

## Соціальне самопочуття населення

УДК 316+614

doi: <http://dx.doi.org/10.30970/VSO.2021.15.05>

### СОЦІАЛЬНІ НЕРІВНОСТІ У ЗДОРОВ'І СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

**І. М. Мажак**

Національний університет "Києво-Могилянська академія",

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

[i.mazhak@ukma.edu.ua](mailto:i.mazhak@ukma.edu.ua)

<https://orcid.org/0000-0003-0190-0126>

У статті висвітлено результати дослідження гендерних та соціальних нерівностей у здоров'ї серед населення працездатного віку в Україні на основі загальнонаціонального опитування (1580 осіб) проведеного в грудні 2016 року. У дослідженні за допомогою матеріалістичного та кроссекційного підходів до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї показано відмінності у здоров'ї серед різних соціальних груп та виявлено найбільш вразливі категорії населення. Відповідно до матеріалістичного підходу прослідковується чітка залежність між соціально-економічними факторами та станом здоров'ям, найбільш вразливими є респонденти з дуже низьким матеріальним станом і з незадовільними житловими умовами. Також, виявлено гендерні відмінності та зв'язок між поганою самооцінкою здоров'я та безробіттям. Кроссекційний аналіз дозволив побачити існування як міжгендерних так і нерівностей у здоров'ї в середині обох гендерних груп. Виявлено, що найбільш вразливою є категорія жінок з дуже низьким матеріальним станом, адже ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед даної категорії майже у вісім раз вища у порівнянні з чоловіками з високим матеріальним станом, а також категорія непрацюючих розлучених жінок ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед них більш ніж у п'ять раз вища у порівнянні з неодруженими працюючими чоловіками.

Ключові слова: (нео)матеріалістичний та кроссекційний підходи, нерівності в здоров'ї, самооцінка здоров'я, детермінанти здоров'я, гендер.

© Мажак І. М., 2021

Соціальні нерівності в здоров'ї, як і соціальні нерівності загалом, є однією з найбільш поширених тем досліджень суспільних наук та наук про здоров'я, включаючи медичну соціологію, проте небагато відомо про соціальні детермінанти нерівностей у здоров'ї населення України. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) соціальні детермінанти здоров'я це умови у яких люди народжуються, живуть, працюють і старіють, а основними чинниками цих соціальних умов є розподіл влади, фінансів та ресурсів на глобальному, національному та місцевому рівнях [SDH]. Комісія з соціальних детермінант здоров'я ВООЗ визначила, що “соціальні умови, в яких люди живуть, сильно впливають на їхні шанси бути здоровими. Справді, такі чинники, як бідність, соціальне відчуження та дискримінація, погані житлові умови, нездорові умови раннього дитинства та низький професійний статус є важливими детермінантами більшості захворювань, смертей та нерівностей в здоров'ї як між країнами так і в межах країн” [CSDH, 2004].

У широкому значенні під соціальними нерівностями у здоров'ї розуміють постійні відмінності у здоров'ї між соціальними класами чи іншими соціальними групами осіб на основі гендеру, віку, сімейного статусу, місця проживання тощо. Крім того, соціальні нерівності у здоров'ї на відміну від біологічних чи поведінкових містять у собі ще й морально-етичний контекст, зокрема M. Whitehead і G. Dahlgren звертають увагу на етичний аспект нерівностей у здоров'ї. Оскільки вони є соціально зумовленими, то їх потенційно можна уникнути і вони загалом вважаються неприпустимими у цивілізованому суспільстві [Whitehead, 2006]. Основні соціальні детермінанти здоров'я залишаються незмінними – це матеріальний стан/дохід, умови праці, зайнятість, доступ до товарів і послуг, житло і середовище проживання, доступність охорони здоров'я та освіти, соціальний капітал, проте розподіл цих соціальних детермінант здоров'я є різним у різних суспільствах. Соціальний градієнт у здоров'ї не обмежується лише найбіднішими прошарками суспільства, він прослідковується від найнижчого до найвищого соціального класу, тобто нерівності в здоров'ї стосуються кожного [WHO, social gradient]. Нерівності в здоров'ї існують як між країнами, так і в межах країн та широко висвітлюються в багатьох дослідженнях [Mackenbach, 2008; Espelt, 2008; Jakab, 2012; Palència, 2014; Schütte, 2013; Lindström, 2020; Dover & Belon, 2019; Eikemo, et.al.]. Вони наявні не лише у країнах, у яких відсутні загальнодоступні системи охорони здоров'я, але і в розвинених країнах з передовими системами охорони здоров'я, зокрема у Скандинавських [Mackenbach, 2012], оскільки соціальні детермінанти, які впливають на здоров'я, захворюваність та тривалість життя знаходяться поза системою охорони здоров'я. “Нерівності в здоров'ї з'являються на перехресті між соціальними структурами, персональною поведінкою і біологічними процесами” [Eikemo, 2016].

Наукова проблема, на розв'язання якої було спрямоване дане дослідження, полягає у виявленні та вимірі соціальних та гендерних нерівностей у суб'єктивному здоров'ї населення України працездатного віку. Це дає можливість зрозуміти відмінності у здоров'ї серед різних соціальних груп працездатного віку, виявити найбільш вразливі категорії населення. Метою даної статті є висвітлення результатів дослідження детермінант соціальних нерівностей у здоров'ї, які можуть бути корисними при розробці політики боротьби з нерівностями у здоров'ї в Україні.

#### Основні підходи до дослідження нерівностей у здоров'ї

Посеред багатьох теорій можна виділити три найбільш поширені класичні підходи до пояснення нерівностей у здоров'ї: (нео)матеріалістичний, психосоціальний та культурно-поведінковий. Матеріалістичний (неоматеріалістичний) підхід акцентує увагу на взаємозв'язку між соціально-економічним статусом (на основі доходу) і нерівностями у здоров'ї, оскільки групи з вищим доходом можуть дозволити собі більшу кількість і кращу якість товарів і послуг, включаючи охорону здоров'я, житло, транспорт і здорове харчування. До того ж високий дохід зменшує вплив фізичних, психосоціальних та інших факторів ризику (погані житлові умови, шкідливі умови праці тощо) [Vambra, 2011]. Взаємозв'язок між соціально-економічним статусом, який включає в себе розмір доходу, рівень освіти і зайнятість, та станом здоров'ям є дуже добре дослідженим у багатьох країнах світу [Von dem Knesebeck, 2006; Mackenbach, 2008; Aldabe, 2009; Gaitonde, 2018; Ellina, et al., 2019; Gordon, et al., 2020; Hurley, et al., 2020] та показує стійкий взаємозв'язок між бідністю, низьким рівнем освіти, безробіттям та низьким статусом здоров'ям. Психосоціальна теорія фокусується на довгострокових емоційних відчуттях та фізіологічній реакції на хронічний стрес, який виникає під впливом соціальної нерівності та соціальної ізоляції і впливає на стан фізичного і психічного здоров'я. Соціальна нерівність створює відмінності між групами, що призводить до почуття неповноцінності та підпорядкованості та, в кінцевому рахунку, до фізіологічної та психічної реакцій [Bartley, 2004]. Культурно-поведінковий підхід зосереджує увагу на положенні, що взаємодія між соціальними факторами і здоров'ям в основному є результатом соціальних відмінностей у поведінці, оскільки у більшості країн, поведінка, що шкодить здоров'ю (куріння, вживання наркотиків, нездорова дієта, низька фізична активність, ризикована сексуальна поведінка, низький рівень звернень за медичною допомогою) переважають у найнижчому соціально-економічному прошарку. Нерівності у (не)здоровій поведінці переважно є результатом культурної акцепції поведінки, що завдає шкоди здоров'ю у найнижчому соціально-економічному прошарку [Eikemo, 2016].

Дослідження показали зв'язок між самооцінкою здоров'я та демографічними,

соціально-економічними, поведінковими та психологічними детермінантами здоров'я [Demirchyan, 2012]. Оскільки, одні нерівності у здоров'ї можуть бути зумовлені генетично/біологічно, а інші є соціально структурованими та переважно перебувають поза контролем окремих індивідів, термін соціальні нерівності у здоров'ї у статті вживається у значенні відмінностей у здоров'ї серед соціальних груп населення, що визначаються соціально-демографічними та соціально-економічними факторами.

#### Дослідження нерівностей у здоров'ї в Україні

Дослідження проведені у посткомуністичних країнах показали, що соціально-економічні та психосоціальні фактори, такі як куріння, надмірне вживання алкоголю, шкідливі умови праці, смертність від дорожньо-транспортних пригод, пізнє звернення за медичною допомогою суттєво впливають на стан здоров'я та тривалість життя населення цих країн [Bobak, 2000, 2007; Michalski, 2016; Cockerham, 2017]. Також, міжнародні порівняльні дослідження показали вищу поширеність поганої самооцінки здоров'я посеред країн Східної Європи [Heuns, 2005; Gilmore, 2002].

Україна не часто була включена у міжнародні дослідження нерівностей у здоров'ї, що проводились в Європі, і відносно мало відомо про ситуацію із соціальною та гендерною нерівностями в здоров'ї працездатного населення України. Проте в кількох дослідженнях показано взаємозв'язок між суб'єктивним здоров'ям та соціальними детермінантами здоров'я в Україні. Зокрема, науковці з Великобританії [Gilmore, 2002] вивчали соціально-економічні та психосоціальні детермінанти самооцінки здоров'я у загальнонаціональному опитуванні, проведеному у 2000 році в Україні. Результати дослідження показали гендерні, соціально-економічні, географічні та психосоціальні відмінності у здоров'ї, включаючи негативні наслідки безробіття на суб'єктивне здоров'я [Gilmore, 2002]. У ще одному дослідженні [Platts, 2016] автори використали дані 2007 року для виявлення освітніх нерівностей у здоров'ї. Також, було показано, що на зв'язок між вищою освітою та суб'єктивним здоров'ям частково вплинули матеріальні та поведінкові фактори для обох гендерних груп [Platts, 2016]. У наступному дослідженні [Cockerham, 2017] використано дані 2011 року та застосовано кроссекційну теорію (intersectional theory) для вивчення зв'язку між суб'єктивним здоров'ям та доступністю послуг охорони здоров'я в Україні. Показано, що жінки у порівнянні з чоловіками мають більше бар'єрів у доступі до охорони здоров'я до досягнення похилого віку, але обидві гендерні групи мають однакові проблеми з доступністю медичного обслуговування у старшому віці. Крім того, жінки з найнижчим соціально-економічним статусом оцінили своє здоров'я найгірше з-посеред усіх груп [Cockerham, 2017]. Проте таких досліджень є недостатньо й існує необхідність проведення подальшого вивчення соціальної

нерівності у здоров'ї населення України.

#### Методологія дослідження

У дослідженні взяли участь чоловіки та жінки працездатного віку (від 18 до 65 і 60 років відповідно), оскільки очевидно, що здоров'я населення працездатного віку є надзвичайно важливим для економічного розвитку країни, а соціальні нерівності у здоров'ї населення старшого віку чи дітей значно відрізняються від таких в осіб працездатного віку.

Метою даного дослідження є виявлення та аналіз соціальних та гендерних нерівностей у суб'єктивному здоров'ї населення України працездатного віку. Цілями даного дослідження є: 1) вивчення взаємозв'язків між потенційними соціальними детермінантами та суб'єктивним здоров'ям; 2) виявлення та порівняння гендерних нерівностей у самооцінці здоров'я; 3) визначення яким чином соціальні ідентичності (на основі участі індивіда в різних соціальних групах) взаємодіють між собою та створюють відмінності в суб'єктивному здоров'ї серед чоловіків та жінок.

Дослідження включає в себе два етапи аналізу, на першому етапі, у дослідженні використано один з традиційних підходів до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї – матеріалістичний, який включив в себе такі соціальні детермінанти нерівностей у здоров'ї як: матеріальний стан, професію, найвищий рівень освіти респондента та зайнятість. На другому етапі аналізу застосовано кроссекційну теорію, яка стала популярною у дослідженнях нерівностей у здоров'ї протягом останніх двох десятиліть. Як вважає канадська дослідниця О. Ганківська [Hankivsky, 2014] “відповідно до кроссекційних перспектив, нерівності ніколи не є результатом окремих, чітких факторів”. Головною ідеєю теорії є те, що такі соціальні ідентичності як гендер, соціально-економічний статус, професія, зайнятість, місце проживання, сімейний стан тощо, взаємодіють між собою і створюють різноманітні значення у залежності від участі індивіда у цих соціальних групах [Sen, 2009].

Дані для дослідження отримано із загальнонаціонального опитування проведеного в грудні 2016 року соціологічною групою “Рейтинг” за розробленим авторкою опитувальником. Опитано 1580 осіб працездатного віку у всіх областях України (окрім тимчасово окупованих територій) за допомогою особистого формалізованого інтерв'ю. Вибірка репрезентативна за віком, статтю, регіонами і типом поселення. Помилка репрезентативності дослідження складає не більше 2.5%.

У цьому дослідженні самооцінка здоров'я (далі – СОЗ) використовується як показник загального суб'єктивного здоров'я населення. Респонденти відповідали на запитання: “Як би Ви загалом оцінили своє здоров'я за останні 12 місяців?” з п'ятьма варіантами відповідей: “Дуже добре”, “Добре”, “Задовільне”, “Погане” і “Дуже погане”. Цей показник є одним із найпоширеніших у дослідженнях здоров'я та є одним із показників здоров'я, рекомендованих ВООЗ для моніторингу стану здоров'я населення. Багато досліджень показали, що СОЗ є хорошим предиктором не лише стану здоров'я, а й захворюваності, смертності та обсягу використання послуг системи охорони здоров'я [Guimarães, 2012, Dominick, 2002, Benyamini et al., 2003].

Згідно з результатами дослідження 55,6% респондентів працездатного віку (чоловіки 18-65 та жінки 18-60 років) оцінюють своє здоров'я як погане. Щодо опису вибірки (Таблиця 1), то вона складається з 1580 респондентів та майже рівномірно розподілена між чоловіками (49,3%) та жінками (50,7%). Найбільшою віковою групою є наймолодша група до 30 років (27,8%), 31-40 років (24,4%), 41-50 років (21,7%), 51-60(65) років (26,1%). Найбільше респондентів опитано в Центральних областях України (34%), майже порівно у Західному (25,6%) та Південному (24,7%) регіонах і 15,7% на Сході. Більшість респондентів мають вищу (37,6%) або спеціальну (36,7%) освіту. За професією 43,4% мають робітничі спеціальності, 30% - є службовцями чи займаються торгівлею та 22% є професіоналами чи менеджерами, незначну частину вибірки склали студенти (3,8%) та домогосподарки (0,8%). За доходом опитані були поділені на чотири групи з дуже низьким доходом (7,3%), низьким (27,1%), середнім (37,5%) та високим (28,1%) на основі запитання про самооцінку матеріального становища. 60% респондентів зазначили, що є зайнятими, 70% - проживають у шлюбі, 55% - не мають дітей до 18 років, що проживають у домогосподарстві, 83% - не мають осіб старших 75 років, що проживають у домогосподарстві. Майже 69 респондентів проживають у містах, 31: - у сільській місцевості. 19,4% осіб оцінили свої житлові умови як незадовільні, 44% - задовільні та 36,6% - комфортні.

Таблиця 1.

Описова статистика вибірки (N=1,580)

Змінні	Категорії	N	%
<i>Залежна змінна</i>			
Самооцінка здоров'я	Добре здоров'я	701	44.4
	Погане здоров'я	879	55.6
<i>Незалежні змінні</i>			
Гендер	Чоловіки	779	49.3
	Жінки	801	50.7
Вікові групи	Менше 30	440	27.8
	31-40	385	24.4
	41-50	343	21.7
	Більше 51	412	26.1
Регіони	Західний	405	25.6
	Центральний	537	34.0
	Південний	390	24.7
	Східний	248	15.7
Освіта	Середня	402	25.6
	Спеціальна	576	36.7
	Вища	590	37.6
Сімейний стан	Неодружений	315	19.9
	Одружений	1113	70.4
	Розлучений/Інше	152	9.6
	Матеріальний стан	Дуже низький	114
	Низький	423	27.1
	Середній	585	37.5
	Високий	439	28.1

Змінні	Категорії	N	%
<i>Залежна змінна</i>			
Самооцінка здоров'я	Добре здоров'я	701	44.4
	Погане здоров'я	879	55.6
<i>Незалежні змінні</i>			
Професія	Менеджер/Професіонал	315	22.0
	Службовець/Торгівець	427	29.9
	Робітник	621	43.4
	Студент	55	3.8
	Домогосподарка	12	0.8
Зайнятість	Працюючий	955	60.4
	Непрацюючий	625	39.6
Діти до 18 років	Немає	875	55.4
	Одна	499	29.5
	Двоє і більше	239	15.1
Особі старші 75 років	Немає	1316	83.3
	Одна	205	13.0
	Двоє і більше	59	3.7
Місце проживання	Місто	1085	68.7
	Село	495	31.3
Житлові умови	Незадовільні	307	19.4
	Задовільні	695	44.0
	Комфортні	578	36.6

Для дослідження соціальних нерівностей у здоров'ї працюючого населення України використано статистичний аналіз, що включає в себе багаторівневий біноміальний логістичний регресійний аналіз (multilevel binomial logistic regression analysis). Дані проаналізовано з допомогою IBM SPSS 24. У біноміальному логістичному регресійному аналізі залежною змінною є СОЗ, дихотомізована у дві групи: "добре здоров'я", яке включає варіанти відповідей респондентів "дуже добре" і "добре" та "погане здоров'я", яке включає всі решта категорії. Як незалежні змінні до регресії були включені потенційні соціальні детермінанти нерівностей в здоров'ї, такі як: 1) соціально-демографічні фактори (гендер, вік, місцевість та регіон проживання); 2) соціально-економічні фактори: матеріальний стан (за самооцінкою респондентів: дуже низький, низький, середній, високий), професія (менеджер/професіонал, службовець/торгівець, робітник, студент, домогосподарка), освіта (середня, середня-професійна, вища); 3) сімейні фактори (сімейний стан, діти до 18 років та особи після 75 років, що проживають у домогосподарстві); 4) зайнятість (зайнятий, безробітний); 5) житлові умови (незадовільні, задовільні, комфортні).

#### Результати аналізу

Відповідно до розподілу показника поганого здоров'я (Таблиця 2) серед соціально-демографічних, соціально-економічних факторів тощо, такі категорії респондентів як жінки, розведені особи, робітники, респонденти, що живуть у незадовільних житлових умовах, мають дуже низький матеріальний стан, мають середню або середньо-професійну освіту та є безробітними оцінюють своє здоров'я значимо гірше. Також ми бачимо чітку залежність між зростанням віку респондентів на зростанням відсотку осіб, що оцінюють своє здоров'я як погане, зокрема у віковій групі 51-60(65) років – майже 81% респондентів оцінили своє здоров'я як погане. Chi-square тест показав, що всі незалежні змінні окрім двох ("особи старше 75 років" –  $p=0,66$ ; "місце проживання" –  $p=0,12$ ) були статистично значимими.

Отже, 60,8% жінок цінили своє здоров'я як погане, що лише частково можна пояснити існуванням "гендерного парадоксу" в громадському здоров'ї, згідно з яким жінки живуть довше, ніж чоловіки, але вони оцінюють своє здоров'я гірше і мають вищий рівень захворюваності та частіше звертаються за медичною допомогою [Liu, 2014]. Також, прослідковується чітка залежність між соціально-економічними факторами та станом здоров'ям, насамперед 76% осіб, що мають дуже низький матеріальний стан оцінюють своє здоров'я як погане. Також, значна частина робітників (62,3%) та безробітних (61,1%), респондентів, що живуть у незадовільних житлових умовах (65,5%), не мають вищої освіти (середня (58,7%) або середня-професійна (59,9%)) оцінює своє здоров'я як погане.

Таблиця 2.

Розподіл поганого здоров'я (N=1,580)

Змінні	Категорії	Погане здоров'я		Pearson Chi-Square	P
		N	%		
Гендер	Чоловіки	392	50.3	17.57	0.000
	Жінки	487	60.8		
Вікові групи	Менше 30	130	29.5	258.5	0.000
	31-40	183	47.5		
	41-50	233	67.9		
	Більше 51	333	80.8		
Регіони	Західний	205	50.6	13.54	0.004
	Центральний	285	53.1		
	Південний	233	59.7		
	Східний	92	62.9		
Освіта	Середня	236	58.7	16.85	0.000
	Професійна	345	59.9		
	Вища	288	48.8		
Професія	Менеджер/Професіонал	171	54.3	59.18	0.000
	Службовець/Торгівець	229	53.6		
	Робітник	387	62.3		
	Студент	6	10.9		
	Домогосп.	4	33.3		

Змінні	Категорії	Погане здоров'я		Pearson Chi-Square	P
		N	%		
Матеріальний стан	Дуже низький	87	76.3	72.17	0.000
	Низький	277	65.5		
	Середній	325	55.6		
Зайнятість	Високий	182	41.5	12.61	0.000
	Працюючий	497	52.0		
	Непрацюючий	382	61.1		
Сімейний стан	Неодружений	114	36.2	69.09	0.000
	Одружений	656	58.9		
	Розлучений/Інше	109	71.7		
Діти до 18 років	Немає	532	60.8	22.60	0.000
	Одна	222	47.6		
	Двоє і більше	125	52.3		
Особи старші 75 років	Немає	727	55.2	0.83	0.661
	Одна	120	58.5		
	Двоє і більше	32	54.2		
Місце проживання	Місто	618	57.0	2.47	0.116
	Село	261	52.7		
Житлові умови	Незадовільні	201	65.5	25.63	0.000
	Задовільні	399	57.4		
	Комфортні	279	48.3		

Результати багаторівневого біноміального логістичного регресійного аналізу подано в Odd Ratios (далі – OR) (Таблиця 3). OR показують величину та взаємозв'язок між факторами, у даному дослідженні якщо  $OR > 1$ , це означає, що респонденти більш ймовірно оцінюють своє здоров'я як погане, якщо  $OR < 1$  – менш ймовірно оцінюють своє здоров'я як погане.

Відповідно до матеріалістичного підходу до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї прослідковується чітка залежність між соціально-економічними факторами та станом здоров'ям, адже респонденти з дуже низьким матеріальним станом ( $OR = 3,29$ ), а також безробітні респонденти ( $OR = 1,39$ ) більш ймовірно повідомляють про погане здоров'я. За результатами багаторівневої логістичної регресії у фінальній моделі (Full Model) також можна прослідкувати наявність соціального градієнту у здоров'ї, що вимірюється через ймовірність оцінювання здоров'я як поганого серед респондентів з дуже низьким матеріальним станом ( $OR = 3,29$ ), з низьким



матеріальним станом (OR = 1,8), з середнім матеріальним станом (OR = 1,58) у порівнянні з респондентами з високим матеріальним станом (OR = 1). Також, наявні гендерні відмінності у СОЗ, адже жінки більш ймовірно повідомляють про погане здоров'я (OR = 1,69) порівняно з чоловіками, як і старші респонденти більш схильні оцінювати здоров'я гірше, оскільки ймовірність оцінки здоров'я як поганого серед респондентів найстаршої вікової групи (51-60(65) років) у 6 раз є вищою (OR = 6,42) у порівнянні з наймолодшою віковою групою.

Респонденти, які живуть у сільській місцевості (OR = 0,72), а також ті, хто має комфортні житлові умови (OR = 0,62), менш схильні повідомляти про погане здоров'я. Асоціації між такими змінними як регіон проживання, сімейний стан, проживанням дітей до 18 років та осіб старших 75 років у домогосподарстві, а також рівень освіти і професія (окрім, позитивної залежності між статусом студента (OR = 0,25), і домогосподарки (OR = 0,28), і здоров'ям) та поганим здоров'ям не були статистично значущими.

Таблиця 3.

Odd ratios для поганого здоров'я (N=1,580)

Змінні	Категорії	Univariate Model		Full Model	
		OR	95%CI	OR	95%CI
Гендер	Чоловіки	1		1	
	Жінки	1.53***	(1.25-1.87)	1.69***	(1.30-2.19)
Вікові групи	Менше 30	1		1	
	31-40	2.15***	(1.62-2.88)	1.62***	(1.14-2.29)
	41-50	5.05***	(3.72-6.86)	3.48***	(2.39-5.05)
	Більше 51	10.05***	(7.30-13.84)	6.42***	(4.26-9.68)
Регіони	Західний	1		1	
	Центральний	1.10	(0.85-1.43)	1.03	(0.75-1.42)
	Південний	1.45***	(1.09-1.92)	1.14	(0.79-1.63)
	Східний	1.65***	(1.20-2.29)	1.37	(0.92-2.05)
Місцевість	Місто	1		1	
	Село	0.84	(0.68-1.04)	0.72**	(0.54-0.95)
Житлові умови	Незадовільні	1		1	
	Задовільні	0.71**	(0.54-0.94)	0.80	(0.57-1.14)
	Комфортні	0.49***	(0.37-0.66)	0.62**	(0.43-0.90)
Сімейний стан	Неодружений	1		1	
	Одружений	2.53***	(1.95-3.28)	1.34	(0.91-1.97)
	Розлучений/Інше	4.47***	(2.93-6.81)	1.41	(0.82-2.43)
Діти до 18 років	Немає	1		1	
	Одна	0.59***	(0.47-0.74)	0.90	(0.66-1.22)
	Двоє і більше	0.71**	(0.53-0.94)	0.98	(0.67-1.44)

Таблиця 3.Продовження

Змінні	Категорії	Univariate Model		Full Model	
		OR	95%CI	OR	95%CI
Особи старші 75 років	Немає	1		1	
	Одна	1.14	(0.85-1.54)	1.11	(0.77-1.61)
	Двоє і більше	0.96	(0.57-1.62)	0.93	(0.49-1.79)
Освіта	Вища	1		1	
	Професійна	1.57***	(1.24-1.98)	1.28	(0.94-1.73)
	Середня	1.49***	(1.15-1.93)	1.32	(0.92-1.88)
Професія	Менеджер/Професіонал	1		1	
	Службовець/Торгівець	0.97	(0.73-1.30)	0.82	(0.58-1.15)
	Робітник	1.39**	(1.06-1.83)	1.02	(0.72-1.46)
	Студент	0.10***	(0.43-0.25)	0.25***	(0.09-0.65)
	Домогосподарка	0.42	(0.12-1.43)	0.28*	(0.07-1.05)
Дохід	Високий	1		1	
	Середній	1.77***	(1.37-2.27)	1.58***	(1.17-2.13)
	Низький	2.68***	(2.03-3.53)	1.80***	(1.27-2.56)
	Дуже низький	4.55***	(2.84-7.29)	3.29***	(1.79-6.03)
Зайнятість	Працюючий	1		1	
	Непрацюючий	1.45***	(1.18-1.78)	1.39**	(1.05-1.84)
Nagelkerke R <sup>2</sup>				0.284	
Correctly classified cases				71.2	

(\*\*\*p<0.01, \*\*p<0.05, \*p<0.1)

На другому етапі дослідження застосовано кроссекційний аналіз для більш детального розуміння соціальних детермінант нерівностей у здоров'ї, зокрема було перевірено як такі соціальні детермінанти як сімейний стан, освіта, матеріальний стан, зайнятість, взаємодіють між собою і створюють статуси здоров'я у залежності від участі індивіда у цих соціальних групах.

На графіку 1 зображено кроссекційний взаємозв'язок гендерних суб-груп та сімейного стану з поганим здоров'ям. Взаємозв'язки були статистично значимими лише для жіночих суб-груп. Незалежно від сімейного стану ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед жінок є більш ніж у два рази вищою (OR від 2,16 до 2,69) у порівнянні з неодруженими чоловіками, що показує міжгендерні нерівності в здоров'ї. Найвищою є ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед розлучених жінок (OR=2,69), що показує також відмінності в самооцінці здоров'я серед жінок у залежності від їхнього сімейного стану.

Графік 1.

Кроссекційний взаємозв'язок гендерних суб-груп та сімейного стану з поганим здоров'ям (ORs)



\* - статистично значима взаємодія

На наступному графіку (графік 2) зображено кроссекційний взаємозв'язок гендерних суб-груп та освіти з поганим здоров'ям. Взаємозв'язки також були статистично значимими лише для жіночих суб-груп. Ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед жінок з середньою (OR=2,24) і середньо-професійною (OR=2,18) освітою є більш ніж у два рази вищою у порівнянні з чоловіками з вищою освітою, що показує міжгендерні нерівності в здоров'ї. Також спостерігаються нерівності в здоров'ї як і соціальний градієнт у середині жіночої гендерної групи (OR=1,78 для жінок з вищою, OR=2,18 для жінок з середньо-професійною та OR=2,24 для жінок з середньою освітою).

Графік 2.

Кроссекційний взаємозв'язок гендерних суб-груп та освіти з поганим здоров'ям (ORs)



\* - статистично значима взаємодія

Далі на графіку 3 зображено кроссекційний взаємозв'язок гендерних суб-груп та матеріального стану з поганим здоров'ям. Взаємозв'язки були статистично значимими для обох гендерних суб-груп. Найбільш вразливою є категорія жінок з дуже низьким матеріальним станом, адже ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед даної категорії майже у вісім раз вища (OR=7,83) у порівнянні з чоловіками з високим матеріальним станом, що демонструє міжгендерні нерівності у здоров'ї. Ймовірність поганого здоров'я серед жінок з низьким матеріальним станом у чотири рази вища (OR=3,88) у порівнянні з тою ж категорією чоловіків. Крім того, чоловіки з дуже низьким матеріальним станом (OR=2,61), жінки з середнім матеріальним станом (OR=2,32) як і чоловіки з середнім матеріальним станом (OR=2,08) мають у два рази більшу ймовірність попасти у групу з поганим здоров'ям. Також, спостерігаються нерівності у здоров'ї в середині обох гендерних груп.

Графік 3.

Кроссекційний взаємозв'язок гендерних суб-груп та суб'єктивного доходу з поганим здоров'ям (ORs)

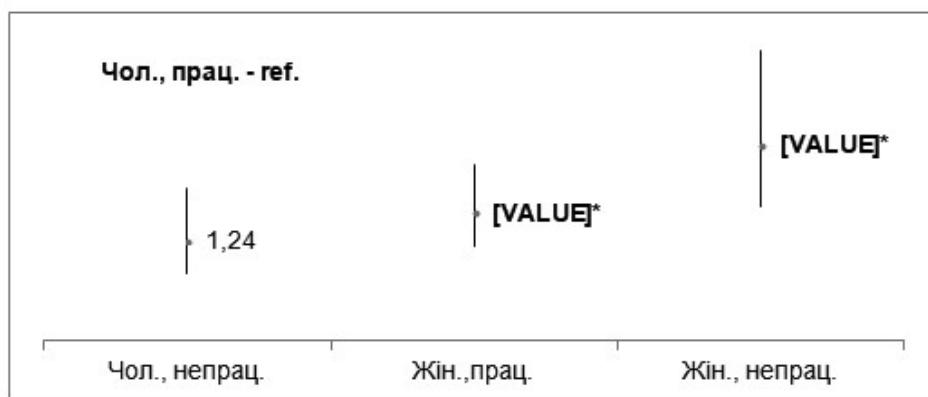


\* - статистично значима взаємодія

На графіку 4 зображено кроссекційний взаємозв'язок гендерних суб-груп та зайнятості з поганим здоров'ям. Показано, що взаємозв'язки були статистично значимими лише для жіночих суб-груп. Ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед непрацюючих жінок (OR=2,42) є більш ніж у два рази вищою у порівнянні з працюючими чоловіками, що показує міжгендерні нерівності. Також, існують значні нерівності у здоров'ї в середині жіночої гендерної групи між працюючими (OR=1,59) і непрацюючими (OR=2,42) жінками.

Графік 4.

Кроссекційний взаємозв'язок гендерних суб-груп та зайнятості з поганим здоров'ям (ORs)

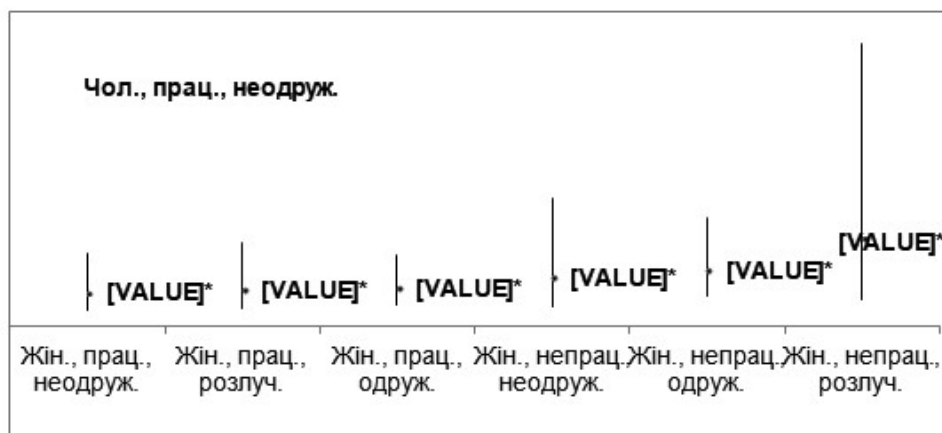


\* - статистично значима взаємодія

Ще один кроссекційний взаємозв'язок гендерних підгруп, сімейного статусу, зайнятості з поганим здоров'ям продемонстрований на наступному графіку (графік 5). На ньому можна побачити лише статистично значущі взаємозв'язки, і, схоже, що сімейний стан і зайнятість є дуже важливими соціальними детермінантами здоров'я для жіночих суб-груп. У лівій частині графіка розташовані працюючі жінки, ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед них більш ніж у двічі вища (OR від 2,18 до 2,36) у порівнянні з неодруженими працюючими чоловіками. Найбільш вразливою є категорія непрацюючих розлучених жінок ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед них більш ніж у п'ять раз вища (OR=5,56) у порівнянні з неодруженими працюючими чоловіками.

Графік 5.

Кроссекційний взаємозв'язок гендерних суб-груп та сімейного статусу, зайнятості з поганим здоров'ям (ORs)



\* - статистично значима взаємодія

### Висновки

Згідно з результатами дослідження 55,6% респондентів працездатного віку (чоловіки 18-65 та жінки 18-60 років) оцінюють своє здоров'я як погане. Відповідно до матеріалістичного підходу до вивчення соціальних нерівностей у здоров'ї прослідковується чітка залежність між соціально-економічними факторами та станом здоров'ям, найбільш вразливими є респонденти з дуже низьким матеріальним станом і з незадовільними житловими умовами, крім того, прослідковується і наявність соціального градієнту від найнижчого матеріального стану до високого та від незадовільних умов проживання до комфортних. Також, виявлено гендерні відмінності та зв'язок між поганою самооцінкою здоров'я та безробіттям, проте аналіз не дає підстав для встановлення причинно-наслідкового зв'язку.

Застосування кроссекційного аналізу дозволило більш детально розуміти соціальні детермінанти нерівностей у здоров'ї, побачити існування як міжгендерних так і нерівностей у здоров'ї в середині обох гендерних груп. Зокрема було виявлено, що незалежно від сімейного стану ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед жінок є більш ніж у два рази вищою у порівнянні з неодруженими чоловіками, а найбільш вразливою категорією щодо здоров'я є розлучені жінки. Ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед жінок з середньою і середньо-професійною освітою є більш ніж у два рази вищою у порівнянні з чоловіками з вищою освітою. Також спостерігаються нерівності в здоров'ї як і соціальний градієнт у середині жіночої гендерної групи (від вищої до середньої освіти). Кроссекційний аналіз дозволив побачити, що найбільш вразливою є категорія жінок з дуже низьким матеріальним станом, адже ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед даної категорії майже у вісім раз вища у порівнянні з чоловіками з високим матеріальним станом. Також, спостерігаються нерівності у здоров'ї на основі матеріального стану в середині обох гендерних груп. Ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед непрацюючих жінок є більш ніж у два рази вищою у порівнянні з працюючими чоловіками. Також, існують значні нерівності у здоров'ї в середині жіночої гендерної групи між працюючими і непрацюючими жінками. Кроссекційний аналіз гендерних підгруп, сімейного статусу, зайнятості з поганим здоров'ям показав що сімейний стан і зайнятість є дуже важливими детермінантами здоров'я для жіночих суб-груп, по-перше, для всіх працюючих жінок (незалежно від сімейного статусу) ймовірність самооцінки здоров'я як поганого є більш ніж у двічі вища у порівнянні з неодруженими працюючими чоловіками, по-друге, для всіх непрацюючих жінок ймовірність самооцінки здоров'я як поганого є більш ніж у тричі вища у порівнянні з тою ж категорією чоловіків. Найбільш вразливою є категорія непрацюючих розлучених жінок ймовірність самооцінки здоров'я як поганого серед них більш ніж у п'ять раз вища у порівнянні з неодруженими працюючими чоловіками.

Дані дослідження можуть бути корисними при розробці політики боротьби з нерівностями у здоров'ї в Україні.

*Отримані в дослідженні результати були частково представлені на дослідницькому семінарі 'Gender, Social and Behavioral Inequalities in Subjective and Objective Self-Reported Health', в рамках Speaker Series of the UAB Department of Sociology (USA) 20 вересня 2017 року. Авторка висловлює подяку за фінансування дослідження Aarhus Institute of Advance Studies (European Union's Seventh Framework Programme for research, technological development and demonstration under grant agreement no 609033) та за допомогу з статистичним аналізом Данилу Судину.*

Список використаної літератури:

1. Social Determinants of Health (SDH). [Електронний ресурс] / World Health Organization. – Режим доступу: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/). – Назва з екрана.
2. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). [Електронний ресурс] / World Health Organization. – Режим доступу: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_35-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_35-en.pdf)
3. Whitehead M., Dahlgren G. Levelling Up / M.Whitehead, G.Dahlgren // Part 1: Concepts and principles for tackling social inequalities in health. – Copenhagen: World Health Organization, 2006.
4. Social determinants of health. Key concepts. [Електронний ресурс] / World Health Organization. – Режим доступу: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/)
5. Mackenbach J. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries / J.Mackenbach, I.Stirbu, A.Roskam, M.Schaap, G.Menvielle, M.Leinsalu, A.Kunst // New England Journal of Medicine. – 2008. - 358(23):2468-81.
6. Espelt A. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions / A.Espelt, C.Borrell, M.Rodríguez-Sanz, C.Muntaner, M.Pasarín, J.Benach, M.Schaap, A.Kunst, V.Navarro // International Journal of Epidemiology. - 2008. - 37(5):1095-105.
7. Jakab Z. Social determinants of health in Europe / Z.Jakab, M.Marmot // Lancet. - 2012 - 379(9811):103-105.
8. Palència L. The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe / L.Palència, D.Malmusi, D.De Moortel, L.Artazcoz, M.Backhans, C.Vanroelen, C.Borrell // Social Science & Medicine. – 2014. - 117:25-33.
9. Schütte S. Social differences in self-reported health among men and women in 31 countries in Europe / S.Schütte, J.Chastang, A.Parent-Thirion, G.Vermeulen, I.Niedhammer // Scandinavian journal of public health. – 2013. - 41(1):51-7.
10. Lindström M. Populism and health inequality in high-income countries. SSM-population health. 2020 Aug 1;11:100574.

11. Dover DC, Belon AP. The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. *International journal for equity in health*. 2019 Dec;18(1):1-2.
12. Eikemo TA, Bambra C, Huijts T, Fitzgerald R. The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. *European Sociological Review*. 2017 Feb 1;33(1):137-53.
13. Mackenbach, J. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. / J.Mackenbach // *Social Science & Medicine*. – 2012.- 75(4). - 761-769.
14. Eikemo T. The pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey (ESS) rotating module on the social determinants of health / T.Eikemo, C.Bambra, T.Huijts, R.Fitzgerald // *European Sociological Review*. – 2017. - 33 (1). - 137-153.
15. Bambra C. Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health ‘puzzle’ / C.Bambra // *Journal of epidemiology and community health*. - 2011. - 65(9):740-5.
16. Von dem Knesebeck O. Education and health in 22 European countries / O.Von dem Knesebeck, P.Verde, N.Dragano // *Social Science & Medicine*. - 2006. - 63(5). - 1344-1351.
17. Aldabe B. Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe / B.Aldabe, R.Anderson, M.Lyly-Yrjänäinen, A.Parent-Thirion, G.Vermeulen, C. Kelleher, I.Niedhammer // *Journal of Epidemiology & Community Health*.- 2010. jech-2009.
18. Gaitonde R. Research on Inequities and Inequalities in Health in India: A Mapping of the Field. In *Health Inequities in India 2018* (pp. 55-65). Springer, Singapore.
19. Ellina P, Middleton N, Lambrinou E, Kouta C. Investigation of socioeconomic inequalities in health-related quality of life across Europe: a systematic review. *Divers Equal Health Care*. 2019 Dec;16(4).
20. Gordon T, Booyesen F, Mbonigaba J. Socio-economic inequalities in the multiple dimensions of access to healthcare: the case of South Africa. *BMC Public Health*. 2020 Dec;20(1):1-3.
21. Hurley J, Mentzakis E, Walli-Attai M. Inequality aversion in income, health, and income-related health. *Journal of health economics*. 2020 Mar 1;70:102276.
22. Bartley M. *Health Inequality: theories, concepts and methods* / M.Bartley // Cambridge: Polity, 2004
23. Demirchyan A. Gender differences in predictors of self-rated health in Armenia: a population-based study of an economy in transition / A.Demirchyan, V.Petrosyan,



- M.Thompson // *International journal for equity in health*. – 2012. - 11(1):67.
24. Bobak M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries / M.Bobak, H.Pikhart, R.Rose, C.Hertzman, M.Marmot // *Social science & medicine*. – 2000. - 51(9):1343-50.
25. Bobak M. Societal characteristics and health in the former communist countries of Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: a multilevel analysis / M.Bobak, M.Murphy, R.Rose, M.Marmot // *Journal of epidemiology and community health*. – 2007. - 61(11):990-6.
26. Heyns B. Emerging inequalities in central and Eastern Europe / B.Heyns // *Annu. Rev. Sociol.* – 2005. - 31:163-97.
27. Gilmore A. Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine / A.Gilmore, M.McKee, R. Rose // *Social Science & Medicine*. – 2002. - 55(12):2177-88.
28. Platts L. Social inequalities in self-rated health in Ukraine in 2007: the role of psychosocial, material and behavioural factors / L.Platts, C.Gerry // *The European Journal of Public Health*. – 2016. - 27(2), 211-217
29. Cockerham W. Self-rated health and barriers to healthcare in Ukraine: The pivotal role of gender and its intersections / W.Cockerham, B.Hamby, O.Hankivsky, E.Baker, S.Rouhani // *Communist and Post-Communist Studies*. - 2017. - 50(1):53-63.
30. Hankivsky O. Intersectionality 101 / O. Hankivsky. - cal. 2014;64(1):238.
31. Sen G. A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health / G.Sen, A.Iyer, C.Mukherjee // *Journal of Human Development and Capabilities*. – 2009. - 10(3):397-415.
32. Guimarães J. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study / J.Guimarães, D.Chor, G.Werneck, M.Carvalho, C.Coeli, C.Lopes, E.Faerstein // *BMC Public Health*. – 2012. - 12(1):676.
33. Dominick K. Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults / K. Dominick, F. Ahern, C. Gold, D. Heller // *Aging clinical and experimental research*. – 2002 - 14(6):499-508.
34. Benyamini Y. Gender differences in the self-rated health–mortality association: Is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? / Y.Benyamini, T.Blumstein, A.Lusky, B.Modan // *The gerontologist*. – 2003. - 43(3):396-405.
35. Liu H. Gender Paradox (and the Health Myth). / H. Liu // *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*. - 2014. - 629–633.
36. Michalski T. The differentiation of the health situation in European post-Communist countries after 1990 / T.Michalski // *Geography and Tourism*. - 2016. - 4(1), 33-42.

#### References:

1. Social Determinants of Health. World Health Organization. Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en/](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/).
2. Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. Available at: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB115/B115\\_35-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_35-en.pdf).
3. Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health, 2.
4. Social determinants of health. Key concepts. World Health Organization. Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/en/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/).
5. Mackenbach J, Stirbu I, Roskam A, Schaap M, Menvielle G, Leinsalu M, & Kunst A (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481, <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0707519>.
6. Espelt A, Borrell C, Rodriguez-Sanz M, Muntaner C, Pasarín M, Benach J, ... & Navarro V (2008) Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *International Journal of Epidemiology*, 37(5), 1095-1105, <https://doi.org/10.1093/ije/dyn051>.
7. Jakab Z, & Marmot M (2012) Social determinants of health in Europe. *The Lancet*, 379(9811), 103-105, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61511-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61511-0).
8. Palència L, Malmusi D, De Moortel D, Artazcoz L, Backhans M, Vanroelen C, & Borrell C (2014) The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Social Science & Medicine*, 117, 25-33, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.018>.
9. Schütte S, Chastang J, Parent-Thirion A, Vermeulen G, & Niedhammer I (2013) Social differences in self-reported health among men and women in 31 countries in Europe. *Scandinavian journal of public health*, 41(1), 51-57.
10. Lindström M. Populism and health inequality in high-income countries. *SSM-population health*. 2020 Aug 1;11:100574.
11. Dover DC, Belon AP. The health equity measurement framework: a comprehensive model to measure social inequities in health. *International journal for equity in health*. 2019 Dec;18(1):1-2.
12. Eikemo TA, Bambra C, Huijts T, Fitzgerald R. The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. *European Sociological Review*. 2017 Feb 1;33(1):137-53.
13. Mackenbach J (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75(4), 761-769, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031>.
14. Eikemo T, Bambra C, Huijts T, & Fitzgerald R (2017) The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: the European Social Survey rotating module on the social determinants of health. *European Sociological Review*, 33(1), 137-153, <https://doi.org/10.1093/esr/jcw019>.
15. Bambra C (2011) Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights

on a public health 'puzzle' / C.Bambra // *Journal of epidemiology and community health*. - 2011. - 65(9):740-5.

16. Von dem Knesebeck O. Education and health in 22 European countries / O.Von dem Knesebeck, P.Verde, N.Dragano // *Social Science & Medicine*. - 2006. - 63(5). - 1344-1351.

17. Aldabe B. Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe / B.Aldabe, R.Anderson, M.Lyly-Yrjänäinen, A.Parent-Thirion, G.Vermeulen, C. Kelleher, I.Niedhammer // *Journal of Epidemiology & Community Health*. - 2010. jech-2009.

18. Gaitonde R. Research on Inequities and Inequalities in Health in India: A Mapping of the Field. In *Health Inequities in India 2018* (pp. 55-65). Springer, Singapore.

19. Ellina P, Middleton N, Lambrinou E, Kouta C. Investigation of socioeconomic inequalities in health-related quality of life across Europe: a systematic review. *Divers Equal Health Care*. 2019 Dec;16(4).

20. Gordon T, Booysen F, Mbonigaba J. Socio-economic inequalities in the multiple dimensions of access to healthcare: the case of South Africa. *BMC Public Health*. 2020 Dec;20(1):1-3.

21. Hurley J, Mentzakis E, Walli-Attai M. Inequality aversion in income, health, and income-related health. *Journal of health economics*. 2020 Mar 1;70:102276.

22. Bartley M. *Health Inequality: theories, concepts and methods* / M.Bartley // Cambridge: Polity, 2004

23. Demirchyan A. Gender differences in predictors of self-rated health in Armenia: a population-based study of an economy in transition / A.Demirchyan, V.Petrosyan, M.Thompson // *International journal for equity in health*. - 2012. - 11(1):67.

24. Bobak M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries / M.Bobak, H.Pikhart, R.Rose, C.Hertzman, M.Marmot // *Social science & medicine*. - 2000. - 51(9):1343-50.

25. Bobak M. Societal characteristics and health in the former communist countries of Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: a multilevel analysis / M.Bobak, M.Murphy, R.Rose, M.Marmot // *Journal of epidemiology and community health*. - 2007. - 61(11):990-6.

26. Heyns B. Emerging inequalities in central and Eastern Europe / B.Heyns // *Annu. Rev. Sociol.* - 2005. - 31:163-97.

27. Gilmore A. Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine / A.Gilmore, M.McKee, R. Rose // *Social Science & Medicine*. - 2002. - 55(12):2177-88.

28. Platts L. Social inequalities in self-rated health in Ukraine in 2007: the role of psychosocial, material and behavioural factors / L.Platts, C.Gerry // *The European Journal*

of Public Health, 27(2), 211-217, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw143>.

29. Cockerham W, Hamby B, Hankivsky O, Baker E, & Rouhani S (2017) Self-rated health and barriers to healthcare in Ukraine: The pivotal role of gender and its intersections. *Communist and Post-Communist Studies*, 50(1), 53-63, <https://doi.org/10.1016/j.postcomstud.2017.01.001>.

30. Hankivsky O (2014) Intersectionality 101. *cal*, 64(1), 238.

31. Sen G, Iyer A, & Mukherjee C (2009) A methodology to analyse the intersections of social inequalities in health. *Journal of Human Development and Capabilities*, 10(3), 397-415, <https://doi.org/10.1080/19452820903048894>.

32. Guimarães J, Chor D, Werneck G, Carvalho M, Coeli C, Lopes C, & Faerstein E (2012) Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study. *BMC Public Health*, 12(1), 676, <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-676>

33. Dominick K, Ahern F, Gold C, & Heller D (2002) Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. *Aging clinical and experimental research*, 14(6), 499-508.

34. Benyamini Y, Blumstein T, Lusky A, & Modan B (2003) Gender differences in the self-rated health–mortality association: Is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival?. *The gerontologist*, 43(3), 396-405, <https://doi.org/10.1093/geront/43.3.396>.

35. Liu H (2014) Gender Paradox (and the Health Myth). In: *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society*.

36. Michalski T (2016) The differentiation of the health situation in European post-Communist countries after 1990. *Geography and Tourism*, 4(1), 33-42, <https://doi.org/10.5281/zenodo.56741>.

**SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH AMONG THE WORKING-AGE  
POPULATION OF UKRAINE**

Mazhak I. M.

Kyiv-Mohyla national university,  
Skovoroda str. 2, Kyiv, Ukraine. email: i.mazhak@ukma.edu.ua  
<https://orcid.org/0000-0003-0190-0126>

Social inequalities in health is one of the most developed research topic in social and health sciences, including medical sociology, but little is known about the social determinants of health inequalities in Ukraine. In general, social inequalities in health are persistent differences in health between social classes or other social groups based on gender, age, marital status, place of residence, and so on. The main social determinants of health remain unchanged, these are income, working conditions, employment status, access to goods and services, quality of housing and living environment, access to health care and education, social capital, but the distribution of these social determinants of health is unequal in different societies.

The article showed the results of the study of gender and social inequalities in health among the working-age population in Ukraine on the basis of a nationwide survey (1580 people) conducted in December 2016. The study applied materialistic and intersectional approaches to investigate social inequities in health, showing the differences in health among different social groups and reveals the most vulnerable categories of the population. According to the materialist approach, there is a strong relationship between socioeconomic factors and health, the most vulnerable are respondents with very poor material conditions as well as poor living conditions. Gender differences and the link between poor self-reported and unemployment are also revealed. The intersectional analysis showed the existence of both between and within gender groups inequalities in health. It is revealed that the most vulnerable are females living in very low material condition because they are almost eight times as likely to estimate their health as poor compared with males from high material condition reference group, as well as unemployed divorced females, they are almost five times as likely to estimate their health as poor compared with unmarried employed males.

Key words: (neo) materialist and cross-sectional approaches, inequalities in health, self-assessment of health, determinants of health, gender.

Стаття надійшла до редколегії 17.10.2021

Прийнята до друку 11.11.2021