим функціональним і зональним розчленуванням, просторовою близькістю або взаємопроникненням різних функціональних зон (адміністративної, виробничої, побутової, дозвіллевої, рекреаційної, художньо-творчої та ін.). Немає сумніву, що ця важлива особливість обумовлює менші витрати часу сільського населення на необхідні переміщення між різними зонами і меншу вимушену залежність від транспортних засобів. Отже, сільський спосіб життя характеризується меншою гіподинамією, з відповідними наслідками для здоров'я та захворюваності населення.

Економічне обґрунтування відмінностей виражається, перш за все, в якості виробничо-трудового середовища, що робить принциповий вплив на інфраструктуру села і міста, на зміст праці як провідної діяльності в структурі способу життя основної маси людей, про що говорилося вище. Але не менш важливий вплив економічної системи міста і села на здоров'я населення проявляється і в трьох інших взаємопов'язаних соціальних аспектах, які заслуговують на увагу в соціологічних дослідженнях:

1. Політичні та економічні відносини між містом і селом як громадами, що містять (особливо в умовах ринкової економіки) ознаки економічного і політичного суперництва і конкуренції, при яких місто (навіть в той час, коли

воно поступалося селу за чисельністю населення) історично завойовувало першість;

2. І стократна концентрація установ і професійних кадрів системи охорони здоров'я в містах, що супроводжують глобальний процес урбанізації і роблять якісну і технологічно складну медичну допомогу значно доступнішою для міського населення;

3. Про особливості систем соціально-економічної нерівності в міських і сільських громадах, що накладають відбиток на масові практики поведінки і соціальні відносини окремих осіб і груп у сфері охорони здоров'я і у взаємодіях з системою охорони здоров'я.

Соціокультурна основа відмінностей міського і сільського населення в плані здоров'я населення обумовлена головним чином стійкими особливостями відповідних субкультур (соціальних типів культури). Ці риси, як правило, детально вивчені в сучасних суспільних науках, але в області здоров'я на особливу увагу заслуговують наступні:

1. Так звана «традиційна» культура, яка сторицею більшою мірою відноситься до сільського населення (особливо в сферах побуту, спілкування і дозвілля), яка в сфері охорони здоров'я відзначається опорою на засоби і методи народної медицини, самолікуванням, як наслідок, нехтуванням професійною медичною допомогою при захворюванні, що більш імовірно в повсякденній практиці сільського населення, меншим забезпеченням сім'ї медичними засобами;

2. Про відносно більшу особистісно-психологічну відкритість і взаємопідтримку в соціальних відносинах, властивих сільському населенню, яке в сфері охорони здоров'я та охорони здоров'я може відносно збільшити індивідуальні ресурси в разі хвороби.

Активні процеси сільсько-міської міграції та реміграції в останні десятиліття призвели до змішування громад поселень і нівелювання характерних для сучасних міських і сільських жителів соціокультурних установок і практик у сфері здоров'я [13].

Відмінності між групами розселення в масштабі населення регіону в цілому представляються незначними за багатьма медико-соціологічними параметрами, проаналізованими на основі персоніфікованої репрезентативної бази даних.

Однак при розгляді цих відмінностей необхідно враховувати особливості демографічної структури міського і сільського населення в умовах регіону. Середній вік сільського та міського населення в області становить відповідно 42,5 та 38,8 років, а ось середній вік дорослого населення сільської та міської місцевості (18 років і старші) становить 46,2 та 47,7 років відповідно. Сільське населення в соціально-демографічному плані характеризується меншою часткою молоді та верств працездатного віку, більшою часткою самотніх людей (насамперед жінок) у старшому віці, великим розривом у середній тривалості життя чоловіків і жінок.

Ще однією важливою особливістю аналізу особливостей охорони здоров'я населення в розрізі міського і сільського населення є характер джерел захворюваності за зверненням, пов'язаний з історичною концентрацією медичних установ в містах. Така концентрація призводить до того, що висококваліфіковані верстви і спеціалізовані групи лікарів концентруються, як правило, в міських установах. Тому первинні дані про захворюваність у сільській місцевості (діагностика, реєстрація клінічних ситуацій тощо) відносно частіше формуються сімейними лікарями, терапевтами та медсестрами (фельдшерами), тоді як у містах такі дані формуються, як правило, за участю медичних фахівців. У зв'язку з такою науково-методичною особливістю фіксації первинних даних правильно було б очікувати значно більшої різноманітності діагнозів і кількості знову встановлених діагнозів в міських умовах.

З точки зору самооцінки стану здоров'я ситуація серед сільського населення в цілому виглядає дещо оптимістичніше: частка дорослих, які негативно оцінюють своє здоров'я, на 5 процентних пунктів менше, ніж серед міського населення. Пропорції самооцінки, виражені поняттям

«задовільне здоров'я», практично однакові. Відповідно, позитивна оцінка власного здоров'я у сільського населення зустрічається дещо частіше.

Цілком очікуваною соціальною відмінністю, на тлі існуючих мереж медичних закладів та неоднакової доступності медичних послуг у контексті місто-сільське, є специфіка звернення за медичною допомогою у разі хвороби. Серед дорослого сільського населення частка людей, які практикують «жорстку» відмову від медичної допомоги, досягає чверті, тоді як серед міського населення вона становить 16%. З іншого боку, міське населення дещо частіше практикує «м'яку» відмову (стратегія самолікування у разі хвороби), пов'язану з відносно більшою доступністю «проміжних» медичних і непрофесійних послуг – консультацій фармацевтів (при більш розвиненій аптечній мережі в містах) або «кваліфікованих» знайомих (з більшою щільністю населення в місті і, відповідно, соціальними зв'язками).

Якість сучасної діагностики захворювань у містах порівняно більш повна. Під час диспансерних оглядів та диспансерних контрольних оглядів лише 8,6% сільських хворих не встановлювали нових діагнозів, тоді як міським хворим не діагностували 13,3%.

Проте середня кількість вперше виявлених захворювань серед міських хворих становила 3,37, тоді як серед сільських – 2,94. Це дозволяє зробити попередній висновок, що в сільській місцевості при об'єктивно гіршому стані демографічної структури населення і відносно слабкому розвитку системи медичної допомоги все ж спостерігається дещо сприятливіша санітарна ситуація, спостерігається більш сприятлива динаміка захворюваності (в розрізі середньої кількості знову встановлених діагнозів). При цьому якісна структура (нозологічні форми) нововстановлених діагнозів не розглядається).

Вплив сімейного стану індивіда на здоров'я можна розглядати в найзагальнішому вигляді як

– обов'язкова умова соціальної активності і способу життя, в структурі якого можуть бути стійко присутніми спеціальні заходи – спілкування, емоційна і соціальна взаємодопомога в сім'ї,

– фактор первинного оточення, що вказує на склад соціальних зв'язків і, відповідно, можливості оперативного отримання соціальної підтримки від родичів у разі хвороби,

– передумова для більш стійкої передачі від старших поколінь до молодших поколінь та інтеріоризації певних типів культури здоров'я та соціально-типових моделей поведінки у сфері охорони здоров'я.

Соціальне середовище людини, життєдіяльність якого реалізується переважно поза сімейної групи (відносно менший коло соціальної залежності і відповідальності), визначає і психологічну специфіку особистості. Ця специфіка проявляється в дещо більшій особистісної самодостатності і орієнтації (спрямованості) на індивідуальні ресурси, в тому числі і на індивідуальне здоров'я. Ця гіпотеза, як правило, підтверджується статистичним аналізом даних стандартизованого опитування дорослих. Опитування зафіксувало наступний сімейний стан: (1) «жити поза шлюбом», (2) «розлучений», (3) «овдовілий», (4) «у першому шлюбі», (5) «проживати з партнером без реєстрації шлюбу», (6) «у другому шлюбі».

З огляду на різноманітність і відносність сімейних статусів і перерахованих вище категорій, їх можна звести до двох груп: «живуть у власній сім'ї» (4, 5, 6) і «живуть без сім'ї» (1, 2, 3).

Дорослі респонденти, які живуть поодинці, без сім'ї, на третину частіше оцінюють своє здоров'я як погане і дуже погане, рідше задоволені своїм здоров'ям, ніж ті, хто живе як частина своєї сім'ї. В межах однієї вікової групи і групи здоров'я самотні люди, в порівнянні з сім'ями, частіше турбуються про своє здоров'я. У всіх десятирічних когортах працездатного віку серед самотніх людей середні значення індексу тривожності здоров'я мають тенденцію перевищувати відповідний показник сімейних людей на 0,12.

Існують також значні відмінності в поведінкових моделях двох демографічних груп в області охорони здоров'я. Перший набагато рідше практикує жорстку відмову від медичної допомоги через хворобу і майже в

два рази частіше вдається до такої допомоги при будь-якому захворюванні. «М'яка» відмова від медичної допомоги як переважна модель поведінки (звернення до лікаря тільки в разі важких станів здоров'я) майже однаково поширений серед обох груп - 68% («без сім'ї») і 72% («сім'я»).

Перераховані вище відмінності в моделях поведінки можна частково пояснити особливостями тимчасового бюджету і комплексом соціальних зв'язків груп з різним сімейним статусом. Наявність у дорослої людини власної сім'ї породжує трохи більший спектр турбот і тимчасових витрат, спрямованих на допомогу близьким, і призводить до обмеження часу та інших ресурсів для активної турботи про власне здоров'я. При цьому зміцнюється взаємодопомога близьких всередині сім'ї, розподіл трудових обов'язків, можливість розраховувати на фізичні, часові та економічні ресурси близьких людей.

3.2. Соціально-економічна диференціація населення в галузі охорони здоров'я

Соціально-економічна диференціація з точки зору громадського здоров'я є одним з широко визнаних фактів соціальної обумовленості здоров'я. Говорячи про соціально-економічну диференціацію населення, ми маємо на увазі, перш за все, такі ознаки, як основний рід занять, професійна приналежність і рівень матеріального добробуту. Хоча, звичайно, ці ознаки лише виявляють ряд інших складних обставин, породжених становищем окремої людини або групи в економіці і системі нерівності і так чи інакше впливають на умови праці і життя в цілому, стан здоров'я і поведінку в сфері охорони здоров'я. До таких факторів можна віднести джерело доходу, характер праці та рівень усупільнення праці, службовий статус і пов'язаний з ним тимчасовий режим праці, житлові умови, доступ до ресурсів соціального захисту та багато інших [46].

Нижче наведені результати соціологічного аналізу матеріалів регіонального дослідження громадського здоров'я стосовно великих соціально-економічних спільнот.

За основним родом занять у структурі постійного дорослого населення (18 років і старше) в дослідженні виділено сім груп, представлених в таблиці 3.2. Найбільшими з цих груп є наймані (наймані) і пенсіонери. Одне з найбільш помітних відмінностей виявляється в ціннісному ставленні цих груп до здоров'я.

Таблиця 3.2

Основний рід занять дорослих і їх цінність ставлення до здоров'я, %

№	Основний рід занять дорослих та частка відповідної групи у вибірці, %	Частка тих, хто згоден з твердженням, %	
		Здоров'я - найголовніше в моєму житті	Здоров'я не головне, є речі важливіші
1	2	3	4
1	Робота (50,4)	37,3	61,5
2	Навчання (3,8)	31,6	56,7
3	Навчання та робота (3,0)	34,4	55,6
4	Пенсіонери і продовжують працювати (6,7)	55,3	36,9
5	Пенсіонери, не працюють (27,5)	83,3	19,8
6	Безробітні не навчаються і не працюють (4,5)	49,3	45,2
7	Вони перебувають у декретній відпустці, у відпустці по догляду (1,8)	27,5	67,0
8	Весь масив	50,6	46,1

Значення здоров'я, як видно, не лідирує для більшості представлених в таблиці груп. Він не розглядається як ресурс, збереження або примноження якого виступало б в якості об'єкта планування. Для груп студентів і співробітників на перший план виходить значення забезпечення

індивідуального або сімейного матеріального благополуччя. Її пріоритетність значно зросла в період радикальних ринкових реформ у зв'язку з процесами соціально-економічної деградації більшості зайнятого населення. Ця цінність досягла свого абсолюту в певному сенсі, відсунувши на другий план навіть цінності здоров'я і духовного розвитку, особистої та громадської безпеки, що підтверджено багатьма спеціальними дослідженнями. Такий стан ціннісної сфери цих соціальних груп стало наслідком тенденцій, що охопили Україну в останні два десятиліття ХХ століття і не припиняли діяти до недавнього часу. Єдиним винятком в цьому плані є група пенсіонерів.

Перераховані вище соціально-економічні групи також істотно відрізняються за своєю політикою в галузі охорони здоров'я. Ці відмінності відображені в таблиці 3.3 і показують порівняльну поширеність стратегій самолікування.

Таблиця 3.3

Основне заняття і відповіді на питання «Чи завжди Ви йдете до лікаря в разі хвороби?», % (Сума значень в рядку не перевищує 100,0%)

№	Групи дорослого населення за основним родом занять	Ніколи не йде до лікаря	тільки в разі серйозного захворювання	Звернеться до лікаря при будь-якому захворюванні
1	2	3	4	5
1	Працює	15,2	71,5	10,7
2	Навчається	18,7	56,1	22,5
3	Навчання і робота	13,2	70,9	14,6
4	Пенсіонер і працює	9,0	73,9	14,7
5	Пенсіонери, не працюють	7,0	67,4	22,4
6	Вони не навчаються і не працюють	18,1	72,4	7,7
7	У декретній відпустці, у відпустці по догляду	19,8	62,6	16,5
8	Весь масив	12,5	68,6	14,5

Частка групи, яка дотримується «жорсткої відмови» від професійної медичної допомоги через хворобу, сильно варіюється (від 7% до 20%). Найбільша поширеність «жорсткої відмови» проявлялася, як і очікувалося, в групах студентів та тих, хто перебуває у декретній відпустці (передпологовій відпустці або відпустці по догляду за дитиною), охоплюючи до 20% групи. Найменша поширеність такої стратегії серед пенсіонерів, у тому числі працюючих (7-9%). Почасти це пов'язано з віковим характером цих груп і віковим ставленням до здоров'я.

«М'яка відмова» від медичної допомоги, будучи в цілому поширеним серед дорослих, заслуговує окремого аналізу. Звертає на себе увагу той факт, що дві соціально-економічні групи (студенти і ті, хто поєднує навчання з роботою), перебуваючи фактично в межах одного вікового прошарку (молодь), демонструють сильні відмінності як в поширеності «м'якої відмови» (56% і 71% відповідно), так і в пропорції оптимальної стратегії.

Можливе пояснення цієї різниці полягає в співвідношенні соціокультурних властивостей двох типів соціального середовища – освітнього та виробничо-трудового. Освітнє середовище характеризується орієнтацією на інтелектуальну діяльність, акцентом на культурні цінності, спеціально розробленими організаційними моделями, що захищають від багатьох несприятливих зовнішніх (наприклад, кліматичних, техногенних) впливів, більш жорсткою соціальною турботою (в тому числі в питаннях харчування і здоров'я – розвиненою інфраструктурою медичної допомоги та її системним характером) з боку дорослих.

Виробничо-трудове середовище в його переважних, типових проявах відзначається безумовним пріоритетом цільових виробничих, технологічних і економічних критеріїв над соціально-культурними, значним поширенням несприятливих і небезпечних факторів. Нерідкі випадки в такому середовищі відсутність розвиненої інфраструктури медичної допомоги (наявність аптечок для надання першої медичної допомоги в кращому випадку і відсутність медичних кабінетів на більшості підприємств) або її

недоступність в силу виробничо-технологічних обставин (режим, неможливість термінової заміни звільняється співробітника тощо).

Вихід з навчальної команди і занурення в трудовий колектив, як можна припустити, стає для молоді вирішальним фактором в тому, що в їх поведінкових стратегіях «м'яка відмова» від нестійкого переважання швидко набуває властивість абсолютного домінування, швидше за все розширюється соціальна база «жорсткого відмови», в той же час відбувається різке зниження оптимальної стратегії (з 23% до 15%).

Зазначений зв'язок окупації з соціальними стратегіями груп населення у сфері охорони здоров'я ставить особливо гостро проблему соціальної якості сучасного соціально-виробничого середовища як детермінанти поведінкових стратегій населення у сфері охорони здоров'я і, відповідно, вирішального соціокультурного фактору стану громадського здоров'я. Твердження про важливість цього фактору не зовсім нове для вітчизняної медичної науки. Однак у нових умовах посилення соціальної спрямованості розвитку Української держави та утвердження охорони здоров'я як одного з пріоритетних національних проєктів свідчить про те, що дослідження громадського здоров'я охоплює також проблеми сучасної виробничо-трудої сфери, в якій, судячи з наведених висновків, формуються соціокультурні механізми поведінки людей у сфері охорони здоров'я та охорони здоров'я.

Вище вже було показано, що об'єктивно ключовим фактором ціннісного ставлення до власного здоров'я є вік, який істотно визначає багато аспектів соціально-економічного статусу окремої людини або групи, включаючи рід занять, кваліфікаційний і службовий рівні, добробут. Саме з досягненням пенсійного віку цінність благополуччя поступається цінності здоров'я.

Ситуацію, виявлену в ціннісному ставленні до здоров'я, не можна вважати нормальною з точки зору інтересів українського суспільства і держави, відповідно, змиритися з відсутністю або пониженням цінності

здоров'я як частини ціннісного ядра зайнятого населення і студентів. У такій обстановці значна частина або навіть більшість населення в певному сенсі перестають чути здоровий глузд, пов'язаний з об'єктивною цінністю здоров'я. І легше, ніж раніше, вступають в ситуації ризику для здоров'я і життя або створюють подібні ситуації для себе і оточуючих людей.

Бажана і необхідна принципово інша система цінностей, при якій спостерігається баланс суспільних та індивідуальних інтересів, матеріального і духовного благополуччя, орієнтація на всебічний (різнобічний) розвиток особистості, що не зводиться до професійного успіху і престижних стандартів матеріального споживання.

Сучасну картину системи цінностей, в якій економічний успіх (матеріальне благополуччя) затьмарює здоров'я, можна вважати своєрідним ідейно-психологічним продуктом ідеології економії, наполегливо нав'язаної українській суспільній свідомості в останні два десятиліття. Ця ідеологія сама по собі логічно і фактично хибна, оскільки, по суті, підриває об'єктивні довгострокові ресурси економічного успіху і сучасні принципи сталий соціально-планетарний розвиток, найважливішим з яких завжди був і залишається потенціал здоров'я людини (індивідуального і суспільного).

Соціально-економічні групи також сильно розрізняються за станом здоров'я (див. таблицю 3.4). Найвища самооцінка характерна для представників груп з меншим середнім віком – учнів, які поєднують навчання з роботою і знаходяться в передпологовій відпустці або відпустці по догляду за дитиною. Це знову проявляється дією вікового фактору самооцінки.

Рівні обізнаності соціально-економічних груп про існуючі захворювання однаково нерівномірні. В ідеальній ситуації при своєчасному проходженні медичних оглядів середнє реальне число встановлених діагнозів може лише трохи випередити поінформованість пацієнтів про наявні захворювання. В реальності обізнаність пацієнтів сильно відстає від реальної картини.

Таблиця 3.4

Самооцінка здоров'я в групах за основним родом діяльності, %

№	Групи дорослого населення за основним родом занять та їх середній вік (років)	Самооцінка стану здоров'я			
		Погано	Задовільно	Добре, відмінно	не дав відповіді
1	2	3	4	5	6
1	Робота (35.9)	8,8	66,7	12,7	11,8
2	Навчання (21.2)	6,4	51,9	33,1	8,6
3	Навчання і робота (23.4)	6,6	47,0	29,1	17,2
4	Пенсіонери, працюють (58.9)	17,4	66,7	2,1	13,8
5	Пенсіонери, не працюють (67.6)	49,5	39,4	1,0	10,2
6	Ні навчання, ні роботи (40,4)	23,5	49,8	11,8	14,9
7	У відпустці у зв'язку з вагітністю та пологами, у відпустці по догляду (26,9)	8,8	50,5	24,2	16,5
8	Весь масив	20,9	55,7	10,0	13,4

У таблиці 3.5 представлені дані про середні показники захворюваності за результатами стандартизованого опитування та об'єктивних обстежень. При цьому ми не розглядаємо обізнаність пацієнтів щодо окремих нозологічних форм через значну кількість останніх, що може бути окремим науково-практичним завданням. Аналіз обмежується загальною статистикою за кількістю відомих і знову встановлених діагнозів.

З таблиці випливає, що практично у всіх групах поінформованість про наявні захворювання, судячи з середньої кількості діагнозів, зареєстрованих пацієнтами при стандартизованому обстеженні, в два і більше разів нижче

реального числа знову виявлених при об'єктивному обстеженні тих же пацієнтів захворювань.

Таблиця 3.5

Поінформованість про наявність захворювань за даними обстеження та кількості знову встановлених діагнозів в результаті обстеження

Н і	Дорослі групи населення за основним родом занять	Знають про хронічну хворобу, %	Середня кількість захворювань			
			За результатами опитування	За зверненням	Нещодавно встановлені	Разом
1	2	3	4	5	6	7
1	Працюють	45	1,59	2,44	1,63	4,07
2	Навчаються	29	1,01	1,89	1,11	3,00
3	Навчання і робота	44	1,53	2,28	1,34	3,62
4	Пенсіонер і працює	74	2,58	3,79	3,07	6,86
5	Пенсіонери, не працюють	79	2,94	5,16	2,75	7,81
6	Вони не вчаться і не працюють	47	1,89	3,23	1,76	4,99
7	У декретній відпустці, у відпустці	41	1,54	3,38	1,03	4,41
8	Весь масив	54	1,98	3,37	2,06	5,43

Справедливо буде припустити, що у багатьох пацієнтів знову встановлені захворювання при обстеженні розвивалися роками, неминуче переходячи в хронічну стадію або даючи початок новим, більш важким формам. Так, відставання усвідомлення від реальної картини захворюваності означає, як правило, що переважна більшість дорослих людей не отримують

необхідного лікування, не змінюють свій спосіб життя відповідно до прихованим до пори до часу профілем захворювання, індивіди і суспільство втрачають частину свого потенціалу здоров'я.

Рівень обізнаності розраховується як відношення кількості діагнозів, повідомлених пацієнтами при попередньому опитуванні, до кількості діагнозів за направленням, у відсотках. Обізнаність про хронічні захворювання має тенденцію відставати від фактичних рівнів хронічності у дорослого населення, що створює ряд практичних проблем у сфері інформації про здоров'я. Звичайно, ми не можемо ставитися зі стовідсотковою впевненістю до всіх повідомлень пацієнтів про свої раніше встановлених захворюваннях, але в будь-якому випадку особливості такої обізнаності в різних соціальних групах населення, визначені в дослідженні як передумови мотивації і поведінки їх представників в сфері охорони здоров'я, заслуговують на увагу.

Рівні обізнаності про існуючі захворювання для окремих соціально-економічних груп варіюються від 46% (пацієнтки у декретній відпустці, відпустці по догляду) до 67-68% (пенсіонери). Так, у групі працевлаштованих (працевлаштованих) хворих середня кількість поставлених ними діагнозів склала 1,6, медичні дані про направлення вказують на 2,4 діагнозу, а при подальшому медичному обстеженні представників цієї соціально-економічної групи додатково встановлено додатково 1,6 діагнозу в середньому. Поінформованість про існуючі захворювання ще нижча серед студентів (53%): в середньому на кожне відоме захворювання (назване пацієнтом у попередньому опитуванні) припадає майже два з точки зору лікування та ще 1,11 вперше діагностовано під час медичного обстеження пацієнтів.

Зі стовпчика 6 таблиці видно, що найбільша середня кількість вперше виявлених діагнозів при медичному огляді припадає на пенсіонерів – непрацюючих і працюючих (відповідно 2,8 і 3,1). Ці групи населення виявляються в ситуації відносно більшого ризику прихованого розвитку

захворювань, для встановлення яких і подальшого лікування необхідне своєчасне об'єктивне обстеження. Доводиться говорити про подібний ризик по відношенню до інших груп, які не підпадають під сферу систематичних диспансерних оглядів. Не випадково найнижча середня кількість вперше виявлених захворювань спостерігається у двох категорій населення – тих, хто перебуває у декретній або відпустці по догляду за дитиною (як правило, жінки) та студентів (1,0 та 1,1 відповідно). У цих групах медичні огляди більш регулярні, що забезпечує відносно більшу повноту медичної діагностики.

Таблиця 3.6

Ціннісне ставлення до здоров'я співробітників, за статтю, %

№	Ствердження	Відповідь	Весь масив (n=2985)	Жінок	Чоловіків
1	2		3	4	5
1	Здоров'я для мене зараз – найголовніше в житті	Так	39,1	43,2	34,7
		Ні	34,0	28,5	39,8
		Затр.отв.	26,9	28,2	25,5
2	В першу чергу, у мене не здоров'я, але інші проблеми	Так	58,4	55,2	61,9
		Ні	20,9	22,4	19,3
		Затр.отв.	20,8	22,4	18,8

Нижче ми детально розглянемо соціальні характеристики та зайняте населення, яке становить основу дорослого населення регіону.

Ціннісне ставлення зайнятого населення до свого здоров'я представляє першорядний інтерес у зв'язку з аналізом соціального (в даному випадку культурно-психологічного) визначення реального трудового потенціалу населення. Серед диференціюючих факторів такого ставлення найбільш значущим є ознака статі і, відповідно, пропорції галузевих груп населення за статевою ознакою. Визнання здоров'я пріоритетною величиною не однаково характерно для чоловіків і жінок, і це показує істотну різницю між категорією зайнятих (n=298) і загальною масою обстеженого населення

(n=496). Використання «дзеркальних» показників дає можливість більш повно оцінити ціннісне ставлення до здоров'я, перевірити дані ще раз і підтвердити висновок про те, що ціннісне ставлення чоловіків до власного здоров'я розвинене значно менше. Занепокоєння з приводу власного здоров'я частіше зустрічається серед зайнятих жінок. Індекс тривожності у чоловіків і жінок відповідно становить 0,42 і 0,55.

Більш високий рівень матеріального добробуту та освіти також статистично корелює з більшою стурбованістю. Цей зв'язок проявляється незалежно від віку, в межах однієї вікової групи, як серед жінок, так і серед чоловіків. Індекс тривожності серед респондентів з «вкрай низьким» рівнем благополуччя досягає 0,64 (іншими словами, постійна турбота про здоров'я притаманна більшості), серед респондентів з високим рівнем – 0,41.

Протилежна тенденція проявляється у взаємозв'язку між рівнем тривожності і залежністю від психоактивних речовин, зокрема, активності куріння. Вона наведена в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Індекс тривожності в залежності від активності тютюнопаління і частоти вживання алкогольних напоїв

№	Залежність від поверхнево-активних речовин	Індекс тривожності
1	2	3
<i>Куріння</i>		
1	Не палять	0,52
2	Вони викурюють по кілька сигарет в день	0,47
3	Викурюють близько 10 сигарет в день	0,42
4	Вони викурюють близько пачки сигарет в день	0,39
5	Викурюйте більше пачки сигарет в день	0,49
<i>Споживання алкогольних напоїв</i>		
6	Не вживають алкогольні напої	0,53
7	Вживають кілька разів на рік	0,51
8	Вживають у святкові дні	0,48
9	Споживають у вихідні дні	0,45
10	Споживають щодня	0,50

У певному сенсі ситуація, зазначена в попередніх дослідженнях, підтверджується: залежність від психоактивних речовин значно притупляє соціально значущі аспекти сприйняття людиною як власного стану, так і, ймовірно, умов навколишнього соціокультурного середовища.

Осмислюючи структуру масової оцінки доступності загальної медичної допомоги, необхідно визнати об'єктивно залишаються відмінності в залежності від економічних, географічних і розрахункових обставин, від розташування мережі медичних установ на території регіону. Навряд чи в реальності приїзд дільничного лікаря за викликом або можливість потрапити на прийом до такого лікаря сьогодні багато в чому обумовлена цими факторами. Наприклад, індекс доступу до загальної медичної допомоги для груп працівників сільського та лісового господарства становить 0,80 та 0,81 відповідно. Тому виявлені секторальні відмінності та вкрай низькі оцінки індексу доступності загальної медичної допомоги з позицій окремих груп слід інтерпретувати більшою мірою в контексті особливостей способу життя окремих професійних груп сучасного суспільства або їх незадовільного соціального благополуччя.

Вагомим фактором здоров'я зайнятого населення є сучасний ступінь залежності професійної групи від психоактивних речовин (куріння, алкогольні напої). Ця залежність частково пояснюється корпоративними та соціально-груповими традиціями.

ВИСНОВКИ

1. Виконане дослідження дозволяє стверджувати, що соціальна диференціація населення є вагомим фактором відмінностей індивідів і груп у ціннісному ставленні до здоров'я, поведінкових стратегіях у сфері охорони здоров'я, доступності медичної допомоги як одного з благ, гарантованих державою.

При вивченні проблем громадського здоров'я вкрай важливий його соціальний контекст для всіх спільнот і держав сучасного світу. Вона особливо актуальна в сучасній Україні в зв'язку з необхідністю вибору нею як власної ефективної стратегії розвитку в суперечливих умовах війни, так і шляхів вирішення конкретних внутрішніх і зовнішніх проблем у всіх сферах життя українського суспільства.

Соціальна значимість громадського здоров'я проявляється в розвитку і функціонуванні системи охорони здоров'я, що перетворило її у відносно самостійну професійну галузь і соціальну підсистему зі складною інфраструктурою. Додатковим доказом такої значущості є безліч прикладів, коли реальний або уявний стан здоров'я населення стає приводом для оцінки національного (державного) безпека, обґрунтування великих і рішучих дій економічного або політичного характеру, масштабні інвестиційні проекти, фактор міжнародних відносин.

2. Сучасну ситуацію в масовому та індивідуальному ціннісному ставленні і до здоров'я, коли воно не входить до пріоритетних цінностей серед соціальних груп, не можна вважати нормальним з точки зору інтересів українського суспільства і держави, відповідно, миритися з відсутністю або пониженням характеру цінності здоров'я як частини цінності ядра зайнятого населення та студентів. У певному сенсі більшість населення перестають чути здоровий глузд, пов'язаний з об'єктивною цінністю здоров'я, і з ірраціональною легкістю вступають в ситуації ризику для

здоров'я і життя або самі створюють подібні ситуації по відношенню до себе і оточуючих людей.

Необхідно розробити і впровадити принципово іншу систему цінностей, в якій спостерігається баланс суспільних та індивідуальних інтересів, матеріальне і духовне благополуччя, орієнтація на всебічний (різнобічний) розвиток особистості, що не зводиться до професійного успіху і престижних нормативів матеріального споживання.

2. Гендер є одним з таких факторів громадського здоров'я, диференційна роль якого традиційно визнається як на рівні повсякденної свідомості, так і в сучасній науковій літературі. У громадській думці існує стереотипне судження, яке приписує жінкам значні переваги в оцінці свого потенціалу здоров'я в порівнянні з чоловіками.

Соціальна обумовленість статевих відмінностей в області охорони здоров'я і медицини ще недостатньо емпірично і осмислена у вітчизняній літературі. Тому поле соціально-наукового пояснення таких відмінностей досі залишається одним з «білих плям» в соціологічних проблемах. Вирішення цієї науково-практичної проблеми вирішальною мірою пов'язане з перспективою розробки ефективних гендерно-орієнтованих програм профілактичної та клінічної медицини, доцільність яких не викликає сумнівів у фахівців.

Взаємозв'язок між заняттям і соціальними стратегіями груп населення в сфері охорони здоров'я обумовлює необхідність виявлення з особливою гостротою проблеми соціальної якості сучасного соціально-виробничого середовища як детермінанти поведінкових стратегій населення в галузі охорони здоров'я і, відповідно, вирішального соціокультурного фактору стану громадського здоров'я. Твердження про важливість цього фактору не нове для вітчизняної медичної науки. Однак в нових умовах посилення соціальної спрямованості розвитку України і прийняття охорони здоров'я в якості одного з пріоритетних національних проектів вимагає, щоб соціологічні дослідження громадського здоров'я охоплювали проблеми

сучасної виробничо-трудої сфери, в рамках якої формуються соціокультурні механізми поведінки людей в сфері охорони здоров'я.

3. Зазначені галузеві особливості поведінкових стратегій населення у сфері охорони здоров'я можуть бути використані при розробці галузевих та корпоративних програм у сфері медичного обстеження та профілактичної медицини. Для досягнення найбільшої соціальної ефективності та досягнення стійкості таких програм у певних випадках потрібно, зокрема, проведення спеціальної інформаційної, підготовчої або організаційної роботи всередині корпорації із залученням її адміністративний корпус або лідери думок.

Дослідження зафіксувало значні відмінності в рівні обізнаності соціально-економічних груп про існуючі захворювання. В ідеальній ситуації при своєчасному проходженні медичних оглядів середнє реальне число встановлених діагнозів може лише трохи випередити поінформованість пацієнтів про наявні захворювання. В реальності обізнаність пацієнтів сильно відстає від реальної картини. Це означає, що переважна більшість дорослих людей не отримують необхідного лікування, не змінюють свій спосіб життя відповідно до профілю прихованого захворювання до пори до часу, індивіди і суспільство втрачають частину свого потенціалу здоров'я.

Результати комплексного дослідження можуть представляти інтерес з точки зору подальшого вивчення соціальної нерівності в українському суспільстві, розвитку соціальної структури, функціонування соціальних інститутів, одним з яких є система охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. В Україні фінансування охорони здоров'я у 2020 році збільшиться на 13% - до 113 млрд грн. <https://ua.interfax.com.ua/news/pharmacy/624746.html#:~:text=%D0%A4%D1%>. (дата звернення 10.11. 2023)
2. Вашев О. Є., Рогова О. Г., Пустовойт Т. Б. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. *Теорія та практика державного управління*: зб. наук. пр. Харків: Вид-во ХарPI НАДУ “Магістр”. 2014. Вип. 4 (47). С. 197–204.
3. Державне управління охороною здоров'я України: монографія / [Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Ярош Н.П., Чепелевська Л.А., Шевченко М.В., Кутуза А.С., Ціборовський О.М., Істомин С. В., Кондратюк Н.Ю., Кучеренко Н.Т., Тяпкін Г.М.]. К. 2014. 312 с.
4. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році: Постанова Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 р. № 65. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення 10.11. 2023)
5. Європейська база даних ВООЗ “Здоров'я всім”. Інформація та фактичні дані. http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ua.html (дата звернення 10.11. 2023)
6. Зміни у Держбюджеті-2020: видатки на медицину збільшено на 15,8 млрд грн. <https://www.auc.org.ua/novyna/zminy-v-derzhbyudzheti-2020-vydatky-na-medycynu-zbilsheno-na-158-mlrd-grn> (дата звернення 10.11. 2023)
7. Здоров'я-2020: Основи Європейської політики на підтримку дій усієї держави та суспільства на користь здоров'я та благополуччя. Копенгаген: Євр. реєстр. бюро ВООЗ, 2012. <http://www.spd.de/servlet/PB/menu/1010261/index.html> (дата звернення 10.11. 2023)

8. Здоров'я-2020: Основи європейської політики та стратегія для XXI століття. Копенгаген: Євр. реєстр. бюро ВООЗ, 2013. 399 с.
9. Здоров'я-2021: Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ. Євр. серія «Здоров'я для всіх» №6. Копенгаген, 2016. 308 с.
10. Зяблюк Н. Г. Політичний плюралізм: контури американської моделі. *США та Канада: економіка, політика, культура*. 2016. № 5. С. 3-18.
11. Історія системи охорони здоров'я в Великобританії. svobodanews.ua/content/transcript/1882910.html (дата звернення 10.11. 2023)
12. Кланца А. І. Громадське здоров'я як структурна складова соціогуманітарного розвитку України. Публічне управління XXI ст.: традиції та інновації : зб. тез XVII Міжнар. наук. конгресу (Харків, 27 квіт. 2017) Х.: Вид-во ХарРІДУ «Магістр»/ 2017. 544 с. С. 304-307.
13. Кланца А.І. Охорона здоров'я як структурна складова національної безпеки держави.: монографія. Київ/ ІПК ДСЗУ/ 2018. 528 с.
14. Кланца А. І. Демографічна політика держави та механізми її реалізації. *Економіка і держава*. 2018. № 8. С. 56-62.
15. Кланца А. І. Демографічні моделі збереження громадського здоров'я та їх вплив на національну безпеку України. *Вісник НАДУ*. 2018. №2(89). С. 53-59.
16. Князевич В.М. Наукове обґрунтування оптимізації системи інтенсивної медичної допомоги населенню України: автореф. дис. д-ра мед. наук. К., 2009. 39 с.
17. Конституція України від 2 черв. 2016 р. № 1401-VIII. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення 10.11. 2023)
18. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000/ Офіційний вісн. України. 2000. № 49. Ч.1. 216 с.
19. Клименко О.В. Обґрунтування необхідності систематизації

законодавчих актів України в сфері охорони здоров'я громадян і розробки медичного кодексу. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2013. № 1. <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=679> (дата звернення 10.10.2023)

20. Кризина Н. П. Аналіз державної політики в галузі охорони здоров'я в працях українських учених. <http://www.academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/08-KRIZINA.pdf> (дата звернення 10.11.2023)

21. Курченко В.З. Перспективи модернізації лікувально-профілактичної допомоги населенню. *Громадське здоров'я і охорона здоров'я XXI століття*. Київ, 2016. С. 23-26.

22. Матеріали опитування соціологічної групи Рейтинг. <http://ratinggroup.ua/ru/archive/> (дата звернення 10.11.2023)

23. Медичне обслуговування в Великобританії. otherreferats./medicine/00008435_0.html (дата звернення 10.11.2023)

24. Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування. Національний проект «Децентралізація». Міністерство розвитку громад та територій. <https://www.minregion.gov.ua/napryamki-diyalnosti/regional-dev/rozvytok> (дата звернення 10.11.2023)

25. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 30.01.2018 № 2801-ХІІ. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. (дата звернення 10.11.2023)

26. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / Під заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. К.: Вид-во Раєвського/ 2005. 168 с.

27. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / кол. авт. ; за заг. ред. В. М. Князевича. К. 2009. С. 5.

28. Охорона здоров'я Англії: погляд економістів. parcom.ua/publ/info/574. (дата звернення 10.11.2023)

29. Охорона здоров'я у Великобританії. sunhome.ua/journal/117026. (дата звернення 10.11.2023)

30. Пархоменко Г.Я., Якимець В.М. Проблеми у системі охорони здоров'я України та обґрунтування необхідності їх вирішення. *Україна: здоров'я нації*. file:///C:/Users/Inna/Desktop/Uzn_2011_1_10.pdf. (дата звернення 10.11.2023)

31. Поживілова О. В. Інформаційні технології в системі охорони здоров'я (до проблеми наукового забезпечення державного управління розвитком системи охорони здоров'я України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2010. № 22. С. 65 – 66

32. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення: Закон України від 24.02.1994 № 4004-ХІІ. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/4004-12> (дата звернення 10.11.2023)

33. Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення: Закон України від 23.12.2010 № 2861-VI. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2861-17>. (дата звернення 10.11.2023)

34. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 06.04.2000 № 1645-III/ <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>. (дата звернення 10.11.2023)

35. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 01.07.2010 № 2404'VI. База даних «Законодавство України». Верховна Рада України. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws>. (дата звернення 10.11.2023)

36. Про заходи протидії поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19) та захисту всіх систем життєдіяльності країни від негативних наслідків пандемії та нових біологічних загроз: Постанова Верховної Ради України від 20 жовтня 2020 р. № 937-IX. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/937-20#Text> (дата звернення 10.11.2023)

37. Про лікарські засоби: Закон України від 04.04.1996 № 123/96- ВР. <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>. (дата звернення

10.11.2023)

38. Про Національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація»: Указ Президента України від 9 лютого 2016 року № 42/2016. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/42/2016>. (дата звернення 10.11.2023)

39. Правові проблеми сучасної трансформації охорони здоров'я: збірник матеріалів науково-практичного круглого столу (м. Запоріжжя, 23 травня 2019 р.) / за заг. ред. Ю.М. Колесника. Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. 148 с. https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/24510/1_202019_2.pdf (дата звернення 10.11.2023)

40. Про протидію захворюванню на туберкульоз: Закон України від 05.07.2001 № 2586-III. <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2586-14>. (дата звернення 10.11.2023)

41. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 № 1489-III. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>. (дата звернення 10.11.2023)

42. Про схвалення Загальнодержавної програми «Здоров'я – 2020»: розпорядження Кабінету Міністрів України від 31.10.2011 № 1164р. База даних «Законодавство України». Верховна Рада України. <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/>(дата звернення 10.11.2023)

43. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page>(дата звернення 10.11.2023)

44. Проєкт Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України. наданий Експертною платформою «ПРОСВІТА» <http://www.apteka.ua/article/431762>. (дата звернення 10.11.2023)

45. Реформа охорони здоров'я в Великобританії health.gov.uk. (дата звернення 10.11.2023)

46. Реформа медицини в умовах децентралізації.

<https://decentralization.gov.ua/health> (дата звернення: 10.11.2023)

47. Рингач Н.О. Здоров'я як складова людського капіталу та запорука розвитку. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Економічні науки. 2016. Вип. 11. С. 249-258. http://nbuv.gov.ua/UJRN/vkrpnuen_2016_11_36. (дата звернення 10.11.2023)

48. Рингач Н. О. Оцінка досягнення Цілі Розвитку Тисячоліття щодо зниження дитячої смертності в Україні. *Демографія та соціальна економіка*. 2013. № 2. С. 28-39. http://nbuv.gov.ua/UJRN/dse_2013_2_5. (дата звернення 10.11.2023)

49. Посібник із розробки стратегій забезпечення якості та безпеки з позиції систем охорони здоров'я. Копенгаген: ЄРБ ВООЗ, 2008. 86 с.

50. Система охорони здоров'я Англії повинна бути принципово реформована В». medlinks.ru/article.php?sid=34138/ (дата звернення 10.11.2023)

51. Солоненко Н. Міжнародні тенденції державної політики та управління реформуванням у галузі охорони здоров'я. *Вісн. УАДУ*. 2001. № 1. С. 187-194.

52. Степанова О.В. Світові моделі фіскальної децентралізації в охороні здоров'я: розвиток між бюджетною консолідацією та ринком. *Ефективна економіка*. 2016. № 11. <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=5275> (дата звернення 10.11.2023)

53. Ткачова Н.М. Напрями реформування державної політики в сфері охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*. № 8. 2018. С. 83 – 86.

54. Тульчинський Т.Х., Варавікова Є.А. Нова громадська охорона здоров'я: запровадження сучасної науки. *Єрусалим: Amutah for Education and Health*. 2015. 1049 с.

55. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2020 рік / за заг. ред. О. С. Мусія. К. 2021. 405 с.

56. Ярош Н.П. Наукове обґрунтування ролі та місця обласної лікарні в

системі охорони здоров'я на сучасному етапі реформування сектора: Автореферат дис. канд. мед. наук. Київ, 2001.

57. Active ageing strategy 2016–2021. Belfast: Northern Ireland Executive; 2016. URL: (<https://www.ofmdfmi.gov.uk/publications/active-ageing-strategy-2016-2021>, accessed 6 November 2023).

58. Bayramov V.D., Volkov Y.G., Posukhova O.Y., Lyausheva S.A., Samygin S.I. Multiculturalism: discursive practices. *Review of European Studies*. 2016. Т. 7. № 7. С. 195-200.

59. Berkman LF, Glass T. Social integration, social networks, social support, and health. In: Berkman LF, Kawachi I (eds). *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2016: 137–173.

60. Bertelsmann Stiftung (2016). *Wegweiser Kommune: Daten und Visualisierungen [Community guide: data and visualizations] [website]*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: (<http://www.wegweiser-kommune.de/>, accessed 11 November 2023).

61. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016.

<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34072?sequence=4&isAllowed=y>

62. Geneva, WHO. 2016, P. 204-211, P. 192-199. <http://www.worldbank.org>

63. Gilson L, ed. *Health policy and systems research: a methodological reader*. Geneva, World Health Organization, 2016.

http://www.who.int/alliancehpsr/resources/alliancehpsr_abridgedversionreaderonline.pdf?ua=1 (accessed 11 November 2023)

64. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://www.who.int/ageing/global-strategy/en/>, accessed 27 June 2016). http://www.liberal.ca/LPC/gpolicy.aspx?type=gp&gp_ID=3 (accessed 11 November 2023)

65. Human Development report 2014: Cultural liberty in today's diverse world. NY, 2016. P. 28-41.

66. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2017. 417 p.
67. Lippoldt, D. (Ed.). 2012. Policy Priorities for International Trade and Jobs. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://www.oecd.org/site/tadicite/50258009.pdf> (accessed 11 November 2023)
68. Ranson K, Law TJ, Bennett S. Establishing health systems financing research priorities in developing countries using a participatory methodology. *Social Science & Medicine*, 2010. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socsci-med.2010.01.051> PMID:20378228 (accessed 11 November 2023)
69. Shadish W.R., Cook T.D., Campbell D.T. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston: Houghton Mifflin, 2016. 656 p. <http://depts.washington.edu/methods/readings/Shadish.pdf>(accessed 11 November 2023)
70. Ghaffar A et al. The 3D Combined Approach Matrix: an improved tool for setting priorities in research for health. Geneva, Global Forum for Health Research, 2009. http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/sites/globalhealth/ghp-new/Events%202013/wp_backgroundpaper1_health_RandD_v3.pdf/ (accessed 11 November 2023)
71. Viergever R. F et al. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Research Policy and Systems*, 2016. 531.
72. Winslow C. E. A. The Untilled Fields of Public Health. *Science*. 1920. Vol. 51 (1306). P. 23 – 33.
73. Brown T. The World Health Organization and the transition from «international» to «global» public health. *Amer. J. Public Health*. 2006. Vol. 96. P. 62 – 72.
74. Koplan J. P. Towards a common definition of global Health. *Lancet*. 2009. Vol. 373. P. 1993 – 1995.
75. Macfarlane S. In the name of global health trends in academic institutionsю *J. Public Health Policy*. 2008. Vol. 29. P. 383 – 401.

76. Global Health Education Consortium. *Global vs international*. 2009. <http://globalhealthedu.org>. (accessed 11 November 2023)
77. Institute of Medicine. *The future of public health*. Washington, DC. National Academy Press. 1988. <https://iom.nationalacademies.org/Reports>. (accessed 11 November 2023)
78. Hunter D. J. Noncommunicable diseases. *New Engl. J. Med.* 2013. Vol. 369. P. 1336 – 1343.
79. Yusuf S. Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*. 2001. Vol. 104. P. 2746 – 2753.
80. Health and economy [website]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2021. <https://eurohealthobservatory.who.int/themes/observatory-programmes/health-and-economy#:~:text=Health%20and%20the%20economy%20are,development%20and%20a%20strong%20macroeconomy>. (accessed 11 November 2023)
81. The WHO Council on the Economics of Health for All. Manifesto: 24 September 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/council-on-the-economics-of-health-for-all/who-council-eh4a_manifesto_09112021.pdf?sfvrsn=788671_5. (accessed 11 November 2023)
82. Health Strategic Advisory Group. National health reform strategy for Ukraine 2015–2020. Kyiv: Ministry of Health of Ukraine; 2014. https://en.moz.gov.ua/uploads/0/16-strategy_eng.pdf. (accessed 11 November 2023)