

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук та соціальних технологій
Кафедра соціології

Кваліфікаційна робота
освітній ступінь – бакалавр
на тему:

**«ОСОБЛИВОСТІ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я ТА
СТИЛЕМ ЖИТТЯ В ПОСТКОМУНІСТИЧНИХ КРАЇНАХ»**

Виконала: студентка 4-го
року навчання спеціальності
054 «Соціологія»
Сухар Анна-Марія Орестівна

Керівниця: Малиш Л. О.
докторка соціологічних наук,
доцентка кафедри соціології НаУКМА

Рецензент:
Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою «_____»
Секретар ЕК: _____
«___» _____ 2020 р.

Київ–2020

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТУДІЙ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я ТА СТИЛЕМ ЖИТТЯ.	6
1.1. Методологічні підходи до вимірювання стану здоров'я індивіда	6
1.2. Основні чинники стану здоров'я індивіда.....	9
1.3. Стиль життя як чинник стану здоров'я індивіда	15
1.3.1. Закордонні дослідження зв'язку між станом здоров'я і стилем життя	18
1.3.2. Вітчизняні дослідження зв'язку між станом здоров'я і стилем життя	21
1.4. Крос-культурні тренди зв'язку між способом життя та станом здоров'я	24
РОЗДІЛ 2. ЗВ'ЯЗОК МІЖ СТИЛЕМ ЖИТТЯ ТА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я У ПОСТКОМУНІСТИЧНИХ КРАЇНАХ.....	29
2.1. Самооцінка здоров'я населенням різних країн	34
2.2. Параметри стилю життя населення пострадянських країн	35
2.3. Зв'язок між станом здоров'я та стилем життя у окремих посткомуністичних країнах.....	41
ВИСНОВКИ.....	50
Список використаних джерел	55

ВСТУП

Генетичні особливості закладають базис для ефективного функціонування організму людини, тоді як низка суспільних факторів зумовлює стан здоров'я індивіда впродовж життя. Існують різні підходи до виокремлення цих чинників, а залежно від фокусу дослідження вони можуть бути виділені як на макро-, так і на мікро рівнях. За останні десятиліття відбулося зміщення фокусу до вивчення детермінант стану здоров'я, а саме: рівень здоров'я населення залежить не стільки від системи охорони здоров'я та медицини, як від соціальних умов. Всесвітня організація охорони здоров'я відносить до них вік; умови, в яких індивід народжується, зростає, працює, а також наголошує на необхідності врахування структурних факторів, що зумовлюють неоднаковий доступ до благ. Перелічені аспекти є чинниками вибору індивідуальних поведінкових практик, які характеризують стиль життя індивіда, і можуть як позитивно впливати, так і бути факторами ризику стану здоров'я. Один із найбільш широких списків цих ключових параметрів виділив Даріуш Фархруд (Dariush Farhud) (2015), і відніс до них: раціон харчування, зарядку, сон, сексуальну поведінку, наркотичну залежність, зловживання медикаментами, використання сучасних технологій, відпочинок, опанування нових знань.

Поведінка, яка категоризується як ризикована по відношенню до власного здоров'я, спричиняє гірші оцінки суб'єктивного стану здоров'я, а також підвищує ймовірність розвитку хронічних захворювань у старшому віці, які за даними ВООЗ спричинили 71% смертей у світі у 2016 році (World Health Organization, 2018, с.10). Незважаючи на загальну тенденцію зменшення тютюнопаління та споживання алкоголю серед молоді, про що повідомляють результати Європейського опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD Group, 2016), стиль життя у сучасних індустріальних суспільствах характеризується зменшенням годин сну і фізичної активності, що пояснюється збільшенням розумової активності і

зміною виду рекреації. До того ж поширеним став висококалорійний, нездоровий раціон харчування.

Актуальність крос-культурного дослідження зв'язку між станом здоров'я і стилем життя у посткомуністичних країнах зумовлена необхідністю з'ясувати, які аспекти стилю життя є чинниками ризику здоров'я. Проведений аналіз дозволить з'ясувати, які практики обумовлюють стан здоров'я індивідів у посткомуністичних країнах, яким є характер цих зв'язків і як вони варіюють залежно від країни.

Метою цього дослідження є виявлення особливостей зв'язку між станом здоров'я та способом життя населення у посткомуністичних країнах.

Зв'язок між станом здоров'я та способом життя є *об'єктом* дослідження, а *предмет* роботи – особливості цього зв'язку у посткомуністичних країнах.

Завданнями дослідження є:

1. Виокремити основні підходи до вимірювання стану здоров'я;
2. На основі даних емпіричних досліджень визначити перелік чинників стану здоров'я індивіда у різних країнах і виявити місце способу життя серед них;
3. З'ясувати особливості стану здоров'я населення посткомуністичних країн;
4. Виявити особливості зв'язків між станом здоров'я та окремими практиками пов'язаними зі стилем життя у населення посткомуністичних країн.

Досягнення дослідницької мети забезпечується шляхом кількісного аналізу вторинних емпіричних даних Програми міжнародних соціальних досліджень: Здоров'я та охорона здоров'я (International Social Survey Programme (ISSP): Health and Health Care), що було проведене у 2011 році.

Для перевірки гіпотез застосовуються описові статистики та регресійний аналіз.

Залежною змінною є самооцінка стану здоров'я, а предикторами – індикатори стилю життя. Крос-культурні особливості виокремлюються через

порівняння коефіцієнтів у регресійних моделях на масивах різних країн. Згідно з метою дослідження, увага була зосереджена на посткомуністичних країнах: Болгарії, Хорватії, Чехії, Східній Німеччині, Литві, Польщі, Росії, Словаччині, Словенії, дані щодо яких містилися у масиві даних ISSP 2011.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТУДІЙ ЗВ'ЯЗКУ МІЖ СТАНОМ ЗДОРОВ'Я ТА СТИЛЕМ ЖИТТЯ.

1.1. Методологічні підходи до вимірювання стану здоров'я індивіда

Існує багато способів концептуалізації стану здоров'я індивіда, адже він включає не лише фізичні, але й психологічні та соціальні характеристики. Тому Всесвітня організація здоров'я (World Health Organization, 2014) дає наступне визначення здоров'ю: «Здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороби або недуги» (с. 1). Наслідком багатовимірності цього конструкту є низка методологічних проблем, пов'язаних з вимірюванням стану здоров'я індивіда.

Перш ніж розглянути основні методологічні підходи, які науковці використовують у своїх дослідженнях, слід зауважити, що здебільшого вони поділяються на 2 категорії за особливостями показників: об'єктивні і суб'єктивні. Перші з яких – це точні фізичні характеристики, тоді як суб'єктивні означають самооцінку стану здоров'я індивідом на основі єдиного запитання чи блоку запитань, що формується у інтегральний показник. У коментарі «Вибір вимірювання стану здоров'я індивіда у загальній популяції» Джон Е. Веір (John E. Ware), Роберт Г. Брук (Robert H. Brook), Елісон Р. Девіс (Allison R. Deyvis), Кетлін Г. Лор (Katlin N. Lohr) зазначають, що вибір методології вимірювання стану здоров'я залежить від мети дослідження (1981). При правильному виборі методики, відповідно до завдань дослідження, обидва з них є валідними. Про поділ оціночних шкал вимірювання здоров'я на дві умовні категорії говорили також і Стефан Дж. Кано (Stefan J. Cano) та Джеремі С. Хобарт (Jeremy C. Hobart) (2011). Підхід стандартних потреб дослідники відносили до об'єктивного показника стану здоров'я. Він зорієнтований на фіксацію задоволення загальних потреб у сфері охорони здоров'я, що забезпечують здоров'я індивіда. Натомість, підхід

психологічних процесів засновується на індивідуальних оцінках індивідів, адже можливість людини найкраще оцінити своє здоров'я самостійно – принцип суб'єктивного методу (див. рис. 1.1).

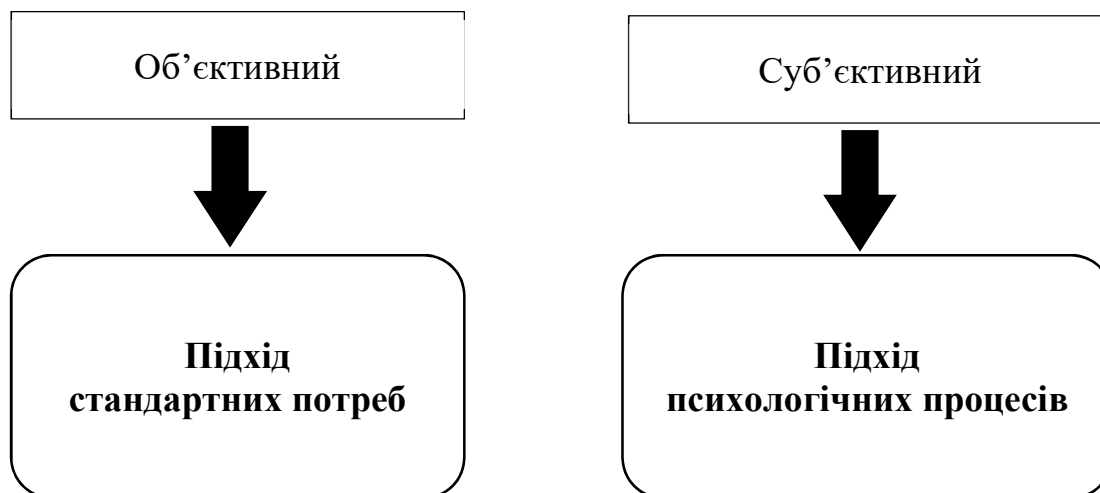


Рис. 1.1 Підходи до вимірювання стану здоров'я індивідів

Три відмінні підходи до вимірювання здоров'я представлено у книзі «Вимірювання стану здоров'я: концепції, методи та застосування з мультидисциплінарної перспективи» (The Measurement of Health and Health Status: Concepts, Methods and Applications from a Multidisciplinary Perspective) (Krabbe, 2016, сс. 104-105). Перший з них засновується на використанні однієї шкали з єдиним запитанням. Прикладом використання цього інструменту є формулювання «Як Ви оцінюєте своє здоров'я загалом?». Проте такий підхід має обмеження. Оскільки здоров'я є широким поняттям, що включає багато аспектів, передбачається, що респонденту слід врахувати усі з них, відповідаючи на поставлене запитання. Внаслідок можливого різного сприйняття поняття “здоров'я” респондентами, надійність зібраних даних може бути поставлена під сумнів.

Другою виділеною категорією є інструменти профілю, який описується. Підхід засновується на тому, аби виявити галузі охорони здоров'я, кожна з яких охоплюється декількома питаннями. Прихильники методу вважають, що за його допомогою можна уникнути помилок вимірювання і такі дані є більш

надійними, адже здоров'я є багатовимірною категорією, кожна з яких повинна розглядатися окремо.

Набір характеристик здоров'я, значення яких фіксують окремо з використанням метричної шкали відносяться до третього методу – індекси. Значення по кожному питанню додаються і отримується загальна оцінка. Існує два принципи у межах вимірювання стану здоров'я з використанням індексів. У першому випадку характеристики, що додаються є попередньо незваженими, коли другий передбачає зважування атрибутів відповідно до їх важливості.

Натомість, у дослідженні медичного страхування (Health Insurance Study) Джон Веір (Ware J. E.), Елісон Девіс-Евері (Davies-Avery A.) і Кеті Дональд (Donald A. C.) (1980), операціоналізуючи стан здоров'я, не обмежуються вибором одного інструменту. Автори вимірюють стан здоров'я у чотири етапи, поєднуючи як об'єктивні, так і суб'єктивні підходи, а саме:

1. Фізичну здатність індивіда виконувати різноманітні дії та активності, що є звичними при функціонуванні здорового організму;
2. Вимірювання симптом розладу настрою, тобто проявів депресії, страху чи тривоги. До уваги бралися такі аспекти як вміння контролювати поведінку, емоції та зацікавленість у різних сферах діяльності. Дані змінні відображають психічний стан індивіда;
3. Соціальне здоров'я визначалося мережею контактів, комунікацій (інтерацій) та наявністю активного соціального життя. (Присутні як об'єктивні запитання, до прикладу – число друзів, так і суб'єктивні – як добре ви комунікуєте з іншими.);
4. Загальне сприйняття здоров'я – самооцінка свого здоров'я загалом (сс. 10-12).

Отже, в основу методологічних засад вимірювання стану здоров'я покладено необхідність його розгляду як багатовимірного конструкту, що включає у себе фізичні, психологічні і соціальні характеристики. За різновидом запитання здебільшого поділяють на об'єктивні та суб'єктивні,

використання яких обирається на основі мети й завдань конкретного дослідження. Поширеними методами вимірювання здоров'я індивіда є використання єдиного або декількох запитань з п'ятибальною шкалою про оцінку свого здоров'я загалом або індекси.

1.2. Основні чинники стану здоров'я індивіда

Стан здоров'я індивіда варіює залежно від індивідуальних схильностей, генетики і способу життя. Крім того, до переліку чинників також відносять екологію у районі, де проживає індивід, систему охорони здоров'я в країні чи історичний часом. Залежно від фокусу дослідження, вони розглядаються мікро-, макрорівні, з огляду на популяції або локально. Сакарі Карвонен (Sakari Karvonen) наголошує на важливості визначення саме соціальних детермінант здоров'я у сучасній дослідницькій традиції, називаючи це неабияким проривом соціальних наук за останні десятиріччя (2010). «Більш комплексний підхід взяв би за вихідну точку ті аспекти соціальної реальності, які є саме соціальними. Іншими словами, це означає, що на додаток до обговорення, уточнення або оцінки того, які фактори визначають здоров'я, медичну допомогу та практики пов'язані зі здоров'ям, існує потреба доповнити цю структуру продуманим розумінням того, що у них є соціального: процеси, які виробляють соціальні ієрархії та владні розбіжності» (сс. 237). Підтримуючи цю точку зору, Фойгт говорить, що сьогодні «важливим аспектом формування здоров'я населення вважається пріоритет соціальних детермінант над впливом медицини і системи охорони здоров'я» (с. 4).

Всесвітня організація здоров'я визначає соціальні детермінанти здоров'я як умови, в яких люди народжуються, зростають, живуть, працюють. Більше того, до уваги береться також вік індивіда. Поняття соціальних детермінантів здоров'я має подвійне значення. Його необхідно розглядати з позиції власне соціальних чинників стану здоров'я індивіда, проте не слід

опускати структурні фактори, що асоціюються із нерівністю, тобто неоднаковим доступом до ресурсів, які забезпечують здорове функціонування організму. У звіті «Концептуальні рамки дій щодо соціальних детермінант здоров'я» (A conceptual framework for action on the social determinants of health)

Комісія соціальних детермінант здоров'я виділила їхні групи (2010):

1. Соціально-економічні та політичні, які розглядаються на суспільному рівні, адже не можуть бути виявлені індивідуально, проте впливають на соціальну стратифікацію, а отже, на нерівні можливості у контексті здоров'я. Пункти, що відносяться до першої групи варіюють залежно від країни, однак основними є наступні:

- управління (у широкому значенні);
- макроекономічна, соціальна, держана політики;
- культура і суспільні цінності;
- епідеміологічні умови.

2. Структурні детермінанти і соціально-економічна позиція, що генерують та підтримують соціальне розшарування, сприяють розбіжності у доступі до матеріальних ресурсів, від яких залежить стан здоров'я та фактори ризику. Цю групу елементів розглядають у контексті:

- доходу;
- освіти;
- роботи;
- соціального класу;
- гендеру;
- раси / етнічності.

3. Проміжні детермінанти формуються залежно від соціальної стратифікації, визначаючи відмінності, що впливають на стан здоров'я індивіда. Основні їх категорії включають:

- матеріальні обставини;
- психосоціальні обставини;

- поведінкові та/або біологічні фактори
- система охорони здоров'я.

Пізніше було виокремлено дев'ять груп чинників здоров'я та нерівності (World Health Organization, 2013), до яких увійшли: умови праці, соціальна ексклюзія, громадські програми охорони здоров'я, жінки та гендерна рівність, раннє дитинство, глобалізація, система охорони здоров'я (див. табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Класифікація соціальних детермінант здоров'я за групами

Умови праці	Вплив різних видів робочих місць та загрози безробіття на здоров'я працівників
Соціальна ексклюзія	Функціонування процесу соціального виключення, його асоціація зі станом здоров'я населення та нерівністю здоров'я
Громадські програми охорони здоров'я	Програми, що збільшують доступність медичної допомоги для соціально та економічно неблагополучних груп
Жінки та гендерна рівність	Механізми, процеси та дії, які можуть бути вжиті для зменшення гендерної нерівності в охороні здоров'я
Раннє дитинство	Можливості, які надаються маленьким дітям, мають вирішальне значення для формування стану здоров'я та розвитку протягом усього життя

Глобалізація	Вплив лібералізації торгівлі, інтеграції виробництва товарів на стан здоров'я
Система охорони здоров'я	Інноваційні підходи, які ефективно впливають на соціальні детермінанти здоров'я
Вимірювання та докази	Розробка методологій та інструментів для вимірювання причин, шляхів та результатів політики, спрямованих на визначення соціальних детермінант нерівності у сфері охорони здоров'я
Урбанізація	Політичні заходи, пов'язані зі здоровою урбанізацією, включаючи модернізацію

Оскільки громадянські права надають індивіду можливість доступу до ресурсів, вони детермінують здоров'я через процеси, які відбуваються у суспільстві. У дослідженні «Громадянські права як детермінанти суспільного здоров'я, расової та етнічної справедливості в охороні здоров'я: охорона здоров'я, освіта, працевлаштування та житло в США» (Nahna, Trumanb & Williams, 2018) було проаналізовано результати прийнятих судами Сполучених Штатів Америки рішень у сферах охорони здоров'я, освіти, зайнятості та житла за останні 65 років. Результати свідчать про позитивну динаміку здоров'я при політиці, що є спрямованою на захист громадянських прав, коли погіршення здоров'я прослідковується при їх позбавленні.

Маргіналізацію як фактор ризику здоров'я виділяють Ніколь Мохасер (Nicole Mohajer) і Джая Ернест (Jaya Earnest) (2010) у роботі «Розширення мети сприяння зміцненню здоров'я до знедолених: уразливих підлітків та соціальних детермінант здоров'я». Автори зазначають, що маргіналізація

обумовлена більш широкими соціальними та культурними факторами, що обмежують доступ до освіти, охорони здоров'я, зайнятості та житла, чим породжують нерівність у здоров'ї та доступу до медицини.

Чинники здоров'я представників етнічних меншин, що зростали у Великобританії, були виявленні у роботі «Дослідження чинників соціального благополуччя та здоров'я молоді: різноманітність, психосоціальні детермінанти та здоров'я» (Harding, Read, Molaodi, Cassidy, Maynard, et al., 2015). Таким чином негативний вплив на психологічне благополуччя мають прояви дискримінації на основі раси, низький рівень сімейного достатку у дівчат, тоді як життя у бідних районах позначається лише на білих британцях та чорних карибцях (сс. 1177-1178). Релігійна належність корелює з психічним здоров'ям, але цей вплив пояснюється через наявність соціальної підтримки у релігійних спільнотах. Подібним чином етнічна однорідність спільноти захищає психічне здоров'я молоді внаслідок спільності норм та цінностей. Лонгітюдне дослідження дає змогу прослідкувати, що молоді люди зіткнулися зі стресовими ситуаціями під час переходу до дорослого віку, що пов'язують з низьким рівнем оплати праці, неповною зайнятістю та незахищеними умовами праці.

Беручи до уваги чинники стану здоров'я в Україні, Дмитро Шушпанов (2015a) поділяє їх структуру на три групи:

1. Структурну – впливають на здоров'я безпосередньо, визначають особливості груп населення (територіальних, демографічних, соціальних, етнічних), але не індивідуальні.
2. Контекстуальну - детермінанти, що діють опосередковано через нижчі рівні. До них відносять глобальні суспільно-політичні процеси.
3. Проксимальну – детермінанти, що пов'язані з власне індивідуальними особливостям, але можуть залежати від контекстуального і структурного рівнів (сс. 145-149).

Вчений також дослідив регіональні відмінності у стані здоров'я населення України та проаналізував фактори, що їх зумовлюють (Шушпанов, 2015b). Результати роботи показали, що коефіцієнт смертності у працездатному віці найвищий у Донецькій, Житомирській та Дніпропетровській областях. Оскільки вони є індустріально розвиненими, дані показники можна пов'язати з неналежними умовами й безпекою праці. Чинники здоров'я для населення з високим інтегральним індексом здоров'я є: рівень освіти, місце проживання, культура, соціальний капітал і дохід. З'ясувалося, що детермінантами поганого здоров'я є: місце проживання, зайнятість (винятком є Київська область), індивідуальна поведінка та соціальний капітал.

Науковець також намагався пов'язати стан здоров'я зі способом та стилем життя протягом різних періодів у дослідженні «Детермінанти здоров'я населення крізь призму території життєвого курсу» (Шушпанов, 2016). Ранній період життя у певній мірі визначає соціально-економічні детермінанти індивіда. Рівень доходу сім'ї, у якій виховувався індивід, харчування, активність і оздоровлення корелюють із соціальним статусом, доходами, освітою та індивідуальними поведінковими практиками щодо власного здоров'я у майбутньому, від чого й залежить стан здоров'я.

Отже, стан здоров'я формується та варіює впродовж усього життя. Він залежить від умов і факторів, що виявляються через різні сфери життя. Тому існують варіації класифікації переліку чинників стану здоров'я. На заході виділяють детермінанти здоров'я, розглядаючи їх у межах трьох груп: соціально-економічних, політичних, структурних та проміжних. В Україні запропоновано систематизувати їх у модель, що складається з трьох рівнів: контекстуального, структурного та проксимального (Шушпанов, 2015a). Науковці все більше згадують про соціальні детермінанти здоров'я, тим самим акцентуючи увагу на проблемі нерівного доступу до ресурсів. Проте слід пам'ятати також і про вік, який є не менш важливим у цьому переліку, але, навідмінно від інших чинників, не піддається контролю чи впливу.

1.3. Стиль життя як чинник стану здоров'я індивіда

Стан здоров'я індивіда обумовлений низкою факторів, які здійснюють прямий або непрямий вплив на нього. Всесвітня організація охорони здоров'я (2009) наголошує, що для попередження розвитку хвороб необхідно виявляти їх чинники і боротися з ними. Такими є фактори ризику, які комплексно формуються з соціально-економічних причин, умов навколишнього, суспільного середовища та індивідуальної поведінки. Для того аби зрозуміти, яке місце стилю життя серед них, необхідно окреслити суть цього поняття.

У різних наукових галузях відбувалася не одна спроба концептуалізації стилю життя. Автори четвертого розділу книги „Дослідження зміцнення здоров'я” („Researching Health Promotion”) (Abel, Cockerham, Niemann, 2000), перш ніж запропонувати своє визначення цього конструкту, розглянули підходи попередників в області соціології. Наприклад, Макс Вебер говорив, що стиль життя різниться залежно від належності до певної статусної групи і пов'язаний із характеристикою споживання, а П'єр Бурдьє намагався віднайти детермінанти стилю життя і визначив, що ними є життєві шанси. Своє ж визначення стилю життя Томас Абель (Thomas Abel), Вільям Кокерхем (William Cockerham) і Стефаен Німан (Steffen Niemann) запропонували з огляду його значення для здоров'я людини: „стиль життя включає взаємодіючі патерни орієнтованої на здоров'я поведінки; ресурси адаптовані групами індивідів у відповідь на соціальне, економічне і культурне середовище” (Abel, et al. 2000, p.62).

В українському дослідженні (Мудрян, 2012) були зроблені спроби пояснити стиль життя через його визначення як структурної складової способу життя з позиції системи соціальної дії Талкотта Парсонса. Науковиця характеризує його через поведінкові особливості індивідів у повсякденній діяльності.

Порівнюючи підхід стилю життя з іншими пояснювальними моделями розвитку хвороб, автори книги „Стиль життя у медицині” („Lifestyle in

Medicine”) виділяють особливість зосередження фокусу на особистій відповідальності за своє здоров’я, підтримці та попередженні хвороб за допомогою уникнення поведінкових практик, які у майбутньому можуть стати причиною поганого самопочуття (Hansen & Easthope, 2007). Так Вільям Кокергем (William Cockerham) (2005) зазначає: «Більша особиста відповідальність означає, що досягнення здорового способу життя є більшою мірою питанням життя або часу смерті» (с.52). У такий спосіб науковець наголошує на ролі індивідуальних практик у визначенні тривалості життя.

До переліку факторів ризику, обумовлених власним вибором поведінки, Європейська академія пацієнтів (EUPATI) відносить: куріння тютюну, споживання великої кількості алкоголю, харчові практики, фізичну неактивність, проведення часу на сонці без відповідного захисту, відсутність вакцинації, незахищений секс (2015).

Д. Фархуд (D. Farhud) (2015), у статті «Вплив стилю життя на здоров’я», зазначає, що стиль життя, який веде людина чи група людей, відображає та залежить від їх досвіду, ставлення до здоров’я і добробуту, цінностей і переконань, а також від віку, статі, етнічної приналежності, депривації та соціального виключення. Стиль життя, який веде індивід, – одна з домінуючих детермінант здоров’я людини, що впливає на ймовірність розвитку захворювання і передчасної смерті. Автор виокремлює дев’ять ключових параметрів, які формують стиль життя, що сприяє хорошему здоров’ю:

1. Раціон харчування і індекс маси тіла. Продукти, які споживає людина мають прямий вплив на здоров’я. Ожиріння, причиною якого є незбалансоване харчування, найбільш характерне для жителів міста внаслідок споживання нездорової їжі та недостатньої її кількості. Це призводить до порушеного раціону та нездорового способу життя і може бути вимірний за допомогою індексу маси тіла.

2. Зарядка, яка разом із здоровою дієтою позитивно впливає на здоров’я. Знайдено також вплив активного способу життя із відчуттям щастя.

3. Сон – один із критеріїв, що входять до основи здорового життя. Порушення сну мають соціальні, психологічні, економічні наслідки, так само як і позначаються на здоров'ї. Стиль життя може впливати на сон і, відповідно, на ментальне і фізичне здоров'я.

4. Сексуальна поведінка. Дисфункції сексуальних відносин – те, з чим стикаються багато індивідів. Вони можуть зумовити низку психологічних проблем, сімейних конфліктів і хвороб, що передаються статевим шляхом.

5. Наркотична залежність – деструктивні практики, що свідчать про нездоровий спосіб життя, адже спричиняють розвиток серцево-судинних захворювань, астми, раку, травм мозку.

6. Зловживання медикаментами проявляється у самолікуванні, поширенні ліків, вживанні медикаментів без призначення, виписуванні занадто великої їх кількості або дозування, ігноруванні побічних ефектів.

7. Застосування сучасних технологій. Неправильне використання технологій може призвести до таких наслідків, як порушення сну чи депресії.

8. Відпочинок. Нехтування дозвіллям, неорганізоване планування або нездорове часопроведення ставить здоров'я під загрозу.

9. Навчання, як процес опанування нових знань, призводить до кращих показників психічного і фізичного здоров'я, воно може уповільнити процес деменції. Крім того, серед освічених людей менше таких, що страждають хворобою Альцгеймера.

Отже, у студіях соціології здоров'я стиль життя визначають як сукупність індивідуальних практик повсякденної життєдіяльності, які можуть позитивно впливати на стан здоров'я та попереджати розвиток хвороб, або ж проявлятися у ризикованій поведінці по відношенню до власного здоров'я. З-поміж виявів, які несуть найбільше ризиків, виділяють куріння, вживання алкоголю, наркотичну залежність, раціон харчування, фізичну активність,

сексуальну поведінку. Крім того, дослідники акцентують увагу на впливі режиму сну, вакцинації, захисті від сонячних променів, використанні сучасних технологій, вживанні медикаментів, організації дозвілля та навчання.

1.3.1. Закордонні дослідження зв'язку між станом здоров'я і стилем життя. Чимало дослідницьких праць, а особливо сучасних, присвячено виокремленню різноманітних аспектів стилю життя і виявленню його впливу на здоров'я людини, адже внаслідок економічного переходу та явища урбанізації, стиль життя XXI століття характеризуються такими практиками як куріння тютюну, вживання алкоголю, нездоровим раціоном харчування, що включає їжу швидкого приготування, недостатньою фізичною активністю та тривалим часом роботи в офісі (Senapati, Bharti, Bhattacharya, 2015, с.215). Всесвітня організація охорони здоров'я зазначає, що ці чинники стають факторами поведінкового ризику неінфекційних захворювань. За даними 2016 року вони спричинили 71% смертей у світі, з яких 44% складали серцево-судинні захворювання, 22% – рак, 9% – хронічні респіраторні захворювання і 4% – діабет (World Health Organization, 2018, с.10).

У статті «Визначення взаємозв'язку між поведінкою здорового стилю життя, фізичною підготовленістю та факторами ризику ішемічної хвороби серця у студентів університету» («Determination of the Relationship between Healthy Lifestyle Behaviors, Physical Fitness, and Risk Factors of Coronary Heart Diseases in University Students») автори зазначають важливість підтримки фізичної форми та інших практик пов'язаних зі зміцненням здоров'я, адже результати їх дослідження показали визначну роль фізичної підготовки у факторах ризику ішемічної хвороби серця. Крім того, було виявлено обернену кореляцію між стилем життя, що асоціюється з практиками, які позитивно впливають на здоров'я та ризиком серцево-судинних захворювань (2018).

Подібний висновок висувається у дослідженні, де дані збиралися за допомогою спостереження на основі розробок програмного забезпечення на смартфонах. Вони дозволяють встановити зв'язок між об'єктивними заходами щодо власного здоров'я та наявними захворюваннями (Hershman, et al., 2019).

У результаті було виокремлено 4 кластери індивідів з огляду на їхні патерни фізично активної поведінки: ті, хто ведуть сидячий спосіб життя, активні, активні лише у робочі дні, активні лише у неробочі дні. Виявлено кореляційний зв'язок між кластерами і випадками серцево-судинних захворювань учасників та їх психічного здоров'я, заснованих на суб'єктивних оцінках самопочуття. Крім того, люди, які мають декілька нетривалих фізичних навантажень впродовж дня, зазначають кращий стан їх здоров'я, порівняно із тими, хто таку ж саму кількість часу приділяє спорту, але виконує ці активності за один довший сеанс.

Значиму залежність самооцінки здоров'я від практик, які асоціюються із дотриманням здорового способу життя, демонструють результати регресійного аналізу, наведеного у дослідженні «Поведінкові практики стилю життя, суб'єктивне здоров'я і якість життя серед китайських чоловіків, що живуть з діабетом 2 типу» (Lifestyle Behaviors, Subjective Health, and Quality of Life Among Chinese Men Living With Type 2 Diabetes»). Респонденти, які не курять тютюн та не вживають алкоголь, на 28% та на 35%, відповідно, мають більше шансів оцінити своє здоров'я краще, порівняно із референтною групою курців та алкоголіків. Ймовірність сповістити про краще самопочуття збільшується також на 24% та 37% серед чоловіків, які споживають принаймні 5 порцій фруктів та овочів щодня. До того ж, регулярні фізичні вправи на 27% підвищують перспективу вище оцінити своє здоров'я (Bishwajit, et al, 2017, с.360).

Вплив способу життя, що передбачає позитивні практики і звички стосовно власного харчування, на самооцінку стану здоров'я описаний у дослідженні, де вивчали японських учнів старшої школи (Osera, 2017). Аналіз отриманих даних показав, що надання переваги домашньому харчування та частота прийому їжі пов'язана із кращими оцінками свого здоров'я, що з'ясовано у результатах логістичної регресії. Крім того, ці дві змінні мали найсильнішу кореляцію з суб'єктивною оцінкою здоров'я, порівняно з іншими аспектами способу життя.

Важливим аспектом підтримання оптимальної для здоров'я ваги тіла є співвідношення між кількістю спожитих калорій відповідно до енергозатратності виконуваної діяльності. Натомість, сучасний спосіб життя, для якого характерним явищем стала індустріалізація і коп'ютеризація, тісно пов'язаний зі зменшенням часу для сну і збільшенням когнітивної роботи. Відповідно, поширюються практики сидячого способу життя, внаслідок відсутності потреби руху під час цих процесів. Про це пишуть Жан-Філіп Чапут (Jean-Philippe Chaput) і Анджело Тремблей (Angelo Tremblay) (2009) – автори праці «Ожиріння та фізична бездіяльність: актуальність перегляду поняття сидячого способу життя» («Obesity and Physical Inactivity: The Relevance of Reconsidering the Notion of Sedentariness»). Вони зазначають, що зменшення енерговитрат у сучасному виді діяльності чинить протилежний вплив на споживання калорій. Перш за все, розумова діяльність, що замінила фізичну, сприяє меншій віддачі енергії. До того ж, сон здатен контролювати гормони, які відповідають за апетит, а тому регулюють вагу, через що його нестачу пов'язують із ожирінням. Рекреаційні практики у теперішньому світі також зазнали модифікації з появою електронних медіа ресурсів та онлайн комунікацій. При чому, вони асоціюються не лише з малорухливістю, але й підвищенням споживання їжі під час цього виду відпочинку. Таким чином, стиль життя сучасного індивіда характеризується не лише браком фізичної активності, але й підвищеним споживанням калорій, які не витрачаються.

Подекуди закордонні наукові праці також вивчають вплив стилю життя на показники здоров'я не лише у молодому чи дорослому, але й у старшому віці. Такі результати лонгitudного дослідження в Нідерландах можна знайти у статті „Здоровий спосіб життя у старшому віці і перспективи зміни у чотирьох аспектах функціонування” („A Healthy Lifestyle in Old Age and Prospective Change in Four Domains of Functioning”). Вибірка складалася з жінок і чоловіків віком 55-85 років. Концепт стану здоров'я включав фізичний, психологічний, когнітивний і соціальний аспекти. На основі запитань про куріння, вживання алкоголю, фізичну активність та показник маси тіла, було

створено індекс, де «0» означав нездоровий стиль життя, а «4» - здоровий. З'ясовано, що здоровий стиль життя є чинником стану здоров'я індивіда навіть у старшому віці, адже у респондентів, які отримали найвищий бал індексу, у середньому на 10.6% повільніше відбувалося зменшення швидкості ходи, на 1.8% – когнітивних можливостей, на 4.9% – соціальних контактів, а показники депресії зростали на 10.8% повільніше, порівняно з тими, чий стиль життя отримав оцінку „0” або „1” (Visser, Wijnhoven, & Deeg, 2019).

Відсутність звички куріння і фізична активність сприяють довшим рокам життя, навіть у людей віком 75 і більше. Жінки, чий стиль життя характеризується мінімальними факторами ризику щодо свого здоров'я, приблизно живуть на 5 років, у той час як чоловіки – на 6. Фізична активність додає шанси прожити на 2 роки довше за тих, хто веде сидячий спосіб життя (Rizzuto, Orsini, & Fratiglioni, 2012).

Отже, стиль життя, що властивий сучасним індустріальним суспільствам, характеризується малорухливістю, яка разом із нестачею сну є причиною недостатніх витрат енергії, у той час, коли відпочинкові практики асоціюються з надмірним споживанням калорій. Низький рівень фізичної активності корелює із детермінантами розвитку ішемічної хвороби серця, сприяє вищим показникам рівня цукру в крові. Крім того, інші шкідливі звички, до яких входить куріння й споживання алкоголю, сприяють поширенню хронічних захворювань, таких як: серцево-судинні, онкологічні, хронічні респіраторні та діабет. Слід також зазначити, що некурці та ті, хто вживають алкоголь у помірній кількості мають більше шансів повідомити про вищі оцінки суб'єктивного здоров'я, так само як і люди, щоденний раціон яких містить щоденну порцію фруктів і овочів. Стиль життя, який включає позитивні практики щодо свого здоров'я підвищує шанси прожити довше тим, кому поза 75 років. Також здоровий стиль життя допомагає уповільнити погіршення стану здоров'я.

1.3.2. Вітчизняні дослідження зв'язку між станом здоров'я і стилем життя. В основному, українські науковці зосереджують увагу на

дослідженнях повсякденних практик дітей шкільного віку та молоді у своїх працях, аналізуючи їх вплив на стан здоров'я індивідів, не беручи до уваги доросле чи старше населення. До прикладу, дані, отримані у дослідженні здорового способу життя школярів львівської області, проведеного Юлією Павловою та Оленою Шиян (2011), показав, що солодощі та солодкі газовані напої присутні більшою мірою у раціоні харчування дітей, порівняно із фруктами. Крім того, цей відсоток споживання є більшим серед дівчат у різних вікових групах. 30% батьків школярів повідомляють про наявність захворювань у їх дітей, що пов'язані із нераціональним харчуванням. Фіксується низький рівень фізичної активності внаслідок сидячого способу життя, через навчальну діяльність. Час, виділений на дозвілля, також асоціюється з малорухливими активностями. До основних чинників погіршення самопочуття дітей батьки відносять проведення значного часу перед комп'ютером чи телевізором (56%), нераціональний розподіл часу (50%), дефіцит прогулянок на свіжому повітрі (39%). Не менш бентежними є показники поширеності шкідливих звичок, оскільки 29% десятикласників курять чи пробували курити, 42% учнів дев'ятого класу споживають пиво, а 30% зазначають, що вперше перебували під станом алкогольного сп'яніння у віці 14-15 років, до того ж 11% респондентів вперше спробували алкоголь у віці 11 років.

Результати дослідження сучасних проблем формування здоров'я студентської молоді, отримані у ході опитування студентства перших і четвертих курсів Дніпропетровського національного університету імені Олеся Гончара, показують, що шкідливі звички стосовно свого здоров'я (споживання алкоголю, паління) прослідковуються у кожного п'ятого студента і кожної десятої студентки. Ці показники майже не відрізняються серед студентства перших і четвертих курсів. Нездорові практики харчування найбільше поширені серед хлопців останнього курсу (15,9%) та дівчат першого (16,3%). Найбільш поширеною проблемою стосовно свого здоров'я виявилася відсутність регулярного відпочинку. Автори також виділяють медичну

активність як фактор, що детермінує стан здоров'я. З'ясувалося, що лише 15,3% студентства звертається до медичних закладів з метою профілактичних оглядів, до того ж, навіть при явних проявах хвороби, відсоток звернень дорівнює 79,3%. Більше того, потребу у зверненні по допомогу до лікувально-профілактичних закладів при перших ознаках хвороби виявляють 20,7% (Гінзбург, Полішко & Кочерга, 2011).

Незважаючи на невтішні тенденції щодо здорового способу життя, виявлених у ході опитування студентів Дніпропетровського університету та школярів Львівщини, за даними звіту омнібусу 2017 року, проведеного Київським міжнародним інститутом соціології (КМІС, 2017), поширеність тютюнопаління серед українців має спадаючу тенденцію. Порівняно із 2013 роком, де популярність звички становила 26,2%, у 2017 вона складала 23,7%. Більше того, значно зменшився відсоток куріння серед вікової групи 18-30 років – на 28%.

Позитивна динаміка також відстежуються в останній хвилі дослідження «Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді». Від 2002 року скорочується частка підлітків, які оцінюють своє здоров'я як «посереднє» та «погане», за винятком хлопців віком 11 та 13 років, у яких виявлено найбільшу поширеність зайвої ваги. З 2014 року зафіксовано підвищення кількості скарг на здоров'я серед дівчат різних вікових категорій. Щодо поширеності вживання алкоголю, слід зауважити, що у середньому 39% учнів шкіл України вживали його принаймні один раз в житті. У той же час, частка серед 17-річних значно зменшилася 14%, так само як частки підлітків, що регулярно курять. Майже кожний четвертий опитаний витрачає 1 годину на заняття фізичною активністю кожного дня і проводить близько 2 годин за екраном телевізора, комп'ютера чи іншого пристрою у будній день (Балакірева, Бондар & Шевченко, 2019).

Прес-реліз “Самооцінки стану здоров'я населенням України” (2018), що був опублікований Київським міжнародним інститутом соціології, виявляє основні тенденції, пов'язані зі здоров'ям українців станом на попередній рік.

Можна відмітити схильність до кращої оцінки свого здоров'я чоловіками у різних вікових групах, порівняно із жінками. Виявляється сильний зв'язок між самооцінкою матеріальної забезпеченості та станом здоров'я. Відсоток українців, які вважають себе здоровими, зазначивши, що їм не вистачає грошей навіть на їжу складає 22%, у той час як цей показник сягає 70% у високозабезпечених індивідів. Крім того, результати показують, що стан здоров'я українців тісно пов'язаний із віком: "чим старша людина, тим більша імовірність того, що вона матиме ті чи інші проблеми зі здоров'ям".

Отже, самооцінка здоров'я українців пов'язана із матеріальною забезпеченістю, що асоціюється з рівнем життя і залежить від економічної спроможності. Також детермінантами виступають стать і вік. Ігнорування практик, що пов'язані зі здоровим способом життя спричиняє погіршенню стану здоров'я через нерегулярне та шкідливе харчування, відсутність відпочинку, сидячий спосіб життя внаслідок розумової діяльності та уникання відвідування медичних закладів. Із результатів досліджень поширеності тютюнопаління можна виділити тенденції, що говорять про зменшення популярності цієї практики серед молоді. Загалом, достатня кількість вітчизняних досліджень фокусуються на стилі життя, але в основному вони вивчають категорію молоді і не зосереджують на старшому населенні.

1.4. Крос-культурні тренди зв'язку між способом життя та станом здоров'я

Внаслідок низки регіональних на культурних особливостей, зв'язок між станом здоров'я та стилем життя, виявлений всередині однієї країни, не може бути поширеними на інші. Це підтверджується наявністю відмінностей серед країн, що прослідковують у крос-культурних дослідженнях. Одне із них провели науковці Сакарі Карвонен (Sakari Karvonen), Томас Абел (Thomas Abel), Роланд Кальмонте (Roland Calmonte), Арія Рімпел (Aria Rimpelä). У ході крос-культурного порівняння патернів здорового способу життя населення

віком 16-18 років у Фінляндії (N = 280) і Швейцарії (N = 272) було виявлено наступні результати: частота вживання алкоголю незначимо відрізнялася в обох країнах, коли куріння виявилось дещо більш поширеним серед фінляндців. Найбільша різниця між країнами прослідковувалася у дієтичних практиках. До прикладу, у Швейцарії здоровий раціон харчування корелює із вживанням молока. У Фінляндії ж ці показники були зворотними. На наступному етапі аналізу було виділено по три кластери для кожної з країн: здорові, нездорові, змішаний кластер. Кластер, що включав індивідів, чия поведінка містила здорові практики способу життя, був більше наповненим у Швейцарії – 64%, ніж у Фінляндії – 42%. Другий кластер у Фінляндії характеризується шкідливішим раціоном харчування, а третій включає в 2 рази більше молодих людей, порівняно із швейцарцями (2000).

Якість життя у жителів Великобританії та Америки корелювала із віком, тривалістю сну і наявністю симптомів депресій. З'ясувалося, що як недосипання, так і надто довгий час сну корелює із фізичними і психічними показниками здоров'я у респондентів Великобританії, проте в учасників із США виявлено статистично значущий зв'язок лише між тривалістю сну та фізичними характеристиками (Franco, et al. 2012).

Тенденції поширеності шкідливих звичок серед 25 країн, що спостерігалися впродовж 1995-2015 років, були виокремлені у рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD». З'ясувалося, що поширеність куріння знизилася у всіх країнах, крім Литви, де змін не відбулося. У Австрії, Бельгії, Данії, на Фарерських островах, Фінляндії, Ісландії, Ірландії, Норвегії, Португалії, Словенії і Швеції цей показник зменшився на 20% з 2003 по 2015 роки. У всіх країнах зменшився рівень вживання алкоголю, крім Словенії, де він зріс на 10%. Данія, Фарерські острови, Україна, Ірландія – країни, у яких були зафіксовані менші показники вживання канабісу станом на 2015 рік, порівняно із 1995. У більше ніж 1/3 країн застосування інгалянтів залишилося стабільним. З 2011 по 2015 роки

спадаюча тенденція у використанні транквілізаторів та седативних препаратів без призначення спостерігається на Кіпрі, у Греції, Ісландії, Італії, Литві і Монако, на противагу Чехії, Монтенегро і Словачії (ESPAD Group, 2016).

Результати лонгітюдного дослідження Джорджії Верропулу (Georgia Verropoulou) (2012) дозволили їй проаналізувати чинники покращення та погіршення оцінки суб'єктивного здоров'я старших людей, а саме віком 50+, на основі даних SHARE (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Також науковиця виокремила групи країн, де прослідковується подібний вплив на цю оцінку:

- У жителів Греції, Данії та Швейцарії шанси на зниження оцінки є значно меншими, ніж у Іспанії та Німеччини;
- Населення Швеції і Данії з більшою ймовірністю зможе оцінити своє здоров'я з часом краще, на противагу Німеччині, Нідерландам, Іспанії, Італії, Франції та Греції, де цей шанс є невеликим.

Кластеризація на основі даних другої хвилі цього ж дослідження (SHARE - The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) була зроблена ще одними науковцями, які використали інші змінні для групування 13 країн, а саме: очікувану тривалість життя населення у віці 50 років; очікувану кількість років життя, перебуваючи у доброму стані здоров'я; обмеження у повсякденній діяльності внаслідок стану здоров'я. Таким чином, було виокремлено 5 кластерів:

- 1) Австрія, Бельгія, Данія, Франція, Німеччина, Італія, Нідерланди, Іспанія та Швеція: країни, у яких зафіксовано близькі до середнього показники за досліджуваними ознаками.
- 2) Греція: порівняно високий рівень очікуваної тривалості життя (29,8 років – для чоловіків і 33,2 – для жінок) та середнє значення років вільних від обмежень активності у повсякденному житті, спричинених незадовільним станом здоров'я.

3) Швейцарія: виявлено найбільшу очікувану тривалість життя чоловіків – 30,9 років. Крім того, респонденти зі Швейцарії найбільшу кількість років живуть без захворювань.

4) Чехія: очікувана тривалість життя для чоловіків менша на 3 роки, а у жінок на 2, порівняно з середнім показником.

5) Польща: зафіксована найменша тривалість життя у чоловіків (24,8 років) і друга найменша у жінок (31,5 років); найменшим був показник кількості років без захворювань та обмежень у повсякденній діяльності внаслідок стану здоров'я (Jagger, Weston, & Cambois, 2011).

Фабріціо Ферретті (Fabrizio Ferretti) (2015) проаналізував 112 країн за середнім значенням рівня поширеності факторів ризику для здоров'я, що асоціюються із хронічними захворюваннями. Це здійснювалося за допомогою індексу шкідливих звичок, який було сформовано на основі вживання алкоголю, харчування і куріння. Найбільше значення індексу було зафіксоване у Білорусії (0.773), а другу сходинку зайняла Росія (0.694). Загалом, у першій двадцятці країн здебільшого представлені країни Східної Європи. Цей ж регіон став також «лідером» за виміром споживання алкоголю. Найчастіше його вживають у Білорусії, Литві, Молдові, Росії і Чехії. Практика куріння характерна для населення Кіпру, Мальти, Білорусії, Росії, Хорватії. Нездорове харчування ж виявилось найпоширенішим у державах, які входять до Європейського Союзу. Крім того, дослідник віднайшов зв'язок між рівнем розвитку країни і індексом шкідливих звичок, таким чином, що населення більш розвинутих країн є схильним до ризикованої поведінки сильніше, ніж у країнах з нижчим рівнем розвитку.

Отже, крос-культурні відмінності детермінант здоров'я, які є факторами здорового способу життя, можна прослідкувати за допомогою порівняння зв'язків у різних країнах. Таким чином, здоровий раціон харчування корелює із наявністю у ньому молока у населення Швейцарії, що контрастує із показниками у Фінляндії. Тривалість сну впливає на психічне і фізичне

здоров'я групи учасників з Великобританії, але у респондентів із США не асоціюється із останнім. Різняться також тренди ризикованої поведінки у 25 країнах Європи, що негативно впливає на здоров'я індивідів. Крім того, виявлено, що можливість покращення або погіршення оцінки власного здоров'я у старших віком людей варіює залежно від країни їх проживання, а поширеність факторів ризику серед населення має зв'язок із рівнем розвитку країни.

РОЗДІЛ 2.

ЗВ'ЯЗОК МІЖ СТИЛЕМ ЖИТТЯ ТА СТАНОМ ЗДОРОВ'Я У ПОСТКОМУНІСТИЧНИХ КРАЇНАХ

Емпіричною базою дослідження стали дані модулю «Здоров'я та охорона здоров'я» Програми міжнародних соціальних досліджень (International Social Survey Programme (ISSP): Health and Health Care), проведеного у 2011-2013 роках. Незважаючи на наявність новішої хвилі модулю, масив даних залишається актуальним, адже є останнім, до якого були включені питання з тематики стилю життя. Дослідження є репрезентативними у кожній країні для населення старшого 18 років.

Виявлення крос-культурних особливостей зв'язку між станом здоров'я та стилем життя у цій роботі ґрунтувалося на порівнянні представлених у дослідженні восьми посткомуністичних країн та східної частини Німеччини, де панував комуністичний режим. Опитування проводилося методом особистого інтерв'ю у Болгарії (N=1003), Чехії (N=1804), Хорватії (N=1210), Литві (N=1187), Словаччині (N=1128), Словенії (N=1082), Росії (N=1511), Польщі (N=1115), Східній Німеччині (частково роздаткове анкетування) (N=564). Масив було попередньо зважено.

Країни також було порівняно на основі показника рівня суспільного розвитку, що здійснювалося на основі Індексу людського розвитку (Human Development Index), який включає три виміри (Human development index and indicators, 2018):

- Очікувану тривалість життя при народженні, яка пов'язана зі здоров'ям населення, залежить від умов життя й політики держави у сфері охорони здоров'я;
- Освіту – один із важливих чинників здоров'я населення, який обумовлює фінансове становище індивіда, а тому створює розбіжності у доступі до матеріальних ресурсів, від яких залежить здорова поведінка індивідів. Більше того, освіта безпосередньо

пов'язана зі знаннями, когнітивними і аналітичними здібностями (Solar, Irwin, 2010, сс. 31-32). Доступність знань у індексі людського розвитку вимірюється за допомогою двох показників: середньої тривалості навчання, а також його очікуваної тривалості;

- Валовий національний дохід, який визначає можливість індивіда досягати певного рівня життя, що асоціюється з матеріальним забезпеченням та стилем життя, які, у свою чергу, зумовлюють стан здоров'я (Solar, Irwin, 2010, сс. 30-31).

Значення індексу варіюють у межах від 0 до 1, де 1 є максимальним рівнем людського розвитку країни. Його категоризація дозволила виокремити чотири групи країн, рівень людського розвитку яких відповідав його окремим діапазонам (див. таблицю 2.1):

Таблиця 2.1

**Групування країн відповідно до діапазонів значень індексу
людського розвитку**

Дуже високий рівень людського розвитку	0,800 і більше
Високий рівень людського розвитку	0.700–0.799
Середній рівень людського розвитку	0.550–0.699
Низький рівень людського розвитку	Менше ніж 0.550

Усі країни, представлені у цьому крос-культурному дослідженні, віднесені до таких, що мають дуже високий рівень людського розвитку, однак презентують різні градації рівня індексу всередині категорії.

Значення індексу людського розвитку досліджуваних країн

<i>Рейтинг країни</i>	<i>Країна</i>	<i>Значення індексу людського розвитку</i>
4	Німеччина	0.939
24	Словенія	0.902
26	Чехія	0.891
32	Польща	0.872
34	Литва	0.869
36	Словаччина	0.857
46	Хорватія	0.837
49	Росія	0.824
52	Болгарія	0.816

Відповідно до таблиці 2.2, у 2019 році найбільше значення індексу з-поміж виділених країн зафіксовано у Німеччині, де складає 0.939, а найменше значення (0.816) належить Болгарії, яка займає 52-ге місце серед країн світу.

Змінні, використані у дослідженні, представлені трьома основними групами:

I. Індикатори стану здоров'я (суб'єктивна оцінка стану здоров'я).

II. Індикатори стилю життя (вживання фруктів та овочів, алкоголю, фізична активність, куріння, візити до лікаря; зріст та вага для обрахування індексу маси тіла).

III. Контрольні змінні (стать, вік, освіта, місце проживання, подружній статус).

У таблиці 2.3 наведено приклади формулювання питань, а також шкали, за допомогою яких вони були виміряні.

Таблиця 2.3

Операціоналізація основних понять

Питання	Шкала
<i>I. Індикатори стану здоров'я</i>	
V59. Як Ви в цілому оцінюєте стан свого здоров'я?	«1» – дуже добре, «5» – дуже погане
<i>II. Індикатори стилю життя</i>	
V55. Чи курите Ви сигарети? Якщо так, то скільки сигарет Ви викурюєте кожного дня?	1. Не курю і ніколи не курив(-ла)
	2. Не курю, але курив(-ла) у минулому
	3. Викурюю 1-5 сигарет кожного дня
	4. Викурюю 6-10 сигарет кожного дня
	5. Викурюю 11-20 сигарет кожного дня
	6. Викурюю 11-40 сигарет кожного дня
	7. Викурюю 40+ сигарет кожного дня
V56. Як часто Ви випиваєте 4 чи більше порцій алкоголю на день?	«1» – ніколи, «5» – кожного дня
V57. Як часто Ви виконуєте фізичну активність тривалістю принаймні 20 хвилин, яка змушує вас спітніти або дихати важче, ніж зазвичай?	«1» – ніколи, «5» – кожного дня
V58. Як часто Ви їсте свіжі овочі і фрукти?	«1» – ніколи, «5» – кожного дня
V42. Як часто протягом останніх 12 місяців Ви відвідували лікаря (або лікар відвідував вас)?	«1» – ніколи, «5» – дуже часто
V61. Зріст у сантиметрах	Метрична шкала
V62. Вага у кілограмах	Метрична шкала
<i>III. Контрольні змінні.</i>	
SEX. Стать респондента(-ки)	1. Чоловік
	2. Жінка
AGE. Вік респондента(-ки)	Метрична шкала
DEGREE. Найвищий рівень здобутої освіти: категорії для міжнародного порівняння	a. Немає офіційної освіти
	b. Початкова школа
	c. Середня школа
	d. Старша школа
	e. Післяшкільна освіта
	f. Неповна вища освіта
	g. Повна вища освіта

Продовження табл. 2.3

URBRURAL. Як би Ви описали місце у якому проживаєте?	a. Велике місто
	b. Окраїни великого міста
	c. Маленьке місто
	d. Село
	e. Ферма/дача у селі
MARITAL. Яким є Ваш теперішній подружній статус?	a. Одружений/заміжня
	b. У цивільному шлюбі
	c. Живу з партнером(-кою) окремо, але законно одружені
	d. Розлучений(-на)
	e. Вдівець/вдова
	f. Ніколи не був/була одруженим/заміжньою

У дослідженні було визначено наступні гіпотези:

1. Населення пострадянських країн оцінює своє здоров'я гірше, ніж населення інших посткомуністичних країн.
2. У всіх посткомуністичних країнах будуть простежуватися спільні тренди зв'язку окремих аспектів стилю життя та самооцінки здоров'я, які матимуть наступний характер:
 - 2.1. Частота споживання фруктів та овочів збільшує самооцінку здоров'я у посткомуністичних країнах.
 - 2.2. Частота фізичної активності збільшує самооцінку здоров'я у посткомуністичних країнах.
 - 2.3. Частота споживання алкоголю зменшує самооцінку здоров'я у посткомуністичних країнах.
 - 2.4. Частота куріння зменшує шанси населення посткомуністичних країн краще оцінити своє здоров'я.
 - 2.5. Частота відвідування лікарів збільшує самооцінку здоров'я у посткомуністичних країнах.
 - 2.6. Наявність недостатньої ваги має незначимий зв'язок з самооцінкою здоров'я населення посткомуністичних країн.

3. Німеччина і Болгарія (країни, які презентують відмінні значення HDI) різняться набором предикторів суб'єктивної оцінки здоров'я серед аспектів стилю життя.

2.1. Самооцінка здоров'я населенням різних країн

Для порівняння особливостей зв'язку між станом здоров'я та стилем життя у посткомуністичних країнах, перш за слід було з'ясувати наявність або відсутність відмінностей у суб'єктивній оцінці здоров'я серед населення цих країн. Передбачалося, що жителі пострадянських країн будуть оцінювати своє здоров'я гірше, порівняно із іншими посткомуністичними країнами.

У таблиці 2.4 наведено порівняння країн за середнім значенням суб'єктивної оцінки стану здоров'я їх населення, оскільки для виявлення зв'язків між здоров'ям та різними аспектами стилю життя, залежна змінна включається у регресійну модель, як псевдометрична. Дані у масиві були перекодовані таким чином, щоб ключ був прямий. Відповідно, вищі значення по шкалі відповідають кращій самооцінці здоров'я («1» – дуже погане, «5» – дуже добре).

Згідно з отриманими результатами, найкраще своє здоров'я оцінюють хорвати, у той час як росіяни – найгірше з-поміж наведених країн. Слід також зауважити, що у Хорватії та Чехії зафіксовано найбільші значення стандартного відхилення, що означає більший розкид оцінок від центрального значення. Найменші середні значення суб'єктивної оцінки стану здоров'я фіксуються у Росії – 2.42 та у Литві – 2.62 (див. табл. 2.4), які є пострадянськими країнами.

Таблиця 2.4

Порівняння середніх значень стану здоров'я у різних країнах

<i>Країна</i>	<i>Середнє значення</i>	<i>Стандартне відхилення</i>
Хорватія	3.30	1.09
Словаччина	3.26	0.98

Чехія	3.21	1.10
Болгарія	3.08	1.06
Словенія	3.01	1.06
Східна Німеччина	2.91	0.84
Польща	2.80	0.94
Литва	2.62	0.98
Росія	2.42	0.95

Отже, відповідно до отриманих показників, існують відмінності у стані здоров'я населення у дев'яти країн, а саме: росіяни в середньому оцінюють його як «добре», тоді як середні значення хорватів наближаються до відповіді «дуже добре». Таким чином, гіпотеза 1 справджується, адже отримані дані підтверджують очікування того що, населення Росії та Литви гірше оцінює своє здоров'я, порівняно із іншими державами.

2.2. Параметри стилю життя населення пострадянських країн

У масиві ISSP 2011 було виокремлено змінні, які пов'язують із здоровим стилем життя та здоров'ям. Вони вимірюють частоту візитів (до) лікаря; вживання фруктів та овочів; алкоголю; занять, пов'язаних із фізичною активністю; інтенсивність куріння; індекс маси тіла. Ці характеристики були віднесені до групи індикаторів стилю життя (див. табл. 2.3).

Більшість із них була виміряна, за допомогою п'ятибальної шкали, де найменшому значенню відповідає найменш інтенсивному відтворенню окреслених практик, у той час як відповідь «5» означає їх найбільшу повторюваність. Подібна логіка вимірювання прослідковується у змінній V55, яка з'ясовує частоту куріння, однак її шкала є семибальною, де «1» це «не курю і ніколи не кутив(-ла)», а «2» – варіант, коли респондент(-ка) не курить зараз, але кутив(-ла) у минулому (див. табл. 2.3). У цьому дослідженні дві

перші категорії були об'єднані у категорію «не курю», а усі інші ж були включені у змінну так, щоб зберігався порядок зростання кількості викурених сигарет на день.

Загалом, виміри стилю життя населення дев'яти країн дещо різняться між собою, що прослідковується із таблиці 2.5. Починаючи із частоти споживання алкоголю, найменше середнє значення випивання 4 і більше порцій алкогольних напоїв на день зафіксовано у Болгарії (1.39), коли варіативність значень є однією з найменших серед інших країн (стандартне відхилення складає 0.76). Найчастіше ж алкоголь споживають литовці, середнє значення змінної досягає відповіді «раз на місяць або рідше».

Населення Словенії можна охарактеризувати чи не найменш схильним до ризикованої поведінки щодо власного здоров'я (див. табл. 2.5). Таким чином, словенці найчастіше виконують фізичні вправи, найменше курять і найрідше відвідують лікаря. Натомість, вони регулярно споживають фрукти та овочі (таке саме значення, що становить 4.44, відмічають жителі Східної Німеччини), у той час як у Росії середнє значення за цим показником є найменшим і дорівнює 3.85, так само як і найменш поширеними серед населення цієї країни є заняття фізичними вправами (2.22).

Таблиця 2.5

Описові статистики незалежних змінних регресійної моделі за країнами (псевдометричні виміри)

<i>Вимір</i>	<i>BG</i>	<i>HR</i>	<i>CZ</i>	<i>DE-E</i>	<i>LT</i>	<i>PL</i>	<i>RU</i>	<i>SK</i>	<i>SL</i>
Частота випивання 4 чи більше порцій алкоголю на день (5-тибальна шкала):	1.39 (0.76)	1.69 (0.90)	1.88 (0.95)	1.78 (0.97)	1.98 (0.88)	1.93 (0.95)	1.80 (0.87)	1.56 (0.76)	1.46 (0.76)
Частота виконання фізичної активності тривалістю принаймні 20 хв (5-тибальна шкала.):	2.89 (1.40)	2.72 (1.29)	3.06 (1.27)	3.29 (1.34)	2.83 (1.43)	2.78 (1.52)	2.22 (1.43)	3.09 (1.29)	3.45 (1.34)
Частота споживання овочів та фруктів (5-тибальна шкала)	4.33 (0.77)	4.07 (0.84)	4.03 (0.91)	4.44 (0.78)	4.13 (0.83)	4.20 (0.82)	3.85 (1.01)	4.20 (0.81)	4.44 (0.75)
Частота куріння (5-тибальна шкала):	1.99 (1.34)	2.00 (1.38)	1.76 (1.19)	1.71 (1.23)	1.65 (1.10)	1.66 (1.19)	1.74 (1.24)	1.55 (1.00)	1.53 (1.08)

Продовження табл. 2.5

Частота відвідування лікарів протягом останніх 12 місяців (5-тибальна шкала):	2.31 (1.14)	2.25 (1.06)	2.38 (0.97)	2.68 (1.07)	2.33 (1.04)	2.33 (1.11)	2.24 (1.09)	2.67 (0.95)	2.02 (1.11)
---	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------

Примітки: BG – Болгарія, HR – Хорватія, CZ – Чехія, DE-E – Східна Німеччина, LT – Литва, PL – Польща, RU – Росія, SK – Словаччина, SL – Словенія.

Стандартні відхилення наведені у дужках.

Із таблиці 2.5 також можна зробити висновок про те, що звичка куріння є найбільш характерною для населення Болгарії та Хорватії (1.99 та 2.00, відповідно), при чому середньоквадратичні відхилення від центрального значення для цих країн є також максимальними з-поміж дев'яти представлених. Східна Німеччина ж вирізняється частими візитами до лікаря. Середнє значення серед населення дорівнює 2.68.

На основі двох змінних, а саме: V61 (зріст у сантиметрах) і V62 (вага у кілограмах) (див. табл. 2.3), було створено Індекс маси тіла (далі ІМТ), що обчислюється за допомогою формули m/h^2 , де m – маса тіла у кілограмах, а h – зріст у метрах, який необхідно піднести до квадрату. Отримана змінна була розбита на категорії, відповідно до загальноприйнятої класифікації, де значення індексу до 18.5 означають недостатню вагу; нормальна вага представлена у межах [18.5 ; 25); значення у проміжку [25 ; 30); відносять до надмірної ваги, а все, що вище 30.0 – до ожиріння.

У таблиці 2.6 наведено розподіл ІМТ серед дев'яти посткомуністичних країн, відповідно до попередньо окреслених категорій. Згідно з даними, 4% болгар мають недостатній ІМТ, у той час як майже половина населення Хорватії має нормальну вагу (49%). Найбільшу частку людей із надмірною вагою виявлено у Чехії (44%), а ожиріння є найпоширенішим у Східній Німеччині і Росії (по 18% в обидвох країнах).

Таблиця 2.6

**Описові статистики Індексу маси тіла, розподіл за категоріями у
посткомуністичних країнах, %**

Категорія ІМТ	<i>BG</i>	<i>HR</i>	<i>CZ</i>	<i>DE</i>	<i>LT</i>	<i>PL</i>	<i>RU</i>	<i>SK</i>	<i>SL</i>
Недостатня вага <18.5	4.0	2.8	1.8	1.5	1.3	2.5	3.2	2.3	1.7
Нормальна вага < 25.0	44.5	49.2	43.3	42.0	43.0	42.7	44.6	45.4	45.6
Надмірна вага < 30.0	37.3	36.2	43.7	38.1	40.9	37.0	34.0	37.6	35.5
Ожиріння 30.0 і більше	14.2	11.7	11.3	18.3	14.8	17.8	18.1	14.7	17.2

Примітки: BG – Болгарія, HR – Хорватія, CZ – Чехія, DE-E – Східна Німеччина, LT – Литва, PL – Польща, RU – Росія, SK – Словаччина, SL – Словенія.

Валідні відсотки.

До контрольних змінних, використаних у цьому дослідженні, увійшли: стать, вік, сімейний стан, місце проживання та освіта, яка представлена змінною для міжнаціонального порівняння. Слід відмітити, що вік був перекодований у спосіб, який використовувався у звіті ISSP 2011. Відповідно, було виокремлено 6 категорій: 18 – 24; 25 – 34; 35 – 44; 45 – 54; 55 – 64; 65 і більше років. Змінна, яка вимірює сімейний стан, була перекодована у такий спосіб, що відповіді «одружений/заміжня» об'єднані разом із «у цивільному шлюбі». Крім того, до тих, хто офіційно розлучені, було додано індивідів, відносини яких формально у шлюбі, проте вони не живуть разом. За подібною логікою було трансформовано також місце проживання: ті, хто мешкають у великому місті були об'єднані із людьми, що живуть на околицях, а сільська місцевість включає у себе також проживання на фермі/дачі.

Розподіл за категоріями контрольних змінних, що були включені у побудову регресійних моделей, наведено у таблиці 2.7. У більшості країн чоловіки і жінки майже рівномірно представлено у вибірці. Найменша представленість чоловіків спостерігається у Росії – 38.5%, коли частка жінок складає 61.5%. Також у цій країні найбільший відсоток розлучених (15%). 61% населення Словачії проживає у сільській місцевості, що контрастує із 55% міських жителів Болгарії.

Таблиця 2.7

Описові статистики контрольних змінних регресійної моделі, розподіл за категоріями за країнами, %

	<i>BG</i>	<i>HR</i>	<i>CZ</i>	<i>DE</i>	<i>LT</i>	<i>PL</i>	<i>RU</i>	<i>SK</i>	<i>SL</i>
<i>Стать</i>									
Чоловік	47.8	47.5	48.8	50.4	45.3	47.7	38.5	48.0	45.5
Жінка	52.2	52.5	51.2	49.6	54.7	52.3	61.5	52.0	54.5
<i>Вік</i>									
18-24	10.8	11.8	10.4	7.1	12.6	11.6	13.0	12.7	10.6
25-34	17.5	17.6	18.3	14.5	19.5	20.2	17.7	20.5	17.6
35-44	17.4	18.3	19.0	12.9	17.5	17.1	16.6	18.0	16.4
45-54	16.5	18.4	16.7	22.7	18.0	16.0	16.6	17.3	17.1
55-64	16.7	13.3	14.8	18.4	13.1	17.9	17.2	15.9	15.4
65+	21.3	19.5	20.8	24.3	18.7	17.2	18.9	15.7	22.9
<i>Сімейний стан</i>									
Одружений/заміж ня	61.7	53.8	54.0	55.1	49.6	59.0	45.3	56.9	65.7
Розлучений(-на)	8.7	6.9	12.5	12.4	13.2	5.9	14.9	6.6	4.1
Вдівець/вдова	12.8	9.8	9.0	7.4	14.9	10.7	17.3	9.6	9.6
Ніколи не був(-ла) одружений / заміжньою	16.8	27.5	23.3	25.0	21.3	24.5	22.0	26.4	20.3
<i>Місце проживання</i>									
Велике місто та околиці	54.9	41.8	37.4	31.2	32.5	31.6	47.1	17.6	20.9
Мале місто	16.5	21.2	35.5	33.5	37.2	29.9	30.6	36.7	18.5
Сільська місцевість	28.6	36.8	27.0	35.3	30.1	38.5	22.4	45.7	60.5

Примітки: BG – Болгарія, HR – Хорватія, CZ – Чехія, DE-E – Східна Німеччина, LT – Литва, PL – Польща, RU – Росія, SK – Словаччина, SL – Словенія.

Валідні відсотки.

Рівень освіти включався у модель регресії як псевдометричний вимір, а тому презентований за допомогою середніх значень у дев'яти країнах (див. табл. 2.8). У Східній Німеччині зафіксовано найвищий рівень освіти – 4.31, а найнижчий у Словенії – 2.95. Третьою серед країн є Болгарія (3.67), де варіативність значень є найбільшою, адже стандартне відхилення дорівнює 1.53.

Таблиця 2.8

**Описові статистики освіти, розподіл за країнами
(псевдометричний вимір)**

<i>Країна</i>	<i>Середнє значення</i>	<i>Стандартне відхилення</i>
Східна Німеччина	4.31	1.06
Росія	3.79	1.16
Болгарія	3.67	1.53
Польща	3.35	1.41
Литва	3.28	1.19
Словаччина	3.00	1.32
Хорватія	2.95	1.03
Чехія	2.95	1.27
p	2.95	1.24

Отже, порівнявши країни за параметрами стилю життя, можна зробити висновок, що найбільш здоровими практиками характеризується населення Словенії, де люди нечасто вживають алкоголь і відвідують лікарів, рідко курять, регулярно споживають фрукти і займаються фізичними вправами. З'ясувалося, що болгари найрідше п'ють алкоголь. На противагу, найменш

активними фізично є росіяни. Більше того, вони найрідше споживають фрукти та овочі, а населення Литви в середньому випиває більше алкоголю, порівняно із іншими країнами. Куріння є найпопулярнішим серед хорват. Водночас, у цій країні зафіксовано найбільший відсоток населення з нормальною вагою відповідно до ІМТ.

2.3. Зв'язок між станом здоров'я та стилем життя у окремих посткомуністичних країнах

З метою виявлення особливостей зв'язків та їх порівняння у дев'яти посткомуністичних країнах, було побудовано окремі моделі лінійної регресії для кожної з них, де залежною змінною виступала суб'єктивна оцінка власного здоров'я. У регресійну модель увійшли двадцять предикторів, 8 з яких є змінними інтересу, тобто аспектами стилю життя індивіда, а інші – контрольні змінні. Усі вони були перекодовані таким чином, щоб шкала починалася з 0 і вводилися у модель методом ступінчастої регресії (stepwise regression). Референтними категоріями було обрано наступні:

- Для індексу маси тіла – «нормальна вага»;
- Для змінної статі – «чоловіки»;
- Місце проживання – «у великому місті»;
- Вік – «18-24»;
- Сімейний стан – «у шлюбі».

У таблиці 2.9 наведено значення R квадрату для моделі кожної країни. Найбільшу частку дисперсії залежної змінної вдалося пояснити у Чехії – майже 54%, коли найменша пояснювальна сила регресії наявна у Польщі (33.4%) та Німеччині (30.7%).

Таблиця 2.9

**Частка пояснення дисперсії залежної змінної за допомогою
предикторів регресійної моделі, %**

	<i>BG</i>	<i>HR</i>	<i>CZ</i>	<i>DE- E</i>	<i>LT</i>	<i>PL</i>	<i>RU</i>	<i>SK</i>	<i>SL</i>
<i>R</i> ²	43.9	39.9	53.8	30.7	42.8	33.4	35.6	43.1	36.4

Примітки: BG – Болгарія, HR – Хорватія, CZ – Чехія, DE-E – Східна Німеччина, LT – Литва, PL – Польща, RU – Росія, SK – Словаччина, SL – Словенія.

Значення константи також значно варіює у посткомуністичних країнах. Прогнозоване значення суб'єктивного стану здоров'я населення, за умови, коли всі інші змінні дорівнюють нулю, у Болгарії становить 3.11, а у Східній Німеччині лише 2.05 (див. табл. 2.10).

Результат регресійних моделей, представлених у таблиці 2.10, показали, що частота споживання фруктів та овочів збільшує самооцінку здоров'я у трьох країнах: у Чехії, Литві та Болгарії. Найбільший ефект характерний для Чехії, де збільшення частоти споживання фруктів на одиницю шкали підвищує самооцінку здоров'я на 0.2 шкали ($p < 0.001$), контролюючи інші змінні. У Литві та Болгарії ці ефекти дорівнюють 0.12 ($p < 0.001$) та 0.09 ($p < 0.05$) відповідно. У інших країнах частота споживання фруктів та овочів значимо не пов'язана з самооцінкою здоров'я і були прибрані з моделі завдяки використанню регресійного методу Stepwise. Таким чином, результати частково підтримують гіпотезу 2.1 щодо позитивного зв'язку частоти споживання фруктів та овочів з самооцінкою здоров'я.

Заняття фізичною активністю визначає суб'єктивну оцінку здоров'я у чотирьох країнах, серед них найменші значення характерні для Росії (0.06, $p < 0.001$) та Східної Німеччини (0.07, $p < 0.01$). Для населення Хорватії і Словачії збільшення частоти занять фізичною активністю збільшує суб'єктивне здоров'я на 0.1, при значимості на рівні $p < 0.001$ для обох країн. Очікувалося,

що цей параметр стилю життя збільшує можливість оцінити своє здоров'я краще. Відповідно, гіпотеза 2.2 підтвердилася не повністю, адже ефект є значимим не у всіх досліджуваних країнах.

Змінна алкоголю є значимою лише у двох державах, серед яких Болгарія та Хорватія. До того ж, контролюючи інші змінні, частота вживання більше ніж чотирьох порцій алкоголю зменшує ймовірність краще оцінити власне здоров'я на -0.11 ($p < 0.01$) у першій країні, але у той самий час, має позитивний зв'язок із залежною змінною у Хорватії (0.11 , $p < 0.01$). Можна припустити, що хорвати не асоціюють вживання алкоголю із ризикованою поведінкою, щодо власного здоров'я. Оскільки значимий зв'язок, який негативно позначався на оцінці здоров'я населення, був виявлений лише у болгар, четверта гіпотеза була підтверджена лише частково.

Частота куріння мала значимий негативний зв'язок з самопочуттям населення більшості країн, за винятком Росії та Словачії. При чому найбільше значення зафіксовано у Східній Німеччині (-0.13 , $p < 0.001$). Збільшення інтенсивності куріння зменшує шанс краще оцінити власне здоров'я на -0.1 у населення Хорватії, де середнє значення інтенсивності куріння було найвищим серед дев'яти країн. Ця змінна є також значимою на рівні $p < 0.01$ для Литви (-0.08), у Словаччині (-0.07) та Чехії (-0.05). Одинакові значення ефектів, що дорівнюють -0.04 зі значимістю $p < 0.05$, зафіксовано у Болгарії та Польщі. Таким чином, гіпотеза 2.4, яка передбачала, що у посткомуністичних країнах інтенсивність куріння зменшує самооцінку здоров'я, була частково підтверджена.

Єдина змінна, яка є значимою у дев'яти країнах, при чому всюди має негативний ефект на самооцінку здоров'я, є частота відвідування лікарів. До того ж, у всіх регресійних моделях вона є значимою на рівні $p < 0.001$. Найменші внески у модель цей параметр зробив у Росії і Словачії і дорівнює -0.18 та -0.19 відповідно. Зі збільшенням частоти відвідування лікаря на один пункт шкали, найпомітніше погіршується оцінка суб'єктивного сприйняття здоров'я у Словаччині (-0.4), на -0.34 – у Болгарії та Хорватії, а значення -0.33

зафіксоване у Литві. Негативний ефект також характерний для поляків (-0.25) і тих, хто проживає у Східній Німеччині (-0.22). Ці результати заперечують шосту гіпотезу, яка передбачала покращення самопочуття зі збільшенням частоти візитів до лікаря. Це свідчить про те, що люди зверталися до лікарів по причині певної недуги, а не з метою профілактичних оглядів, які мають позитивне значення для здоров'я, тому потреба у відвідуванні лікаря негативно пов'язана із залежною змінною.

У Болгарії, Польщі та Словачії індекс маси тіла був незначимим предиктором стану здоров'я. У інших ж країнах відхилення значень індексу від нормального у бік зайвої ваги негативно позначалося на значеннях залежної змінної. Наявність надмірної ваги сприяє зменшенню самооцінки здоров'я у Чехії на -0.14 ($p < 0.01$), а у Східній Німеччині на -0.21 ($p < 0.01$). Найсильніший ефект ожиріння наявний у Литві, де індивіди із показником індексу маси тіла 30 і більше почуваються гірше на -0.37 по шкалі здоров'я зі значимістю $p < 0.001$. У росіян значення ефекту є найменшим і дорівнює -0.16 ($p < 0.01$). Крім того, Росія – єдина країна, де недостатня вага має значимий зворотній зв'язок із суб'єктивним здоров'ям і зменшує його на -0.33 ($p < 0.01$). Через це, гіпотеза 2.6, стосовно відсутності значимого зв'язку між недостатньою вагою за ІМТ та залежною змінною, була підтверджена неповністю.

Таблиця 2.10

Коефіцієнти регресійних моделей

Змінна	BG	HR	CZ	E-DE	LT	PL	RU	SK	SL
Константа	3.11 (20.33) ***	2.96 (36.76) ***	2.95 (29.20) ***	2.05 (11.30) ***	2.50 (21.10) ***	2.48 (28.42) ***	2.32 (34.30) ***	3.45 (35.95) ***	2.31 (19.03) ***
Спожива- ння фруктів та овочів (x1)	0.09 (2.50) *	—	0.20 (8.77) ***	—	0.12 (3.85) ***	—	—	—	—

Продовження табл. 2.10

Фізична активність (x2)	—	0.10 (4.32) ***	—	0.07 (2.66) **	—	—	0.06 (3.96) ***	—	0.10 (4.71) ***
Вживання алкоголю (x3)	-0.11 (-2.80) **	0.11 (3.27) **	—	—	—	—	—	—	—
Частота куріння (x4)	-0.04 (-2.01) *	-0.10 (-4.97) ***	-0.05 (-2.76) **	-0.13 (-4.59) ***	-0.08 (-3.35) **	-0.04 (-1.99) *	—	-0.07 (-3.10) **	—
Візити до лікаря (x5)	-0.34 (-12.87) ***	-0.34 (-12.33) ***	-0.36 (-15.75) ***	-0.22 (-6.64) ***	-0.33 (-13.23) ***	-0.25 (-11.49) ***	-0.18 (-8.45) ***	-0.40 (-15.38) ***	-0.19 (-7.53) ***
ІМТ_Недостатня вага (x6)	—	—	—	—	—	—	-0.33 (-2.72) **	—	—
ІМТ_Надмірна вага (x7)	—	—	-0.14 (-3.10) **	-0.21 (-2.79) **	—	—	—	—	—
ІМТ_Ожиріння (x8)	—	-0.27 (-3.11) **	-0.34 (-4.69) ***	-0.32 (-3.47) **	-0.37 (-5.22) ***	—	-0.16 (-2.62) **	-0.20 (-2.92) **	—
Стать (жінки) (x9)	-0.19 (-3.28) **	—	-0.09 (-2.06) *	—	—	—	—	—	-0.17 (-3.15) **
Рівень освіти (x10)	0.05 (2.56) *	—	0.08 (4.99) ***	0.10 (3.02) **	—	0.09 (4.63) ***	—	0.08 (4.36) ***	0.13 (5.53) ***
Село (x11)	-0.20 (-3.25) **	-0.17 (-3.01) **	—	—	—	—	-0.12 (-2.35) *	-0.12 (-2.45) *	-0.15 (-2.63) **
Невелике місто (x12)	—	—	—	—	-0.12 (-2.41) *	—	—	—	—
Вік 25-34 (x13)	-0.49 (-5.21) ***	—	-0.38 (-5.26) ***	—	-0.29 (-3.72) ***	-0.23 (-2.89) **	-0.21 (-2.89) **	-0.25 (-3.27) **	—
Вік 35-44 (x14)	-0.50 (-5.29) ***	—	-0.68 (-9.66) ***	—	-0.49 (-6.34) ***	-0.48 (-5.93) ***	-0.47 (-6.27) ***	-0.58 (-7.78) ***	-0.38 (-4.63) ***

Продовження табл. 2.10

<i>Вік_45-54</i> (x15)	-0.92 (-9.10) ***	-0.31 (-3.79) ***	-1.15 (-14.78) ***	—	-0.78 (-9.37) ***	-0.71 (-8.19) ***	-0.80 (-9.95) ***	-0.87 (-10.59) ***	-0.68 (-8.23) ***
<i>Вік 55-64</i> (x16)	-1.33 (-13.09) ***	-0.69 (-7.60) ***	-1.34 (-16.23) ***	-0.35 (-3.68) ***	-1.01 (-10.73) ***	-0.93 (-11.02) ***	-1.05 (-12.68) ***	-0.90 (-10.55) ***	-0.79 (-9.23) ***
<i>Вік 65+</i> (x17)	-1.27 (-12.49) ***	-0.73 (-8.21) ***	-1.51 (-18.88) ***	-0.48 (-5.32) ***	-1.13 (-12.50) ***	-1.11 (-12.65) ***	-1.21 (-14.52) ***	-1.05 (-11.18) ***	-1.07 (-13.07) ***
<i>Розлучений/ розлучена</i> (x18)	—	—	—	—	—	—	-0.16 (-2.46) *	—	—
<i>Вдівець/ вдова</i> (x19)	—	-0.28 (-2.75) **	—	—	—	—	—	-0.21 (-2.35) *	—
<i>Ніколи не був(-ла) у шлюбі</i> (x20)	—	0.21 (2.89) **	—	0.22 (2.54) *	—	—	—	—	—

Примітки: BG – Болгарія, HR – Хорватія, CZ – Чехія, DE-E – Східна Німеччина, LT – Литва, PL – Польща, RU – Росія, SK – Словаччина, SL – Словенія.

Значення *t* наведені у дужках.

Значення коефіцієнтів, які позначені «*» – значимі на рівні $p < 0.05$, «**» – $p < 0.01$, «***» – $p < 0.001$.

Сірим виділено змінні інтересу.

«—» позначено незалежні змінні, вплив яких є незначущим.

Відповідно до таблиці 2.10, стать є статистично значущою змінною у відношенні до суб'єктивного стану здоров'я лише у Болгарії, Чехії і Словачії, при чому жінки оцінили його гірше. Рівень освіти збільшував шанси на краще самопочуття у Болгарії, Чехії, Східній Німеччині, Польщі, Словачії та Словенії. У всіх країнах спостерігається тенденція до погіршення здоров'я із віком, проте у Східній Німеччині не було значимого впливу до 54 років, а після 65 років, він був найменшим з-поміж інших держав (-0.48).

Проживання у селі підвищувало можливість гірше оцінити своє здоров'я порівняно із міськими жителями у більшості країн, натомість лише у Литві цей вплив характерний для жителів невеликого міста. Розлучення погіршувало самопочуття у Росії (-0.16), про гірший стан здоров'я повідомляли словаки і хорвати зі статусом вдовця/вдови, натомість останні і ті, хто проживав у Східній Німеччині мали шанси краще оцінити своє здоров'я, якщо ніколи не були не шлюбні (0.21 та 0.22, відповідно).

На основі отриманих коефіцієнтів дев'яти регресійних моделей (див. табл. 2.10) було побудовано рівняння лінійної регресії, загальний вигляд якого є наступним: $Y = b_0 + b_1 * x_1 + b_2 * x_2 + b_3 * x_3 + b_3 * x_3 \dots + b_n * x_n$. Відповідно до цього дослідження:

Y – це передбачений суб'єктивний стан здоров'я (далі ССЗ);

b_0 – константа;

$b(m)$ – значення нестандартизованого коефіцієнта;

$x(n)$ – предиктор.

- $CC3_{BG} = 3.11 + 0.09 * x_1 - 0.11 * x_3 - 0.04 * x_4 - 0.34 * x_5 - 0.19 * x_9 + 0.05 * x_{10} - 0.20 * x_{11} - 0.49 * x_{13} - 0.50 * x_{14} - 0.92 * x_{15} - 1.33 * x_{16} - 1.27 * x_{17}$.
- $CC3_{HR} = 2.96 + 0.10 * x_2 + 0.11 * x_3 - 0.10 * x_4 - 0.34 * x_5 - 0.27 * x_8 - 0.17 * x_{11} - 0.31 * x_{15} - 0.69 * x_{16} - 0.73 * x_{17} - 0.28 * x_{19} + 0.21 * x_{20}$.
- $CC3_{CZ} = 2.95 + 0.20 * x_1 - 0.05 * x_4 - 0.36 * x_5 - 0.14 * x_7 - 0.34 * x_8 - 0.09 * x_9 + 0.08 * x_{10} - 0.38 * x_{13} - 0.68 * x_{14} - 1.15 * x_{15} - 1.34 * x_{16} - 1.51 * x_{17}$.
- $CC3_{E-DE} = 2.05 + 0.07 * x_2 - 0.13 * x_4 - 0.22 * x_5 - 0.21 * x_7 - 0.32 * x_8 + 0.10 * x_{10} - 0.35 * x_{16} - 0.48 * x_{17} + 0.22 * x_{20}$.
- $CC3_{LT} = 2.50 + 0.12 * x_1 - 0.08 * x_4 - 0.33 * x_5 - 0.37 * x_8 - 0.12 * x_{12} - 0.29 * x_{13} - 0.49 * x_{14} - 0.78 * x_{15} - 1.01 * x_{16} - 1.13 * x_{17}$.
- $CC3_{PL} = 2.48 - 0.04 * x_4 - 0.25 * x_5 + 0.09 * x_{10} - 0.23 * x_{13} - 0.48 * x_{14} - 0.71 * x_{15} - 0.93 * x_{16} - 1.11 * x_{17}$.

- $CC3RU = 2.32 + 0.06 \cdot x_2 - 0.18 \cdot x_5 - 0.33 \cdot x_6 - 0.16 \cdot x_8 - 0.12 \cdot x_{11} - 0.21 \cdot x_{13} - 0.47 \cdot x_{14} - 0.80 \cdot x_{15} - 1.05 \cdot x_{16} - 1.21 \cdot x_{17} - 0.16 \cdot x_{18}$.
- $CC3SK = 3.45 - 0.07 \cdot x_4 - 0.40 \cdot x_5 - 0.20 \cdot x_8 + 0.08 \cdot x_{10} - 0.12 \cdot x_{11} - 0.25 \cdot x_{13} - 0.58 \cdot x_{14} - 0.87 \cdot x_{15} - 0.90 \cdot x_{16} - 1.05 \cdot x_{17} - 0.21 \cdot x_{19}$.
- $CC3SL = 2.31 + 0.10 \cdot x_2 - 0.19 \cdot x_5 - 0.17 \cdot x_9 + 0.13 \cdot x_{10} - 0.15 \cdot x_{11} - 0.38 \cdot x_{14} - 0.68 \cdot x_{15} - 0.79 \cdot x_{16} - 1.07 \cdot x_{17}$

Очікувалося, що набір предикторів серед параметрів стилю життя відрізняється у Болгарії та Східній Німеччині, так як ці країни презентують крайні значення індексу людського розвитку з-поміж інших. Ця гіпотеза частково підтвердилася, адже на основі отриманих регресійних рівнянь можна зробити висновок, що наявні лише два спільні параметри стилю життя детермінують стан здоров'я населення цих країн. До того ж, ефект частоти відвідування лікаря був значимим у всіх країнах без винятку, а внесок змінної інтенсивності куріння доволі відрізнявся у болгар та жителів Східної Німеччини (-0.04 та -0.13, відповідно). Говорячи про решту предикторів стилю життя, самопочуття населення Болгарії визначається частотою споживання фруктів та овочів і вживанням алкоголю, у той час як для населення Східної Німеччини значимими є фізична активність, наявність надмірної ваги та ожиріння.

Отже, за допомогою множинної лінійної регресії вдалося передбачити 53.8% самооцінки стану здоров'я чехів, що є найбільшою часткою серед усіх країн, у той час як найменшу частку пояснено у Східній Німеччині (всього 30.7%). Додавання до свого раціону харчування фруктів та овочів мало найбільший ефект на здоров'я у Чехії, коли фізична активність найбільше підвищувала можливість краще його оцінити у Хорватії. Більше того, остання країна стала єдиною, де частота споживання алкоголю позитивно позначалося на самопочутті. Інтенсивність куріння мала негативний значимий зв'язок із залежною змінною у більшості країн (окрім Росії та Словачії), а частота відвідування лікарів всюди без винятку погіршувала самопочуття. Лише у Росії недостатній індекс маси тіла має значимий негативний ефект у

регресійній моделі. Наявність надмірної ваги була значимим предиктором здоров'я для Чехії та Німеччини, а ожиріння мало найбільший негативний ефект у Литві. Ці результати частково підтвердили гіпотези 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.6 та заперечили припущення про позитивний зв'язок між здоров'ям та відвідуванням лікарів. Останнє вказує на те, що населення посткомуністичних країн відвідує лікарів не задля профілактики захворювань, а тоді, коли вони наявні.

Стать, освіта і сімейний стан були значимими не у всіх регресійних моделях, проте з віком збільшується можливість заявити про гірше самопочуття. Країни, відмінні за значеннями індексу людського розвитку, відрізняються за ефектом більшості параметрів стилю життя. Таким чином, у Болгарії стан здоров'я визначається частотою вживання фруктів, алкоголю, інтенсивністю куріння та візитами до лікарів. Натомість у Східній Німеччині наявний лінійний зв'язок із двома останніми змінними, а також із фізичною активністю, надмірною вагою за індексом маси тіла та ожирінням.

ВИСНОВКИ

Внаслідок того, що поняття здоров'я являє собою багаторівневу структуру, адже є не лише відсутністю недуги або хвороби, а визначається як стан повного фізичного, психологічного та соціального благополуччя, існує низка підходів до операціоналізації стану здоров'я індивіда, які загалом розміщуються в межах об'єктивних та суб'єктивних методологій вимірювання. Інструментами зазвичай слугують: єдине запитання про те, як в цілому людина оцінює своє здоров'я; виявлення аспектів, що цікавлять дослідника, кожен з яких охоплюється декількома запитаннями; індекси.

Чинники стану здоров'я можуть розглядатися на мікро- та на макро рівнях. Залежно від фокусу дослідження враховуються індивідуальні детермінанти, генетика, спосіб життя, а також екологічна ситуація чи система охорони здоров'я у країні. Крім того, особливе місце виділяється власне соціальним детермінантам здоров'я, до яких належать вік, умови, в яких індивіди народжуються і живуть, а також структурні фактори, що асоціюються з нерівномірним доступом до ресурсів й породжують нерівність. Як у закордонних, так і в українських дослідженнях виокремлюють три загальні групи чинників здоров'я: соціально-економічні та політичні (контекстуальний рівень); структурні; проміжні (проксимальний рівень).

Стиль життя відносять до індивідуальних поведінкових особливостей повсякденної діяльності, які формуються через соціальне, економічне та культурне середовище. Вони безпосередньо впливають на стан здоров'я індивіда, адже позитивні практики пов'язують із попередженням розвитку хронічних захворювань, а ризикована поведінка може стати причиною поганого самопочуття і поштовхом до виникнення хвороб у майбутньому. За даними 2016 року вони спричинили 71% смертей у світі, з яких 44% складали серцево-судинні захворювання, 22% – рак, 9% – хронічні респіраторні захворювання і 4% – діабет (World Health Organization, 2018, с.10). До факторів ризику науковці найчастіше відносять куріння, вживання алкоголю,

наркотичну залежність, раціон харчування, фізичну активність і сексуальну поведінку. Деякі також фокусуються на впливі режиму сну, вакцинації, захисті від сонячних променів, використанні сучасних технологій, вживанні медикаментів, організації дозвілля та навчання.

Поведінкові практики, характерні для індивідів у XXI столітті, привернули чималу увагу закордонних дослідників до виявлення їх зв'язків із станом здоров'ям. Ними було встановлено, що однією з головних проблем є малорухливість через сидячий спосіб життя, і, водночас, збільшення кількості спожитих калорій, які не витрачаються, що призводить до ожиріння. Натомість, фізична активність попереджає розвиток ішемічної хвороби серця, а здоровий стиль життя запобігає виникненню серцево-судинних захворювань і є чинником стану здоров'я навіть у старшому віці. З'ясувалося, що індивіди, які не курять, вживають алкоголь у помірній кількості і регулярно з'їдають мінімум п'ять порцій фруктів та овочів на день, мають вищі шанси повідомити про краще самопочуття.

Українські праці з цієї тематики здебільшого звертають увагу на розгляд повсякденних практик стилю життя у молоді та дітей шкільного віку. До найбільш поширених відносять нездорове харчування, відсутність достатньої кількості фруктів та овочів, нерегулярні прийоми їжі і споживання висококалорійних продуктів. До того ж, сидячий спосіб життя, відсутність відпочинку, тютюнопаління, вживання алкоголю і ігнорування потреби відвідування медичних закладів сприяють погіршенню здоров'я.

Крос-культурні дослідження зв'язку між станом здоров'я та стилем життя у посткомуністичних країнах показало, що населення віком 16-18 років у Швейцарії більше схильне до поведінки, що асоціюється із здоровою, ніж фінляндці. Тривалість сну мала значимі зв'язки з психічним здоров'я та фізичним самопочуттям у Великобританії, коли у США позначалася лише не останньому. Тренди ризикованої поведінки серед учнів у 25 країнах змінювалися впродовж 1995-2015 років. У більшості країн прослідковувалася тенденція до зменшення поширеності шкідливих звичок, а саме: куріння,

вживання алкоголю. Шанси краще оцінити своє здоров'я у старшому віці варіюють залежно від країни. Так, у Греції, Данії та Швейцарії можливість зниження оцінки є значно меншою, ніж у Іспанії та Німеччини. Крім того, було виявлено залежність розповсюдженості ризикованої поведінки залежно від рівня розвитку країни.

У процесі розгляду особливостей зв'язку між суб'єктивним сприйняттям здоров'я і стилем життя в посткомуністичних країнах, було з'ясовано, що населення пострадянських країн, а саме росіяни і литовці, гірше оцінюють своє здоров'я, порівняно із іншими посткомуністичними країнами, що підтвердило першу гіпотезу.

На основі описових статистик дев'яти країн виявилось, що населення Словенії найменш схильне до ризикованої поведінки, а болгари найрідше вживають алкоголь, на відміну від литовців. Натомість, росіяни найрідше споживають фрукти та овочі і займаються фізичними вправами. Куріння є найпоширенішою практикою у Хорватії, однак тут зафіксовано найбільшу частку людей із індексом маси тіла, що знаходиться у межах норми.

Порівняння зв'язків між стилем життя і суб'єктивним здоров'ям здійснювалося за допомогою побудови моделей множинної лінійної регресії для кожної з країн. Найбільшу частку дисперсії залежної змінної вдалося передбачити у Чехії, а найменшу – у Східній Німеччині.

Результати показали, що зв'язок між самооцінкою здоров'я та окремими аспектами стилю життя є неоднаковим у розглянутих посткомуністичних країнах. Так, найбільший ефект споживання п'яти і більше порцій фруктів наявний у Чехії, а фізична активність збільшує ймовірність повідомити про краще здоров'я у Хорватії та Словачії. Це дало можливість частково підтвердити гіпотези щодо позитивного зв'язку цих параметрів із залежною змінною.

Передбачалося, що частота куріння має негативний зв'язок зі здоров'ям, проте цей параметр мав значимого впливу у Росії та Словачії. Водночас, найсильнішим він був у Східній Німеччині, а найслабшим – у Болгарії та

Польщі. Частота споживання алкоголю негативно позначалася на самопочутті болгар, проте мала позитивний зв'язок зі здоров'ям хорват. Такі результати лише частково підтвердили гіпотези про те, що інтенсивність куріння та частота вживання алкоголю зменшують шанси краще оцінити власне здоров'я у посткомуністичних країнах.

Лише змінна частоти відвідування лікарів була значимою у всіх регресійних моделях, при чому зв'язки всюди були від'ємними, що заперечило гіпотезу про наявність позитивних зв'язків цього предиктора із залежною змінною. Крім того, очікувалося, що немає зв'язку між суб'єктивною оцінкою власного здоров'я та недостатньою вагою за індексом маси тіла. Проте самопочуття у населення Росії погіршується на -0.33, якщо індивід належить до цієї категорії, а тому припущення, сформульовані у гіпотезі 2.6, підтвердилися лише частково. Також наявність надмірної ваги має негативний ефект у Чехії і Східній Німеччині, у той час як незначущість параметру ожиріння було зафіксовано лише у Болгарії, Польщі та Словачії.

Жінки гірше оцінюють стан здоров'я порівняно із чоловіками, однак стать є статистично значущою змінною лише у Болгарії, Чехії і Словачії. З віком самопочуття населення усіх країн погіршується, так само як і проживання у селі погано позначається на залежній змінній у більшості регресійних моделей. Жителі Хорватії та Східної Німеччини мали шанси краще оцінити своє здоров'я, якщо ніколи не були не шлюбні, коли розлучення погіршувало стан здоров'я росіян, а статус вдови/вдівця справ гіршим оцінкам у хорват та словак.

З'ясовано, що Болгарія та Східна Німеччина характеризуються відмінним набором предикторів стану здоров'я серед параметрів стилю життя. Лише два з них були спільними для двох країн, а саме: інтенсивність куріння та частота візитів до лікаря. Загалом, у Болгарії стан здоров'я визначається частотою вживання фруктів, алкоголю, інтенсивністю куріння та візитами до лікарів, у той час як у Східній Німеччині наявний лінійний зв'язок із двома останніми змінними, а також із фізичною активністю, надмірною вагою за

індексом маси тіла та ожирінням. Таким чином, гіпотеза щодо крос-культурних відмінностей зв'язків між суб'єктивною оцінкою здоров'я та різними аспектами стилю життя, зумовлених різницею у значеннях індексу людського розвитку серед досліджуваних посткомуністичних країн, частково підтвердилася.

Список використаних джерел:

Андріюченко, Т., Вакуленко О., Волков В., Дзюба Н., Коляда В., Комарова Н. та ін. (2019). *Формування здорового способу життя молоді: Навчально-методичні рекомендації*. Київ: Бланк-Прес.

Балакірева, О. М., Бондар, Т. В., Даниленко, Г. М., Левін, Р. Я., Нгуєн, Н.-М. К., Павлова, Д. М. та ін. (2019). *Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді: за результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» : монографія*. Київ: поліграфічний центр «Фоліант». Режим доступу: http://www.uisr.org.ua/img/upload/files/HBSC_2018_web.pdf

Гінзбург, В. Г., Полішко, Т. М., Татаровський, В. О., Севериновська, О. В., Кочерга, О. Є. (2011). Сучасні проблеми формування здоров'я студентської молоді. *Запорозький медичний журнал*, 13(4), 11-15.

Лиштва, О. (2018). Самооцінка стану здоров'я населенням України. Київський міжнародний інститут соціології (КМІС). Режим доступу: <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=768&page=1&t=7>

Мудрян, О. С. (2012). Спосіб життя як система соціальної дії: спроба концептуалізації. *Соціологічні студії*, 1, 81-87.

Павлова, Ю., Шиян, О. (2011). Здоровий спосіб життя школярів львівської області. *Фізична активність, здоров'я і спорт*, 3(5), 67-76.

Поширеність куріння серед молоді зменшилася на 28% – КМІС. (2017). Київський міжнародний інститут соціології (КМІС). Режим доступу: <http://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=692&page=5&t=7>

Фойгт, Н. А. Здоров'я населення як сучасний науково управлінський підхід: проблеми визначення. Режим доступу: http://academy.gov.ua/ej/ej9/doc_pdf/Fojgt_NA.pdf

Шушпанов, Д. Г. (2015). Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації. *Демографія та соціальна економіка*, 2(24), 141-152.

Шушпанов, Д. Г. (2015). Регіональний профіль здоров'я населення України: стан, тенденції, детермінанти. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*, 5(115), 77-82.

Шушпанов, Д. Г. (2016). Детермінанти здоров'я населення крізь призму життєвого курсу. *Український журнал прикладної економіки*, 1(4), 166-176.

Abel, T., Cockerham, W.C., Niemann, C. (2000). A critical approach to lifestyle and health. In S. Platt, S. & J. Watson (Eds.), *Researching Health Promotion* (pp. 54-67). London: Routledge

Bishwajit, G., Tang, S., Yaya, S., He, Z., & Feng, Z. (2017). Lifestyle Behaviors, Subjective Health, and Quality of Life Among Chinese Men Living With Type 2 Diabetes. *American Journal of Men's Health*, 357–364.

Cano, S. J., Hobart, J. C. (2011). The problem with health measurement. *Patient Preference and Adherence* 5, 279-290.

Chaput, J., & Tremblay, A. (2009). Obesity and Physical Inactivity: The Relevance of Reconsidering the Notion of Sedentariness. *Obesity Facts*, 2, 249 – 254.

Cockerham, W. C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67.

ESPAD Group (2016), ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Farhud D. D. (2015). Impact of Lifestyle on Health. *Iranian journal of public health*, 44(11), 1442–1444.

Ferretti F. (2015). Unhealthy Behaviours: An International Comparison. *PloS one*, 10(10), e0141834.

Franco, O. H., Wong, Y. L., Kandala, N. B., Ferrie, J. E., Dorn, J. M., Kivimäki, M., Stranges, S., et al. (2012). Cross-cultural comparison of correlates of quality of life and health status: the Whitehall II Study (UK) and the Western New York Health Study (US). *European journal of epidemiology*, 27(4), 255–265.

Risk factors in health and disease. (2015, July 8). European Patients' Academy. Retrieved from: <https://www.eupati.eu/pharmacoepidemiology/risk-factors-health-disease/>

Rizzuto, D., Orsini, N., Qiu, C., Wang, H., & Fratiglioni, L. (2012). Lifestyle, social factors, and survival after age 75: population based study. *BMJ*.

Hahna, R. A., Trumanb B. I., Williams D. R. (2018). Civil rights as determinants of public health and racial and ethnic health equity: Health care, education, employment, and housing in the United States. *SSM - Population Health*, 4, 17–24.

Hansen, E., Easthope, G. (2007). *Lifestyle in Medicine*. London: Routledge

Harding, S., Read, U. M., Molaodi, O. R., Cassidy, A., Maynard, M. J., Lenguerrand E., et al.(2015). The Determinants of young Adult Social well-being and Health (DASH) study: diversity, psychosocial determinants and health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(8), 1173–1188.

Hershman, S. G., Bot, B. M., Shcherbina, A., Doerr, M., Moayedi, Y., Pavlovic, A., et al. (2019). Physical activity, sleep and cardiovascular health data for 50,000 individuals from the MyHeart Counts Study. *Scientific Data*, 6(1), 24.

Jagger, C., Weston, C., Cambois, E., Van Oyen, H., Nusselder, W., Doblhammer, G., et al. (2011). Inequalities in health expectancies at older ages in the European Union: findings from the Survey of Health and Retirement in Europe (SHARE). *J Epidemiol Community Health* 65(11), 1030-1035.

Karvonen, S. (2010). Towards the social in the social determinants of health. *International Journal of Public Health*, 55(4), 237–238.

Krabbe, P. (2016). *The Measurement of Health and Health Status: Concepts, Methods and Applications from a Multidisciplinary Perspective*. (1st ed.) Academic Press.

Mohajer, N., Earnest, J. (2010). Widening the aim of health promotion to include the most disadvantaged: vulnerable adolescents and the social determinants of health. *Health Education Research*, 25(3), 387-394.

Osera, T., Awai, M., Kobayashi, M., Tsutie, S., & Kurihara, N. (2017). Relationship between Self-Rated Health and Lifestyle and Food Habits in Japanese High School Students. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 7(4), 71.

Ozkan, A., Turkmen, M., Bozkus, T., Kul, M., Soslu, R., Yasarturk, F. et al. (2018). Determination of the Relationship between Healthy Lifestyle Behaviors, Physical Fitness, and Risk Factors of Coronary Heart Diseases in University Students. *Education Science* 8(2), 51.

Karvonen, S., Abel, T., Calmonte, R., Rimpelä, A. (2000). Patterns of health-related behaviour and their cross-cultural validity--a comparative study on two populations of young people. *Soz Präventivmed*, 45(1), 35-45.

Senapati S., Bharti N., Bhattacharya A. (2015). Modern Lifestyle Diseases: Chronic Diseases, Awareness and Prevention. *International Journal of Current Research and Academic Rewview*, 3(7), 215-223

Social determinants of health. (2013). World Health Organization. Retrieved from: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/index.html

Solar, O., Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Retrieved from: https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

Verropoulou, G. (2012). Determinants of change in self-rated health among older adults in Europe: a longitudinal perspective based on SHARE data. *European journal of ageing*, 9(4), 305–318.

Visser, M., Wijnhoven, H. A. H., Comijs, H. C., Thomése, F. G. C. F., Twisk, J. W. R., & Deeg, D. J. H. (2019). A Healthy Lifestyle in Old Age and Prospective Change in Four Domains of Functioning. *Journal of Aging and Health*, 31(7), 1297–1314.

Ware, J. E., Brook, R. H., Davies-Avery A., Williams K. H., Steward A. L., William H. R., et. al. (1980). *Conceptualization and Measurement of Health for Adults In the Health Insurance Study, Vol. 1, Model of Health and Methodology*. Santa Monica CA, Rand Corporation.

Ware, J. E., Brook, R. H., Davies, A. R., Lohr, K. N. (1981). Choosing Measures of Health Status for Individuals in General Populations. *American Journal of Public Health*, 71(6), 620-625.

World Health Organization. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization. Retrieved from : https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf?ua=1&ua=1

World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization.