

УДК 613.2:316.344.32-056.22

ЧИ Є ХАРЧУВАННЯ БІЛЬШ ОСВІЧЕНИХ УКРАЇНЦІВ ЗДОРОВІШИМ?¹

Т. І. Андрєєва

Школа охорони здоров'я Національного університету

"Києво-Могилянська академія",

вул. Сковороди, 2, м. Київ, 04070, Україна,

tatianandreeva@yandex.ru

Розглянуто дані дослідження "Здоров'я та добробут в перехідних суспільствах" (2000 р.) щодо частоти вживання харчових продуктів за статтю, віком та освітою. Позитивні тенденції включають більше вживання молодшими та більш освіченими респондентами риби, фруктів, молочних продуктів та вітамінів. Серед жінок знайдено більше позитивних тенденцій, ніж серед чоловіків. З іншого боку, вище вживання вершкового масла та м'яса серед молодших та більш освічених респондентів є загрозливою тенденцією, що прогнозує подальше ускладнення ситуації з серцево-судинними захворюваннями.

Ключові слова: харчування, соціально-економічний статус, градієнт за освітою, ризик серцево-судинних захворювань.

У західних країнах вже давно встановлено, що для груп населення, які мають вищий соціально-економічний статус, характерні переваги за показниками захворюваності, смертності, а також поширеності пов'язаних зі здоров'ям видів поведінки [13]. Однак, у країнах колишнього Радянського Союзу така закономірність не завжди є очевидною [7; 8].

Певна кількість опублікованих робіт показує, що ставлення до пов'язаної зі здоров'ям поведінки відрізняється у країнах колишнього Радянського Союзу та у західних країнах. Наприклад, у дослідженні, в якому порівнювали західноєвропейських та східноєвропейських студентів, останні вели менш здоровий спосіб життя, не зовсім усвідомлювали зв'язок між факторами способу життя, такими як куріння, фізичні вправи, вживання жиру та солі, та ризиком серцево-судинних захворювань, а також частіше вважали, що їхнє здоров'я залежить від факторів, які неможливо контролювати [20].

Такі результати досліджень підштовхують до висловлення гіпотези, що за умови недостатнього інформування населення Радянського Союзу про вплив способу життя на здоров'я та за певної ізольованості суспільства за "залізною завісою", соціального формування [15; 16; 18] навколо поведінки щодо здоров'я не відбулося в країнах колишнього Радянського Союзу таким саме чином, яке це сталося у західних країнах. Наприклад, якщо не відбувається інформування населення через ЗМІ та консультації-

¹ Автор висловлює подяку Київському міжнародному Інституту соціології за надані бази даних емпіричних досліджень.

вання пацієнтів про те, що вживання значної кількості жиру та солі погано впливає на здоров'я, важко очікувати, що суспільство буде стратифіковано у сприйнятті цієї ідеї і застосуванні цієї поведінки.

Одна з гіпотез, що пояснюють стійкі зв'язки між соціально-економічним статусом і здоров'ям, полягає в тому, що більш благополучні люди більшою мірою здатні застосовувати захисні стратегії, які є доступними на даний момент [20]. Ті види пов'язаної зі здоров'ям поведінки, які не демонструють в пострадянських країнах значного соціального градієнту, могли бути невідомими у якості захисних стратегій, якщо населення було недостатньо поінформованим про них.

Якщо така гіпотеза є правильною, і відсутність очікуваного диспаритету, або соціального градієнту, в пострадянських країнах пов'язана за недостатнім усвідомленням ролі певних видів поведінки щодо здоров'я (не лише в розумінні факторів ризику, а й в тому, як ефективно змінювати поведінку), то можна очікувати, що останніми роками таке усвідомлення мало частково потрапити до певних верств населення і більшою мірою до молодших вікових груп. Якщо так, то можна припустити, що соціальні градієнти на користь благополучніших груп будуть більшими у молодших групах населення, ніж у старших.

Мета цієї роботи полягає в тому, щоб оцінити градієнти між двома групами населення: 1) з вищою освітою та 2) середньою і середньо-спеціальною освітою і порівняти їх за віком респондентів на прикладі поведінки, що стосується харчування.

Для аналізу були застосовані дані опитування "Здоров'я і добробут в перехідних суспільствах", проведеного Київським міжнародним інститутом соціології 2000 року. В цьому аналізі розглянуто вибірку з 1723 людей (720 чоловіків та 1003 жінок), які погодились взяти участь в дослідженні і відповідали самостійно, не через родичів. Респондентів запитували про частоту вживання певних продуктів харчування, а саме: м'ясо, рибу, вершкове масло, рослинне масло, хліб, картоплю, овочі, фрукти, молочні продукти, солодощі. Запитання виглядало так: "Скільки днів протягом останнього тижня ви вживали...". Варіанти відповідей від нуля до семи були згруповані у бінарні змінні: 0–3 та 4–7 днів на тиждень. Також запитували, чи вживали респонденти останнім часом вітаміни або рослинні препарати. Інша група запитань стосувалася змін у харчуванні взагалі, зменшення вживання солі, жиру, цукру. Всі ці залежні змінні розглядалися як бінарні.

Як показник соціально-економічного стану розглянуто рівень освіти. Оскільки група людей, які мають менше, ніж середню освіту, складалася з двох непорівнюваних груп – тих людей старшого віку, які навчалися давно і не отримали середньої освіти, й людей 15–17 років, які поки ще навчаються в школі і ще не завершили середню освіту, – групу людей з освітою менше середньої з аналізу було виключено. Всіх, хто мав середню освіту або середню-спеціальну освіту, включаючи технікуми, коледжі тощо, було поєднано в одну категорію. В другу категорію було поєднано людей з вищою або неповною вищою освітою, оскільки останні переважно належали до вікової категорії молодше 30 років, тобто були на час опитування студентами. Значущість відмінностей за освітою вивчалася за критерієм Хі-квадрат у статевовікових групах віком 15–44 роки та 45 років і старші. Аналіз проведено у програмному забезпеченні SPSS 15.0.

Результати. Поширення харчових практик наведено в таблиці.

Таблиця

Частка респондентів за статтю, віком та освітою, які повідомили про вживання певних видів продуктів та інші види харчової поведінки.

| Характеристики | Стать | Чоловіки | | Жінки | |
|--|--------|----------|-------|-------|-------|
| | Вік | 15–44 | 45+ | 15–44 | 45+ |
| | Освіта | | | | |
| Кількість респондентів | ССП | 232 | 169 | 294 | 213 |
| | Вища | 58 | 55 | 93 | 70 |
| Корисна для здоров'я поведінка | | | | | |
| Вживання риби 4–7 днів на тиждень | ССП | 4,3 | 0,6 | 3,7 | 0,9 |
| | Вища | 6,9 | 7,3 | 2,2 | 5,7 |
| | p | 0,411 | 0,014 | 0,458 | 0,035 |
| Вживання молочних продуктів 4–7 днів на тиждень | ССП | 34,5 | 22,5 | 29,6 | 29,1 |
| | Вища | 32,8 | 29,1 | 45,2 | 45,7 |
| | p | 0,804 | 0,320 | 0,006 | 0,010 |
| Вживання овочів 4–7 днів на тиждень | ССП | 79,7 | 74,9 | 76,7 | 71,6 |
| | Вища | 77,6 | 72,7 | 80,6 | 72,9 |
| | p | 0,717 | 0,755 | 0,428 | 0,835 |
| Вживання фруктів 4–7 днів на тиждень | ССП | 14,7 | 11,8 | 19,4 | 13,7 |
| | Вища | 15,5 | 27,3 | 34,4 | 24,3 |
| | p | 0,879 | 0,006 | 0,003 | 0,037 |
| Вживання вітамінів протягом останнього часу | ССП | 37,1 | 38,5 | 48,3 | 51,6 |
| | Вища | 43,1 | 47,3 | 63,4 | 60,0 |
| | p | 0,398 | 0,248 | 0,011 | 0,224 |
| Вживання вершкового масла 4–7 днів на тиждень | ССП | 30,2 | 18,3 | 26,5 | 19,2 |
| | Вища | 44,8 | 38,2 | 47,3 | 37,1 |
| | p | 0,034 | 0,002 | 0,000 | 0,002 |
| Вживання м'яса 4–7 днів на тиждень | ССП | 45,3 | 27,8 | 34,0 | 19,7 |
| | Вища | 43,1 | 36,4 | 41,9 | 28,6 |
| | p | 0,768 | 0,229 | 0,165 | 0,120 |
| Вживання картоплі 4–7 днів на тиждень | ССП | 90,5 | 86,3 | 88,1 | 86,3 |
| | Вища | 86,2 | 81,8 | 87,1 | 78,6 |
| | p | 0,335 | 0,416 | 0,806 | 0,121 |
| Певні зміни в харчуванні протягом останнього часу | ССП | 0,9 | 2,4 | 5,8 | 6,1 |
| | Вища | 5,2 | 12,7 | 14,0 | 11,4 |
| | p | 0,056 | 0,006 | 0,010 | 0,140 |
| ССП – середня та середня спеціальна освіта p – величина p за критерієм Хі-квадрат | | | | | |

Вживання риби 4–7 днів на тиждень зазначили 1–7% респондентів. Серед людей молодших від 45 років вживання суттєво не відрізнялося за статтю та освітою, а серед людей старших за 45 років спостерігалися значні нерівності за рівнем освіти: серед людей з вищою освітою рибу вживали 4–7 днів на тиждень 6–7%, а серед людей з середньою освітою лише менше 1%. Таким чином, поведінка щодо вживання риби поступово потрапляє до українського суспільства, і в 2000 році вже більшою мірою охоплювала молодших людей і старших з вищою освітою. Несприятливою була ситуація серед людей з середньою освітою старших вікових груп.

Вживання молочних продуктів 4–7 днів на тиждень серед чоловіків спостерігалось на рівні 23–25%, не відрізнялося за освітою і було трохи вище серед молодших чоловіків. Серед жінок, навпаки, не було відмінностей за віком, але були значні розбіжності у вживанні за освітою: серед жінок з вищою освітою 49–50% повідомляли про вживання молочних продуктів, але лише 29–30% серед менш освічених.

Про вживання фруктів 4–7 днів на тиждень повідомили 11–34% респондентів. Крім молодших чоловіків, в інших групах спостерігається тенденція більшого вживання фруктів більш освіченими і молодшими респондентами.

Не було відмінностей за освітою зі вживання овочів, хоча молодші респонденти частіше повідомляли про регулярне вживання овочів.

Зі вживання олії відмінностей майже не було, оскільки близько 90% респондентів повідомляли про регулярне її вживання. Також 99–100% респондентів повідомили про регулярне вживання хліба, лише серед жінок молодшої групи 6% не вживали хліба.

Вживання вершкового масла статистично значущо відрізнялося за освітою в усіх групах за статтю та віком: люди з вищою освітою вживали масло частіше. Відмінностей за статтю знайдено не було, але в молодших групах респондентів більша частка повідомляла про вживання масла, ніж у старших. Це означає, що масло на момент опитування вважалося корисним і важливим продуктом харчування, і його вживання збільшувалося з часом.

Подібна картина спостерігалася щодо вживання м'яса. Хоча статистично значущих відмінностей за рівнем освіти знайдено не було, але в усіх групах, крім молодших чоловіків, люди з вищою освітою в середньому частіше вживали м'ясо, ніж респонденти з середньою освітою.

Респонденти з середньою освітою частіше відповідали про вживання картоплі, ніж респонденти з вищою освітою, хоча відмінності не були статистично значущими.

На запитання стосовно вживання вітамінів позитивну відповідь дали більше жінок, ніж чоловіків, і більше людей з вищою освітою, ніж з середньою, однак такі відмінності були статистично значущими лише серед жінок молодшої групи.

На запитання про зміни харчової поведінки, зроблені останнім часом, люди з вищою освітою відповідали частіше, ніж з середньою, і деякі відмінності були статистично значущими. Але такі градієнти були відсутніми, коли респонденти відповідали на запитання, чи стосувалися ці зміни обмеження вживання солі, цукру, жиру тощо. Тобто, навіть якщо люди з вищою освітою частіше щось змінювали в харчуванні, це не обов'язково були зміни, спрямовані на його оздоровлення.

Досвід країн Східної Європи, які досягли дуже суттєвого зростання тривалості

життя у 1990-ті роки, показав, що зміни у харчуванні грали провідну роль. Наприклад, зростання тривалості життя у Польщі [24] не було пов'язано з покращенням якості медичної допомоги: бюджет системи охорони здоров'я у 1990-ті роки не збільшився, доступ до сучасних медичних технологій залишився обмеженим. З усіх можливих факторів впливу на тривалість життя, на думку експертів, найбільшу роль відіграли зміни в харчуванні: вільний ринок дав можливість постачати великі кількості овочів і фруктів навіть взимку, а скасування державних субсидій на тваринні продукти призвело до збільшення споживання рослинних жирів, риби. В країнах Балтії у 1994–2000 роках співвідношення рослинних жирів до тваринних в раціоні харчування зросло з 0,21 до 0,61, а споживання свіжих фруктів на душу населення зросло на 68% [14], що стало однією з причин зростання тривалості життя в Естонії, Латвії та Литві на 3–4 роки.

Профілактика розвитку серцево-судинних захворювань, які є першорядною проблемою охорони громадського здоров'я в Україні, [6] включає рекомендації щодо більшого вживання риби, овочів та фруктів, обмеження тваринних та трансформованих жирів, солодоців, солі. Профілактика інших хронічних неінфекційних захворювань передбачає збільшення вживання молочних продуктів й обмеження вживання м'яса.

Результати проведеного аналізу показали, що ідея вживання риби поступово потрапляє до українського суспільства: її вживання вище серед молодших та більш освічених груп населення, що може провіщати збільшення її вживання в подальші роки. Однак недостатнє вживання риби старшими людьми без вищої освіти потребує заходів, спрямованих на цю групу населення. При цьому очікувати значного впливу від інформаційних заходів немає підґрунтя.

Так само результати вказують на позитивну тенденцію поширення вживання фруктів серед українського населення. Однак, групою, виключеною з цієї тенденції, є молоді чоловіки. Раніше ми спостерігали, що студенти чоловічої статі менш схильні вживати фрукти, і навіть вважають, що з ними пов'язані певні ризики розвитку хронічних захворювань [2; 23]. Ця тенденція серед молодих українських чоловіків потребує особливої уваги і відповідних втручань.

Молочні продукти є засобом запобігання остеопорозу. Раніше на цих самих даних в нашому дослідженні [17] було показано, що люди, які вживають молочні продукти щоденно, мають меншу кількість хронічних захворювань або розладів здоров'я. Відомо, що остеопороз загрожує людям старшого віку та особливо жінкам. Проведений аналіз показує, що така інформація потрапляє до українського суспільства, оскільки жінки з вищою освітою частіше вживають молочні продукти. Однак вживання серед менш освічених жінок залишається на рівні чоловіків. Вони і старші чоловіки з середньою освітою вживають недостатньо молочних продуктів, а відтак належать до групи ризику остеопорозу і потребують спрямування на них ефективних інтервенцій.

Більше вживання вершкового масла та м'яса серед людей з вищою освітою, ніж з середньою, а також серед молодших груп порівняно зі старшими, означає, що населення України не має жодних упереджень стосовно вживання тваринних жирів, розглядає їх як корисний продукт. З одного боку, це є наслідком радянських традицій обов'язкового забезпечення протейнами та жирами всіх організованих колективів та українських традицій вживання тваринних продуктів, у тім числі сала. З іншого боку,

в західних країнах також є спостереження, що спочатку більш забезпечені групи населення вживають більше тваринних жирів, а потім вживають більше ліків (статинів), які допомагають регулювати вміст холестерину в організмі та запобігати розвитку серцево-судинних захворювань [10].

Більшість робіт, які стосуються здорового харчування, розглядають проблему або як біохімічну та фізіологічну, тобто на рівні організму, або як проблему індивідуальної поведінки, яка потребує коригування, хоча кориснішим виглядає підхід до харчування як до соціальної практики [11]. Як й інші види пов'язаної зі здоров'ям поведінки, стиль харчування залежить від факторів середовища [12]. Крім загальновідомих факторів глобального масштабу, які включають комерційне просування продуктів з надмірним вмістом жиру, солі і цукру, на харчування населення України також впливають певні фактори, які є наслідком традицій минулих років, з одного боку, і фактори трансформаційного характеру, які спостерігаються в перехідний період, з іншого.

Як вже спостерігалось раніше стосовно інших видів пов'язаної зі здоров'ям поведінки серед населення України [7; 8], відмінності за соціальним станом є менш помітними, ніж це відомо з досліджень, проведених у західних країнах. Однак принаймні частина з таких видів поведінки набуває градієнтів за освітою серед молодших груп населення, а це підтверджує гіпотезу про те, що доречність певних поведінкових практик не була очевидною в радянські роки, а зараз поступово потрапляє до українського населення [7]. Опосередковано цю гіпотезу підтверджують роботи з розвинених країн, які вивчають фактори, що визначають дотримання населенням "рекомендованого стилю життя" [9; 19], включаючи відмову від куріння, зменшення вживання алкоголю, здорове харчування, підтримання здорової ваги. Очевидно, що в розвинених країнах існують канали, що включають ЗМІ, рекомендації лікаря тощо, через які населення має отримати інформацію про такий стиль життя, а в країнах колишнього Радянського Союзу лише поступово стають задіяними деякі з каналів інформування про такі потрібні зміни. Прикладами таких видів поведінки стосовно харчування є вживання риби, фруктів, молочних продуктів, вживання вітамінів. Для всіх цих видів поведінки виявлено, що жінки активніше сприймають нову інформацію про корисні для здоров'я практики. Так само ми побачили раніше, що градієнти за освітою щодо куріння з перевагою більш освічених і молодших поступово збільшуються серед жінок, що не є таким типовим для чоловіків [4]. Швидке зниження поширеності куріння серед жінок в Україні [1; 5; 22] також стало феноменом, який потребує теоретичного опрацювання. Імовірно, що ставлення до жінки як до носія здорових цінностей притаманно українському населенню, що ми також побачили стосовно сприйняття куріння серед чоловіків та жінок [3].

Виявлена ситуація стосовно вершкового масла та м'яса, навпаки, характеризує певні особливості українського населення, а можливо, і населення колишнього Радянського Союзу загалом, яке розглядає вживання цих продуктів як ознаку добробуту.

Здорові елементи харчування, такі як вживання риби, фруктів, молочних продуктів, вітамінів, поступово потрапляють до способу життя українського населення, починаючи з більш освічених та молодших груп. Жінки активніше застосовують здорові елементи способу життя, ніж чоловіки. Такі нездорові елементи харчування, як вживання тваринних жирів, є укоріненими серед українського населення і потребують пошуку дієвих втручань.

Гіпотеза про поступове поширення знань і здорових видів поведінки серед українського населення у післярадянський період потребує подальшої перевірки на інших емпіричних даних. Нова гіпотеза про більш активне застосування жінками нових здорових практик потребує розгляду як на інших даних опитувань українського населення, так і на даних з інших країн, які знаходяться на різних рівнях розвитку. Причини стабільного позитивного ставлення населення України до м'яса та вершкового масла потребує як теоретичного опрацювання, так і розроблення дієвих втручань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андреева Т. І. Кореляти та нещодавні зміни поширеності куріння серед дорослих в Україні / Т. І. Андреева, К. С. Красовський, Н. М. Харченко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2009. – №1. – С. 50–57.
2. Андреева Т. І. Мужское население Украины имеет дополнительные факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний по сравнению с женским населением / Т. И. Андреева, Л. О. Скотаренко // Охорона здоров'я України. – 2009. – №1(33). – С. 42–43.
3. Андреева Т. Труднощі відмови від куріння: вплив гендерних стереотипів / Т. Андреева // Соціальна психологія. – 2011. – №3(47). – С. 98–108.
4. Андреева Т. Чи існує в Україні диспаритет за освітою щодо куріння? / Т. Андреева // Наукові записки. Соціологічні науки. – 2011.
5. Оцінка динаміки поширеності тютюнокуріння в Україні / [К. С. Красовський, Т. І. Андреева, А. А. Григоренко, Н. А. Бутильська] // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2009. – №2. – С. 91–99.
6. Поліщук М. Є. Зміни середньої очікуваної тривалості життя в Україні за останні 50 років як показник ефективності охорони громадського здоров'я / М. Є. Поліщук, К. С. Красовський, Т. І. Андреева // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – №4(12). – Р. 54–61.
7. Andreeva T. Health behavior disparities: a universal trend or a peculiarity for the developed countries? / T. Andreeva // Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe. – 2011. – 1. – №2. – С. 86.
8. Andreeva T. Socially disadvantaged groups and tobacco. Summit of tobacco control leaders from Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union countries. Warsaw, Poland, April 22–24, 2008:10–12.
9. Burrows R. Going against the grain: smoking and 'heavy' drinking amongst the British middle classes / R. Burrows, S. Nettleton // Sociology of Health & Illness. – 1995. – 17. – №5. – Р. 668–680.
10. Chang V. W. Fundamental Cause Theory, Technological Innovation, and Health Disparities: The Case of Cholesterol in the Era of Statins / V. W. Chang, D. S. Lauderdale // Journal of Health and Social Behavior. – 2009. – 50. – №3. – Р. 245–260.
11. Delormier T. Food and eating as social practice – understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health / T. Delormier, K. L. Frohlich, L. Potvin // Sociology of Health & Illness. – 2009. – 31. – №2. – Р. 215–228.
12. French S. A. Environmental influences on eating and physical activity / S. A. French, M. Story, R. W. Jeffery // Annual Review of Public Health. – 2001. – 22. – №1. – Р. 309–335.
13. Katainen A. Social class differences in the accounts of smoking – striving for distinction? / A. Katainen // Sociology of Health & Illness. – 2010. – 32. – №7. – Р. 1087–1101.

14. *Kesteloot H.* Dynamics of cardiovascular and all-cause mortality in Western and Eastern Europe between 1970 and 2000 / H. Kesteloot, S. Sans, D. Kromhout // *European Heart Journal*. – 2006. – №27. – P. 107–113.
15. *Link B. G.* Epidemiological Sociology and the Social Shaping of Population Health / B. G. Link // *Journal of Health and Social Behavior*. – 2008. – 49. – №4. – P. 367–384.
16. *Link B. G.* The social shaping of health and smoking / B. G. Link, J. Phelan // *Drug Alcohol Depend.* – 2009. – 104 Suppl 1. – P. 6–10.
17. *Mustehsan H.* Life style factors and number of chronic diseases / H. Mustehsan, T. Andreeva // *Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe*. – 2011. – 1. – № 2. – P. 88.
18. *Pampel F. C.* Socioeconomic Disparities in Health Behaviors / F. C. Pampel, P. M. Krueger, J. T. Denney // *Annual Review of Sociology*. – 2010. – 36. – №1. – P. 349–370.
19. Patterns of healthy lifestyle and positive health attitudes in older Europeans / [K. Kozłowska, A. Szczecinska, W. Roszkowski and others] // *Health Aging*. – 2008. – 12. – №10. – P. 728–733.
20. Social epidemiology and the fundamental cause concept: on the structuring of effective cancer screens by socioeconomic status / [B. G. Link, M. E. Northridge, J. C. Phelan, M. L. Ganz] // *Milbank Q.* – 1998. – 76. – №3. – P. 375–402, 304–375.
21. *Steptoe A.* Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe / A. Steptoe, J. Wardle // *Social Science & Medicine*. – 2001. – 53. – №12. – P. 1621–1630.
22. *Ukraine Global Adult Tobacco Survey country report*. – Kiev : Ministry of Health of Ukraine. – 2010. – 173 p.
23. *Zagorodnov M.* NaUKMA students' nutrition / M. Zagorodnov, T. Andreeva // *Маркетинг. Соціальна робота і охорона здоров'я*. – 2008. – №32. – P. 56–62.
24. *Zatonski W.* Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischaemic heart disease in Poland since 1991 / W. Zatonski, A. McMichael, J. Powles // *British Medical Journal*. – 1998. – 316. – №7137. – P. 1047–1051.

ARE EATING HABITS OF HIGHER EDUCATED UKRAINIANS HEALTHIER?

T. I. Andreeva

*School of Public Health of the National University of Kyiv-Mohyla Academy,
H. Skovoroda Str., 2, Kyiv, 04655, Ukraine,
tatianandreeva@yandex.ru*

Food frequency data from the 'Health and wellbeing in transition' survey conducted in Ukraine in 2000 was considered by gender, age and education. Positive trends include higher consumption by more educated and younger individuals of fish, fruit, dairy products, and vitamins. Social shaping is discussed as a mechanism of establishing new health behavior patterns. More positive patterns were found in women. On the other hand, higher butter and meat consumption by younger and more educated respondents is an alarming trend, which predicts further cardiovascular problems in Ukrainian population.

Key words: eating patterns, socioeconomic status, education gradient, and cardiovascular risk.