

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

Кафедра соціології

Кваліфікаційна робота

освітній ступінь — магістр

на тему:

**«СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ НЕРІВНОСТЕЙ У
ЗДОРОВ'І В УКРАЇНІ»**

Виконав: студент 2-го року навчання

Спеціальності 054 Соціологія

Копилов Максим Вікторович

Наукова керівниця: Оксамитна С.М., д. соц. н.,

професорка кафедри соціології НаУКМА

Рецензентка:

Черниш Тетяна Георгіївна, PhD

Кваліфікаційна робота захищена

з оцінкою _____

Секретар/ка ЕК: _____

«__» _____ 2025 р.

ЗМІСТ

<i>ВСТУП</i>	3
<i>РОЗДІЛ I: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ</i>	6
1.1. Традиція досліджень соціального градієнту у здоров'ї	6
1.2. Теоретична рамка дослідження	17
1.3. Концептуалізація ключових понять	20
1.4. Методологічні підходи у дослідженнях нерівностей у здоров'ї.	26
<i>РОЗДІЛ II. ПАТТЕРНИ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ НЕРІВНОСТЕЙ У ЗДОРОВ'Ї В УКРАЇНІ</i>	29
2.1. Дані та методи дослідження	29
2.2. Описова статистика основних змінних дослідження.....	35
2.3. Значущість взаємозв'язків ключових змінних дослідження.....	46
2.4. Моделювання впливу соціально-економічних факторів на самооцінку здоров'я.....	53
<i>РОЗДІЛ III. СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ НЕРІВНОСТЕЙ У САМООЦІНЦІ ЗДОРОВ'Я</i>	61
3.1. Відносні ефекти соціально-економічних детермінант здоров'я	61
3.2. Чи працює теорія фундаментальної причини в українському контексті?	66
<i>ВИСНОВКИ</i>	71
<i>Список джерел і літератури</i>	73

ВСТУП

Актуальність дослідження. Дослідження соціально-економічних нерівностей у здоров'ї є одним із центральних напрямів сучасної соціології здоров'я та соціальної епідеміології. Відповідно до теорії фундаментальної причини (Link & Phelan, 1995), соціально-економічний статус є глибоким, стійким джерелом нерівностей у здоров'ї, оскільки забезпечує доступ до ключових ресурсів (фінансів, знань, престижу, соціальних зв'язків), які систематично впливають на здатність індивідів зберігати здоров'я. Нерівності у здоров'ї, пов'язані із соціально-економічним статусом, є не лише несправедливими, а й *запобіжними*, що ставить перед соціальними науками завдання ідентифікувати механізми їх відтворення та шляхи подолання.

Попри активний розвиток міжнародних досліджень у цій сфері (Marmot, 2005; Pickett & Wilkinson, 2015), український контекст залишається недостатньо вивченим. Існує обмежена кількість емпіричних праць, що системно аналізують нерівності у здоров'ї на основі теоретичних підходів та сучасної методології. Попередні дослідження (Grynkiv, 2010; Platts & Gerry, 2016; Cherednychenko, 2004) засвідчують наявність соціального градієнта в самооцінці здоров'я, однак не завжди узгоджують його із теорією фундаментальної причини чи аналізують ефекти різних вимірів соціально-економічного статусу у сукупності.

У той же час, в Україні спостерігаються значні соціально-економічні нерівності, що посилилися внаслідок економічних трансформацій, війни, нестабільності ринку праці тощо. Самооцінка здоров'я населення залишається на низькому рівні, особливо серед вразливих категорій. За даними опитувань, понад 40% українців оцінюють своє здоров'я як посереднє або погане (Gilmore et al., 2002; Мазай & Мальцева, 2019).

У цьому контексті особливо актуальним є вивчення не лише абсолютних, а й відносних нерівностей у здоров'ї, тобто тих, що виникають між соціальними групами навіть у межах загального покращення ситуації (Wilkinson & Pickett, 2014). Також постає проблема осмислення ролі освіти, фінансового становища та соціального класу не як ізольованих змінних, а як взаємопов'язаних елементів

ширшого механізму стратифікації. Це є важливим для розуміння ролі соціальних детермінант і впровадження комплексного підходу до аналізу.

Таким чином, запропоноване дослідження є актуальним адже дозволяє глибше зрозуміти, як саме соціально-економічний статус впливає на здоров'я в українському контексті, які нерівності є найбільш критичними, та які чинники можуть виступати механізмами передачі цих нерівностей.

Відповідно, було поставлене наступне **дослідницьке питання**: які соціально-економічні чинники зумовлюють відтворення нерівностей у здоров'ї в українському суспільстві?

Об'єктом дослідження є соціально-економічні нерівності у здоров'ї населення України.

Предметом дослідження є соціально-економічні детермінанти нерівностей у здоров'ї населення України.

Мета дослідження полягає у тому, аби виявити основні соціально-економічні детермінанти нерівностей у здоров'ї населення, зокрема, яким чином соціально-економічний статус впливає на здоров'я в українському суспільстві та формує соціальний градієнт.

Завдання дослідження:

1. Визначити ключові підходи до концептуалізації понять «здоров'я», «соціально-економічна нерівність» та «соціальний градієнт» у сучасній соціології здоров'я.
2. Систематизувати теоретичні засади дослідження соціально-економічних детермінант здоров'я з фокусом на теорії фундаментальної причини.
3. Виявити емпіричні патерни соціально-економічних нерівностей у самооцінці здоров'я в українському контексті на основі даних загальнонаціонального опитування.
4. З'ясувати відносну силу впливу фінансового становища, освіти та соціального класу на самооцінку здоров'я серед українців.

5. Встановити, як соціально-демографічні змінні (вік, гендер, наявність хронічних захворювань) модифікують вплив соціально-економічного статусу на здоров'я.
6. Обґрунтувати потенційні напрямки соціальної політики, спрямованої на зменшення нерівностей у здоров'ї, з урахуванням отриманих результатів.

Теоретико-методологічною рамкою дослідження є соціологічні концепції, що пояснюють соціальні детермінанти здоров'я та механізми виникнення соціально-економічних нерівностей у сфері здоров'я. Центральне місце посідає теорія фундаментальної причини (Fundamental Cause Theory) (Link & Phelan, 1995), яка постулює, що соціально-економічний статус є фундаментальною причиною нерівностей у здоров'ї, оскільки забезпечує доступ до ресурсів, що дозволяють підтримувати здоров'я. Ця теорія є важливою з точки зору підходу до пояснення зв'язків, адже постулює саме *причинно-наслідковий зв'язок* між соціально-економічним статусом та здоров'ям і нерівностями.

Емпіричною базою дослідження є результати соціологічного опитування «Індекс здоров'я. Україна», проведеного в 2016 році. Опитування охопило більш ніж 10 000 респондентів, що забезпечує високу репрезентативність вибірки на національному рівні (статистична похибка не перевищує 1%). У масиві даних «Індекс здоров'я. Україна» наявний широкий спектр соціально-економічних та демографічних індикаторів, що уможливило проведення ретельного аналізу.

РОЗДІЛ I: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Традиція досліджень соціального градієнту у здоров'ї

Досвід досліджень соціально-економічних нерівностей у здоров'ї

Зв'язок між соціально-економічним статусом та рівнем здоров'я людини вже давно є доконаним фактом, перевіреном багатьма дослідженнями: лонгітюдними та короткостроковими, порівняльними та контекстуальними. Нерівності у здоров'ї розподіляються за градієнтом, який відтворює соціально-економічну стратифікацію суспільства – патерни дещо відрізняються хіба що для жінок та чоловіків (Bengtsson et al., 2020). Загальна тенденція така: чим вищий статус має людина – тим кращий рівень здоров'я у неї буде. Однак самі складові вимірюваного «статусу» різняться від дослідження до дослідження: науковці розглядають соціальний клас (самих людей чи їхніх батьків), рівень освіти, рівень доходу, соціальний статус (як за професією/посадою, так і загалом як вимір соціального капіталу людини) (Torssander & Erikson, 2009). Ба більше, можна розглядати кожен із цих факторів з об'єктивного та суб'єктивного, з абсолютного та відносного поглядів (Pickett & Wilkinson, 2015). Попри чимале методологічне розмаїття у дослідженнях соціального градієнту, їх об'єднують висновки: чим вищі значення «статусних показників», тим з більшою ймовірністю людина буде мати міцне здоров'я та гарне самопочуття.

Цей феномен, мило названий Майклом Мармотом (2004) «статусним синдромом», існує, навскидь сказати, всюди, як пише дослідник (р. 16). Фундаментальні дослідження “Whitehall I” та “Whitehall II”, які були проведені Майклом Мармотом та його командою у Великій Британії, заклали підвалини для розуміння «статусного синдрому» та дали поштовх для реплікації дизайну дослідження в інших контекстах. Перше дослідження проводилося у 1978 році і стосувалося британських державних службовців та їхнього здоров'я. Результати показали чіткий патерн: чим нижче статус державного службовця у службовій ієрархії, тим гірше його (саме «його», адже перше дослідження включало лише чоловіків) здоров'я (Marmot 2004, сс. 50, 54). Міра «здоров'я» у цьому випадку

не мала значення, адже паттерн був однаковий за самопочуттям, захворюваністю та смертністю. І паттерн зберігався з врахуванням поведінкових факторів: державний службовець, який не палить та веде здоровий образ життя, на нижчих щаблях ієрархії у середньому має гірші показники за державного службовця з вищих щаблів, який палить та не слідує за своїм здоров'ям (ibid., с. 43-45). “Whitehall 2” включало й жінок на посадах у державній службі і цей паттерн зберігався (ibid., с. 54).

Попри те, що дослідження Майкла Мармота стосувалися дуже вузької групи, – топових британських державних службовців із величних вестмінстерських коридорів – результати цих досліджень можна було з легкістю екстраполювати на класове суспільство Британії. Існування «статусного синдрому» підкріпили подальші порівняльні та лонгітюдні дослідженнями, які продемонстрували стійку залежність нерівностей у здоров'ї від нерівностей соціально-економічних (e.g., Pickett & Wilkinson, 2015; Maheswaran et al., 2015; Lahelma et al., 2019; Wachtler et al., 2019; Tanaka et al., 2022). Ба більше, наслідки «статусного синдрому» прослідковуються не лише у стані здоров'я (health outcomes), а й у рівні смертності (доволі близько пов'язаний зі станом здоров'я показник), який варіюється між різними соціально-економічними групами, подекуди навіть більш динамічно, аніж рівень здоров'я (Hu et al., 2016).

Статус має значення, міра – ні

Поняття «статусного синдрому» та «соціального градієнту» є зручними абстракціями для пояснення загального патерну: нерівності у здоров'ї чітко пов'язані із соціально-економічними нерівностями, тобто соціальний статус людини впливає на її стан здоров'я. Що цікаво, адже радше нечасто трапляється у соціальних науках, концептуалізація та операціоналізація соціального статусу» рідко коли має вплив на результати досліджень. Соціальний градієнт зберігається, попри відмінність у методології вимірювання статусу.

Серед дослідників нерівностей у здоров'ї немає навіть приблизного консенсусу стосовно найкращої міри соціально-економічного статусу.

«Соціально-економічний статус», «соціальні нерівності», «статус» та інші слова й словосполучення часто використовуються як загальні концепти на позначення місця людини в структурі суспільства (Torssander & Erikson, 2009). Дослідники намагалися визначити, що буде найкраще вимірювати цей горезвісний соціально-економічний статус: освіта, зайнятість, тобто соціальний клас, чи дохід. Однак варто розуміти, що всі вони є окремими частинами, окремими вимірами (dimensions) статусу. Хоча їх часто використовуються як різні способи вимірювати одне й те ж (а саме соціально-економічний статус), вибір показника суттєво впливає на результати досліджень у конкретних деталях (ibid.).

Наразі багато сучасних досліджень акцентують увагу на рівні освіти, як на одному з ключових факторів, що впливає на нерівності у здоров'ї – це якраз та змінна, на яку раніше звертали менше уваги. Багато досліджень дивилися на соціальний градієнт у здоров'ї саме через призму освіти (Hu et al., 2016; Moor et al., 2018; Wachtler et al., 2019; Lahelma et al., 2019; Carlander et al., 2023). Попри різну операціоналізацію освіти, усі дослідження знайшли чіткий паттерн освітніх нерівностей у здоров'ї. Найбільш вражаючим є саме фінське дослідження освітніх нерівностей у здоров'ї (Lahelma et al., 2019): автори дивилися на 36-річні тренди освітньої нерівності у здоров'ї і дійшли висновку, що вони були радше стабільні протягом усіх 36 років як для чоловіків, так і для жінок. Це свідчить про складність викорінення таких нерівностей через державні політики. Тож наразі саме зв'язок між освітою та нерівностями у здоров'ї є одним із ключових як у дослідженнях, так і в державних політиках.

Вплив соціального класу також є добре підтвердженим у багатьох дослідженнях. Однак операціоналізації соціального класу суттєво різняться. Carlander et al. (2023) дивилися на те, як «суб'єктивний соціальний клас» (як чинний, так і минулий, тобто з дитинства; відповіді респондентів перекодовувалися у категорії «low», «middle», «high») впливає на самооцінку здоров'я, і знайшли суттєвий зв'язок. Bengtsson et al. (2020) на прикладі Швеції розглядає, як зародився соціальний градієнт нерівностей у здоров'ї, використовуючи дані з 1813 до 2015 року. При цьому автори не вдаються у

надмірне спрощення вимірювання соціального класу, а натомість використовують поважну систему «Historical International Standard Classification of Occupations» (HISCO). Автори чітко відстежують зародження градієнту у Швеції з використанням соціального класу як міри соціально-економічного статусу.

Однією ж з найавторитетніших класифікацій є схема Erikson-Goldthorpe-Portocarero (EGP) (Erikson et al., 1979). Вона використовувалася, зокрема, у дослідженні нерівностей у Японії (Tanaka et al., 2021), де, за результатами, вплив соціального класу на самооцінку здоров'я (а також на рівень смертності) був суттєвим. Загалом, соціальний клас також є важливим фактором у поясненні нерівностей у здоров'ї, окремо від освіти. Наразі науковою проблемою є відділення ефектів освіти від ефектів соціального класу на здоров'я у суспільстві.

Врешті-решт, дослідники часто залучають таку змінну як дохід на позначення соціально-економічного статусу. Moor et al. (2018) знайшли стабільний вплив доходу на нерівності у здоров'ї у період з 1994 до 2014 року. І це окремо від нерівностей за зайнятістю та освітою. Torssander & Erikson (2009) також вказують на те, що дохід не можна виключати як пояснювальний фактор, адже це є окремим аспектом соціально-економічного статусу поряд з соціальним класом та рівнем освіти. У своєму мета-аналізі доступної епідеміологічної літератури Pickett & Wilkinson (2015) зробили чіткий висновок про те, що нерівності у доходах впливають на здоров'я суспільства. Випадки, коли дослідження не знаходять такий зв'язок зазвичай мають ті чи інші методологічні хиби (ibid.).

Отже, з огляду літератури зрозуміло, що серед дослідників панує методологічний плюралізм у сенсі використання різних індикаторів (разом та окремо один від одного) для вимірювання соціально-економічного статусу. Оскільки кожен з індикаторів має свій окремий вплив на результати (попри те, що загальний паттерна градієнту зберігається в усіх випадках), має сенс комбінування індикаторів. Це дозволяє схопити різні аспекти такого складного концепту як соціально-економічний статус.

Що ж стосується самого здоров'я, то серед дослідників поширене використання «об'єктивних» та «суб'єктивних» індикаторів. Об'єктивними індикаторами є численні статистики та дані про смертність, поширеність певних захворювань, результати лікування тощо. Суб'єктивні ж міри здоров'я стосуються думки людей про їх здоров'я. Найпоширенішою такою мірою є самооцінка здоров'я («self-reported health»). Використання суб'єктивної міри має свої переваги: самооцінку здоров'я легко виміряти в опитування, як і багато інших індикаторів, які можна використати як пояснювальні змінні. Об'єктивні міри здоров'я часто страждають на відсутність додаткової інформації про респондентів. Попри цю перевагу, оцінка людьми свого здоров'я є суб'єктивною.

У своєму аналізі Pickett & Wilkinson (2015) вказують, що використання самооцінки здоров'я як залежної змінної може призводити до зникнення зв'язку між доходом та нерівностями у здоров'ї. Це є імпліцитний натяк на те, що така міра не є дуже коректною в епідеміології. Попри це, усі дослідження з використанням самооцінки, що ми вивчили, підтверджували вплив соціально-економічного статусу на самооцінку здоров'я (Hu et al., 2016; Moor et al., 2018; Wachtler et al., 2019; Lahelma et al., 2019; Tanaka et al., 2021; Tanaka et al., 2022; Carlander et al., 2023). Таким чином, попри важливі імплікації для аналізу та інтерпретації даних, вибір міри здоров'я є радше питанням доступності даних. В ідеалі, обидві міри потрібно застосовувати та порівнювати результати між собою.

Соціально-економічні нерівності у здоров'ї в українському контексті

Царина досліджень соціально-економічних нерівностей у здоров'ї для вітчизняної науки має великий потенціал для розвитку. Хоча наразі фундаментальних досліджень нерівностей у здоров'ї в українському контексті не багато, зокрема через брак відповідних даних, деякі дослідники вдало використовують наявні вторинні джерела, демонструючи, що соціальні відмінності в здоров'ї в Україні все ж існують і потребують ретельного аналізу

Мазай and Мальцева (2019) провели аналіз даних Європейського Соціального Опитування (ESS), використовуючи самооцінку здоров'я як залежну змінну. Їхні результати дослідження свідчать про наявність низки соціальних патернів: суб'єктивний стан здоров'я індивідів з повною базовою освітою виявився кращим, ніж у людей з повною середньою освітою; наймені працівники мають гірший суб'єктивний стан здоров'я, ніж ті, хто має власний бізнес; люди, які задоволені власними доходами, мають кращий стан здоров'я, ніж ті, хто зовсім незадоволений власними доходами. При цьому найвпливовішим предиктором суб'єктивного стану здоров'я виявився вік людини.

Ці висновки узгоджуються з більш пізніми дослідженнями Platts і Gerry (2016). У їхній статті було проаналізовано освітні нерівності в самооцінці здоров'я та досліджено роль психосоціальних, матеріальних і поведінкових чинників у поясненні освітнього градієнта здоров'я. Автори використали дані з хвили 2007 року Українського довготривалого моніторингового обстеження (ULMS), охопивши 5451 респондента, та застосували логістичну регресію із стратифікацією за статтю.

Результати показали, що в Україні спостерігається чіткий градієнт самооцінки здоров'я за рівнем освіти. Особи з вищою освітою рідше повідомляли про стан здоров'я, нижчий за середній, порівняно з тими, хто мав лише базову освіту. Що цікаво, цей зв'язок був сильнішим у чоловіків, ніж у жінок. Значну частину освітніх відмінностей у здоров'ї вдалося пояснити матеріальними чинниками (доходи, житлові умови, зайнятість) – від 55% до 64% у чоловіків та від 35% до 47% у жінок. Поведінкові фактори, зокрема фізична активність, тютюнопаління, вживання алкоголю та індекс маси тіла, також частково пояснювали ці відмінності (на 27–30% у чоловіків і на 19–27% у жінок). Натомість психосоціальні чинники, як-от підтримка з боку сім'ї та друзів, подружній стан чи життя наодинці, майже не знижували силу асоціації між освітою та здоров'ям.

Це дослідження є важливим внеском у розуміння соціальних детермінант здоров'я в Україні, адже вперше систематично оцінює три ключові шляхи впливу – матеріальний, поведінковий і психосоціальний. Отримані результати свідчать, що боротьба з бідністю, покращення доступу до ринку праці та зменшення матеріальної депривації можуть суттєво зменшити освітні нерівності у здоров'ї. Хоча роль поведінки виявилася меншою, автори зазначили, що з часом шкідливі звички можуть стати більш концентрованими в соціально менш захищених групах, що зробить поведінкові фактори важливішими в майбутньому. Таким чином, автори вказують як рекомендацію, що політики охорони здоров'я мають зосереджуватись як на індивідуальній поведінці, так і на структурних передумовах соціальних нерівностей.

Вплив гендеру на здоров'я українців також був підтверджений результатами дослідження «Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine» (Gilmore et al., 2002). Автори дослідили чинники, що впливають на самооцінку здоров'я серед українського населення. Для порівняння автори зазначили, що 25% чоловіків і 43% жінок оцінили своє здоров'я як погане або дуже погане, що є гіршим показником порівняно з Росією та значно гіршим, ніж у Західній Європі.

Саме ж дослідження виявило суттєві гендерні, географічні та соціально-економічні нерівності у самооцінці здоров'я. Жінки мали вищий ризик негативної самооцінки здоров'я порівняно з чоловіками. Крім того, жінки, які проживають у сільській місцевості, мали підвищений ризик негативної оцінки здоров'я порівняно з тими, хто мешкає в містах. Ці результати підкреслюють значні соціально-економічні та демографічні нерівності у самооцінці здоров'я в Україні, що вказує на необхідність розробки політик, спрямованих на зменшення цих диспропорцій та покращення загального рівня здоров'я населення.

Низка авторів також спробували розглянути інші структурні фактори як предиктори здоров'я, зокрема соціальний клас та соціальний капітал. Симончук (2018, р. 351-353), аналізуючи вплив соціального класу на здоров'я, зазначає, що в Україні та в інших країнах залежність між класом та самооцінкою здоров'я є

статистично значущою, але слабкою. Також авторка наводить інші вітчизняні дослідження і зазначає, що в Україні жінки, попри кращі об'єктивні показники здоров'я, гірше оцінюють своє здоров'я за чоловіків, у яких воно об'єктивно гірше, незалежно від соціального класу (ibid., p. 351).

У дослідженні Grynkiw (2010) проаналізовано вплив соціального капіталу на самооцінку здоров'я в Україні на основі даних Європейського соціального дослідження (European Social Survey) 2004/2005 та 2006/2007 років. Авторка розглядає чотири компоненти соціального капіталу: довіру до інших людей, рівень взаємності, довіру до політиків і релігійних організацій – як на індивідуальному, так і на регіональному (обласному) рівнях.

Результати аналізу показують, що регіональний соціальний капітал не має значущого впливу на здоров'я ні для чоловіків, ні для жінок. Натомість, індивідуальний рівень соціального капіталу демонструє статистично значущий зв'язок із самооцінкою здоров'я. Зокрема, індивідуальна довіра до інших людей позитивно асоціюється з кращим здоров'ям як у чоловіків, так і у жінок, хоча ефект є дещо вищим серед чоловіків. Рівень взаємності має значення лише для жінок, впливаючи на ймовірність звітування про добре здоров'я. У чоловіків ця змінна не демонструє значущого впливу. Довіра до політиків виявилася значущою для обох гендерів, з подібним позитивним ефектом, хоча її вплив на зниження ймовірності поганого здоров'я був сильнішим серед жінок.

Окрему увагу авторка приділяє участі в релігійних організаціях. Регулярне (приблизно щомісячне) відвідування релігійних служб позитивно впливає на здоров'я жінок, але не є значущим для чоловіків. Водночас, частіше відвідування (більше одного разу на тиждень) позитивно пов'язане із здоров'ям чоловіків, тоді як нерегулярне – може навіть мати негативний вплив.

Авторка також розглядає взаємодію між соціальним капіталом на регіональному рівні та соціально-економічними характеристиками. Що цікаво, результати не підтвердили сильнішого впливу соціального капіталу на здоров'я бідніших верств населення. Натомість, виявлено значний позитивний ефект

регіонального соціального капіталу на здоров'я людей із вищою освітою. Знову ж, вплив виявився більшим серед чоловіків порівняно з жінками.

Таким чином, дослідження Grynkiv (2010) підкреслює важливість саме індивідуального соціального капіталу як чинника, пов'язаного із суб'єктивною оцінкою здоров'я в Україні. Найбільший позитивний ефект спостерігається серед людей з вищою освітою, що має важливі політичні імплікації для стимулювання розвитку соціального капіталу як засобу поліпшення громадського здоров'я.

У своєму дослідженні Cherednychenko (2004) аналізує регіональні відмінності у здоров'ї працюючого населення України, використовуючи показники частоти та тривалості лікарняних як індикатори стану здоров'я. Це, загалом, є нетиповим джерелом даних як в контексті українських досліджень, так і серед закордонних. Авторка застосовує економетричні моделі для виявлення соціально-економічних, демографічних, інституційних і екологічних чинників, що впливають на здоров'я працівників. Головний висновок дослідження полягає в тому, що ключову роль у формуванні стану здоров'я грають умови праці та екологічна ситуація, тоді як вплив соціального середовища виявився слабшим за очікування.

Модель частоти випадків захворювань свідчить, що основним детермінантом є зміни у стані здоров'я працівників, що опосередковуються якістю фізичного та трудового середовища. Наприклад, вища освіта знижує частоту лікарняних, що узгоджується з ідеєю про позитивний вплив освіти на здоров'я. Водночас зростання ВВП на душу населення виявилось несподівано шкідливим для здоров'я працівників: за умов поганих трудових стандартів інтенсифікація праці в періоди економічного зростання веде до підвищеного рівня травматизму й захворюваності, що ще більше ускладнюється зростанням стресу. Негативний зв'язок між рівнем безробіття та частотою лікарняних може бути зумовлений ефектами селекції за здоров'ям у періоди спаду або дисциплінуючим впливом безробіття.

Що стосується соціального середовища, лише один із трьох відповідних показників мав значущий зв'язок зі станом здоров'я. Це не означає повну відсутність впливу, однак результати свідчать, що стрес, пов'язаний із трудовою діяльністю, ймовірно, має більшу вагу для здоров'я працівників, ніж загальний стан соціальних відносин. Авторка також підкреслює, що під час економічних спадів може діяти ефект здорової селекції – менш здорові працівники залишають ринок праці, що впливає на результати.

Інша модель, яка аналізує тривалість лікарняних, показала значно нижчу варіативність у часі та між регіонами. Її динаміка менше залежить від фізичного середовища й частіше визначається індивідуальними перевагами та економічними стимулами. Наприклад, діти виступають стимулом до подовження періодів відсутності на роботі, тоді як високий рівень безробіття може скорочувати такі періоди через зростання страху втратити роботу.

На основі моделей авторка робить регіональний прогноз стану здоров'я, згідно з яким найгірші показники демонструють східні, високоіндустріалізовані області з несприятливими фізичними та соціальними умовами. Найкращі – західні регіони, де умови праці й середовища є кращими. Ці регіональні відмінності свідчать про наявність системних, структурних і несправедливих нерівностей у здоров'ї, які не залежать від особистого вибору індивідів, але можуть бути частково скориговані завдяки державній політиці.

Отже, наявні дослідження підтверджують, що вплив соціально-економічного статусу на нерівності у здоров'ї в Україні є значущим, хоча і часто слабким, однак це залежить від обраної міри соціально-економічного статусу. Освітній градієнт, який частіше досліджували, був більш чітким, аніж градієнт за соціальним класом. Однак матеріальне становище також виявилось впливовим фактором. Це, загалом, узгоджується з закордонними, зокрема європейськими, дослідженнями, де соціальний градієнт присутній за різних мірил соціально-економічного статусу, хоча і з різною силою, і з певними унікальними нюансами (див. Torssander & Erikson, 2009). Також усі дослідження в українському контексті вказують на суттєвий вплив гендеру на здоров'я,

зокрема на його самооцінку респондентами (self-reported health). Гендерна диференціація самооцінки здоров'я вказує на важливість як включення гендеру до аналізу, так і детальний розгляд модеруючого впливу гендеру на інші предиктори.

Таким чином, оглянуті літературні джерела розкривають низку особливостей у царині досліджень соціально-економічних нерівностей у здоров'ї. По-перше, величезний пласт досліджень вказує на існування соціального градієнту у здоров'ї у різних соціальних контекстах та у різні часи. Загалом, дослідження соціально-економічних нерівностей у здоров'ї можна підсумувати наступним чином: нерівності у здоров'ї диференціюються за соціальним градієнтом, який відтворює соціально-економічні нерівності суспільства, сила впливу яких є контекстуальною та іноді потребує додаткового крос-секційного аналізу між різними групами (за віком чи гендером, наприклад), аби стати «помітною». По-друге, попри різні підходи до вимірювання соціально-економічного статусу, патерн соціального градієнту зберігається. Вибір тієї чи іншої міри соціально-економічного статусу залежить від теоретичної рамки дослідження та наявних емпіричних даних. По-третє, наявні дослідження вказують на існування соціального градієнту у здоров'ї в Україні, однак наразі ця тема залишається недостатньо розкритою.

1.2. Теоретична рамка дослідження

Теорія фундаментальної причини

Дослідження соціальних детермінант здоров'я вимагає не лише емпіричного аналізу, а й ґрунтовного теоретичного підходу для пояснення механізмів соціальної нерівності у здоров'ї. Однією з найбільш впливових теорій у цій сфері є теорія фундаментальної причини (Fundamental Cause Theory, FCT), запропонована Брюсом Лінком і Джо Пеланом у 1995 році (Link & Phelan, 1995).

Згідно з цією теорією, соціально-економічний статус виступає фундаментальною причиною нерівностей у здоров'ї та смертності. Лінк і Пелан стверджують, що доступ до ресурсів – грошей, знань, влади, престижу та соціальних зв'язків – є ключовим чинником, що визначає здатність людей запобігати захворюванням або долати їхні наслідки (Link & Phelan, 1995; Phelan, Link & Tehranifar, 2010).

Теорія фундаментальної причини має декілька постулатів. По-перше, соціально-економічний статус визначає здоров'я. Теорія наголошує, що незалежно від конкретних захворювань чи медичних технологій, соціально-економічний статус залишається основним фактором, що визначає нерівності у здоров'ї. Зміни у специфічних факторах ризику можуть змінювати рівень захворюваності, але загальна закономірність зберігається: люди з вищим соціально-економічним статусом мають кращий доступ до засобів підтримки здоров'я (Phelan et al., 2010). По-друге, теорія пропонує конкретний механізм впливу соціально-економічного статусу на здоров'я. Соціально-економічний статус впливає на здоров'я через нерівномірний розподіл ресурсів, що забезпечують можливості для здорового способу життя, своєчасного медичного обслуговування та профілактики захворювань. Наприклад, освіченіші люди частіше використовують науково обґрунтовані стратегії підтримки здоров'я, такі як здорове харчування та фізична активність (Galea et al., 2005). По-третє, теорія підкреслює стійкість соціально-економічних нерівностей у здоров'ї. Навіть із появою нових медичних технологій та покращенням загального рівня охорони здоров'я, нерівності у здоров'ї залишаються, оскільки люди з вищим соціально-

економічним статусом першими отримують доступ до нових ресурсів та методів лікування. Це явище отримало назву «механізму заміни» – коли усувається один ризик, на його місце приходять нові, до подолання яких першими адаптуються соціально привілейовані групи (Phelan & Link, 2015).

Загалом, теорія фундаментальної причини допомагає пояснити, чому соціальні нерівності у здоров'ї зберігаються навіть у країнах з розвиненими системами охорони здоров'я та значними інвестиціями в медичну сферу. Вона підкреслює необхідність не лише боротьби з конкретними захворюваннями, а й створення політик, спрямованих на зменшення загальної соціально-економічної нерівності (Beckfield, 2018).

Механізми пояснення

Проте все ж набагато менше досліджень не лише встановлюють наявність зв'язку, а ще й пояснюють каузальний механізм того, як саме соціально-економічний статус впливає на нерівності у здоров'ї та як, під впливом яких додаткових факторів, формується «соціальний градієнт» у здоров'ї (Hu et al., 2016, 6-7 р.).

Серед основних механізмів пояснень можна виділити три групи: психологічно-поведінкові, матеріальні (до яких можемо віднести також спосіб життя та доступ до системи охорони здоров'я) та такі, що пов'язані з навколишнім середовищем (Wachtler et al., 2019; Bengtsson et al., 2020).

Якщо говорити про психологічний аспект впливу СЕН на здоров'я, то основну увагу треба зосереджувати на факторі стресу. А саме – на тому, що люди з нижчим соціально-економічним статусом менше можуть контролювати стан справ у своєму житті, мають менше можливостей відпочивати, мають менші та слабші соціальні мережі. Життя людей з нижчим соціально-економічним статусом з більшою ймовірністю концентрується навколо ситуації на роботі, можливостей заробити грошей та працювати більше та ефективніше для задоволення базових потреб своїх та сім'ї (Marmot, 2004, p.16-30). Це призводить до вищого рівня стресу, менших ментальних ресурсів, що допомагали б впоратися із складними життєвими ситуаціями, включаючи різні хвороби.

Більша ймовірність стресів та пригнічення збільшує ймовірність стати курцем, мати проблеми з алкоголем та іншими психоактивними речовинами. Те ж саме стосується і депресії – її розповсюдження загалом та того, що, на жаль, її з меншою ймовірністю діагностують людям з нижчим соціально-економічним статусом через те, що вони не мають можливості звертатися до психотерапевтів (Pickett & Wilkinson, 2015).

Найширша група пояснень стосується матеріального благополуччя. Матеріальне благополуччя (суб'єктивне та об'єктивне) є індикатором можливостей людини мати вибір різних опцій у різних сферах свого життя. Дозволити собі їсти здоровішу їжу, дозволити собі поїхати на відпочинок «дихати морським повітрям» кілька разів на рік, дозволити собі обирати лікарів та радитися водночас із декількома, купувати дорожчі ліки, дозволити собі додаткові процедури з догляду за собою (масажі, психотерапія та абонемент у спортзал – найперше, що спадає на думку). Так, рівень доходу сам по собі вже ранжує можливі сценарії життя людей, що безпосередньо впливають на стан їхнього здоров'я.

Третя група пояснень – «енвайроменталістська» – тобто, простими словами, стосується навколишнього середовища (Bengtsson et al., 2020). Тут залежність, як медаль, має дві сторони. Одна – соціальне оточення (частково про нього вже згадували): величина соціальних мереж людей, кількість їхніх зв'язків з іншими, частота зустрічі із близькими та друзями; атмосфера, у якій живе людина; кримінальна ситуація у районі, у якому живе людина; мережі соціалізації та щоденного спілкування тощо. Різниця у соціально-економічному статусі призводить до диференціації соціального оточення, що у результаті впливає на стан здоров'я людини (та на рівень смертності – особливо, коли справа стосується кримінальної ситуації у районі). Друга – навколишнє середовище *per se*. Ймовірність жити у менш забруднених районах, працювати у більш екологічно та технологічно безпечних організаціях є можливість далеко не у всіх. Ця ймовірність теж розподіляється градієнтом за соціально-економічним статусом, що у результаті впливає на здоров'я.

1.3. Концептуалізація ключових понять

Поняття «здоров'я»

Ключовим поняттям у цьому дослідженні є здоров'я. Його концептуалізація є складною, багатовимірною та історично змінною. Традиційне визначення, запропоноване Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), описує здоров'я як «стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або фізичних вад». Попри свою цілісність, це визначення часто критикується за утопічність, нефальсифікованість і практичну непридатність для емпіричних досліджень (Blaxter, 2010). У повсякденному вимірі здоров'я є не лише біологічним станом, але й соціально та культурно обумовленою категорією, що визначається індивідуальними уявленнями, нормами та досвідом.

З позиції медичної соціології, саме поняття здоров'я розглядається не лише як фізичний стан, але як соціальний конструкт, тісно пов'язаний із суспільною структурою, стратифікацією та нерівностями. Наприклад, теорія соціального виробництва хвороб (Cockerham, 2012) підкреслює, що хвороби та проблеми зі здоров'ям виникають не у вакуумі, а як наслідок соціально-економічних умов, політичних рішень, екології, суспільних відносин тощо. Тобто здоров'я відображає не лише фізіологію, а й соціальну структуру, у якій позиціонується індивід. Цей соціальний аспект співвідноситься із розумінням здоров'я як «стану» (короткостроковий погляд) або «статусу» (довгострокова оцінка свого здоров'я), як про це пише Blaxter (2010, с. 10). Такий підхід дозволяє врахувати багато тонкощів: людина може «прихворіти», але казати, що загалом вважає своє здоров'я «дуже добрим»; і навпаки, людина може не мати жодного медичного діагнозу чи кличних симптомів, але бути постійно втомленою, мати поганий апетит, що призводить до оцінки здоров'я як «дуже поганої».

Саме через цю особливість соціологічної концептуалізації здоров'я дослідники часто спираються не на медичні показники, а на суб'єктивну оцінку людини. Суб'єктивна оцінка здоров'я або самооцінка здоров'я (self-rated health)

є одним з найширше використовуваних і водночас найбільш загадкових індикаторів в соціально-епідеміологічних дослідженнях. На перший погляд суб'єктивна оцінка здоров'я є радше простим конструктом. В опитуваннях респондентів найчастіше просять оцінити своє здоров'я за шкалою від «дуже поганого» до «дуже доброго». Втім, як показує Jylhä (2009), це питання насправді активує складну когнітивну процедуру, у якій респондент інтерпретує запитання, згадує інформацію про свій стан, порівнює його з нормативними очікуваннями та приймає соціально обумовлене рішення про відповідь.

У пропонуваній моделі Jylhä (ibid.) самооцінка здоров'я є результатом трьох основних когнітивних процесів: (1) оціночної інтеграції медичних знань (включаючи наявність хронічних захворювань, симптомів, функціональних обмежень); (2) порівняння з референтною групою (тобто іншими людьми такого ж віку, соціального статусу, тощо); (3) оцінки життєвих перспектив і шансів, яка включає уявлення про майбутнє здоров'я та очікувану тривалість життя. Таким чином, суб'єктивна оцінка здоров'я не є прямим відображенням об'єктивного стану організму, але натомість репрезентує інтегральну оцінку особистого досвіду, тілесності, соціальних очікувань і культурних норм.

Цей підхід дозволяє пояснити, чому самооцінка здоров'я так тісно корелює з ризиком смертності, попри свою «простоту» як конструкту. Суб'єктивна оцінка здоров'я враховує широкий спектр інформації, включно з тими аспектами здоров'я, які не завжди доступні медичним діагнозам, але є добре відомі самій людині: почуття втоми, зниження енергії, біль, емоційний стан, доступ до допомоги тощо. Також, самооцінка здоров'я є надійним предиктором смертності навіть після контролю за медичними діагнозами, і може виступати синтезом як медичних, так і соціальних чинників (Jylhä, 2009).

Більше того, суб'єктивна оцінка здоров'я є чутливою до соціального контексту. Наприклад, люди з нижчим рівнем освіти або доходів можуть мати інші очікування щодо того, що вважати «здоровим», і порівнювати себе з менш здоровими соціальними групами. Це може частково пояснити парадокс, коли об'єктивно менш здорові соціальні групи іноді демонструють не найгірші оцінки

здоров'я (Blaxter, 2010). У цьому сенсі самооцінка здоров'я – це не просто індикатор індивідуального стану, а відображення відбитку структури соціальних нерівностей на індивіді.

Отже, у межах нашого дослідження, ми розглядаємо здоров'я як суб'єктивну інтегральну характеристику, що формується під впливом об'єктивних (наявність хронічних захворювань, вік), соціально-економічних (соціальний клас, фінансове становище, освіта) та когнітивно-культурних (установки, очікування, порівняння з іншими) чинників. Найбільш фокус буде зроблено саме на соціально-економічних детермінантах здоров'я.

Соціально-економічний статус, соціальна нерівність та соціальний градієнт

У цьому дослідженні центральними аналітичними категоріями є соціально-економічний статус, соціальна нерівність та соціальний градієнт у здоров'ї. Хоча ці поняття тісно пов'язані між собою, кожне з них виконує окрему теоретичну та емпіричну функцію у дослідженні.

Соціальний статус є складним багатовимірним поняттям, яке включає економічні, культурні та символічні аспекти. Класичні підходи до аналізу соціального статусу базуються на теоріях Вебера та Маркса. Веберіанська традиція (Breen, 2005) розглядає статус як відмінний від класу компонент соціальної стратифікації, що визначається престижем, способом життя та соціальними зв'язками. З іншого боку, марксистський підхід фокусується на відносинах до засобів виробництва та економічній експлуатації. У сучасних дослідженнях соціальний статус зазвичай вимірюється через рівень доходу, освіти та професійного престижу (Torssander & Erikson, 2009). Ключовим питанням є те, як найкраще поєднувати ці три виміри: наприклад, чи слід розглядати освіту як незалежний чинник, чи як проміжну змінну, що впливає на дохід? Також існує дискусія щодо відносного впливу цих чинників на здоров'я: деякі дослідження показують, що рівень освіти має довготривалий ефект на здоров'я незалежно від поточного доходу, тоді як інші доводять, що економічні ресурси є вирішальним фактором.

У сучасних дослідженнях у царині нерівностей у здоров'ї соціально-економічний статус слугує основною змінною, через яку операціоналізується положення індивіда у стратифікаційній системі суспільства. У соціологічній традиції він розглядається як багатовимірне поняття, що охоплює економічні ресурси (доходи), освітній капітал (формальний рівень освіти) та позицію на ринку праці (професійний статус або клас). У межах нашого дослідження соціально-економічний статус було виміряно за трьома окремими, але взаємопов'язаними змінними: рівнем освіти, соціальним класом (відповідно до нео-веберіанської типології), та суб'єктивним фінансовим становищем, яке виступає інтегральним показником матеріального добробуту. Врахування різних аспектів і порівняння їхньої відносної сили є цікавим завданням як в межах загальної літератури в царині (див. Torssander & Erikson, 2009), так і в українському контексті, де результати були неоднозначні.

Інше ключове поняття – нерівність. Соціальна нерівність є одним із центральних у соціальних науках і має безліч вимірів. У контексті здоров'я нерівність визначається як систематичні та потенційно запобіжні відмінності у стані здоров'я між різними соціальними групами (Marmot, 2005). Основна проблема концептуалізації полягає в розмежуванні абсолютної та відносної нерівності. Абсолютна нерівність вимірюється реальними показниками (наприклад, різниця у середній тривалості життя між групами), тоді як відносна нерівність фокусується на пропорційних відмінностях, які можуть залишатися навіть при загальному покращенні здоров'я. Wilkinson і Pickett (2014) наголошують, що саме відносна нерівність має значний вплив на психологічний стрес та соціальну довіру, що, у свою чергу, впливає на здоров'я. Іншою важливою дискусією є питання, чи слід зосереджувати увагу лише на доходах, чи включати інші форми нерівності (наприклад, доступ до якісної освіти, житлових умов та медичних послуг).

Соціальна нерівність у здоров'ї у нашому дослідженні розглядається як систематична різниця у відносній самооцінці здоров'я між соціальними групами, сформованими за ознаками соціально-економічного статусу (за різними його

вимірами). У фокусі цього дослідження знаходиться саме відносна нерівність – тобто не просто факт, що одна група в середньому має гірші показники, а те, що ця відмінність зберігається незалежно від загального рівня здоров'я в суспільстві. Вона фіксує структурну асиметрію в розподілі ресурсів, які впливають на здоров'я (Link & Phelan, 1995).

Насамкінець, дотичним поняттям є соціальний градієнт у здоров'ї. Це поняття вказує на систематичний зв'язок між соціально-економічним статусом та станом здоров'я, що проявляється на всіх рівнях суспільної ієрархії (Bengtsson et al., 2020). Соціальний градієнт підкреслює, що покращення соціально-економічного статусу веде до кращого здоров'я, навіть якщо зміни є відносно невеликими. Поняття соціального градієнта здоров'я вказує на систематичну, лінійно-ієрархічну залежність між соціально-економічним статусом і станом здоров'я. Воно не обмежується крайніми точками стратифікаційної структури суспільства (багаті проти бідних), а демонструє, що кожен крок вгору соціальною ієрархією асоціюється з покращенням здоров'я (Bengtsson et al., 2020). У такому розумінні, соціальний градієнт є емпіричним проявом соціальної нерівності, тоді як соціально-економічний статус є теоретичною конструкцією, що пояснює цей прояв. Однак одна з головних теоретичних проблем полягає у встановленні причинно-наслідкових зв'язків: чи призводить вищий соціально-економічний статус до кращого здоров'я, чи навпаки – погане здоров'я обмежує соціальну мобільність? Також важливим є питання механізмів цього зв'язку: чи відіграє ключову роль доступ до медичних ресурсів, рівень стресу або ж поведінкові фактори? Більшість досліджень підтримують багатофакторний підхід, згідно з яким соціальний градієнт є результатом комплексної взаємодії між матеріальними умовами, психосоціальними факторами та поведінковими звичками.

Взаємозв'язок між цими трьома поняттями є наступним: соціально-економічний статус – це причина, соціальна нерівність у здоров'ї – ефект, а соціальний градієнт – паттерн цього ефекту. Соціально-економічний статус індивіда обумовлює його доступ до ресурсів, необхідних для підтримки здоров'я

– як матеріальних (медичні послуги, житло, харчування), так і нематеріальних (освітній капітал, соціальні зв'язки, психологічна стійкість). Ці ресурси так само мають вплив на здоров'я, створюючи стабільний градієнт, який проявляється незалежно від рівня розвитку країни чи системи охорони здоров'я.

Особливої уваги заслуговує різна роль компонентів соціально-економічного статусу. Наприклад, рівень освіти може виступати не лише самостійним чинником, а й проксі для інших ресурсів, таких як когнітивні навички, здатність до самозахисту у взаємодії з медичною системою або доступ до кращої зайнятості. Матеріальне становище, навпаки, відображає ближчий і безпосередній доступ до ресурсів, що дозволяє пояснити його сильніший ефект на самооцінку здоров'я в українських реаліях. Таким чином, взаємодія між окремими елементами соціально-економічного статусу формує механізми відтворення нерівності у здоров'ї, які проявляються у градієнтному характері розподілу суб'єктивного добробуту.

Соціально-економічні детермінанти

Поняття соціально-економічні детермінанти здоров'я (social determinants of health, SDoH) є фундаментальним у сучасній соціальній епідеміології, медичній соціології та громадському здоров'ї. Згідно з визначенням ВООЗ, соціальні детермінанти здоров'я – це умови, в яких люди народжуються, зростають, живуть, працюють і старіють, і які формуються під впливом розподілу грошей, влади та ресурсів на глобальному, національному та місцевому рівнях (Wilkinson & Marmot, 1998). Коли ми говоримо про соціально-економічні детермінанти нерівностей у здоров'ї, то маємо на увазі ті соціальні фактори, які не просто впливають на здоров'я загалом, але пояснюють систематичні відмінності в стані здоров'я між різними соціальними групами.

У цьому контексті особливо важливим є термін детермінанта. На відміну від більш м'яких термінів, як-от «фактор», «умова» чи «аспект», слово детермінанта підкреслює каузальну (причинну) силу явища. Детермінанта – це не просто змінна, яка корелює з результатом; це змінна, яка призводить до нього,

створює структурні умови, у межах яких індивіди приймають рішення, формують поведінку й зазнають впливу середовища. Як зауважують Solar & Irwin (2010), детермінанти діють через соціальні механізми, які або обмежують, або розширюють індивідуальні можливості бути здоровими. Наприклад, рівень доходу – це не лише кількісний показник; він визначає доступ до якісного харчування, житла, медичної допомоги, а також впливає на рівень стресу та життєві перспективи. Це співвідноситься із теорією соціального виробництва хвороб (Cockerham, 2012a).

У цьому дослідженні соціально-економічні детермінанти нерівностей у здоров'ї розуміються як структурні соціальні позиції – освіта, соціальний клас, фінансове становище – що формують систематичні переваги або вразливості у доступі до ресурсів, які є важливим для суб'єктивної оцінки здоров'я. Такий погляд чітко узгоджується з теоретичною моделлю вже розглянутої теорією фундаментальної причини (Link & Phelan, 1995).

Таким чином, у цьому дослідженні ми виходимо з розуміння соціально-економічних детермінант не лише як фонових чинників, а як каузальних механізмів, що структурно формують і відтворюють нерівності у здоров'ї. Це дозволяє об'єднати соціологічну теорію (зокрема теорію фундаментальної причини) з емпіричним аналізом на рівні соціально-економічного статусу.

1.4. Методологічні підходи у дослідженнях нерівностей у здоров'ї

Дослідження соціально-економічних нерівностей у здоров'ї є міждисциплінарною сферою, що поєднує методологічні підходи як епідеміології, так і соціальних наук. У статті з поетичною назвою «*Falling down the rabbit hole? Methodological, conceptual and policy issues in current health inequalities research*» (Kelly-Irving et al., 2022) автори вказують, що одним із центральних питань у цій царині є встановлення причинно-наслідкових зв'язків між соціальними детермінантами здоров'я та нерівностями у здоров'ї. Конвенційно вважається, що найнадійніші висновки можуть бути отримані з рандомізованих контрольованих досліджень (RCT), які типово

використовуються в епідеміології та медицині. Однак у соціальних науках такі дослідження здебільшого є неможливими або неетичними. Саме тому у соціальних науках поширене застосування квазіекспериментальних підходів, таких як аналіз «різниці в різницях» (difference-in-differences), інструментальні змінні та аналіз природних експериментів (Kelly-Irving et al., 2022; Wickham et al., 2020).

Крім того, значну роль у виявленні причинних механізмів відіграють якісні методи, зокрема процес-трейсинг (process tracing) та тематичний аналіз глибинних інтерв'ю, що дозволяють аналізувати досвід і перспективи різних соціальних груп (Collier, 2011; Smith & Anderson, 2018). Триангуляція даних – використання кількох методів і джерел даних – вважається ключовим способом для підвищення валідності висновків у дослідженнях нерівностей у здоров'ї (Hammerton & Munafò, 2021).

Одним із ключових методологічних викликів у дослідженнях нерівностей у здоров'ї є обмеженість доступних даних та складність вимірювання соціальних детермінант здоров'я. Конвенційні показники, такі як дохід, освіта та професійний статус, є корисними, проте не повністю відображають складність соціальної стратифікації (McCartney, Bartley et al., 2019). Також існує ризик надмірного фокусування на індивідуальних характеристиках, таких як генетичні фактори, що може призвести до нехтування структурними соціальними факторами (Morris et al., 2020).

Таким чином, дослідження нерівностей у здоров'ї потребують комплексного підходу, який поєднує кількісні та якісні методи, використовує різні джерела даних і враховує політичний та соціальний контекст. Важливо не лише виявляти причинно-наслідкові зв'язки, але й сприяти впровадженню політик, що базуються на наукових доказах та сприяють зменшенню нерівностей у здоров'ї. Саме політизованість проблеми соціально-економічних нерівностей у здоров'ї сприяє тому, що дослідження схиляються до певного методологічного прагматизму: пошуку балансу між відносною простотою отриманих результатів та впевненістю у надійності встановлених каузальних зв'язків.

Отже, можна зробити висновок, що соціальний градієнт здоров'я є загальнопоширеним феноменом, який спостерігається в різних суспільствах і проявляється незалежно від вибору конкретного індикатора соціально-економічного статусу. Попри методологічне різноманіття, дослідження підтверджують: що вищим є соціальний статус – тим кращими є показники здоров'я, включно із суб'єктивною самооцінкою. Водночас між різними індикаторами статусу – доходом, освітою та соціальним класом – існують значущі відмінності щодо сили та механізму впливу на здоров'я.

Найбільш теоретично обґрунтованою та емпірично підтвердженою концепцією є теорія фундаментальної причини, яка дозволяє пояснити сталість нерівностей у здоров'ї через нерівномірний розподіл життєвих ресурсів. У фокусі уваги цієї теорії – матеріальні, поведінкові та середовищні механізми, які опосередковують вплив соціального становища на здоров'я. Важливим є те, що у нашому дослідженні здоров'я концептуалізується не як об'єктивний біологічний стан, а як суб'єктивний статус індивіда. За цим підходом здоров'я є когнітивно складним соціальним конструктом, що інтегрує біомедичні, психологічні та соціальні фактори.

Таким чином, теоретичні підходи та емпіричні результати, обговорені у розділі, сформуvalи підґрунтя для подальшої емпіричної перевірки гіпотез про вплив окремих компонентів соціально-економічного статусу на самооцінку здоров'я.

РОЗДІЛ II. ПАТТЕРНИ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ НЕРІВНОСТЕЙ У ЗДОРОВ'І В УКРАЇНІ

2.1. Дані та методи дослідження

Масив даних «Індекс здоров'я. Україна»

Загалом, в українській соціології наразі немає достатньої кількості емпіричних даних про соціально-економічні нерівності у здоров'ї. Для нашого дослідження ми обрали один з небагатьох доступних масивів даних – репрезентативне опитування «Індекс здоров'я. Україна», що містить дані щодо оцінки респондентами їх стану здоров'я, їх здорової поведінки («health behaviour»), а також цілу низку соціально-демографічних характеристик. Було використано масив даних за 2016 рік. Загальна вибірка становить 10178 респондентів, а дані є репрезентативними для кожної області. Теоретична похибка для всього масиву становить 1%.

Операціоналізація змінних

У ході дослідження нас найбільше цікавила змінна суб'єктивної оцінки (або ж самооцінки) здоров'я. У літературі з теми нерівностей у здоров'ї цей індикатор відомий як self-rated health (або self-reported health) та часто застосовується в опитуваннях. У нашому масиві даних, цей індикатор вимірювався за допомогою типової шкали:

1. Дуже погане.
2. Погане.
3. Посереднє, не добре, але й не погане.
4. Добре.
5. Дуже добре.

Наступні змінні з наведеними шкалами були обрані як предиктори самооцінки здоров'я:

- Соціальний клас (шкала EGP):
 1. І-й службовий клас вищого рівня (професіонали зайняті висококваліфікованою розумовою працею як самозайняті, так і

наймані; керівники державних органів влади, менеджери великих підприємств і організацій; великі приватні власники).

2. II-й службовий клас нижчого рівня (професіонали нижчого рівня кваліфікації, влади та управління; адміністратори і менеджери невеликих промислових підприємств; керівники середнього рівня над зайнятими нефізичною працею найманими працівниками).
3. III-й клас працівників рутинної нефізичної праці (працівники адміністративних органів, сфери торгівлі, обслуговування, комерції).
4. IV-й клас дрібних власників, самозайнятих, фермерів.
5. V-й клас кваліфікованих робітників фізичної праці в промисловості.
6. VI-й клас некваліфікованих робітників фізичної праці в промисловості, сільському господарстві та сфері обслуговування.

- Рівень освіти:

1. Середня загальна.
2. Професійно-технічна.
3. Неповна вища / Передвища.
4. Вища.

- Суб'єктивний фінансовий статус:

1. Нам не вистачає грошей навіть на їжу.
2. Нам вистачає грошей на їжу, але купити одяг важко.
3. У нас достатньо грошей на їжу й одяг і ми можемо дещо відкласти, але цього недостатньо, щоб купувати дорогі речі (як телевізор або холодильник).
4. Ми можемо дозволити собі купувати деякі дорогі речі, але не можемо робити суттєвих заощаджень.
5. Ми можемо робити суттєві заощадження.¹

¹ Категорію «5. Ми можемо робити суттєві заощадження» було об'єднано з «4. Ми можемо дозволити собі купувати деякі дорогі речі, але не можемо робити суттєвих заощаджень» через незначну кількість респондентів (n = 13).

- Вікова група:
 1. 18 - 29 років.
 2. 30 - 44 років.
 3. 45 - 59 років.
 4. 60 років та старше.
- Наявність хронічних або довготривалих захворювань:
 1. Наявні.
 2. Відсутні.
- Гендер:
 1. Чоловік.
 2. Жінка.

Для усіх обраних змінних відповіді «Не знаю», «Відмова», «Важко сказати» були перекодовані на пусті значення («NA»). Для подальшого аналізу були обрані респонденти, для яких наявна інформація за всіма змінними, тобто у яких відсутні пусті значення по усіх змінних. Унаслідок цієї процедури загальна кількість респондентів у масиві зменшилась з 10178 до 8839.

Гіпотези дослідження

Загалом, соціальний клас, рівень освіти та фінансовий статус є різними вимірами соціально-економічного статусу (SES). Соціальний клас та освітній рівень часто використовують у інших дослідженнях, однак суб'єктивний фінансовий статус є унікальною змінною в українському контексті (в інших дослідженнях частіше використовують дохід). Ми обрали усі три змінні як предиктори аби порівняти їх відносну силу впливу на самооцінку здоров'я. Окрім того, окремі дослідження вказують на те, що попри незмінний загальний градієнт у нерівностей у здоров'ї за доходом, освітою, класом та статусом, кожна з цих змінних має свій більш конкретний ефект на стратифікацію для чоловіків та жінок (Torssander & Erikson, 2009).

У ході нашого дослідження, ми прагнули перевірити наступні гіпотези про вплив соціально-економічного статусу (визначеного через соціальний клас, рівень освіти та суб'єктивний фінансовий статус) на самооцінку здоров'я українців:

- *H1*: Чим вищою є суб'єктивна оцінка фінансового становища, тим вищою є самооцінка здоров'я респондента.
 - *H01*: Суб'єктивна оцінка фінансового становища не має впливу на самооцінку здоров'я.
- *H2*: Вищий рівень освіти пов'язаний із вищою самооцінкою здоров'я.
 - *H02*: Рівень освіти не має впливу на самооцінку здоров'я.
- *H3*: Соціальний клас має значущий вплив на самооцінку здоров'я.
 - *H03*: Соціальний клас не має впливу на самооцінку здоров'я.
- *H4*: Вплив суб'єктивного фінансового статусу на самооцінку здоров'я є сильнішим, ніж вплив освіти або соціального класу.
 - *H04*: Вплив суб'єктивного фінансового статусу на самооцінку здоров'я не є сильнішим, ніж вплив освіти або соціального класу.

Крім основних предикторів, у модель були включені також контрольні змінні – гендер, вік та наявність хронічних захворювань. Їх включення ґрунтується на попередніх теоретичних припущеннях та емпіричних дослідженнях, які показують, що ці змінні можуть мати самостійний вплив на самооцінку здоров'я.

- *H5*: Жінки частіше оцінюють своє здоров'я гірше, ніж чоловіки.
 - *H05*: Немає різниці у самооцінці здоров'я між жінками та чоловіками.
- *H6*: Зі зростанням віку знижується самооцінка здоров'я.
 - *H06*: Вік не впливає на самооцінку здоров'я.
- *H7*: Особи з хронічними захворюваннями мають нижчу самооцінку здоров'я.

- $H0_7$: Наявність хронічних захворювань не впливає на самооцінку здоров'я.

Метод перевірки гіпотез

Перевірка гіпотез здійснюватиметься шляхом побудови регресійної моделі, яка оцінює вплив соціально-економічного статусу на самооцінку здоров'я. До моделі також включено контрольні змінні: гендер, вікова група та наявність хронічних захворювань.

У літературі з цієї теми переважають два підходи: використання лінійної або логістичної регресії. У випадку лінійної регресії самооцінка здоров'я розглядається як числова змінна з п'ятибальною шкалою (від 1 до 5). У разі логістичної регресії ця змінна дихотомізується: наприклад, значення «погане» та «дуже погане» можуть кодуватися як 1, а всі інші – як 0. Обидва підходи мають свої переваги та обмеження.

Використання лінійної регресії ускладнюється тим, що шкала самооцінки здоров'я є лише квазі-інтервальною. Це створює труднощі з дотриманням передумов лінійної регресії, зокрема припущення про нормальність залишків та однакові інтервали між значеннями шкали. Натомість логістична регресія дозволяє обійти ці проблеми, однак потребує дихотомізації залежної змінної, що призводить до втрати інформації про її внутрішню варіативність.

У сучасній літературі з цього питання спостерігається певна методологічна прогалина. Шкали, подібні до шкали самооцінки здоров'я, найдоцільніше аналізувати за допомогою *порядкової логістичної регресії*. Цей підхід дозволяє зберегти всю варіативність залежної змінної, не потребуючи дотримання суворих передумов, властивих лінійній регресії, і водночас уникаючи втрати інформації, характерної для дихотомізації.

Незважаючи на очевидну логічність цього підходу, він поки що рідко зустрічається у практиці. У проаналізованих дослідженнях лише кілька робіт, зокрема дослідження Tanaka et al. (2021), чітко вказують на переваги *порядкової логістичної регресії* при аналізі самооцінки здоров'я. Хоча автори подають це як

методологічну новацію, на нашу думку, це радше питання методологічної адекватності, оскільки шкали цього типу є класичним прикладом для застосування порядкових моделей.

2.2. Описова статистика основних змінних дослідження

Самооцінка здоров'я

Перші ніж будувати складні регресійні моделі, варто зрозуміти структуру даних за допомогою набору простих описових статистик та базових візуалізацій. Проробімо цей крок з нашими ключовими змінними, які були обрані для побудови регресійної моделі.

Спочатку подивимося на нашу залежну змінну – самооцінку здоров'я. Нижче у Таблиці 2.1 представлений розподіл загальної кількості респондентів за варіантами відповіді, а також відсотки (зважені).

Самооцінка здоров'я	Кількість	Відсоток
[1] Дуже погане	249	1.90
[2] Погане	1461	12.18
[3] Посереднє, не добре, але й не погане	4451	41.48
[4] Добре	3477	38.76
[5] Дуже добре	470	5.67

Таблиця 2.1

Із наведеної таблиці помітно, що відносна більшість респондентів вказали, що їх стан здоров'я є посереднім. Така ситуація не є винятком, зокрема у дослідженні нерівностей у здоров'ї у Японії, розподіл відповідей на таке саме питання був дуже схожим (Tanaka et al., 2021). Дослідники у японському контексті наголошують, що важливо розуміти контекстуальне значення категорій, що використовуються у шкалі. Залежно від мовного середовища, середнє/центральне значення на шкалі самооцінки здоров'я може бути не нейтральним, а насправді мати позитивне чи негативне забарвлення. На щастя, в українському контексті був використаний більш варіант серединної категорії,

який описує здоров'я не лише як «посереднє», але й додає «... не добре, але й не погане». Таким чином, ця категорія дійсно є нейтрально забарвленою.

Водночас розподіл відповідей за шкалою є несиметричним: більше людей мають добре або дуже добре здоров'я (разом 44.34%), аніж погане або дуже погане (разом 14.80%). Тож відповіді на шкалі є суттєво зміщеними у бік кращої самооцінки здоров'я.

Гендер

Якщо подивитися розподіл відповідей за статтю, зважити дані та візуалізувати їх, отримуємо наступний графік (дивитися Рисунок 2.1):

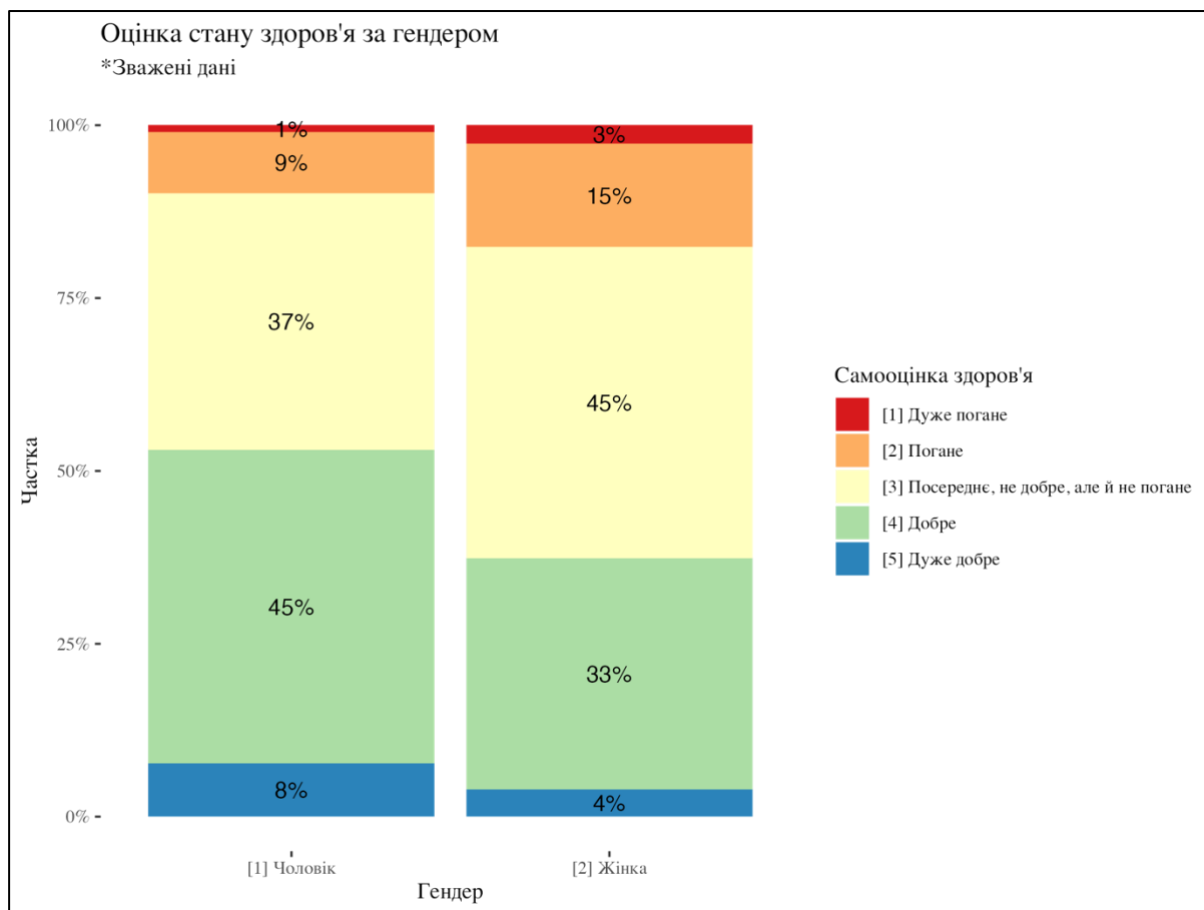


Рисунок 2.1

Загалом, гендер має суттєвий вплив на самооцінки здоров'я. Більшість чоловіків мають добре або дуже добре здоров'я – разом 53%. Серед жінок цей показник становить 37%. Також серед чоловіків менше тих, хто відчувається погано або дуже погано – 10%, у той час як жінок, які так відчуваються, – близько

18%. Таким чином, у даних помітна чітка гендерна диференціація самооцінки здоров'я.

Окрім того, якщо розглянути співвідношення чоловіків та жінок у межах кожної категорії самооцінки здоров'я, отримуємо наступний результат (див. Рисунок 2.2):

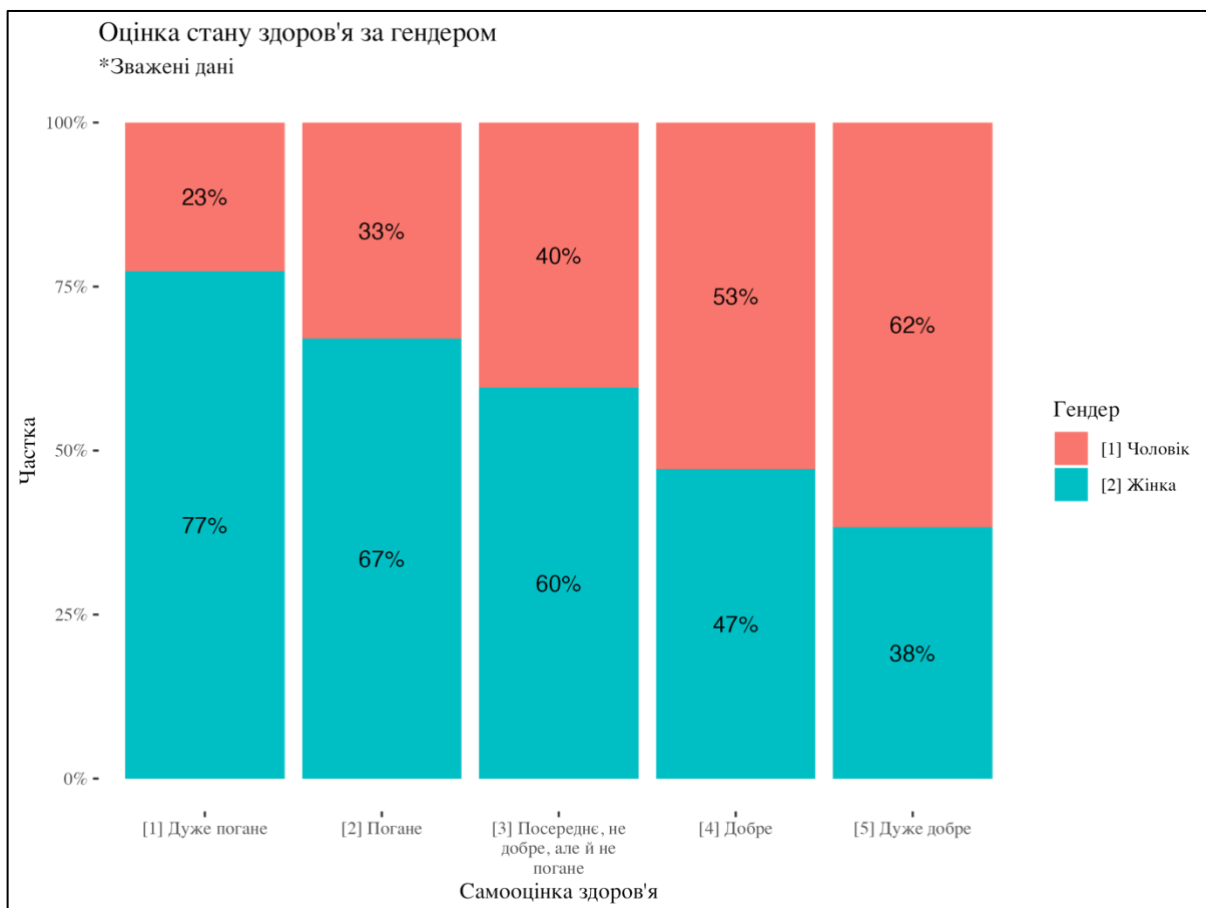


Рисунок 2.2

Як видно з Рисунку 2.2, чоловіки переважають у категоріях із добрим і дуже добрим здоров'ям, а жінки – у решті категорій. Окрім того, що гендер може прямо впливати на самооцінку здоров'я, він також може модерувати вплив інших змінних, тож надалі ми розглядатимемо дані окремо для чоловіків і жінок.

Вік

Паттерн впливу віку на самооцінку здоров'я для чоловіків та жінок є доволі чітким (див. Рисунок 2.3):

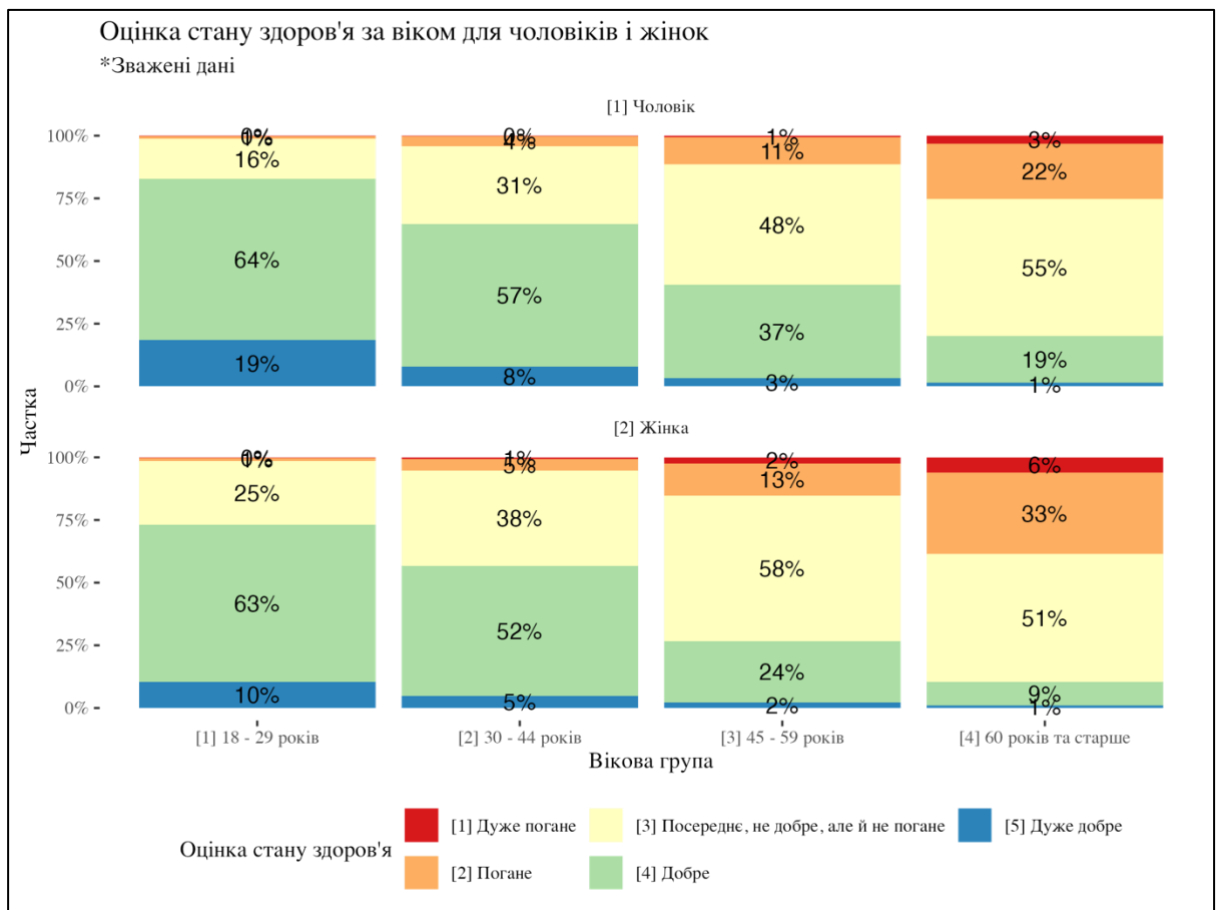


Рисунок 2.3

Тенденція є лінійною : чим старша людина, тим гірше вона оцінює своє здоров'я. Ця тенденція зберігається як серед чоловіків, так і серед жінок. Різниця у зміні позитивної самооцінки здоров'я з віком не є помітною. Серед жінок у віці 18-29 років 73% мають добре або дуже добре здоров'я. Водночас серед жінок у віці 60 років і старше лише 10% мають таку самооцінку здоров'я. Серед чоловіків цей показник також помітно падає: від 83% (18-29 років) до 20% (60 років і старше). Водночас, більш різкою є різниця у впливі віку на негативну самооцінку здоров'я. Як серед чоловіків, так і серед жінок у віці 18-29 років менше 1% мають погане чи дуже погане здоров'я. У той же час, у віковій групі 60 років і старше близько 25% чоловіків мають погане здоров'я, порівняно з 39% жінок. Таким, можна припустити, що старіння дещо більш негативно впливає на самооцінку здоров'я жінок, аніж чоловіків.

Хронічні захворювання

Очікуваним також є взаємозв'язок між самооцінкою здоров'я та хронічними захворюваннями (див. Рисунок 2.4). Загалом, люди, що мають хронічні захворювання, відчуваються гірше за тих, хто їх не має. Паттерн зберігається як для чоловіків, так і для жінок. Водночас, цікаво, що гендерна диференціація зберігається і у випадку наявності хронічних захворювань. Серед жінок із хронічними захворюваннями близько 13% відчуваються добре або дуже добре, а серед чоловіків – 20%. Для поганої або дуже поганої самооцінки здоров'я ці показники становлять 27% у жінок і 33% у чоловіків. Хоча хронічні захворювання безпосередньо впливають на самооцінку здоров'я, цей фактор також може слугувати модератором ефекту соціально-економічного становища людини.

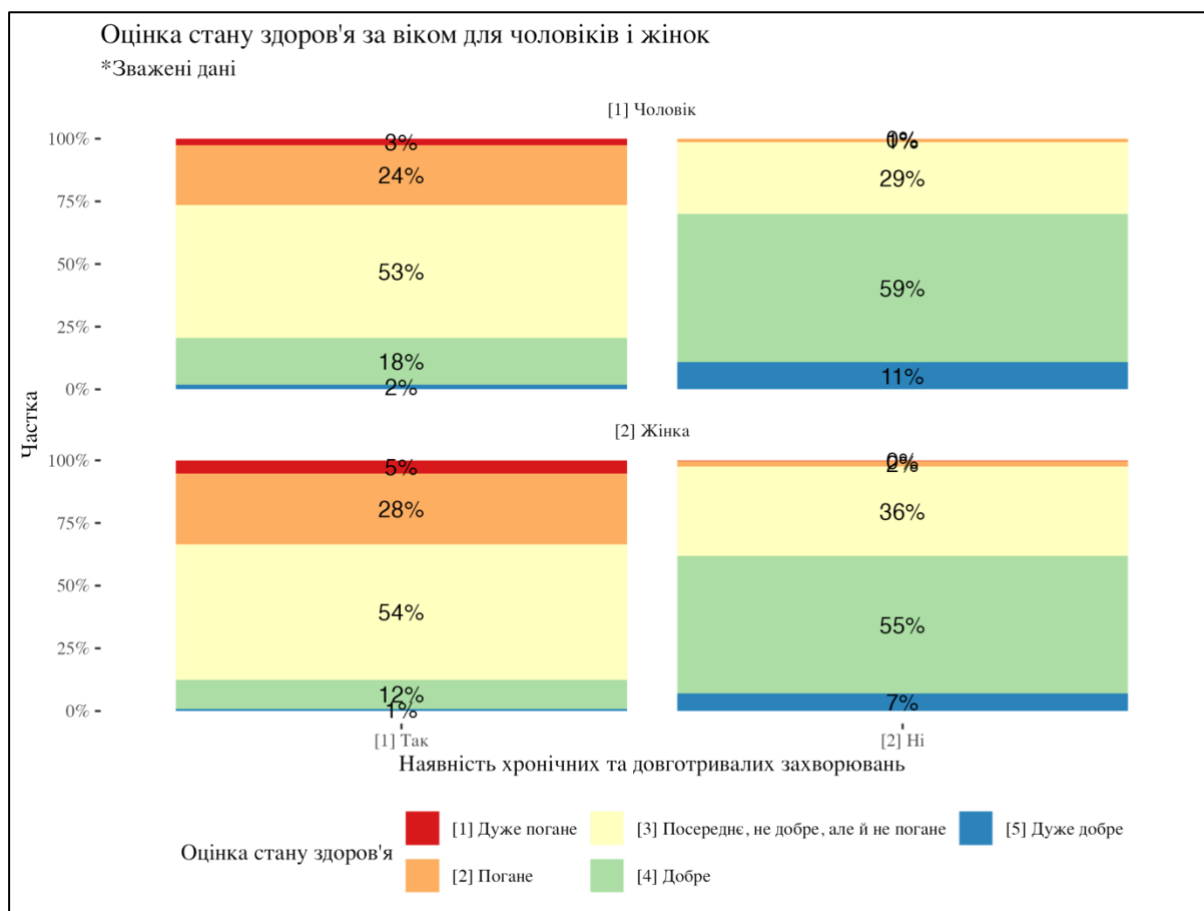


Рисунок 2.4

Подивимося також на структуру даних у наших ключових змінних-предикторах. Розподіл соціального класу є радше нерівномірним (див. Таблиця 2.2):

Соціальний клас	Кількість	Відсоток
[1] Службовий вищий	903	10.19
[2] Службовий нижчий	1957	20.60
[3] Рутинна нефізична праця	1243	12.32
[4] Дрібні власники	482	6.20
[5] Фізична кваліфікована праця	1569	19.11
[6] Фізична некваліфікована праця	3021	31.58

Таблиця 2.2

Абсолютну більшість складають разом узяті нижчий службовий клас та клас фізичної некваліфікованої праці. Дрібних власників у масиві даних виявилось найменше. Якщо візуалізувати зв'язок між соціальним класом та самооцінкою здоров'я, то отримаємо наступний графік (див. Рисунок 2.5)

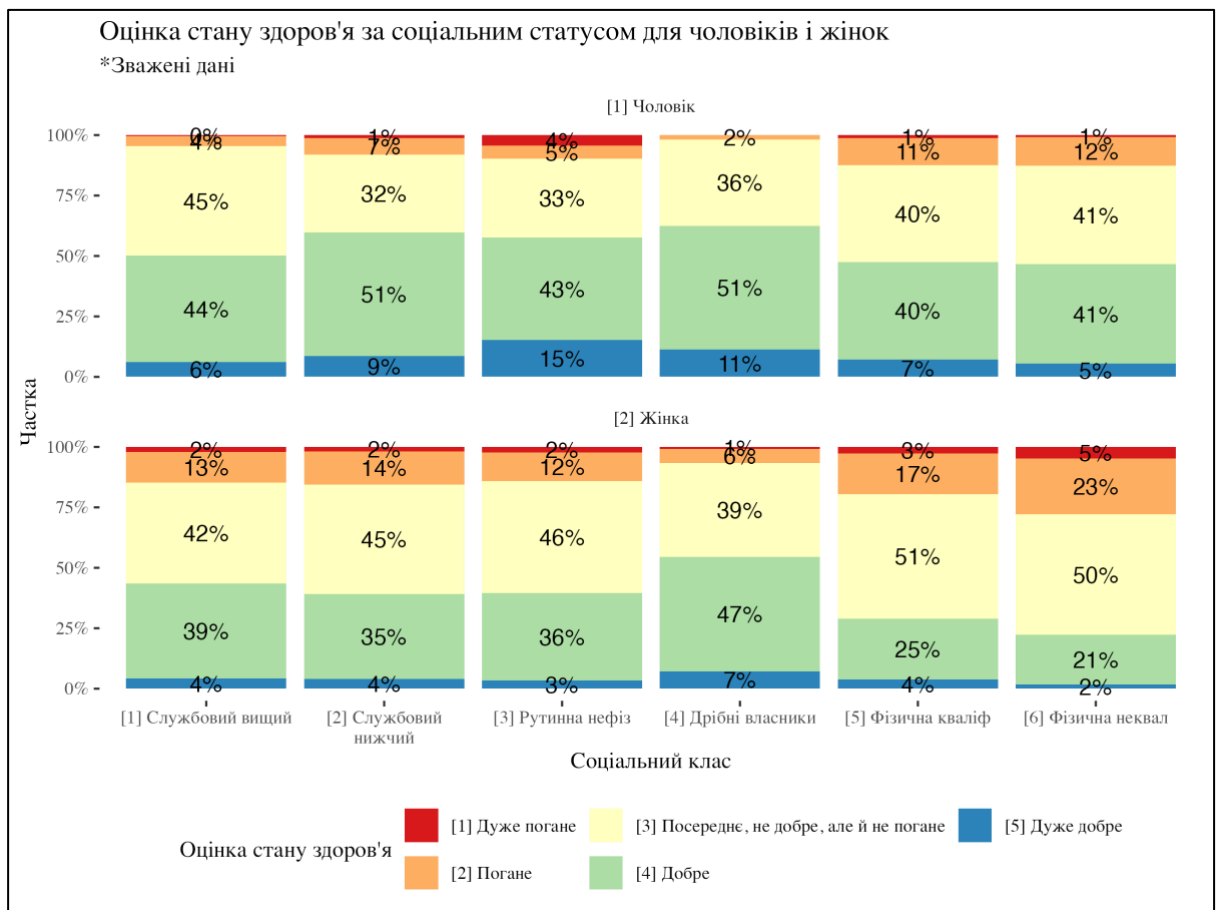


Рисунок 2.5

Вплив соціального класу на самооцінку здоров'я проявляється досить помітно. Серед чоловіків найкраще оцінюють своє здоров'я дрібні власники та зайняті в рутинній нефізичній праці: у цих групах найбільша частка респондентів, які обирають оцінку «добре» або «дуже добре» (разом 62%). Водночас серед фізичних працівників (як кваліфікованих, так і некваліфікованих) спостерігається значна частка тих, хто оцінює своє здоров'я як «посереднє» або «погане» – понад 50% в обох соціальних класах.

Серед жінок спостерігається схожа, але водночас більш контрастна картина. Найкращу самооцінку здоров'я мають дрібні власниці: близько 54% оцінюють його як добре або дуже добре. У фізичній некваліфікованій праці ситуація гірша – близько 28% оцінюють своє здоров'я як погано або дуже погане, а ще 50% – як посереднє.

Отже, незалежно від гендеру, найгіршу самооцінку здоров'я мають представники фізичної некваліфікованої праці, тоді як дрібні власники демонструють найвищий рівень задоволеності своїм здоров'ям.

Освіта

Якщо аналізувати розподіл респондентів за освітою, маємо наступне (див. Таблицю 2.3):

Рівень освіти	Кількість	Відсоток
[1] Середня загальна	2766	24.60
[2] ПТУ	1876	18.28
[3] Неповна вища	3308	32.95
[4] Вища	2195	23.17

Таблиця 2.3

Розподіл за освітою є радше рівномірним, з невеликою перевагою неповної вищої освіти. Респондентів з професійно-технічною освітою маємо найменше. Якщо візуалізувати вплив освіти на самооцінку здоров'я, отримаємо наступний графік (Рисунок 2.6):

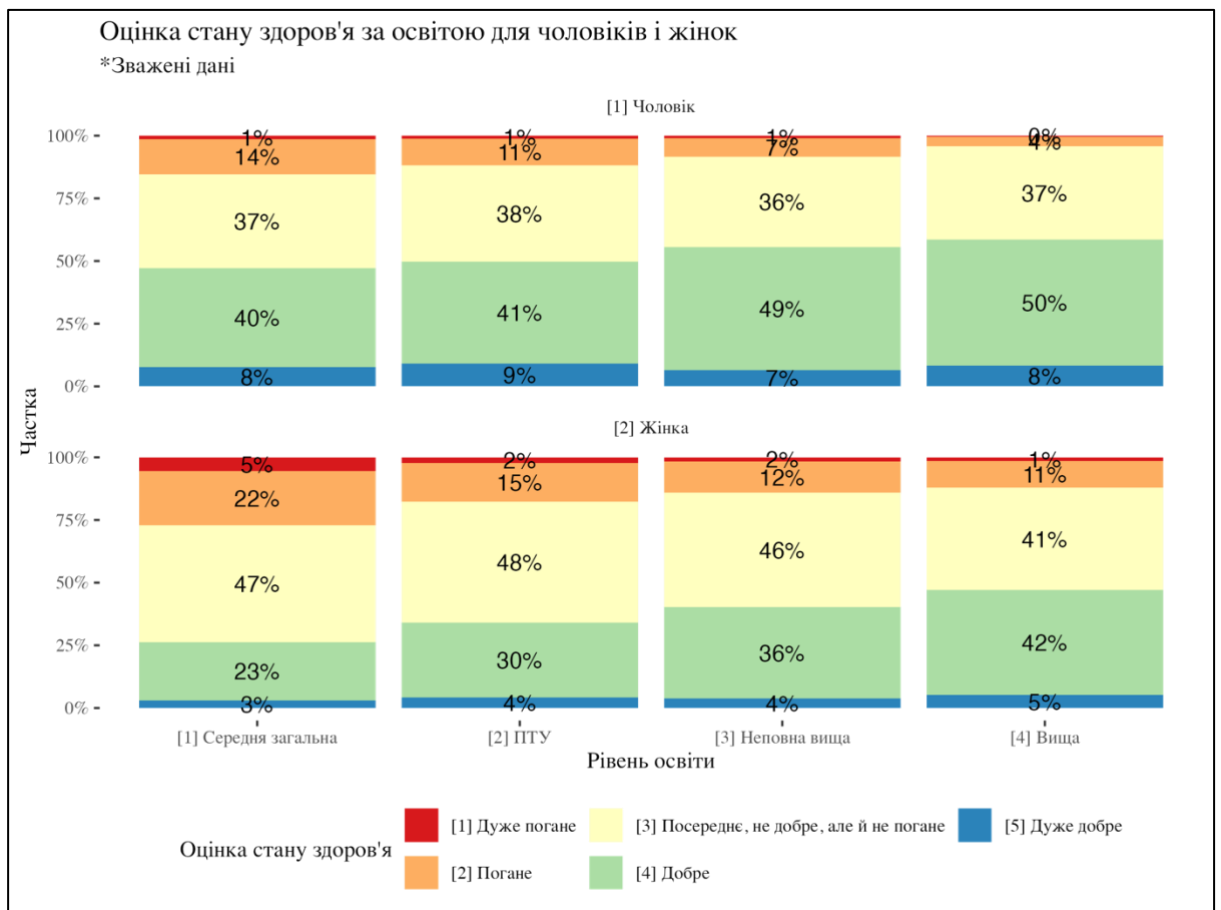


Рисунок 2.6

Освіта відіграє важливу роль у формуванні сприйняття власного здоров'я. Загалом простежується чіткий градієнт: чим вищий рівень освіти, тим більше респондентів оцінюють своє здоров'я як добре або дуже добре і тим менше – як погане або дуже погане. Ця тенденція спостерігається як серед чоловіків, так і серед жінок.

Серед чоловіків із середньою загальною освітою близько 15% оцінюють своє здоров'я як погане або дуже погане. Найкращі показники спостерігаються у чоловіків із вищою освітою: лише 4% вказали погане або дуже погане здоров'я. Натомість частка позитивної самооцінки здоров'я зростає разом із покращенням освіти: добре або дуже добре здоров'я мають 48% респондентів із середньої освіти, а із вищою – 58%.

Серед жінок із середньою загальною освітою майже 27% оцінюють своє здоров'я як погане або дуже погане. Серед випускниць вищих навчальних

закладів картина найбільш позитивна: лише 12% жінок оцінюють своє здоров'я як погане або дуже погане. Натомість частка позитивної самооцінки здоров'я зростає разом із покращенням освіти: добре або дуже добре здоров'я мають 26% респонденток із середньої освітою, а із вищою – 47%.

Таким чином, вищий рівень освіти чітко асоціюється з кращою самооцінкою здоров'я. Ця закономірність більш виражена серед чоловіків, де зростання рівня освіти супроводжується суттєвим покращенням оцінки здоров'я. У жінок цей зв'язок також є чітким, хоча розрив між категоріями не настільки різкий.

Фінансовий статус

Врешті-решт, маємо наступний розподіл респондентів за суб'єктивним фінансовим статусом (див. Таблиця 2.4):

Фінансовий статус	Кількість	Відсоток
[1] Нам не вистачає грошей навіть на їжу	1694	14.55
[2] Нам вистачає грошей на їжу, але купити одяг важко	5216	48.71
[3] У нас достатньо грошей на їжу й одяг	2754	33.49
[4] Ми можемо дозволити собі купувати деякі дорогі речі	267	3.26

Таблиця 2.4

Абсолютну більшість складає категорія людей, яким вистачає грошей на їжу, однак складно придбати одяг. Майже зовсім немає представників найвищих двох категорій: тих, хто може дозволити купувати деякі дорогі речі, та тих, хто може робити суттєві заощадження. Графік нижче покаже вплив фінансового статусу на самооцінку здоров'я (див. Рисунок 2.7):

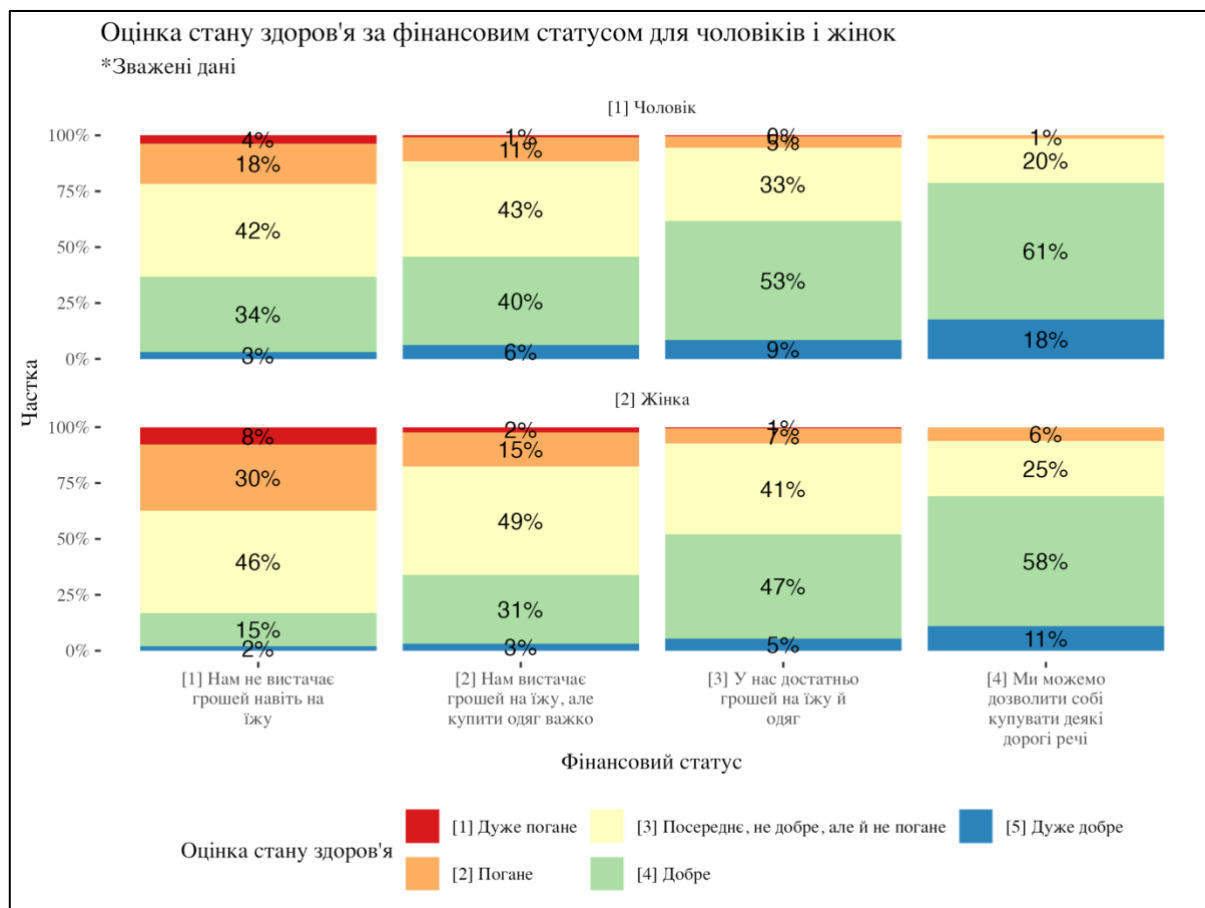


Рисунок 2.7

Загалом, у випадку суб'єктивного фінансового статусу також спостерігається найбільш чіткий градієнт у самооцінці здоров'я. Чим краще фінансове становище, тим менше респондентів із поганим і дуже поганим здоров'ям та тим більш респондентів з добрим і дуже добрим здоров'ям. Тенденція зберігається як для чоловіків, так і для жінок.

Серед чоловіків, яким не вистачає грошей навіть на їжу погане або дуже погане здоров'я мають близько 22%. Цей відсоток поступово зменшується із покращенням фінансового становища: для респондентів, яким вистачає на їжу, однак не на одяг, цей відсоток вже становить лише 12%; а серед тих, кому

вистачає і на їжу, і на одяг – лише 5%. Поступово і зростає частка тих, хто позитивно оцінює своє здоров'я.

Для жінок тенденція є аналогічною. Серед тих, кому не вистачає грошей навіть на їжу погане або дуже погане здоров'я мають близько 38%. Так само цей відсоток поступово зменшується із покращенням фінансового становища: для респонденток, яким вистачає на їжу, однак не на одяг, цей відсоток вже становить лише 17%; а серед тих, кому вистачає і на їжу, і на одяг – лише 8%. Так само поступово і зростає частка тих, хто позитивно оцінює своє здоров'я.

Попри однаковий вплив фінансового становища на чоловіків та ні жінок, різною є відмінність між ними. Серед жінок, яким не вистачає навіть на їжу, 38% оцінили своє здоров'я як погане або дуже погане і лише 17% – як добре або дуже добре. Для чоловіків у цій фінансовій категорії ці показники становили 22% та 37% відповідно. Різниця зберігається зі сходженням фінансовою драбиною вгору. Тож попри об'єктивний вплив фінансового становища на самооцінку здоров'я, чоловіки як почувалися всередньому краще за жінок, так і відчуваються, незалежно від фінансового становища.

Отже, ми переконалися у тому, що самооцінка здоров'я в українському суспільстві має чіткий градієнт за освітою та фінансовим статусом. Градієнт за соціальним класом не є таким само чітким, однак певні паттерни також були помічені. На представлених візуалізаціях також була помітною диференціація самооцінки здоров'я за гендером, віком та наявністю/відсутністю хронічних захворювань. Ці змінні будуть важливими контрольними факторами для нашої моделі впливу соціально-економічного статусу на самооцінку здоров'я.

2.3. Значущість взаємозв'язків ключових змінних дослідження

Кореляційна матриця

Аналіз кореляційної матриці (див. Таблиця 2.5) дозволяє оцінити напрямок і силу зв'язків між ключовими *числовими* змінними дослідження: самооцінкою здоров'я, рівнем освіти, соціальним класом, фінансовим становищем та віковими групами. Ці змінні є порядковими категоріальними, а отже можуть легко

перетворюватися у числову шкалу. Інші змінні (соціальний клас, гендер, хронічні захворювання) будуть проаналізовані на зв'язок між собою та із самооцінкою здоров'я окремо.

	Самооцінка здоров'я	Освіта	Фінансове становище	Вікова група
Самооцінка здоров'я	1	0.179	0.298	- 0.491
Освіта		1	0.269	- 0.191
Фінансове становище			1	- 0.295
Вікова група				1

Таблиця 2.5²

Самооцінка здоров'я виявила помірну позитивну кореляцію з фінансовим становищем ($r = 0,298$), що вказує на тенденцію до вищої оцінки власного здоров'я серед осіб із кращим матеріальним становищем. З рівнем освіти цей зв'язок є слабким позитивним ($r = 0,179$), що може свідчити про незначний вплив освітнього рівня на сприйняття власного здоров'я. Найбільш вираженою є негативна кореляція із віком ($r = -0,491$), що є логічним з огляду на погіршення здоров'я з віком.

Рівень освіти демонструє слабку позитивну кореляцію з фінансовим становищем ($r = 0,269$), а також слабку негативну кореляцію з віком ($r = -0,195$), що може відображати вікові відмінності в рівнях здобутої освіти.

Фінансове становище, крім зв'язку із самооцінкою здоров'я та освітою, також має помірну негативну кореляцію з віком ($r = -0,295$), що може

² У таблиці представлені коефіцієнти кореляції Пірсона. Порядкові змінні були напряму перекодовані у числові. Дані були зважені.

відображати зниження доходів або матеріального становища у старших вікових групах.

Загалом, найбільш вираженими зв'язками у дослідженні є:

- Негативна кореляція між віком і самооцінкою здоров'я ($r = -0,491$),
- Позитивна кореляція між фінансовим становищем і самооцінкою здоров'я ($r = 0,298$).
- Позитивна кореляція між фінансовим становищем та освітою ($r = 0,269$)

Ці результати свідчать про важливу роль матеріального становища та віку в суб'єктивному сприйнятті здоров'я, а також про взаємопов'язаність освіти та фінансового становища.

Результати кореляційного аналізу також мають кілька імплікацій для подальшого статистичного моделювання та побудови регресійної моделі. По-перше, на основі результатів кореляційного аналізу, доцільним є включення до регресійної моделі всіх перевірених предикторів самооцінки здоров'я: вік, фінансове становище та рівень освіти. По-друге, оскільки рівень освіти є певним чином пов'язаним із фінансовим становищем, може виникнути проблема мультиколінеарності, на яку треба зважати при побудові статистичної моделі. Врешті, оскільки вік має системний вплив майже на всі інші предиктори, його слід обов'язково враховувати як контрольну змінну в регресійному аналізі.

Аналіз категоріальних змінних

Низка змінних у нашому аналізі є номінальними, тобто категоріальними без чіткого напрямку зв'язку: соціальний клас, гендер, наявність хронічних захворювань. У цьому підрозділі ці змінні будуть проаналізовані на зв'язки із числовими змінними (самооцінка здоров'я, рівень освіти та фінансове становище) з використанням вже інших статистичних тестів – тесту різниці середніх Стьюдента (t-test) та однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA-тест).

З метою оцінки зв'язку між соціальним класом та рівнем самооцінки здоров'я респондентів було проведено ANOVA-тест, в якому залежною змінною виступала середня оцінка здоров'я, а незалежною – соціальний клас, представлений у шести категоріях. Базовою категорією для порівняння було обрано вищий службовий клас. Результати аналізу (див. Таблиця 2.6) показали, що деякі категорії соціального класу статистично значуще відрізняються за рівнем самооцінки здоров'я порівняно із вищим службовим класом.

Соціальний клас	Коефіцієнт- β	p-значення
Службовий вищий клас (Референтна категорія)	–	–
Службовий нижчий клас	–0.029	0.435
Рутинна нефізична праця	–0.091	0.025
Дрібні власники/самозайняті	+0.260	< 0.001
Фізична кваліфікована праця	–0.099	0.011
Фізична некваліфікована праця	–0.226	< 0.001

Таблиця 2.6

Зокрема, респонденти, які займаються дрібною власницькою або самозайнятою діяльністю, демонструють істотно вищу самооцінку здоров'я порівняно із вищим службовим класом ($\beta = +0.26$, $p < 0.001$). Натомість представники фізичної некваліфікованої праці мають значно нижчу самооцінку здоров'я ($\beta = -0.226$, $p < 0.001$). Значущі негативні відхилення також зафіксовані серед респондентів, які виконують рутинну нефізичну працю ($\beta = -0.091$, $p = 0.025$) та фізичну кваліфіковану працю ($\beta = -0.099$, $p = 0.011$). Водночас, самооцінка здоров'я службовців нижчого класу не відрізняється статистично

значуще від самооцінки здоров'я представників вищого службового класу ($p = 0.435$).

Отримані результати вказують на наявність соціальної стратифікації в самооцінці здоров'я, що підтверджує доцільність включення змінної соціального класу до подальшого регресійного аналізу як одного з предикторів. Така змінна може бути використана як факторна з шістьма рівнями або за потреби перекодована, наприклад, шляхом об'єднання категорій із подібним рівнем впливу.

Варто звернути увагу на потенційну мультиколінеарність між соціальним класом та іншими змінними соціально-економічного статусу (такими як фінансовий стан чи освіта). Власне, для дослідження зв'язку між соціальним класом та рівнем освіти респондентів також було проведено ANOVA-тест, де середній рівень освіти (за шкалою від 1 до 4) виступав залежною змінною.

Результати аналізу (див. Таблиця 2.7) свідчать про наявність суттєвих і статистично значущих відмінностей у рівні освіти між соціальними групами. У порівнянні з представниками вищого службового класу, всі інші класи мають значно нижчий рівень освіти, і ці відмінності є статистично значущими ($p < 0.001$ у всіх випадках).

Соціальний клас	Коефіцієнт β	p-значення
Службовий вищий клас (Референтна категорія)	–	–
Службовий нижчого класу	–0.573	< 0.001
Рутинна нефізична праця	–1.490	< 0.001
Дрібні власники / самозайняті	–1.120	< 0.001
Фізична кваліфікована праця	–1.540	< 0.001
Фізична некваліфікована праця	–2.160	< 0.001

Таблиця 2.7

Отримані результати чітко демонструють стратифікаційний характер системи освіти. Найбільше відставання спостерігається серед фізичних

працівників, зокрема некваліфікованих. Це свідчить про тісний зв'язок між соціальною позицією та доступом до вищої освіти. Загалом, соціальний клас демонструє сильний зв'язок з освітою, тому важливо враховувати ризик мультиколінеарності у подальших регресійних моделях.

Щодо зв'язку соціального класу із фінансовим становищем (за шкалою 1-4), результати наведені у Таблиці 2.8 нижче. Результати моделі засвідчили наявність статистично значущих відмінностей між представниками різних соціальних класів у рівні фінансового становища. У порівнянні з вищим службовим класом, більшість соціальних груп мають нижчі оцінки фінансового становища, за винятком дрібних власників, які продемонстрували дещо вищі оцінки.

Соціальний клас	Коефіцієнт β	p- значення
Вищий службовий клас (референтна категорія)	–	–
Службовий нижчого класу	–0.062	0.072
Рутинна нефізична праця	–0.333	< 0.001
Дрібні власники / самозайняті	0.179	< 0.001
Фізична кваліфікована праця	–0.318	< 0.001
Фізична некваліфікована праця	–0.441	< 0.001

Таблиця 2.8

Згідно з отриманими результатами, найбільш вразливими у фінансовому вимірі є працівники фізичної праці особливо некваліфіковані. Водночас дрібні власники мають статистично вищий рівень фінансового становища порівняно з вищим службовим класом. Тож як і у випадку з освітою, соціальний клас тісно пов'язаний із самооцінкою фінансового становища. Таким чином, з отриманих результатів (ANOVA-тестів та кореляційного аналізу) можна зробити висновок про взаємозв'язок між трьома ключовими предиктором самооцінки здоров'я: освітою, фінансовим становищем та соціальним класом.

Також варто оцінити статистичний зв'язок між гендером і самооцінкою здоров'я. Для перевірки гіпотези про наявність відмінностей у самооцінці здоров'я між чоловіками та жінками було застосовано t-тест Стьюдента для незалежних вибірок. Змінна «самооцінка здоров'я» представлена у форматі числової шкали, а гендер – як бінарна номінальна змінна (жінки та чоловіки). Аналіз виявив статистично значущу різницю між двома групами ($p < 0.001$), причому чоловіки загалом повідомляють про дещо вищий рівень самооцінки здоров'я, ніж жінки (див. Таблиця 2.9).

Порівняння		Різниця середніх (Δ)	p-значення	95% ДІ для Δ
Жінки	vs.	-0.290	< 0.001	[-0.328; -0.252]
Чоловіки				

Таблиця 2.9

Отримані результати дозволяють стверджувати, що середнє значення самооцінки здоров'я у жінок статистично нижче, ніж у чоловіків. Це узгоджується із аналізом описової статистики, проведеним до цього. Різниця є не лише статистично значущою, а й практично помітною, що вказує на потенційну гендерну нерівність у суб'єктивному сприйнятті власного здоров'я.

Врешті-решт, для оцінки зв'язку між наявністю хронічних захворювань та рівнем самооцінки здоров'я також було застосовано t-тест Стьюдента для незалежних вибірок. Змінна «самооцінка здоров'я» представлена як числова шкала, а наявність хронічних захворювань – як дихотомічна змінна (0 = відсутність, 1 = наявність). Результати тесту (див. Таблиця 2.10) показали високий рівень статистичної значущості ($p < 0.001$), що свідчить про суттєву різницю в середніх значеннях самооцінки здоров'я між респондентами, які мають хронічні захворювання, і тими, хто їх не має.

Порівняння		Різниця середніх (Δ)	p-значення	95% ДІ для Δ

Хронічні захворювання (є vs. немає)	+0.916	< 0.001	[0.882; 0.949]
-------------------------------------	--------	------------	-------------------

Таблиця 2.10

Ці висновки збігаються із попереднім аналізом описової статистики. Респонденти без хронічних захворювань у середньому оцінюють стан свого здоров'я майже на один бал вище, ніж ті, хто має такі захворювання. Ця різниця є як статистично, так і практично значущою, і вказує на вагомий вплив хронічних станів на суб'єктивне сприйняття здоров'я.

2.4. Моделювання впливу соціально-економічних факторів на самооцінку здоров'я

Специфікація моделі

З метою дослідження соціальних детермінант самооцінки здоров'я побудовано модель порядкової логістичної регресії (ordinal logistic regression), де залежною змінною виступає самооцінка здоров'я респондентів, виміряна за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «дуже погане» до «дуже хороше» здоров'я). У якості незалежних змінних до моделі включені: суб'єктивна оцінка фінансового становища, рівень освіти, соціальний клас, вікова група, гендер та наявність/відсутність хронічних захворювань у респондентів. Включення саме цих змінних зумовлене результатами попереднього аналізу, в якому було встановлено статистично значущі зв'язки між ними та самооцінкою здоров'я за допомогою t-тестів, ANOVA та кореляційного аналізу. Це дозволило відібрати релевантні предиктори для побудови моделі.

Фінансове становище, рівень освіти та вікова група включені до моделі як числові змінні. Соціальний клас, гендер та наявність/відсутність хронічних захворювань – як категоріальні змінні. Референтною категорією для соціального класу виступає службовий вищий клас; для гендеру – чоловіки; для змінної хронічні захворювання – респонденти, які мають хронічні захворювання.

Модель побудована з урахуванням вагів у масиві даних, що забезпечують репрезентативність. Аналіз здійснено з використанням функції `svyolr` з

пакету survey, яка дозволяє коректно оцінити параметри порядкової логістичної регресії у випадку зважених даних.

Результати моделювання

Модель порядкової логістичної регресії, з урахуванням складеного дизайноваго підходу, показала статистично значущі асоціації між самооцінкою здоров'я та кількома соціально-демографічними факторами (див. Таблиця 2.11). Тест Брента не виявив порушень припущення пропорційних шансів ($p > 0.05$), що дозволяє інтерпретувати модель у межах класичної кумулятивної логістичної регресії.

Таблиця 2.11 містить наступні коефіцієнти:

- **Значення (log-odds):** ці коефіцієнти представляють оцінені логарифмічні шанси переходу з однієї категорії залежної змінної до наступної вищої категорії при зміні одиниці незалежної змінної (за умови сталості інших змінних).
- **Р-значення:** показують статистичну значущість кожного коефіцієнта незалежних змінних. Рівень значущості зазвичай встановлюється на рівні 0.05, тому змінні з р-значеннями нижче цього порогу вважаються значущими. Усі р-значення в моделі є меншими за 0.001, що свідчить про високу статистичну значущість усіх включених предикторів як прогностичних факторів самооцінки здоров'я.
- **Відношення шансів (Odds ratio, або ж просто OR):** ці значення вказують на зміну шансів бути в вищій категорії самооцінки здоров'я. $OR > 1$ означає підвищення шансів, $OR < 1$ – їх зниження. Для категоріальних змінних OR інтерпретується у порівнянні з референтною групою.

Змінна	Оцінка коефіцієнта (β)	р-значення	Відношення шансів (OR)
--------	--------------------------------	------------	------------------------

Фінансове становище	0.409	<0.001	1.51
Освіта (4-кат.)	0.070	0.026	1.07
Соціальний клас: Службовий нижчий [2]	-0.081	0.375	0.92
Соціальний клас: Рутинна нефіз. [3]	-0.105	0.340	0.90
Соціальний клас: Дрібні власники [4]	0.142	0.309	1.15
Соціальний клас: Фізична кваліф. [5]	-0.206	0.063	0.81
Соціальний клас: Фізична некваліф. [6]	-0.276	0.011	0.76
Вік (4-кат.)	-0.951	<0.001	0.39
Гендер: Жінка [2]	-0.546	<0.001	0.58
Хронічні захворювання: [2] Ні	1.940	<0.001	6.96

Таблиця 2.11

Отже, модель виявила наступні статистично значущі предиктори позитивної самооцінки здоров'я:

- **Фінансове становище:** зі зростанням фінансового становища на одну одиницю шанси на вищу оцінку здоров'я зростають у 1.51 раза ($p < 0.001$).

- **Освіта** також має позитивний, хоча й помірний вплив ($OR = 1.07, p \approx 0.026$).
- **Службовий нижчий клас [2], Рутинна нефізична праця [3], Дрібні власники [4]** не мають статистично значущих відмінностей у самооцінці здоров'я порівняно з базовою категорією, тобто з представниками Службового вищого класу ($p > 0.05$).
- **Фізична кваліфікована праця [5]** демонструє тенденцію до нижчої самооцінки здоров'я, хоча результат є лише гранично значущим ($p = 0.063$), з $OR \approx 0.81$.
- **Фізична некваліфікована праця [6]** є єдиною соціальною групою, де вплив є статистично значущим ($p = 0.011$). Представники цієї групи мають на 24% менші шанси оцінити своє здоров'я вище, ніж респонденти з вищого службового класу.
- **Жінки** оцінювали своє здоров'я гірше за чоловіків ($OR = 0.58, p < 0.001$).
- **Вік** негативно пов'язаний з оцінкою здоров'я: зі старінням ймовірність позитивної оцінки знижується ($OR = 0.39, p < 0.001$).
- Респонденти, які не мають хронічного захворювання, мають суттєво вищі шанси позитивно оцінити своє здоров'я – ймовірність кращої самооцінки здоров'я у них зростає майже у 7 разів ($OR = 6.96, p < 0.001$).

Ми також розглянули вплив модераторів у нашій моделі. Технічно це реалізовано за допомогою додавання ефекти взаємодії (інтерації) між соціально-економічними факторами та трьома змінними-модераторами: гендером, віком та наявністю/відсутністю хронічних захворювань. Ефект взаємодії був статистично значущим лише у двох випадках (див. Таблиця 2.12).

Змінна	Модерат ор	Оцін ка коефіцієнт а (β)	<i>p</i>- значення	Відношен ня шансів (OR)
---------------	-----------------------	--	-------------------------------	------------------------------------

Фінансовий статус	Хронічні захворювання (Ні)	– 0.333	< 0.001	0.717
Освіта	Вік	– 0.104	0.01 1	0.901

Таблиця 2.12

Перший значущий модераційний ефект стосується фінансового статусу та хронічних захворювань. Отримане значення $OR = 0.72$ для взаємодії фінансового статусу з відсутністю хронічних захворювань вказує на те, що позитивний вплив фінансового становища на самооцінку здоров'я значно знижується для осіб без хронічних станів. Другий модераційний ефект стосується освіти та віку. Отримане значення $OR = 0.901$ свідчить про те, що з віком ефект освіти на самооцінку здоров'я слабшає.

Перегляд гіпотез дослідження

На початку дослідження ми висунули низку гіпотез щодо впливу соціально-економічного статусу та демографічних чинників на самооцінку здоров'я. Результати побудованої моделі дозволяють перевірити ці припущення на основі емпіричних даних.

H1: Чим вищою є суб'єктивна оцінка фінансового становища, тим вищою є самооцінка здоров'я респондента.

Ця гіпотеза підтверджується. Суб'єктивна фінансова оцінка респондента виявилася одним із найсильніших предикторів самооцінки здоров'я ($OR = 1.38$), що свідчить про суттєвий позитивний вплив. Це відповідає теоретичним уявленням про роль матеріального становища у забезпеченні доступу до ресурсів, які підтримують здоров'я: медичних послуг, здорового харчування, безпечного житла тощо.

H2: Вищий рівень освіти пов'язаний із вищою самооцінкою здоров'я.

Це припущення також підтверджується, хоча сила ефекту є помірною ($OR = 1.09$). Освічені респонденти, ймовірно, краще обізнані щодо збереження здоров'я, частіше ведуть здоровий спосіб життя і ефективніше використовують можливості системи охорони здоров'я. Проте цей вплив є помітно слабшим порівняно з фінансовим становищем.

H3: Соціальний клас має значущий вплив на самооцінку здоров'я.

Ця гіпотеза підтверджується лише частково. Лише категорія класу фізичної некваліфікованої праці має статистично значущий зв'язок із самооцінкою здоров'я. Категорія класу фізичної кваліфікованої праці має гранично значущий статистичний зв'язок, який втім варто відкинути. Таким чином, ця гіпотеза не знайшла прямого підтвердження, а лише часткове, адже одна категорія все ж таки має статистично значущий та відчутний за своїм ефектом вплив на самооцінку здоров'я. Однак повністю прийняти гіпотезу також неможливо, адже усі інші соціальні класи не продемонстрували статистично значущого зв'язку із самооцінкою здоров'я.

H4: Вплив суб'єктивного фінансового статусу на самооцінку здоров'я є сильнішим, ніж вплив освіти або соціального класу.

Ця гіпотеза підтверджується. Хоча освіта та соціальний клас мають статистично значущий вплив, коефіцієнт для фінансового статусу є вищим, що вказує на сильніший ефект. Це підкреслює важливість суб'єктивного відчуття економічної безпеки, яке може одночасно виступати як прямий чинник доступу до ресурсів, так і посередник впливу інших змінних, зокрема освіти.

H5: Жінки частіше оцінюють своє здоров'я гірше, ніж чоловіки.

Це припущення підтверджується. Жінки мають $OR = 0.67$, що свідчить про істотно нижчі шанси оцінити своє здоров'я як хороше або дуже хороше. Це може відображати як реальні відмінності у стані здоров'я, так і різницю в його сприйнятті та звичках самозвітування.

H6: Зі зростанням віку знижується самооцінка здоров'я.

Ця гіпотеза також підтверджується. Значення $OR = 0.49$ вказує на істотне зниження ймовірності позитивної самооцінки здоров'я з віком, що, ймовірно,

пов'язано з погіршенням фізичного стану та накопиченням хронічних захворювань у старших вікових групах.

H7: Особи з хронічними захворюваннями мають нижчу самооцінку здоров'я.

Ця гіпотеза отримала найсильніше емпіричне підтвердження. Особи без хронічних захворювань мають $OR = 6.96$, тобто майже в сім разів частіше оцінюють своє здоров'я позитивно. Це демонструє ключову роль медичного чинника у формуванні суб'єктивної оцінки здоров'я, навіть у контексті значущого впливу соціально-економічних змінних.

Отже, на основі даних дослідження «Індекс здоров'я. Україна» за 2016 рік виявлено чіткі й стабільні паттерни соціального градієнта у самооцінці здоров'я: вищі рівні фінансового статусу, освіти та соціального класу узгоджуються з вищою ймовірністю позитивної оцінки власного здоров'я. Отримані результати підтвердили попередні гіпотези та узгоджуються з міжнародними дослідженнями в галузі соціальної епідеміології.

Особливе значення має виявлений сильний вплив фінансового статусу — як незалежного предиктора, так і в порівнянні з іншими компонентами соціально-економічного статусу. Цей результат дозволяє говорити про центральну роль матеріальних ресурсів у підтримці добробуту в українському контексті. Водночас ефект освіти виявився помірним, що може свідчити про її опосередкований або довготривалий характер впливу.

Крім того, соціальний клас залишається статистично значущим чинником, навіть якщо не всі категорії мають окремо значущі ефекти. Це свідчить про наявність структурної нерівності, яка відтворюється через стратифікаційні позиції в суспільстві. Також підтверджено сильний вплив контрольних змінних — віку, гендеру, та наявності хронічних захворювань — на оцінку здоров'я, що підкреслює необхідність їхнього врахування в дослідженнях нерівностей.

Нарешті, аналіз модераційних ефектів продемонстрував, що вплив змінних соціально-економічного статусу не є універсальним: зокрема, позитивний вплив фінансового статусу на здоров'я є значно слабшим серед осіб без хронічних

захворювань, а вплив освіти послаблюється з віком. Ці знахідки свідчать про складну й неоднорідну природу соціально-економічних детермінант здоров'я та підкреслюють необхідність контекстуалізованого аналізу.

РОЗДІЛ III. СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ НЕРІВНОСТЕЙ У САМООЦІНЦІ ЗДОРОВ'Я

3.1. Відносні ефекти соціально-економічних детермінант здоров'я

Побудована модель порядкової логістичної регресії дозволяє оцінити вплив основних компонентів соціально-економічного статусу – фінансового становища, рівня освіти та соціального класу – на ймовірність позитивної самооцінки здоров'я. Усі ці змінні в попередніх дослідженнях розглядалися як вагомі соціальні детермінанти здоров'я, однак їхній вплив у різних контекстах і дослідженнях варіювався. В українському ж контексті не було комплексної спроби оцінити відносну вагу різних мір соціально-економічного статусу в єдиній статистичній моделі. Отримана регресійна модель дозволяє конкретизувати ці взаємозв'язки саме в українському контексті, але з імплікаціями для царини досліджень соціально-економічних нерівностей у здоров'ї загалом.

Фінансовий статус виявився найсильнішим предиктором серед усіх компонентів соціально-економічного статусу. Коефіцієнт шансів ($OR = 1.38$) свідчить про те, що з підвищенням рівня суб'єктивної оцінки фінансового становища значно зростають шанси респондента оцінити своє здоров'я як краще. Цей результат підтверджує гіпотезу *H1* та узгоджується з твердженнями теорії фундаментальної причини (Link & Phelan, 1995), яка вказує на вирішальну роль матеріальних ресурсів у забезпеченні умов для підтримки високого рівня здоров'я. Також ці дані перегукуються з висновками Platts & Gerry (2016), де матеріальні чинники (зокрема доходи, житлові умови та зайнятість) пояснювали до 64% освітніх відмінностей у здоров'ї серед чоловіків в Україні.

Освіта також має позитивний і статистично значущий зв'язок із самооцінкою здоров'я, хоча її ефект є помірнішим ($OR = 1.09$). Це підтверджує гіпотезу *H2*. Освічені респонденти, ймовірно, краще орієнтуються в системі охорони здоров'я, частіше дотримуються профілактичних практик і мають кращу обізнаність щодо збереження здоров'я. Цей зв'язок відповідає більшості результатів західних досліджень (Marmot, 2005; Cockerham, 2012) і

підтверджується окремими вітчизняними спостереженнями, наприклад у роботах Симончук (2018) і Мазай і Мальцевої (2019). Проте, як і в дослідженні Platts і Gerry (2016), у нашій моделі саме матеріальні ресурси виявилися сильнішими предикторами, ніж освіта, що засвідчує опосередкований характер впливу освіти через інші міри соціально-економічного статусу.

Соціальний клас як складова соціально-економічного статусу показав складніший та менш однорідний зв'язок із самооцінкою здоров'я. Лише категорія фізичної некваліфікованої праці продемонструвала статистично значущий зв'язок із самооцінкою здоров'я із коефіцієнти шансів нижчі за 1 (тобто нижчі шанси на позитивну самооцінку здоров'я у порівнянні з референтною групою – вищим службовим класом. Такі результати частково підтверджують гіпотезу *H3* та перегукуються з висновками Симончук (2018), яка вказує на системний, хоча й слабкий, зв'язок між класовою приналежністю та здоров'ям в Україні. Загалом, такі результати можуть бути пояснені тим, що класова структура українського суспільства як капіталістичного перебуває у процесі формування на відміну від розвинених європейських країн, для ідентифікації соціальних класів яких створена і успішно застосовується класова схема EGP.

Таким чином, наша модель, гасамперед, підтверджує дуже важливий інсайт Torssander & Erikson (2009): освіта, матеріальне становище та соціальний клас є окремими частинами, окремими вимірами (*dimensions*) соціально-економічного статусу; і хоча їх часто використовуються як різні способи вимірювати одне і те саме (а саме соціально-економічний статус), вибір показника суттєво впливає на результати досліджень у конкретних деталях (*ibid.*). Подібну неоднозначність щодо відносної важливості факторів в українському контексті згадувала також Grynkiv (2010), яка спостерігала різний ефект соціального капіталу на здоров'я залежно від рівня освіти та інших факторів.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що всі три змінні – фінансове становище, освіта і соціальний клас – впливають на самооцінку здоров'я, однак

із різною силою та стабільністю. Це ще раз підтверджує положення теорії фундаментальної причини про те, що нерівність у здоров'ї не зникає з часом, бо нові ресурси – зокрема освіта чи доступ до капіталу – постійно перерозподіляються у спосіб, що зберігає переваги вищих соціально-економічних груп.

Включення контрольних змінних до моделі є необхідною умовою для точнішого оцінювання ефектів основних предикторів. У контексті дослідження соціально-економічних нерівностей у здоров'ї гендер, вік та наявність хронічних захворювань є добре задокументованими факторами, що самостійно впливають на самооцінку здоров'я. Ігнорування цих змінних може призвести до зміщення оцінок та хибних висновків про силу і напрямок соціальних ефектів.

Гендер. У нашому дослідженні підтверджено наявність гендерних відмінностей у самооцінці здоров'я: жінки суттєво частіше оцінюють своє здоров'я як гірше у порівнянні з чоловіками (OR = 0.68). Цей результат підтверджує відомий у літературі феномен «парадоксу здоров'я» (health survival paradox), згідно з яким жінки мають гірші суб'єктивні показники здоров'я, попри об'єктивно вищу тривалість життя та нижчу смертність (Oksuzyan et al., 2008; Cockerham, 2012). Такий розрив часто пояснюється соціальними й культурними чинниками: вищою обізнаністю жінок щодо свого здоров'я, частішим зверненням до лікарів, а також гендерною нормою, згідно з якою чоловіки менш охоче повідомляють про проблеми зі здоров'ям. Включення гендеру як контрольної змінної дає змогу врахувати ці соціально обумовлені відмінності та зробити модель більш коректною. Отже, результати моделювання щодо впливу гендеру чітко співвідносяться як і з закордонними, так і з вітчизняними дослідженнями нерівностей у здоров'ї. Однак, слід зазначити, що попри сильний вплив на самооцінку здоров'я, гендер не мав суттєвого модераційного ефекту на соціально-економічні чинники. Тобто вплив соціально-економічних чинників не був значно сильнішим чи слабшим (чи мав зворотній напрям впливу) для чоловіків та жінок.

Вік. Очікувано, результати моделі підтвердили негативний зв'язок між віком та самооцінкою здоров'я ($OR = 0.49$). Це означає, що з кожною наступною віковою категорією ймовірність позитивної оцінки здоров'я зменшується. Вік виступає не лише як біологічний чинник – з фізичним старінням організму та накопиченням хронічних захворювань, – але й як соціальний предиктор. Найсильніший вплив віку також чітко співвідноситься із попередніми результатами українських досліджень (Мазай і Мальцева, 2019).

Модераційний ефект віку на вплив освіти був статистично значущим. Це може свідчити про те, що освітні ресурси (наприклад, здорові звички чи обізнаність про здоров'я), хоч і мають позитивний ефект у молодості, з віком втрачають свій компенсаторний потенціал через фізичне зношення організму або інші вікові фактори. Інакше кажучи, у літньому віці статусні відмінності на рівні освіти менше впливають на оцінку здоров'я, ніж у молодших вікових категоріях. Інша можлива інтерпретація вказує на те, що вплив освіти є більш вираженим серед молодих людей, які вже навчалися за часів незалежності України у зовсім іншій освітній системі.

Хронічні захворювання. Найсильніший ефект серед усіх змінних у моделі продемонструвала змінна, що відображає наявність хронічних захворювань. Особи, які не мають хронічних діагнозів, мають у понад шість разів вищі шанси позитивної оцінки свого здоров'я ($OR = 6.96$). Цей результат підтверджує гіпотезу про те, що хронічна хвороба є свого роду «медичним якорем», який визначає загальну оцінку здоров'я незалежно від інших факторів, тобто є чітким модератором.

Модераційний ефект хронічних захворювань на фінансовий статус став несподіваним результатом дослідження. Загалом, було виявлено, що фінансовий статус має сильніший ефект для респондентів з хронічними хворобами, імовірно, тому що фінансові ресурси дають їм змогу краще контролювати своє захворювання, отримувати медичні послуги та загалом адаптуватися до свого стану. Для осіб без таких проблем фінансовий чинник уже не має такої великої ваги.

Таким чином, включення контрольних змінних не лише підвищує якість моделі, але й розкриває важливі соціальні та біомедичні механізми, що впливають на сприйняття здоров'я. Ці змінні не слід розглядати лише як технічні фактори, що потребують статистичного контролю, – вони самі по собі є ключовими елементами у структурі соціальної стратифікації здоров'я. Це, зокрема, добре видно на прикладі гендеру через зазначений парадокс.

Результати нашої моделі показали, що суб'єктивна оцінка фінансового становища має найбільший і статистично найнадійніший вплив на самооцінку здоров'я серед усіх трьох основних предикторів соціально-економічного статусу. Це підтверджує гіпотезу *H4*, згідно з якою фінансова ситуація є потужнішим предиктором здоров'я, ніж освіта чи соціальний клас.

Однією з причин домінування фінансового статусу може бути його ближчий зв'язок із матеріальними умовами життя, що безпосередньо впливають на фізичне та психологічне благополуччя. Висока суб'єктивна оцінка фінансового становища часто може корелювати з кращими житловими умовами, більшою доступністю до медичних послуг, збалансованим харчуванням, можливістю займатися спортом чи відпочивати. Крім того, фінансова стабільність знижує рівень стресу, який сам по собі є відомим фактором ризику для здоров'я (Marmot, 2004).

На відміну від фінансів, рівень освіти, хоч і продемонстрував статистично значущий ефект, мав слабший зв'язок із самооцінкою здоров'я. Це узгоджується з деякими попередніми дослідженнями, які стверджують, що ефект освіти опосередкований через інші ресурси, зокрема – фінансові (Ross & Wu, 1995). Освіта сама по собі не покращує здоров'я, але відкриває доступ до вищих доходів, стабільнішої зайнятості та більшої обізнаності у сфері здоров'я. Таким чином, у контексті України, де освітній рівень часто не гарантує економічної безпеки, її ефект може бути обмеженим або непрямим.

Особливу увагу варто звернути на те, що ми використовували суб'єктивну оцінку фінансового становища, а не об'єктивні показники доходу. Відповідно, сильний ефект цієї змінної може свідчити не лише про матеріальні реалії, а й про

психологічний аспект сприйняття соціального становища. Як зазначає Wilkinson (1996), саме суб'єктивне відчуття відносної депривації може мати потужний вплив на психосоціальний стрес і, відповідно, на здоров'я. В українському контексті, де значна частина населення пережила економічну нестабільність (станом на 2016 рік, коли проводилося опитування «Індекс здоров'я. Україна») і періоди інфляції чи знецінення доходів, саме сприйняття власної фінансової ситуації може мати вирішальне значення для загального самопочуття.

Таким чином, наші результати не лише підтверджують важливість економічних ресурсів як ключової детермінанти здоров'я, але й підкреслюють необхідність врахування суб'єктивних оцінок та сприйняття соціального становища у дослідженнях соціальних нерівностей у царині здоров'я.

3.2. Чи працює теорія фундаментальної причини в українському контексті?

Повертаючись до теоретичної рамки дослідження – теорії фундаментальної причини (Link & Phelan, 1995), – можемо констатувати, що наші емпіричні результати частково підтверджують її положення в умовах українського соціального контексту. Згідно з теорією, соціально-економічний статус виступає «фундаментальною причиною» нерівностей у здоров'ї, оскільки забезпечує доступ до ресурсів, які дозволяють людям запобігати хворобам або мінімізувати їх наслідки.

У нашому дослідженні спостерігається стійкий соціальний градієнт у здоров'ї. Респонденти з вищим суб'єктивним фінансовим статусом, вищою освітою та, частково, належністю до більш привілейованих класів мали кращу самооцінку здоров'я. Причому градієнт є поступовим і не обмежується лише крайніми категоріями – навіть невеликі відмінності в SES пов'язані з відчутними відмінностями у здоров'ї. Найсильніший вплив, як було показано, має саме фінансовий статус, що підкреслює важливість матеріальних умов як безпосереднього чинника добробуту. Водночас освіта і соціальний клас також демонструють значущий, хоча й слабший (у випадку освіти) і менш однорідний

(у випадку соціального класу) ефект, що загалом підтверджує багатовимірну природу соціально-економічного статусу.

Одним із ключових положень теорії фундаментальної причини є твердження про те, що ресурси (гроші, знання, статус, соціальні зв'язки) виступають медіаторами, через які соціально-економічний статус впливає на здоров'я. Отримані результати дозволяють припустити, що саме фінансові ресурси є найближчою ланкою у цьому ланцюгу: вони не лише напряду забезпечують доступ до охорони здоров'я та умов для ведення здорового способу життя, але й опосередковують інші соціально-економічні фактори – наприклад, можливості, які дає вища освіта чи престижніша соціальна позиція. Таким чином, можна говорити про різну «інтенсивність» ресурсів, доступних для різних соціальних груп, що визначає нерівномірні шанси на збереження здоров'я.

Водночас важливо враховувати особливості українського контексту, де структурна нестабільність, економічна турбулентність і недовіра до інституцій можуть змінювати усталені механізми відтворення соціальних нерівностей. Наприклад, високий рівень освіти не завжди гарантує стабільне працевлаштування або високий дохід, що може зменшувати вплив освітнього капіталу. Проте загальна логіка теорії фундаментальної причини залишається непохитною та релевантною в українському контексті: соціально-економічні фактори забезпечують або обмежують доступ до ресурсів, необхідних для підтримання здоров'я, а отже – відтворюють і поглиблюють соціальну стратифікацію у здоров'ї українського суспільства.

Таким чином, дані з України підтверджують основні положення теорії фундаментальної причини, адаптуючи її до умов суспільства з високою соціальною та економічною турбулентністю. Це підкреслює цінність цієї теоретичної рамки як інструменту аналізу навіть у контекстах, де класичні ознаки соціально-економічного статусу не завжди функціонують у традиційному для європейських дослідників розумінні.

Імплікації для політики та подальших досліджень

Результати цього дослідження мають важливі наслідки як для формування політики охорони здоров'я, так і для розвитку наукових підходів до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї в Україні. Насамперед, виявлений сильний вплив фінансового становища на самооцінку здоров'я вказує на необхідність інвестування у зменшення бідності як одного з найважливіших соціальних детермінант здоров'я. Якщо матеріальні ресурси виступають основним медіатором доступу до медичних послуг, здорового харчування та безпечного довкілля, то заходи соціальної політики, підвищення мінімального доходу, забезпечення житлом та гарантії зайнятості можуть мати не лише економічний, але й оздоровчий ефект. Такий підхід узгоджується з рекомендаціями ВООЗ, які наголошують на «health in all policies» – інтеграції цілей здоров'я в усі сфери соціальної політики.

По-друге, отримані результати вказують на нагальну потребу у системному моніторингу соціальних детермінант здоров'я в Україні. Попри наявність окремих досліджень, таких як «Індекс здоров'я. Україна», брак регулярного збору репрезентативних даних про умови життя, соціально-економічне становище, доступ до медичних послуг і суб'єктивне самопочуття значно ускладнює розробку обґрунтованої політики. У зв'язку з цим актуальним завданням є інституціоналізація збору даних про здоров'я в Україні з фокусом на соціальні чинники – зокрема в межах демографічних і соціологічних опитувань, які дозволяють поєднувати макро- та мікрорівні аналізу.

Третім важливим висновком є необхідність подальшого вдосконалення методології досліджень у цій сфері. Одним із таких покращень є використання порядкової логістичної регресії, яка краще враховує специфіку шкал самооцінки здоров'я (Лайкерта) і дозволяє зберегти варіативність у залежній змінній без спрощення до бінарних категорій. Крім того, потреба в панельних (лонгitudних) дослідженнях є критичною для глибшого розуміння причинно-наслідкових зв'язків: як змінюється здоров'я людей під впливом соціально-економічних факторів у часі, як траєкторії соціального становища формують стратегії

підтримки здоров'я, і які соціальні події (наприклад, втрата роботи, переїзд, економічні кризи) впливають на добробут.

Зрештою, важливо підкреслити, що здоров'я не може розглядатися як виключно медична проблема. Воно є результатом дії комплексу соціальних чинників, а отже – має стати предметом міждисциплінарної уваги в межах соціальної політики, економіки, урбаністики, освіти та охорони здоров'я. Політика, що спрямована на зменшення нерівностей у здоров'ї, повинна бути структурною, цілеспрямованою та враховувати особливості українського контексту.

Отже, аналіз підтвердив стабільну дію соціального градієнта в українському контексті: зі зростанням соціально-економічного статусу підвищуються шанси на позитивну самооцінку здоров'я. Фінансовий статус продемонстрував найсильніший і найстійкіший ефект, що свідчить про ключову роль матеріального добробуту в умовах нестабільної соціально-економічної ситуації. Однак ці результати можна також інтерпретувати як вплив стресу, пов'язаного зі здобуттям необхідних матеріальних ресурсів. Для встановлення точного механізму впливу фінансового становища на самооцінку здоров'я необхідні подальші дослідження. Освіта також мала позитивний вплив, однак менш виражений, а соціальний клас, хоча і не в усіх категоріях, виявився релевантним структурним чинником.

Також виявлено, що вплив соціально-економічних факторів залежить від таких характеристик, як хронічні захворювання та вік. Зокрема, фінансовий статус мав менший ефект серед людей без хронічних хвороб, а позитивний вплив освіти був виразнішим у молодших вікових групах. Це вказує на те, що соціально-економічні ресурси не працюють однаково для всіх соціальних груп і в різних життєвих обставинах, особливо в українському контексті.

Загалом, отримані результати підтверджують концептуальні припущення теорії фундаментальної причини: соціально-економічний статус виступає як структурне джерело доступу до ресурсів, що підтримують здоров'я. Ці висновки

формують підґрунтя для рекомендацій у сфері соціальної політики та напряму подальших досліджень.

ВИСНОВКИ

У цьому дослідженні було здійснено спробу виявити соціально-економічні детермінанти нерівностей у здоров'ї в українському суспільстві, зосередивши увагу на взаємозв'язках між різними вимірами соціально-економічного статусу та самооцінкою здоров'я. На основі теоретичного аналізу, огляду літератури та кількісного аналізу даних вдалося досягти мети дослідження та дати відповідь на сформульовані завдання.

По-перше, аналіз сучасної соціологічної літератури дозволив виокремити складність і багатовимірність поняття «здоров'я», що включає як об'єктивні медичні показники, так і суб'єктивну оцінку, яка вбудована в соціальний контекст. Такі поняття як «соціально-економічна нерівність» і «соціальний градієнт» розглядалися у зв'язку із розподілом матеріальних ресурсів, доступом до інституцій та впливом статусної ієрархії на здоров'я. Загалом, обрана концептуалізація понять має суттєвий вплив на подальший аналіз даних та інтерпретацію результатів.

По-друге, центральне місце в дослідженні посіла теорія фундаментальної причини (Link & Phelan, 1995), яка дозволяє пояснити, чому соціально-економічний статус залишається стабільним предиктором здоров'я попри зміни конкретних захворювань чи механізмів. Дослідження підтверджує релевантність цієї теорії для українського контексту, показуючи, що ресурси – фінансові, освітні та статусні – мають системний вплив на здоров'я.

По-третє, аналіз масиву «Індекс здоров'я. Україна» 2016 року дозволив виявити стійкі соціально-економічні відмінності у самооцінці здоров'я. Найнижчі показники спостерігалися серед осіб з низьким фінансовим статусом, низькою освітою та представників класу некваліфікованої фізичної праці. Виявлено наявність соціального градієнта, де кожен рівень соціально-економічного статусу корелює із певним рівнем самооцінки здоров'я.

По-четверте, щодо сили впливу різних компонентів соціально-економічного статусу: фінансовий статус продемонстрував найсильніший і найстійкіший зв'язок із самооцінкою здоров'я. Освіта мала слабший, але

статистично значущий ефект. Соціальний клас мав значущість лише в категорії фізичної некваліфікованої праці. Це дозволяє припустити, що фінансові ресурси є найбільш безпосереднім механізмом, через який відбувається вплив на здоров'я, тоді як інші аспекти соціально-економічного статусу діють опосередковано або за певних умов.

По-п'яте, модеруючий ефект таких змінних як вік, гендер та наявність хронічних захворювань був перевірений за допомогою ефектів взаємодії у регресійній моделі. Зокрема, вплив фінансового статусу був суттєво слабшим у респондентів без хронічних захворювань, що свідчить про різну «віддачу» ресурсів залежно від медичного стану. Вплив освіти виявився варіативним у різних вікових групах, що може свідчити про різні «освіти» серед різних вікових груп. Наприклад, вища освіта, отримана ще у радянській освітній системі може різнитися від вищої освіти, отриманою в незалежній Україні.

Врешті, результати дослідження засвідчують, що для зменшення соціально-економічних нерівностей у здоров'ї в Україні слід зосередитися на подоланні бідності, зменшенні матеріальної депривації, а також підвищенні доступності якісної освіти. Дослідження також демонструє необхідність у кращому моніторингу соціальних детермінант здоров'я та вдосконаленні методів збору даних, включно з регулярними національними опитуваннями, які враховують і суб'єктивні, і об'єктивні індикатори.

Таким чином, дослідження підтверджує гіпотезу про соціально обумовлену природу нерівностей у здоров'ї та вказує на важливість багатовимірного підходу до аналізу соціально-економічного статусу як фундаментального чинника, що визначає індивідуальне благополуччя та здоров'я в українському суспільстві.

Список джерел і літератури

- Beckfield, J. (2018). Political sociology and the people's health. In *Oxford University Press eBooks*. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190492472.001.0001>
- Bengtsson, T., Dribe, M., & Helgertz, J. (2020). When did the health gradient emerge? Social class and adult mortality in Southern Sweden, 1813–2015. *Demography*, 57(3), 953–977. <https://doi.org/10.1007/s13524-020-00877-5>
- Blaxter, M. (2010). *Health*. Polity.
- Breen, R. (2005). Foundations of a neo-Weberian class analysis. In *Cambridge University Press eBooks* (pp. 31–50). <https://doi.org/10.1017/cbo9780511488900.003>
- Carlander, A., Bagge, R. O., & Bagge, A. L. (2023). The ever gap: The relationship between self-rated health and socio-economic inequalities in Sweden between 1999 and 2021. *Social Sciences & Humanities Open*, 8(1), 100746. <https://doi.org/10.1016/j.ssaho.2023.100746>
- Cherednychenko, G. (2004). *HEALTH INEQUALITIES IN UKRAINE* [MA thesis]. National University “Kyiv-Mohyla Academy.”
- Cockerham, W. (2012). The social causation of health and disease. In *Social Causes of Health and Disease* (pp. 1–26). Polity.
- Collier, D. (2011). Understanding process tracing. *PS Political Science & Politics*, 44(4), 823–830. <https://doi.org/10.1017/s1049096511001429>
- Erikson, R. S., Goldthorpe, J. H., & Portocarero, L. (1979). Intergenerational class mobility in three Western European societies: England, France and Sweden. *British Journal of Sociology*, 30(4), 415. <https://doi.org/10.2307/589632>
- Galea, S., Ahern, J., & Karpati, A. (2005). A model of underlying socioeconomic vulnerability in human populations: evidence from variability in population health and implications for public health. *Social Science & Medicine*, 60(11), 2417–2430. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.028>
- Gilmore, A. B., McKee, M., & Rose, R. (2002). Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Social Science & Medicine*, 55(12), 2177–2188. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(01\)00361-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(01)00361-6)

Grynkiw, G. (2010). HEALTH INEQUALITIES AND SOCIAL CAPITAL: EVIDENCE FROM UKRAINE [MA thesis]. Kyiv School of Economics.

Hu, Y., Van Lenthe, F. J., Borsboom, G., Looman, C. W. N., Bopp, M., Burström, B., Dzúrová, D., Ekholm, O., Klumbienė, J., Lahelma, E., Leinsalu, M., Regidor, E., Santana, P., De Gelder, R., & Mackenbach, J. P. (2016). Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 17 European countries between 1990 and 2010. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(7), 644–652. <https://doi.org/10.1136/jech-2015-206780>

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>

Kelly-Irving, M., Ball, W. P., Bambra, C., Delpierre, C., Dundas, R., Lynch, J., McCartney, G., & Smith, K. (2022). Falling down the rabbit hole? Methodological, conceptual and policy issues in current health inequalities research. *Critical Public Health*, 33(1), 37–47. <https://doi.org/10.1080/09581596.2022.2036701>

Lahelma, E., Pietiläinen, O., Pentala-Nikulainen, O., Helakorpi, S., & Rahkonen, O. (2019). 36-year trends in educational inequalities in self-rated health among Finnish adults. *SSM, Population Health*, 9, 100504. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100504>

Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 80. <https://doi.org/10.2307/2626958>

Mackenbach, J. P. (2011). Can we reduce health inequalities? An analysis of the English strategy (1997-2010). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(7), 568–575. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.128280>

Maheswaran, H., Kupek, E., & Petrou, S. (2015). Self-reported health and socioeconomic inequalities in England, 1996–2009: Repeated national cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 136–137, 135–146. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.026>

- Marmot, M. (2004). Status syndrome. *Significance*, 1(4), 150–154. <https://doi.org/10.1111/j.1740-9713.2004.00058.x>
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), 1099–1104. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)71146-6)
- McCartney, G., Bartley, M., Dundas, R., Katikireddi, S. V., Mitchell, R., Popham, F., Walsh, D., & Wami, W. (2018). Theorising social class and its application to the study of health inequalities. *SSM - Population Health*, 7, 100315. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2018.10.015>
- Moor, I., Günther, S., Knöchelmann, A., Hoebel, J., Pförtner, T., Lampert, T., & Richter, M. (2018). Educational inequalities in subjective health in Germany from 1994 to 2014: a trend analysis using the German Socio-Economic Panel study (GSOEP). *BMJ Open*, 8(6), e019755. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019755>
- Morris, T. T., Davies, N. M., Hemani, G., & Smith, G. D. (2020). Population phenomena inflate genetic associations of complex social traits. *Science Advances*, 6(16). <https://doi.org/10.1126/sciadv.aay0328>
- Oksuzyan, A., Juel, K., Vaupel, J. W., & Christensen, K. (2008). Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20(2), 91–102. <https://doi.org/10.1007/bf03324754>
- Phelan, J. C., & Link, B. G. (2015). Is racism a fundamental cause of inequalities in health? *Annual Review of Sociology*, 41(1), 311–330. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112305>
- Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: theory, evidence, and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(1_suppl), S28–S40. <https://doi.org/10.1177/0022146510383498>
- Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2014). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*, 128, 316–326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>

Pickett, K. E., & Wilkinson, R. G. (2015). Income inequality and health: A causal review. *Social Science & Medicine*, *128*, 316–326. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.031>

Platts, L. G., & Gerry, C. J. (2016). Social inequalities in self-rated health in Ukraine in 2007: the role of psychosocial, material and behavioural factors. *European Journal of Public Health*, ckw143. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw143>

Ross, C. E., & Wu, C. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, *60*(5), 719. <https://doi.org/10.2307/2096319>

Smith, K. E., & Anderson, R. (2017). Understanding lay perspectives on socioeconomic health inequalities in Britain: a meta-ethnography. *Sociology of Health & Illness*, *40*(1), 146–170. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12629>

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. World Health Organization.

Tanaka, H., Mackenbach, J. P., & Kobayashi, Y. (2021). Trends and socioeconomic inequalities in self-rated health in Japan, 1986–2016. *BMC Public Health*, *21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11708-6>

Tanaka, H., Nusselder, W., Kobayashi, Y., & Mackenbach, J. P. (2022). Socioeconomic inequalities in self-rated health in Japan, 32 European countries and the United States: an international comparative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, *51*(8), 1161–1172. <https://doi.org/10.1177/14034948221092285>

Torssander, J., & Erikson, R. S. (2009). Stratification and Mortality--A comparison of education, class, status, and income. *European Sociological Review*, *26*(4), 465–474. <https://doi.org/10.1093/esr/jcp034>

Wachtler, B., Hoebel, J., & Lampert, T. (2019). Trends in socioeconomic inequalities in self-rated health in Germany: a time-trend analysis of repeated cross-sectional health surveys between 2003 and 2012. *BMJ Open*, *9*(9), e030216. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030216>

Wickham, S., Bentley, L., Rose, T., Whitehead, M., Taylor-Robinson, D., & Barr, B. (2020). Effects on mental health of a UK welfare reform, Universal Credit: a

longitudinal controlled study. *The Lancet Public Health*, 5(3), e157–e164. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30026-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30026-8)

Wilkinson, R. G. (1970). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. In *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9780203421680>

Wilkinson, R. G., & Marmot, M. G. (1998). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. <http://health-equity.pitt.edu/2812/>

Мазай, Д., & Мальцева, К. (2019). Вплив соціальної нерівності на здоров'я українського населення (за даними масиву European Social Survey, 2012). *Наукові Записки НаУКМА*. <https://ekmair.ukma.edu.ua/handle/123456789/16766>

Симончук, О. (2018). Соціальні класи в сучасних суспільствах: евристичний потенціал класового аналізу [PhD Disertation].