

## ЧИ ІСНУЄ В УКРАЇНІ ДИСПАРИТЕТ ЗА ОСВІТОЮ ЩОДО КУРІННЯ?

*У статті розглянуто диспаритет за освітою щодо поширеності куріння та припинення куріння серед українського населення у гендерних та вікових групах. Серед чоловіків із вищою освітою куріння є менш поширеним і більша частка колишніх курців. Серед жінок ще у 2005 р. більше курців було серед осіб з вищою освітою, але соціальний градієнт поступово збільшується серед молодших жінок. Соціальне формування, дифузія інновацій та гендерні стереотипи розглянуті як можливі пояснення отриманих результатів.*

**Ключові слова:** куріння, припинення куріння, соціальний диспаритет, освіта, соціальний градієнт за освітою.

### **Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями**

Соціологи здоров'я, соціальні епідеміологи та фахівці з охорони здоров'я у західних країнах вже давно встановили, що для груп населення, що мають вищий соціально-економічний статус, характерні переваги за показниками захворюваності, смертності, а також поширеності пов'язаних зі здоров'ям видів поведінки [9]. Відомо, що більше курять бідні та малоосвічені люди порівняно з тими, хто має вищу освіту і певний добробут [9; 16]. Однак така закономірність, встановлена серед населення в цілому західних країн з високим рівнем доходів, не завжди простежується серед окремих етнічних груп. Також у наших попередніх працях було показано, що у країнах колишнього Радянського Союзу така закономірність не завжди є очевидною [3; 4]. Наприклад, іще донедавна серед жінок курили переважно ті, хто має вищу освіту.

Для такої ситуації можна знайти різні пояснення. Найбільш доречною виглядає теорія, яка пояснює диспаритет щодо здоров'я через механізми соціального формування, які охоплюють політичні рішення, знання та поведінку [11; 13; 18]. Цей підхід передбачає, що конструкт, який називають «соціально-економічний статус», включає в себе ресурси (гроші, знання, престиж, владу і корисні соціальні зв'язки), що захищають здоров'я незалежно від того, які саме механізми і фактори впливають на здоров'я [14; 19].

Однак для того, щоб відбулося «соціальне формування» довкола певного виду поведінки щодо здоров'я, необхідно, щоб населення дізналося, що такий вид поведінки може впливати на здоров'я. Тоді люди із більшими ресурсами дістануть більші шанси на вибір цього виду пове-

дінки або уникнення його з більшою користю для себе.

### **Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання цієї проблеми і на які спирається автор**

Певна кількість опублікованих праць свідчить, що ставлення до пов'язаної зі здоров'ям поведінки відрізняється у країнах колишнього Радянського Союзу та у західних країнах. Наприклад, на відміну від Фінляндії, у Прибалтійських країнах не було знайдено зв'язку між пов'язаною зі здоров'ям поведінкою та самооцінкою здоров'я [8]. Показано, що в пострадянських країнах Центральної Азії немає очікуваного зв'язку між економічною ситуацією та елементами способу життя, що стосуються здоров'я [6]. У дослідженні, в якому порівнювали західно- та східноєвропейських студентів, останні мали менш здоровий спосіб життя, менш усвідомлювали зв'язок між факторами способу життя, такими як куріння, фізичні вправи, вживання жиру та солі, та ризиком серцево-судинних захворювань, а також частіше вважали, що їхнє здоров'я залежить від факторів, які неможливо контролювати [20].

### **Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, яким присвячено цю статтю**

Серія таких результатів досліджень підштовхує до висловлення гіпотези, що за умови недостатнього інформування населення Радянського Союзу про вплив способу життя на здоров'я та за певної ізоляваності суспільства за «залізною завісою», соціального формування навколо поведінки щодо здоров'я не відбулося в колишніх радянських республіках таким саме чином, яке це сталося у західних країнах. Наприклад, якщо

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

Одна з гіпотез, що пояснюють стійкі зв'язки між соціально-економічним статусом і здоров'ям, полягає в тому, що більш благополучні люди більшою мірою здатні застосовувати захисні стратегії, які є доступними на певний момент [12]. Ті види пов'язаної зі здоров'ям поведінки, які не демонструють у пострадянських країнах значного соціального градієнта, могли бути невідомими як захисні стратегії, якщо населення було недостатньо поінформованим про них.

Якщо така гіпотеза є правильною і відсутність очікуваного диспаритету, або соціального градієнта, в пострадянських країнах пов'язана з недостатнім усвідомленням ролі певних видів поведінки щодо здоров'я (не лише в розумінні факторів ризику, а й того, як ефективно змінювати поведінку), то можна очікувати, що останніми роками певні верстви населення і більшою мірою молодші вікові групи частково схиляються до таких усвідомлень. Якщо так, то можемо припустити, що соціальні градієнти на користь благополучніших груп будуть більшими в молодших групах населення, ніж у старших, і більшими в недавніх опитуваннях, ніж у раніше проведених.

#### **Формулювання цілей статті (постановка завдання)**

Мета цієї праці полягає в тому, щоб оцінити градієнти між групами населення з вищою освітою та середньою і середньою спеціальною освітою та порівняти їх за віком респондентів і часом опитування на прикладі поведінки, що стосується куріння тютюнових виробів.

#### **Виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів**

##### *Методи*

Застосовано дані трьох спеціалізованих опитувань щодо вживання тютюну, які були проведені в 2000, 2005 та в 2010 роках в національно-репрезентативних вибірках населення України. Процедура побудови вибірок та проведення збору даних описано у відповідних звітах [10; 21; 22].

Розглянуто дві залежні змінні. Перша – куріння у теперішній час: оцінювалася частка курців серед усіх респондентів. Друга – припинення куріння: оцінювалася частка колишніх щоденних курців серед усіх, хто будь-коли курив щоденно.

Як показник соціально-економічного стану розглянуто рівень освіти. Оскільки група людей, які мають меншу ніж середня освіту, складалася з двох непорівнюваних груп – тих людей старшого віку, які навчалися давно і не здобули середньої освіти, й людей 15–17 років, які поки ще навчаються в школі і ще не завершили середню освіту, – тому групу людей з освітою менше середньої з аналізу було вилучено. Оскільки в різних опитуваннях категорії освіти меншої, ніж вища, визначалися по-різному, ці групи було поєднано в одну. Градієнт за освітою вивчався як співвідношення шансів мати певну поведінку щодо куріння або його припинення між групою людей із вищою освітою порівняно з людьми з середньою або середньою спеціальною освітою, враховуючи технікуми, коледжі тощо. Співвідношення шансів більше за 1,00 характеризували переваги людей із вищою освітою, тобто або меншу поширеність куріння серед них, або більшу частку тих, хто вже відмовився від куріння. Співвідношення шансів менші ніж 1,00 означали, що переваги мають люди з середньою освітою.

Аналіз стратифіковано за статтю та віком. На початку проведено аналіз у 15-річних вікових групах, але оскільки в деяких із таких груп кількість респондентів з вищою освітою була малою, на останньому етапі аналіз стратифіковано у групах респондентів віком 15–44 роки та 45 років і старших.

Використано програмне забезпечення SPSS 15.0 із застосуванням двовимірного логістичного регресійного аналізу.

##### *Результати*

Аналіз зв'язків рівня освіти зі статусом щодо куріння у теперішній час наведено у табл. 1.

У чоловіків усіх вікових груп у трьох опитуваннях спостерігається статистично значуще перевищення поширеності куріння у групах з середньою та середньою спеціальною освітою. Зі зменшенням поширеності куріння в 2010 році зменшується різниця поширеності куріння між чоловіками з різними рівнями освіти у віковій групі до 45 років.

Серед жінок у цілому більша поширеність куріння спостерігається в групі з вищою освітою. В кожному з трьох опитувань соціальний градієнт поширеності куріння є ближчим до очікуваного (за якого люди з вищою освітою курять менше) в молодших групах, ніж у старших. Також у молодших групах жінок градієнт поступово збільшується з роками проведення опитування, хоча не сягає статистично значущого рівня. В групі жінок старших за 45 років за роками опитувань градієнт є досить стабільним, як і в групі чоловіків старших за 45 років.

Таблиця 1. Поширеність теперішнього куріння в трьох опитуваннях за статтю, віком та рівнем освіти (% та кількість респондентів, співвідношення шансів)

Рік опитування			2000		2005		2010	
Стать	Вік	Освіта	%	N	%	N	%	N
чоловіки	15–44	ССС	74,8	330	72,9	450	61,2	1270
		вища	52,8	36	55,8	120	46,5	404
		СШ (ДІ)	2,66 (1,32–5,36)		2,13 (1,40–3,22)		1,81 (1,44–2,27)	
	45+	ССС	59,8	234	68,1	207	49,4	1250
		вища	36,7	49	47,8	67	27,7	347
		СШ (ДІ)	2,57 (1,36–4,85)		2,34 (1,33–4,10)		2,55 (1,96–3,31)	
жінки	15–44	ССС	31,0	377	32,2	422	17,4	993
		вища	37,0	46	31,9	144	15,1	438
		СШ (ДІ)	0,77 (0,41–1,45)		1,01 (0,68–1,52)		1,19 (0,87–1,62)	
	45+	ССС	7,4	284	8,9	348	4,4	1262
		вища	14,7	34	21,3	108	8,3	362
		СШ (ДІ)	0,46 (0,16–1,32)		0,36 (0,20–0,65)		0,51 (0,32–0,81)	

ССС – середня та середня спеціальна освіта,  
СШ (ДІ) – співвідношення шансів (95 % довірчий інтервал)

Таблиця 2. Частка колишніх щоденних курців, які припинили курити, в трьох опитуваннях за статтю, віком та рівнем освіти (% та кількість респондентів, співвідношення шансів)

Рік опитування			2000		2005		2010	
Стать	Вік	Освіта	%	N	%	N	%	N
чоловіки	15–44	ССС	8,2	244	11,4	350	19,6	881
		вища	21,7	23	22,1	77	22,1	222
		СШ (ДІ)	3,11 (1,04–9,27)		2,20 (1,17–4,13)		1,16 (0,81–1,66)	
	45+	ССС	27,2	173	20,4	167	34,5	870
		вища	44,8	29	39,6	48	50,8	177
		СШ (ДІ)	2,18 (0,97–4,87)		2,56 (1,29–5,11)		1,97 (1,42–2,72)	
жінки	15–44	ССС	14,0	100	19,6	143	30,5	200
		вища	20,0	15	25,5	51	37,8	74
		СШ (ДІ)	1,54 (0,38–6,14)		1,41 (0,66–2,98)		1,39 (0,79–2,42)	
	45+	ССС	38,1	21	24,3	37	22,6	62
		вища	28,6	7	12,5	24	25,7	35
		СШ (ДІ)	0,65 (0,10–4,18)		0,44 (0,11–1,85)		1,19 (0,45–3,11)	

ССС – середня та середня спеціальна освіта,  
СШ (ДІ) – співвідношення шансів (95 % довірчий інтервал)

Аналіз зв'язків припинення куріння з рівнем освіти наведено в табл. 2.

Серед чоловіків обох вікових груп у трьох опитуваннях спостерігається більша частка колишніх курців серед чоловіків із вищою освітою порівняно з середньою і середньою спеціальною, і у більшості груп різниця сягає рівня статистичної значущості 0,05. Так само як і щодо поширеності куріння, градієнт за освітою зменшується від 2000 до 2010 року в групі чоловіків молодше 45 років.

Серед жінок більший відсоток колишніх курців серед тих, хто має вищу освіту, спостерігається в молодшій групі в усіх трьох опитуваннях. В групі тих, кому більше 45 років, в 2000 та 2005 роках серед жінок із вищою освітою було менше колишніх курців, ніж серед тих, хто має середню або середню спеціальну освіту. Граді-

єнт змінився на позитивний лише в 2010 році, але відмінності не досягли рівня статистичної значущості.

#### Обговорення

Дослідження мало на меті перевірити гіпотезу про більший соціальний градієнт у молодших групах респондентів та у пізніших опитуваннях, проте це було встановлено у результаті аналізу лише для жінок, а для молодих чоловіків градієнт із часом, навпаки, зменшувався. Результат серед жінок опосередковано свідчить на користь гіпотези про те, що менші соціальні диспропорції поведінки щодо здоров'я в Україні і пострадянських країнах у цілому зумовлені відсутністю достатньої поінформованості населення та заходів соціальної політики, спрямованої на регулювання певних видів поведінки, в часи ізо-

льованості радянського суспільства від розуміння факторів, що впливають на здоров'я, яке було характерним для розвинених країн. Через відсутність таких уявлень у суспільстві не відбувалася його стратифікація щодо практикування певних видів поведінки або відмови від них. Порівняння даних за віком респондентів та роками проведення опитувань показує, що такі погляди про поведінку щодо здоров'я, зокрема куріння, поступово поширюються серед українського населення, і більшою мірою серед молодших груп, які більш готові до формування або зміни способу життя.

Другим важливим результатом є спостереження про те, що соціальні градієнти серед чоловіків в усіх групах є більшими, ніж серед жінок. Ця ситуація не є підтвердженням висловленої гіпотези, але добре пояснюється з погляду моделі дифузії інновацій, яку раніше було застосовано до вивчення поширення вживання різних речовин, у тому числі алкоголю, тютюну, наркотиків [7]. Нові види поведінки спершу поширюються серед чоловіків, і лише потім серед жінок [17]. Освічені люди є новаторами або ранніми адапторами, менш освічені приєднуються пізніше. Саме таким чином розвиваються процеси тютюнової епідемії [15]. Як інновація «куріння», так і інновація «відмова від куріння» починаються з освічених чоловіків. На теперішній час серед чоловіків триває дифузія інновації відмови від куріння, про що свідчать високі градієнти, проте серед жінок обидві дифузії відбуваються одночасно.

Третій цікавий результат стосується зменшення з часом соціальних градієнтів у молодшій групі чоловіків. Це стосується як поширеності куріння, так і його припинення. Це ймовірно означає, що застосовані в Україні різноманітні заходи контролю над тютюном впливають не лише на більш освічені верстви населення, як це буває у випадку більшості заходів інформування населення про здоров'я, а також на менш освічені групи. Можна припустити, що це зумовлено застосуванням медичних попереджень на пачках, здатність яких впливати на менш освічені групи чоловіків ми з'ясували раніше [1; 5], а також підвищенням тютюнових податків, які в першу чергу обмежують доступність тютюнових виробів для менш забезпечених груп [22].

Що стосується жінок, то у 2000 році поширеність куріння була вищою серед жінок із вищою освітою, проте у молодшій віковій групі вже в

2005 році ситуація вирівнялася. Ймовірно, інформаційні заходи останніх років стали дієвими для жінок. Суттєве зменшення поширеності куріння серед всіх жінок у 2010 році йшло більш стрімкими темпами серед молодих жінок із вищою освітою: такі жінки стабільно з більшою ймовірністю кидають курити. В результаті, за 10 років градієнт поширеності куріння для жінок молодше 45 років принципово став таким самим, як і серед чоловіків, коли люди з середньою освітою курять більше.

Величини градієнтів для молодих чоловіків і жінок рухаються у протилежних напрямках і поступово наближаються один до одного. Це вказує на те, що люди з середньою освітою більшою мірою поводяться відповідно до традиційних уявлень про типову поведінку (що чоловіки – курці, а жінки – некурці) [2]. З іншого боку, люди з вищою освітою більш чутливі до інформаційних впливів, моди.

Що стосується чоловіків та жінок старше 45 років, то градієнти поширеності куріння залишалися стабільними за останні 10 років. Це означає, що поширеність куріння збільшувалася та зменшувалася подібним чином серед людей із різними рівнями освіти. Ймовірно, політичні заходи здатні зменшити поширеність куріння у старших вікових групах, проте суто інформаційні заходи, які по-різному впливають на людей з різними рівнями освіти, вже майже не позначаються на поведінці літніх людей.

### **Висновки дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямі**

Соціальні градієнти, що стосуються рівня куріння, за освітніми групами, суттєво відрізняються для чоловіків і жінок, проте в молодших групах українського населення протягом 2000–2010 років вони наближалися один до одного, зменшуючись у чоловіків та збільшуючись у жінок.

Подальші розвідки можна спрямувати на з'ясування того, чи стосуються подібні закономірності за віком і часом інших видів поведінки щодо здоров'я, таких як вживання алкоголю, харчування, фізична активність.

Більші градієнти за освітою серед чоловіків, ніж серед жінок, можна пояснити різними гіпотезами, висловленими в цій статті. З'ясування того, які механізми мають більше значення в цьому процесі, може бути метою подальших робіт.

1. Андреева Т. І. Ефективність інформування населення про безпеку тютюнокуріння через попередження на пачках / Т. І. Андреева, К. С. Красовський // Наукові записки НаУКМА. Соціологічні науки. – 2010. – № 109. – С. 72–77.

2. Андреева Т. І. Труднощі відмови від куріння: вплив гендерних стереотипів / Т. І. Андреева // Соціальна психологія. – 2011. – № 3. – С. 98–108.

3. Andreeva T. Health behavior disparities: a universal trend or a peculiarity for the developed countries? / T. Andreeva // Tobacco

- Control and Public Health in Eastern Europe. – 2011. – 1. – № 2. – P. 86.
4. Andreeva T. Socially disadvantaged groups and tobacco. Summit of tobacco control leaders from Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union countries. Warsaw, Poland, April 22–24, 2008:10–12.
  5. Andreeva T. I. Recall of tobacco pack health warnings by the population in Ukraine and its association with the perceived tobacco health hazard / T. I. Andreeva, K. S. Krasovsky // Int J Public Health. – 2010. – DOI 10.1007/s00038-010-0226-4.
  6. Cockerham W. C. Health lifestyles in central Asia: the case of Kazakhstan and Kyrgyzstan / W. C. Cockerham, B. P. Hinote, P. Abbott, C. Haerpfer // Soc Sci Med. – 2004. – 59. – № 7. – P. 1409–1421.
  7. Ferrence R. Diffusion theory and drug use / R. Ferrence // Addiction. – 2001. – 96. – № 1. – P. 165–173.
  8. Kasmel A. Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania / A. Kasmel, V. Helasoja, A. Lipand, R. Prattala, J. Klumbiene, I. Pudule // Eur J Public Health. – 2004. – 14. – № 1. – P. 32–36.
  9. Katainen A. Social class differences in the accounts of smoking – striving for distinction? / A. Katainen // Sociology of Health & Illness. – 2010. – 32. – № 7. – P. 1087–1101.
  10. Krasovsky K. The Economics of tobacco control in Ukraine from the public health perspective. Kiev, 2002:128 p.
  11. Link B. G. Epidemiological Sociology and the Social Shaping of Population Health / B. G. Link // Journal of Health and Social Behavior. – 2008. – 49. – № 4. – P. 367–384.
  12. Link B. G. Social epidemiology and the fundamental cause concept: on the structuring of effective cancer screens by socioeconomic status / B. G. Link, M. E. Northridge, J. C. Phelan, M. L. Ganz // Milbank Q. – 1998. – 76. – № 3. – P. 375–402, 304–375.
  13. Link B. G. The social shaping of health and smoking / B. G. Link, J. Phelan // Drug Alcohol Depend. – 2009. – 104 Suppl 1. – P. S6–10.
  14. Link B. G. The resources that matter: fundamental social causes of health disparities and the challenge of intelligence / B. G. Link, J. C. Phelan, R. Miech, E. L. Westin // J Health Soc Behav. – 2008. – 49. – № 1. – P. 72–91.
  15. Lopez A. D. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries / A. D. Lopez, N. E. Collishaw, T. Piha // Tob Control. – 1994. – 3. – № 3. – P. 242–247.
  16. Lund K. E. Smoking and social inequality in Norway 1998–2000 (in Norwegian) / K. E. Lund, M. Lund // Tidsskr Nor Laegeforen. – 2005. – 125. – № 5. – P. 560–563.
  17. Pampel F. C. Cigarette diffusion and sex differences in smoking / F. C. Pampel // J Health Soc Behav. – 2001. – 42. – № 4. – P. 388–404.
  18. Pampel F. C. Socioeconomic Disparities in Health Behaviors / F. C. Pampel, P. M. Krueger, J. T. Denney // Annual Review of Sociology. – 2010. – 36. – № 1. – P. 349–370.
  19. Phelan J. C. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities / J. C. Phelan, B. G. Link, P. Tehranifar // Journal of Health and Social Behavior. – 2010. – 51. – № 1 suppl. – P. S28–S40.
  20. Steptoe A. Health behaviour, risk awareness and emotional well-being in students from Eastern Europe and Western Europe / A. Steptoe, J. Wardle // Social Science & Medicine. – 2001. – 53. – № 12. – P. 1621–1630.
  21. Tobacco in Ukraine: national survey of knowledge, attitudes and behavior. A survey of Ukrainian population. – Kiev : The International Centre for Policy Studies, 2005. – 84 p.
  22. Ukraine Global Adult Tobacco Survey country report. – Kiev : Ministry of Health of Ukraine, 2010. – 173 p.

T. Andreeva

## DOES SMOKING DISPARITY BY EDUCATION EXIST IN UKRAINE?

*Disparities by education regarding smoking prevalence and quitting smoking in Ukrainian population were considered in gender and age groups. Men with higher education have lower smoking prevalence and larger proportion of former smokers. Among women, back in 2005 there were more smokers among those with higher education, but the social gradient increases consistently among younger women. Social shaping, diffusion of innovation, and gender-related differences are considered as potential explanations of the revealed patterns.*

**Keywords:** smoking, quitting smoking, social disparity, education, educational gradient.