

О. А. Федько,  
кандидат медичних наук, начальник відділу Державної  
інспекції з контролю якості лікарських засобів МОЗ України

## МОДЕЛЮВАННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ КРИЗИ ЗДОРОВ'Я З КРИЗОЮ ЦІННОСТЕЙ В УКРАЇНІ: У ПОШУКАХ ВИХОДУ

*Стаття присвячена вивченню взаємодії між особистісною ціннісно-мотиваційною системою та суб'єктивним самопочуттям у різному медико-демографічному середовищі та визначенню на цій основі деяких напрямів формування та реалізації державної політики з подолання поведінкових чинників ескалації медико-демографічної кризи в Україні.*

*The article is devoted to exploration of interrelation between personal value-motivational system and subjective well-being in different medico-demographic environments and to determination on this basis some directions of public policy on overcoming of behavioral factors of medico-demographic crisis' escalation in Ukraine.*

*Ключові слова: базові цінності, самооцінка здоров'я, медико-демографічна криза, державна політика.*

*Key words: basic values, self-rated health, medico-demographic crisis, public policy.*

### ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Тривала соціально-економічна трансформація призводить до фіксації у суспільній свідомості екзистенційної системи цінностей, основою якої є боротьба за виживання, пошук захисту і збереження фізичного життя на тлі гальмування переходу до постматеріалістичних цінностей самореалізації, якості життя та суб'єктивного благополуччя. У цьому контексті медико-демографічна криза виступає опосередкованим результатом взаємозв'язку соціальної системи цінностей, що сьогодні переважає у суспільстві, з мотивційними підвалинами індивідуального життєзбереження. Масова орієнтація населення на інтенсивне споживання існуючих ресурсів здоров'я при ігноруванні їх креативного розвитку та накопичення знижує ефективність зусиль охорони громадського здоров'я з подолання негативних медико-демографічних тенденцій і призводить до невиправдано високих суспільних витрат на підтримку здоров'я населення.

Попри розробку і реалізацію відповідної державної політики та численних спеціалізованих програм різних рівнів, що спрямовані на поліпшення медико-демографічної ситуації в Україні, наприкінці 2009 р. у рішенні Ради національної безпеки і оборони України "Про стан соціально-демографічної ситуації, охорони здоров'я і ринку праці в Україні", яке було введено у дію Указом Президента України № 1124/2009 від 29.12.2009 р., черговий раз констатується зростання загрозливих явищ у соціально-демографічній ситуації та накопичення системних недоліків у сферах охорони здоров'я і ринку праці в державі [1]. Серед головних соціально-демографічних загроз називаються поширеність хронічних хвороб та соціально небезпечних захворювань, високі рівні інвалідності та смертності при короткій середній тривалості життя. Серед чинників, які негативно впливають на здоров'я і відтворення населення, названі якісні показники життя, забруднення довкілля, незадовільні умови праці,

поширення інфекційних і паразитарних хвороб, криза галузі медичного обслуговування тощо. Як і у багатьох інших урядових документах різних років стосовно медико-демографічної ситуації в Україні, у рішенні РНБОУ черговий раз констатується, що сучасна система охорони здоров'я в Україні спрямована більше на лікування, аніж на профілактику захворювань і пропаганду здорового способу життя. Як наслідок, за останні п'ять років кількість захворювань і смертність у більшості класів хвороб зростають.

У пошуках механізмів якнайшвидшої переорієнтації вітчизняної системи охорони здоров'я на профілактику хвороб та підтримку й поліпшення здоров'я населення теорія і практика державного управління мають звернутись до вивчення соціальних та економічних чинників формування мотиваційно-ціннісних засад самозбереження субнаселень, які перебувають у стані медико-демографічної кризи.

Метою даної статті є вивчення взаємодії між особистісною ціннісно-мотиваційною системою та суб'єктивним самопочуттям у різному медико-демографічному середовищі та визначення на цій основі деяких напрямів формування та реалізації державної політики з подолання поведінкових чинників ескалації медико-демографічної кризи в Україні.

### ПОПЕРЕДНЄ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Самооцінка здоров'я є широко вживаним одномірним показником здоров'я, тісний зв'язок якого зі смертністю, факторами ризику, соціо-демографічними факторами та іншими детермінантами та наслідками здоров'я доведений багатьма дослідженнями [9; 10; 11]. Значний обсяг досліджень підтверджує, зокрема, взаємозв'язок між системою цінностей і здоров'ям. Цьому важливому аспекту формування суб'єктивного самопочуття присвячені роботи Джонсона і Крюгера [13], Інглехарта і Вельцеля [12].

Науковий інтерес до проблем впливу суспільного розвитку на здоров'я населення виник ще у 70-х роках минулого століття [4; 14], але особливо поживавився у період перебудови, коли поступово відкривався доступ до статистичної та емпіричної інформації щодо здоров'я у країнах "соціалістичного блоку" [5; 6; 15]. Сучасному контексту взаємозв'язку статусу здоров'я населення та стану соціально-демографічного розвитку присвячено широке коло міжнародних досліджень у галузі демографії [7; 8; 17]. У свою чергу, дослідження зв'язку між статусом здоров'я та персональними ціннісними орієнтаціями мають свою традицію у галузі психології здоров'я [2; 3]. Результати цих досліджень дістали подальший розвиток у розробці теоретичних моделей формування поведінки відносно здоров'я і отримали широке впровадження у теорії і практиці охорони суспільного здоров'я. Проте практичні аспекти управління груповою поведінкою щодо здоров'я та формування здорового спосо-

бу життя з урахуванням трансформації цінностей в умовах сучасного соціально-демографічного розвитку залишаються невичченими.

## ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Дослідження здійснено на матеріалах Всесвітнього обстеження цінностей (WVS)<sup>1</sup>. У роботі також використані дані моніторингу виконання програми ВООЗ "Здоров'я для всіх"<sup>2</sup> та матеріали щорічних вибірових обстежень домогосподарств України, здійснюваних Держкомстатом України<sup>3</sup>.

За даними ВООЗ, регіональні відмінності смертності у країнах Європи мають свої просторові закономірності: рівень смертності підвищується переважно з півдня на північ і з заходу на схід. За загальним висновком демографів, така ситуація тісно пов'язана з диференціацією економічного розвитку окремих європейських регіонів. Так, для населення розвинутих країн Північної, Західної, Центральної та Південної Європи з високим рівнем ВВП характерні найнижчі показники смертності. Проміжну позицію як за обсягом середньодушового ВВП, так і за рівнем смертності між капіталістичним Заходом та пострадянським Сходом посідають колишні соціалістичні країни Південно-Східної Європи. Україна входить до складу європейського субрегіону з одним із найвищих рівнів смертності і найнижчих рівнів ВВП на душу населення (рис. 1).

В Україні регіони з найвищими показниками смертності розташовані на Сході й Півдні (рис. 2).

Така просторова кульмінація медико-демографічної кризи є сумним фіналом процесу, який почався у 80-х роках минулого сторіччя. Його основними рушійними силами, на думку експертів-демографів, є висока урбанізація промислових регіонів України та зайнятість їх працездатного населення переважно на підприємствах важкої індустрії з високим рівнем професійних ризиків для здоров'я. Не останню роль у кризовому стані здоров'я населення названих територій відіграє складна екологічна ситуація.

Комплекс детермінант медико-демографічної кризи є передумовою такого соціально-психологічного середовища формування ставлення населення до здоров'я і життя, яке, зі свого боку, виступає чинником низького статусу громадського здоров'я у регіоні.

Згідно з моделлю людського розвитку, запропонованою Вельцелем, Інглехартом та Клінгеманом [12; 18], перехід від суспільства дефіциту до суспільства забезпеченості сприяє

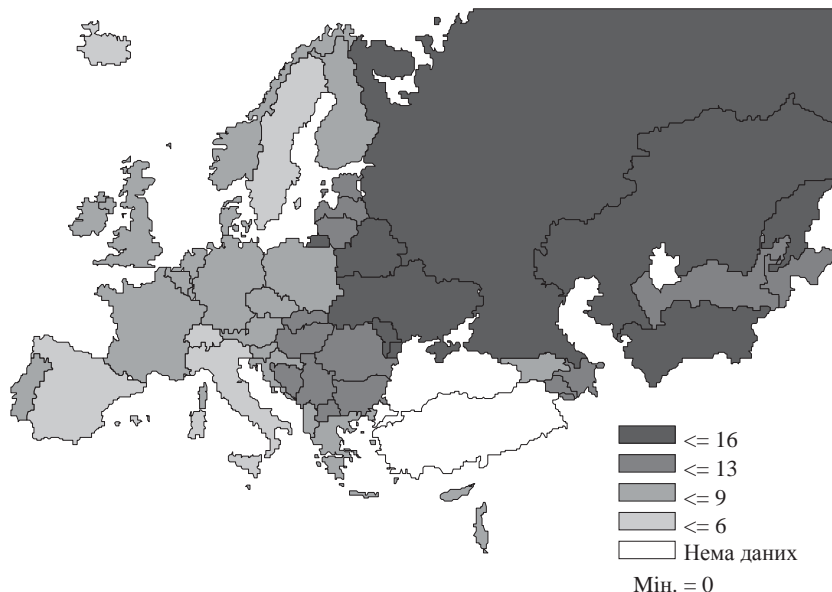


Рис. 1. Просторові особливості медико-демографічної ситуації у країнах Європи (рівень стандартизованого коефіцієнта смертності від усіх причин у 2005–2008 рр., ‰)

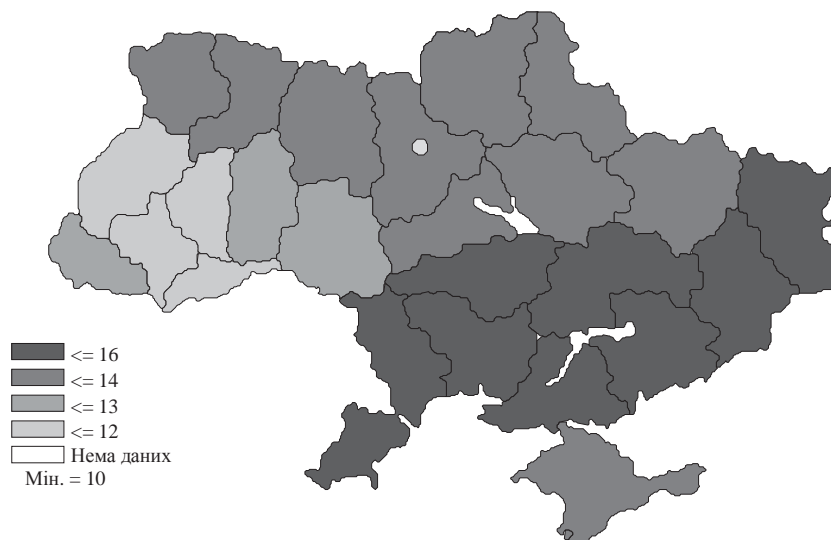


Рис. 2. Медико-демографічна ситуація в Україні станом на 2009 р. (розподіл областей України за рівнем стандартизованого коефіцієнта смертності від усіх причин, всі поселення, обидві статі, ‰)

підвищенню суб'єктивного благополуччя, включаючи суб'єктивно оцінюване здоров'я.

Головною особливістю впливу розвитку економіки регіонів України на суб'єктивне самопочуття населення є незбалансованість обсягу зусиль субнаселень регіонів з накопичення суспільного багатства та регіонального розподілу життєзберігаючої винагороди за ці зусилля. Результатом цього є передусім зворотність зв'язку між обсягом регіонального валового про-

дукту і рівнем суб'єктивного здоров'я населення регіонів України.

Масова свідомість українського суспільства протягом останніх 20 років поступово змінювалася: на заміну ідеологічної світоглядної обмеженості у ній затверджувались світоглядні принципи нового суспільно-економічного ладу. Проте серед значної частини населення України укорінилося відчуття тривоги стосовно майбутнього, очікування загрози з його боку, причинами чого є матеріальні труднощі повсякденного життя, поширення соціально-економічної нерівності, постійність загрози безробіття, зростання середовищних ризиків, посилення суспільної напруги тощо.

За Норрісом й Інглехартом [16], відчуття передбачуваності й безпеки, особливо в умовах економічної незахищеності, забезпечує матеріалістичність або екзистенційність (від

<sup>1</sup> Детальну інформацію щодо процедури формування та основних параметрів вибірок по країнах Європи й Україні можна отримати на офіційному сайті WVS: <http://www.worldvaluessurvey.org>

<sup>2</sup> WHO HFA DB: <http://data.euro.who.int/hfad/>

<sup>3</sup> Стат.збірники Держкомстату України "Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України", "Самооцінка домогосподарствами України рівня своїх доходів" та "Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги".

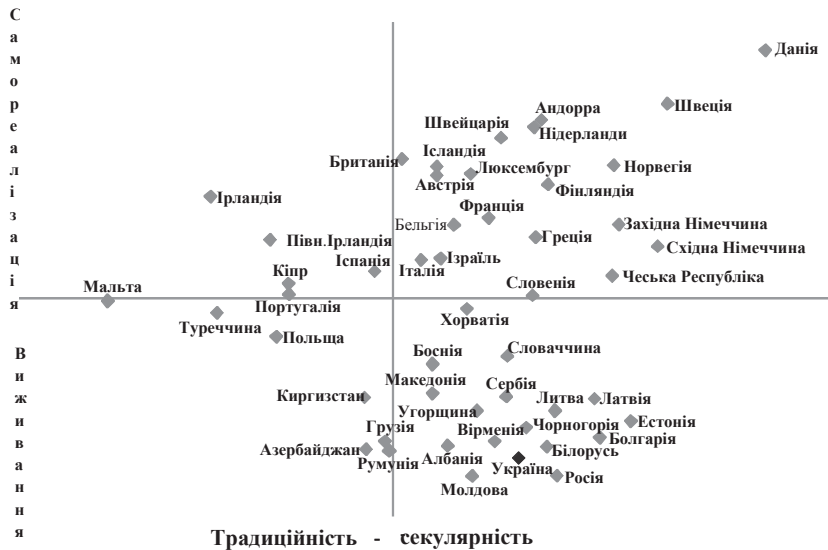


Рис. 3. Карта розподілу країн Європи за цінностями традиційності-секулярності та виживання-самореалізації<sup>5</sup>

лат. *existentia* — існування; те, що відноситься до існування, буття)<sup>4</sup> цінностей: люди фокусуються на потребах виживання, приділяючи пріоритетну увагу економічній та фізичній безпеці. Економічний розвиток збільшує індивідуальне відчуття екзистенційної безпеки, дозволяючи перенести акцент з ціннісних орієнтацій виживання до цінностей самореалізації, творчого уособлення та креативного спілкування як найпрямішого шляху до задоволеності життям і здоров'ям.

На рис. 3 представлена карта цінностей для країн Європи, яка показує позицію суспільств за переважанням цінностей відносно двох осей: (1) традиційності — секулярності та (2) виживання — самореалізації.

Шкала "традиційність — секулярність" відображає контраст між тими суспільствами, у яких релігія є дуже важливим чинником суспільного життя, і тими, в яких вона не відіграє значної ролі. Суспільства, які тяжіють до полюсу традиційності, зосереджені на важливості сімейних зв'язків і пошани до влади, абсолютизації стандартів і традиційних сімейних цінностей, заперечуючи розлучення, аборт, евтаназію і самогубство. Такі суспільства мають високий рівень національної свідомості і націоналістичний світогляд. Суспільства з раціональними (секулярними) цінностями мають протилежні точки зору за усіма згаданими аспектами. Перехід від традиційності до секулярності майже в усіх суспільствах відбувається з розвитком індустріалізації.

Другий вимір відмінностей у системі цінностей пов'язаний з переходом від індустріального до постіндустріального суспільства і поляризацією

цінностей виживання і самореалізації. У розвинутих суспільствах, де накопичене минулими поколіннями багатство сприяє збільшенню частки населення, яке сприймає матеріальний добробут як належне, відбувається зсув ціннісних пріоритетів від екзистенційної безпеки до суб'єктивного благополуччя, самореалізації і якості життя. У суспільствах з переважанням екзистенційних цінностей ігноруються проблеми довкілля, поширена нетерпимість до соціальних відмінностей та байдужість до суспільного життя. При пануванні цінностей виживання недосяжність суб'єктивного благополуччя знецінює якість життя і соціальний комфорт та призводить до проявів екстремізму, ескалації соціального і політичного напруження. Ці обставини руйнують міжперсональну довіру, що заважає розвитку культури толерантності. У таких умовах люди не прагнуть особистої свободи і самореалізації та демонструють пасивну життєву позицію, складовою якої є байдужість до власного здоров'я.

Позиція українського суспільства відносно шкали цінностей "виживання — самореалізація" свідчить про вкрай несприятливу ситуацію у процесі формування ціннісно-мотиваційних орієнтацій населення і частково пояснює явища, про які йдеться у цитованому рішенні РНБОУ як про такі, що супроводжують медико-демографічну кризу, а саме: духовну, моральну і фізичну деградацію суспільства. Це підтверджує аналіз позиції регіонів України відносно названої шкали, представлений на рис. 4.

На тлі перебування усіх регіональних субнаселень суттєво нижче межі цінностей самореалізації за ступенем наближеності до полюсу цінностей ви-

живання тут чітко розрізняються 4 кластери областей: найвіддаленіший від цього полюсу кластер 1 — Івано-Франківська, Львівська, Рівненська і Тернопільська; кластер 2 — Волинська, Житомирська, Закарпатська, Хмельницька й Чернівецька, разом з м.Київ; кластер 3 — Вінницька, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Миколаївська, Черкаська і Чернівецька; найближчий до полюсу цінностей виживання кластер 4 — Донецька, Луганська, Одеська, Сумська, Полтавська, Харківська, Херсонська і, врешті, Дніпропетровська область, населення якої перебуває на самому краю цієї шкали і є уособленням суспільства екзистенційних цінностей в Україні.

Аналізуючи просторовий розподіл спільнот, що належать до різних ціннісних кластерів в Україні, за віссю "виживання — самореалізація", слід зазначити їх наближення до ціннісного полюсу виживання у напрямі з північного заходу на південний схід (рис. 5), що співпадає з просторовою динамікою посилення медико-демографічної кризи в Україні (див. рис. 2).

Кризовий стан демографічної ситуації у регіонах, де найвище цінуються економічна і фізична безпека на шкоду цінностям самореалізації (табл. 1), підтверджують статистично вірогідні найнижчі рівні народжуваності й шлюбності, а також найвищий рівень розлучуваності.

Отже, ключовою характеристикою ціннісних орієнтацій як мотиваційної основи стратегії життєзбереження населення, яке перебуває у медико-демографічній кризі, є зв'язок життєвих цінностей з індивідуальним суб'єктивним самопочуттям. Для з'ясування сили і напрямку такого зв'язку було побудовано серію структурних моделей, до яких увійшли самооцінка здоров'я як результуюча змінна, оцінки важливості цінностей виживання (сім'я, робота) і цінностей самореалізації (друзі, дозвілля) як змінні, що впливають. До числа останніх також були включені вік як індикатор життєвого циклу, з яким пов'язані як статусні характеристики, так і кумулятивний стан фізичного здоров'я, та рік обстеження як динамічна складова трансформації цінностей і еволюції здоров'я. Кінцевою структурною моделлю було обрано модель, зображену на рис. 6.

Виходячи зі статистичних характеристик запропонованої моделі (табл. 2), можна сказати, що вона підтверджує гіпотезу про існування відмінностей у дії часу, віку і базових цінностей як предикторів суб'єктивного здоров'я між субнаселеннями з різним ступенем домінування цінностей виживання.

Стосовно віку як традиційного чинника зниження суб'єктивного самопочуття слід зазначити зменшення його прямого впливу на самооцінку здоров'я з наближенням ціннісних орієнтацій населення до полюсу виживання. Інакше кажучи, з посиленням екзистенційних ціннісних уподобань вік перестає бути головним чинником поганого здоров'я. Опосередкування дії віку

<sup>4</sup> У статті використовується запропонована Р.Інглехартом двополосна модель ціннісних орієнтацій "матеріалістичність — постматеріалістичність", в основу якої покладено зіставлення вищих або нижчих потреб в теорії А. Маслоу.

<sup>5</sup> Карта для країн Європи побудована на основі значень факторних ваг факторної моделі цінностей, запропонованої Р.Інглехартом при аналізі результатів Всесвітнього обстеження цінностей: [www.worldvaluessurvey.org/SebTest/wvs/articles/folder\\_published/article\\_base\\_54/files/ValueScores\\_5\\_waves.doc](http://www.worldvaluessurvey.org/SebTest/wvs/articles/folder_published/article_base_54/files/ValueScores_5_waves.doc)

на самопочуття цінностями, що преважують, має регіональну диференціацію. Так, у першому кластері, найбільш віддаленому від цінностей виживання, негативний вплив віку на самооцінку здоров'я пом'якшується зі зростанням з віком цінування усіх базових цінностей, але особливо — цінностей самореалізації. У другому кластері вплив віку на погіршення самопочуття, навпаки, посилюється поступовим зниженням з віком цінності роботи, друзів і дозволя. Вплив віку на самооцінку здоров'я у третьому кластері опосередковується тільки цінностями самореалізації, знецінення яких у старшому віці посилює негативний ефект фізичного старіння. У четвертому кластері і прямиї і опосередкований базовими цінностями вплив віку на самооцінку здоров'я є негативним, але сила такого впливу є найменшою.

Час, що втілюється в економічному та соціальному розвитку, за статистичними показниками є впливовим чинником зміни здоров'я населення України сам по собі, а стосовно суб'єктивного самопочуття найсильнішим є його вплив, що опосередковується зміною цінностей. На жаль, період з 1996 по 2006 рр. як чинник змін у самооцінці здоров'я і власне у стані здоров'я українців не став періодом прогресу. Не відбулося поступу і у впливі трансформації цінностей на результуючий показник: окрім першого кластеру, у якому негативну динаміку здоров'я пом'якшували позитивні зміни у ціннісних орієнтаціях населення, на усіх інших територіях не спостерігалося ані поліпшення здоров'я, ані позитивного впливу на нього трансформації цінностей, як, власне, і самої трансформації.

Враховуючи той вплив, що опосередковує ефект дії на здоров'я чинників віку і часу, усі базові цінності слід вважати визначальними за сумарним впливом на самооцінку здоров'я. Важливою характеристикою стану ціннісних орієнтацій майже усіх регіональних субнаселень України є пов'язаність цінностей самореалізації з поганим здоров'ям. Слід зазначити, що міжрегіональні відмінності впливу на самооцінку здоров'я цих цінностей мають чітку спрямованість: вплив цінності друзів змінюється від позитивного у першому кластері до негативного у четвертому, а сила негативного впливу цінності вільного часу з наближенням населення до полюсу цінностей виживання, навпаки, зменшується. Очевидно, з посиленням важливості екзистенційних цінностей погіршення самопочуття загострюється відсутністю друзів, але послаблюється наявністю вільного часу.

Стосовно регіональних особливостей впливу на самооцінку здоров'я цінностей виживання слід звернути увагу на позитивність такого впливу в субнаселенні, яке знаходиться на найнижчому щаблі еволюції цінностей від виживання до самореалізації. Концентрація

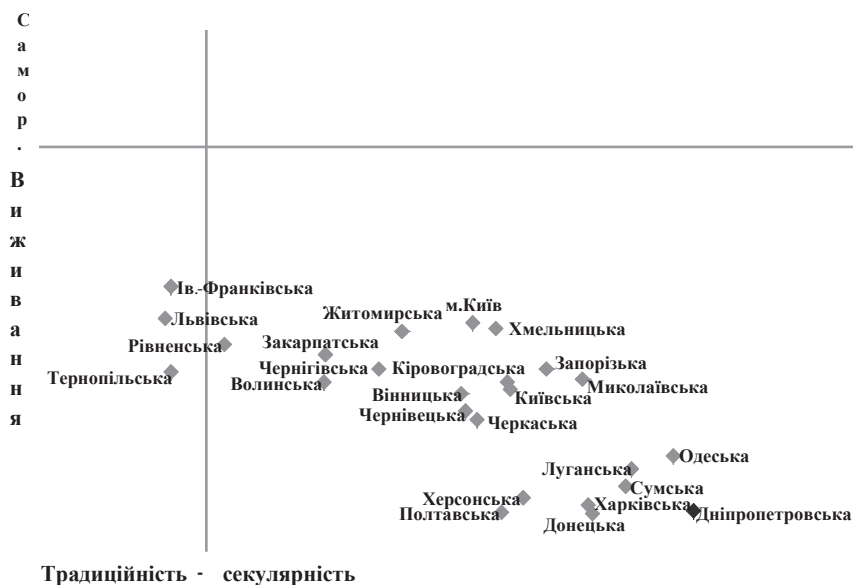


Рис. 4. Карта розподілу областей України за цінностями традиційності — секулярності та виживання — самореалізації

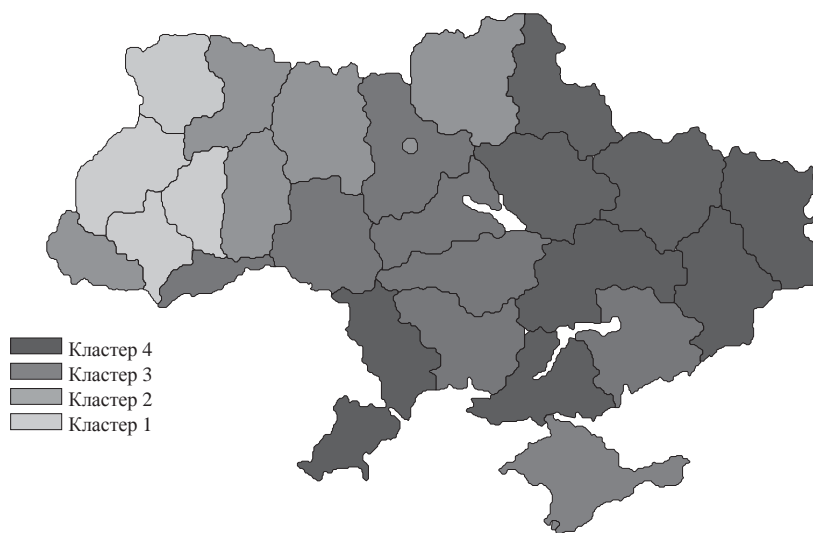


Рис. 5. Просторовий розподіл кластерів областей України за наближенням ціннісних орієнтацій населення до полюсу виживання по ціннісній шкалі "виживання — самореалізація"

усіх життєвих прагнень на благополуччі сім'ї і цінування роботи як засобу забезпечення такого благополуччя є передумовою позитивного самопочуття цього контингенту населення України. Хочеться сподіватись, що невизначеність тенденцій зв'язку екзистенційних цінностей зі здоров'ям у інших регіональних спільнотах є ознакою по-

чатку ціннісно-світоглядної модернізації українського суспільства.

## ВИСНОВКИ

Медико-демографічна криза в Україні супроводжується кризою базових людських цінностей, відсутністю динаміки у трансформації матеріалістичного у постматеріалістичне ціннісного

Таблиця 1. Середні значення коефіцієнтів природного руху населення станом на початок 2010 р. для кластерів регіональних спільнот України з різним ступенем важливості цінностей виживання

	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3	Кластер 4
Народжуваність	12,02 <sup>4*</sup>	11,59 <sup>4</sup>	10,57	9,72 <sup>1,2</sup>
Смертність	14,40 <sup>1</sup>	15,08 <sup>4</sup>	17,06	17,52 <sup>1,2</sup>
Природний приріст	-2,38 <sup>3,4</sup>	-3,49 <sup>4</sup>	-6,49 <sup>1</sup>	-7,80 <sup>1,2</sup>
Смертність дітей віком до 1 року на 1000 народжених	9,18	8,10	7,77 <sup>4</sup>	9,78 <sup>3</sup>
Шлюбність	4,75 <sup>3,4</sup>	4,56 <sup>3,4</sup>	3,86 <sup>1,2</sup>	3,88 <sup>1,2</sup>
Розлучуваність	2,30 <sup>3,4</sup>	2,64	2,78 <sup>1</sup>	2,83 <sup>1</sup>

\* — верхніми індексами позначені номери кластерів, з якими зафіксовані статистично вірогідні відмінності

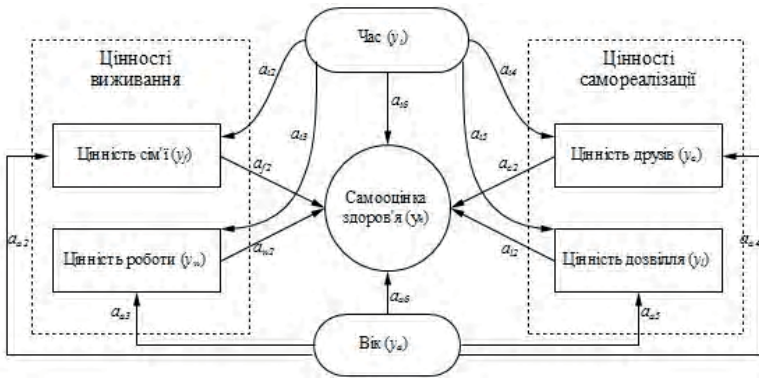


Рис. 6. Структурна модель формування самооцінки здоров'я під дією базових цінностей, віку та часу

мислення. В основі обох криз лежить надто тривале економічне і соціальне реформування, яке фіксує у суспільній свідомості екзистенційний світогляд, якому притаманні суспільна аномія, невібагливість до якості життя і соціального комфорту, відсутність прагнення особистої свободи і самореалізації, масова пасивність життєвої позиції, складовою якої є байдужість до фізичного життя і здоров'я.

Базовими передумовами подолання кризових явищ як у демографічній ситуації, так і у світоглядно-аксіологічній сфері є прискорення системного реформування економіки та подальша демократизація суспільства.

На рівні державного управління трансформація суспільних цінностей від матеріалістичних до постматеріалістичних передбачає відмову від будь-яких ідеологій (релігійних, політичних або економічних — відмови від поточного добробуту населення на користь майбутнього економічного розвитку держави) як засобу консолідації суспільства і прийняття ціннісної толерантності як стратегії суспільного поступу в умовах

плюралізації шляхів індивідуального саморозвитку.

Одним з напрямів подолання медико-демографічної кризи є послаблення її взаємодії з кризою цінностей шляхом зниження екзистенційного тиску. Управлінськими важелями в умовах економічної та соціальної нестабільності можуть бути розробка комплексу програм з переорієнтації цінностей споживання на цінності суб'єктивного благополуччя, самореалізації і якості життя, а також формування чіткої державної політики з подолання поведінкових чинників ескалації медико-демографічної кризи в Україні.

Література:

1. Про стан соціально-демографічної ситуації, охорони здоров'я і ринку праці в Україні: Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 29 груд. 2009 р. // Офіційний вісник Президента України від 15 січ. 2010 р. — 2010 р. — № 1. — С. 85.

2. Башмакова О.В. Емоційні та психологічні чинники ставлення до здоров'я: дис. ... канд. психол. наук:

19.00.01 / Одеський держ. медичний ун-т. — К., 2007. — 234 с.

3. Тимофієва М.П., Двіжона О. В. Психологія здоров'я. — Чернівці: Видавництво Книги XXI, 2009. — 296 с.

4. Bollen K.A. and Jackman R.W. Economic and Noneconomic Determinants of Political Democracy in the 1960s // Research in Political Sociology. — 1985. — № 1. — P. 27—48.

5. Cereseto S. and Waitzkin H. Capitalism, Socialism, and the Physical Quality of Life // International Journal of Health Services. — 1986. — V. 16, № 4. — P. 643—658.

6. Cereseto S. and Waitzkin H. Economic Development, Political-Economic System, and the Physical Quality of Life // American Journal of Public Health. — 1986. — V. 76, № 6. — P. 661—666.

7. Cockerham W.C. Health and Social Change in Russia and Eastern Europe. — London and New York: Routledge, 1999. — 385 p.

8. Cockerham W.C. The Social Determinants of the Decline in Life Expectancy in Russia and Eastern Europe // Journal of Health and Social Behavior. — 1997. — № 38. — P. 117—130.

9. Deeg D. J., Kriegsman D. M. Concepts of self-rated health: specifying the gender difference in mortality risk // Gerontologist. — 2003. — V. 43. — P. 376—386.

10. Helweg-Larsen M., Kjoller M., Thoning H. Do age and social relations moderate the relationship between self-rated health and mortality among adult Danes? // Social Science and Medicine. — 2003. — V. 57. — P. 1237—1247.

11. Idler E., Leventhal H., McLaughlin J. et al. In sickness but not in health: self-ratings, identity, and mortality // Journal of Health and Social Behavior. — 2004. — V. 45. — P. 336—356.

12. Inglehart R., & Welzel C. Modernization, cultural change and democracy: The human development sequence. — New York: Cambridge University Press, 2005. — 432 p.

13. Johnson W., & Krueger R.F. How money buys happiness: Genetic and environmental processes // Journal of Personality and Social Psychology. — 2006. — V. 90. — P. 680—691.

14. Morris M.D. Measuring the Condition of the World's Poor: The Physical Quality of Life Index. — New York: Pergamon Press, 1979. — 286 p.

15. Moon B.E. and Dixon W.J. Politics, the state and basic human needs: A cross-national study // American Journal of Political Science. — 1985. — № 29. — P. 661—694.

16. Norris P., & Inglehart R. Sacred and secular: Religion and politics worldwide. — New York: Cambridge University Press, 2004. — 211 p.

17. Shkolnikov V.M., Mesle F. 1996. Russian epidemiological crisis as mirrored by mortality trends // In: Julie DaVanzo ed. Russia's Demographic "Crisis", RAND. — Santa Monica, 1996. — P. 113—162.

18. Welzel C., Inglehart R., & Klingemann H.D. The theory of human development: A cross-cultural analysis // European Journal of Political Research. — 2003. — № 42. — P. 341—379.

Стаття надійшла до редакції 25.06.2010 р.

Таблиця 2. Параметри структурної моделі формування самооцінки здоров'я під дією базових цінностей, віку та часу для субнаселень України з різним ступенем важливості цінностей виживання

	Шляхові коефіцієнти для:			
	кластера 1	кластера 2	кластера 3	кластера 4
$a_{a2} (y_a \rightarrow y_l)$	-0,15*	0,01	0,01	-0,01
$a_{a3} (y_a \rightarrow y_w)$	-0,32*	1,41	-0,04	0,15
$a_{a4} (y_a \rightarrow y_e)$	-1,09*	0,72*	0,62*	0,25
$a_{a5} (y_a \rightarrow y_f)$	-1,41	1,16*	0,67	0,24*
$a_{a6} (y_a \rightarrow y_h)$	0,68	0,46	0,37	0,21
$a_{t2} (y_t \rightarrow y_l)$	-0,14*	0,02	0,05	-0,24*
$a_{t3} (y_t \rightarrow y_w)$	-0,36*	5,82*	-0,51*	2,15*
$a_{t4} (y_t \rightarrow y_e)$	-1,41	2,65*	5,54*	3,64*
$a_{t5} (y_t \rightarrow y_f)$	-1,93	4,34*	5,78*	3,43
$a_{t6} (y_t \rightarrow y_h)$	2,18	1,32	1,19	3,28
$a_{r2} (y_r \rightarrow y_l)$	-0,01	-0,15	72,85	-44,72
$a_{w2} (y_w \rightarrow y_h)$	2,14	3,86*	-5,24	-6,27
$a_{e2} (y_e \rightarrow y_h)$	-19,23*	0,12	1,68*	17,13*
$a_{f2} (y_f \rightarrow y_h)$	12,6	-0,94*	-2,37*	0,91
$\chi^2$	1055	1814	1015	1904
Число ступенів свободи	18	18	21	22
p-рівень	0	0	0	0
Інформаційний критерій Акайке (AIC)	1,488	1,734	1,689	1,705
Байсовський критерій Шварца (BIC)	1,552	1,781	1,74	1,731

Обчислення структурної моделі здійснено засобами шляхового аналізу з використанням асимптотично непараметричної процедури аналізу коваріаційних структур. Рівень статистичної значущості відповідає \* $p < 0,05$ .