



УДК 314.4:331(477)

*Н. М. ЛЕВЧУК,  
кандидат економічних наук, провідний науковий співробітник  
Інституту демографії та соціальних досліджень  
ім. М. В. Птухи НАН України*

## СОЦІАЛЬНИЙ КАПІТАЛ ТА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

**Вступ.** Системна криза, у якій вже тривалий час перебуває українське суспільство, характеризується падінням життєвого рівня населення, високими показниками нерівності у розподілі власності, у доступі до різного роду ресурсів та значними масштабами низхідної соціальної мобільності. Ці явища обумовили зниження довіри у суспільстві, зростання соціальної напруженості та відчуження, тобто погіршення якості соціальної взаємодії та послаблення суспільної згуртованості, що не могло не позначитися на стані здоров'я населення. Погіршення стану здоров'я і вкрай низькі показники життєзбереження населення становлять серйозну перешкоду успішному соціально-економічному розвитку країни та обумовлюють пошуки шляхів подолання кризових соціально-демографічних явищ.

У цьому контексті досить продуктивною, на наш погляд, є концепція соціального капіталу, який є інтегральною якісною характеристикою життєдіяльності суспільства, що відображає потенціал соціальної взаємодії та згуртованості. Більшість дослідників визнають, що соціальний капітал, втілений у вигляді норм та традицій соціальної солідарності і розгалуженої мережі громадянської співучасті, є важливою передумовою успішного суспільного розвитку. Водночас з'явилися свідчення про те, що соціальний капітал не лише робить свій внесок у стабільну економіку та міцність демократичних інститутів, а й має позитивні демографічні ефекти для суспільства. Негативний вплив економічних чинників на стан здоров'я населення у перехідний період був менш вираженим у тих постсоціалістичних країнах, які мають більш потужний запас соціального капіталу [1].

**Аналіз попередніх досліджень.** Ідея про те, що соціальна «зчепленість» покращує здоров'я, набула поширення з початку 1990-х рр. Демографічні ефекти соціального капіталу вивчають, головним чином, зарубіжні дослідники, найбільш відомими з яких є: Р. Вілкінсон [2], І. Кавачі [3], Л. Беркман, Ф. Баум, Б. Кеннеді, Дж. Лінч та інші. Серед дослідників ролі соціального капіталу у формуванні стану здоров'я населення у пострадянських країнах слід назвати Р. Роуза [4], В. Хомбрес, О. А. Кисліцину, Н. Русінову. В Україні дослідження демографічних ефектів впливу соціального капіталу є новим і досить перспективним завданням, зважаючи на вкрай несприятливу соціально-демографічну ситуацію. Серед вітчизняних вчених теоретичні аспекти соціального капіталу досліджують В. Геєць, М. Горожанкіна,

О. Грішнова [5], Т. Заяць, А. Колот, Е. Лібанова. Специфіку соціального капіталу вивчають також О. Гутнін, А. Колодій, М. Лесечко, О. Сидорчук, В. Степаненко та інші. Разом з тим в Україні досить мало емпіричних досліджень соціального капіталу. Щобільше, нам не відома жодна робота, у якій соціальний капітал розглядався б у демографічному контексті.

**Метою** даної статті є дослідження впливу соціального капіталу на стан здоров'я населення в Україні.

У цій роботі ми дотримуємося думки, що основними складовими соціального капіталу є: взаємна довіра, соціальні мережі та спільні норми і цінності. Наша гіпотеза полягає у тому, що спільні цінності та норми взаємодії забезпечують різні форми обміну соціальною підтримкою, а залученість індивідів до соціально схвалюваних мереж має позитивний для здоров'я ефект, пов'язаний з доступом до ресурсів груп, у які включені індивіди. Сила соціальної зчепленості/єдності справляє відчутний вплив на стан здоров'я населення, оскільки суспільство, яке покладається на довіру та соціальну згуртованість, є ефективнішим і менш схильним до конфліктів та соціальних патологій, аніж суспільство у стані дезінтеграції та сповнене недовіри.

**Виклад основного матеріалу. Дані та метод.** Для виконання цілі нашого дослідження було використано дані Європейського соціального обстеження – 2009 (далі ЄСО), завдання якого – вивчення змін у поглядах, нормах, цінностях та поведінці населення. ЄСО є одним з провідних соціальних обстежень у Європейському регіоні. У 2009 р. в Україні було опитано 1845 осіб віком 15 років і старше.

За даними ЄСО спочатку було проведено порівняльний аналіз індикаторів соціального капіталу та результатів самооцінки стану здоров'я в Україні, Росії та Швеції<sup>1</sup>. Далі для України автором було побудовано модель, у якій залежною змінною є самооцінка стану здоров'я індивідів, а незалежними змінними обрано індикатори соціального капіталу за контролю інших соціально-демографічних характеристик респондентів. Модель побудовано методом множинної логістичної регресії окремо для чоловіків і жінок, результатом якої є відношення шансів (odds ratio, OR), а саме: шанс мати гарне здоров'я (за самооцінкою) залежно від факторних характеристик. Співвідношення шансів визначає шанс певного явища/події у досліджуваній групі щодо шансу цього явища/події у референтній групі, обраній для порівняння, і в такий спосіб характеризує міру відносного впливу певного фактора на результативну ознаку. Усі розрахунки були проведені у програмі STATA.

Самооцінка стану здоров'я ідентифікована за відповіддю респондентів на запитання: Як в цілому Ви оцінюєте стан свого здоров'я? Відповіді: дуже добрий, добрий, задовільний, поганий, дуже поганий. Залежною змінною у нашій моделі є шанс оцінити стан свого здоров'я як добрий та дуже добрий, об'єднаний під назвою «гарне здоров'я». Незалежними змінними є такі індикатори соціального капіталу: довіра, соціальна залученість/ізоляція, взаємодопомога. Оцінку цих індикаторів проводили за результатами розподілу відповідей респондентів на такі запитання:

*Довіра:* Довіра до суспільних інститутів: Наскільки Ви довіряєте 1) парламенту 2) судово-правовій системі 3) міліції? Міжособистісна довіра: 1) Як Ви вважаєте, в цілому більшості людей можна довіряти чи ні? 2) Як Ви вважаєте, більшість людей намагатимуться використати або ошукати Вас, якщо будуть мати нагоду, чи вони будуть поводити себе чесно та порядно? Відповіді оцінювались за 10-ти бальною шкалою і були об'єднані у три групи: не довіряю (0–3 бали), частково довіряю (4–7 балів) та повністю довіряю (8–10

---

<sup>1</sup> Йдеться про результати ЄСО, проведеного у Росії та Швеції у 2008 р., в ході якого було опитано 1835 та 2512 респондентів віком 15 років і старше відповідно.

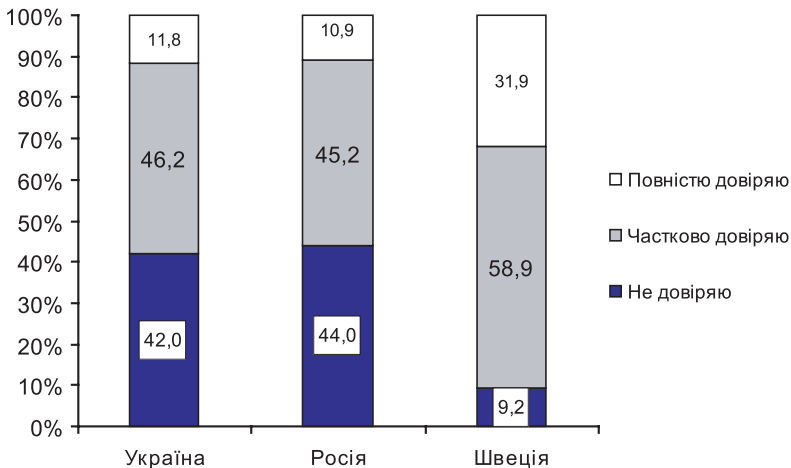
балів). Так само відповіді на запитання 2 щодо міжособистісної довіри були об'єднані у такі три групи: погоджуюсь з тим, що більшість людей намагаються ошукати інших, частково погоджуюсь, не погоджуюсь.

**Соціальна залученість/ізоляція:** Формальні мережі: За останні 12 місяців, чи брали ви участь у будь-якій політичній партії/русі або у діяльності будь-якої іншої організації? Відповіді: так, ні. Неформальні мережі: 1) Як часто Ви просто, не у справах, зустрічаєтесь з друзями, родичами або колегами? Відповіді: ніколи або рідше одного разу на місяць, від одного до кількох разів на місяць, від одного до кількох разів в тиждень, щодня; 2) чи є у Вас хто-небудь, з ким Ви можете обговорювати свої особисті справи та інтимні питання? Відповіді: так, ні.

**Взаємодопомога:** На Вашу думку, люди в основному намагаються допомагати іншим чи дбають про власний інтерес? Відповіді: допомагають; частково допомагають, частково дбають про власний інтерес; не допомагають, дбають про власний інтерес; 2) Якби у Вас виникли серйозні труднощі і Ви були б змушені позичати гроші, щоб «звести кінці з кінцями», наскільки складно чи легко це було б зробити? Відповіді: складно; ані складно, ані легко; легко.

Для контролю були включені такі змінні: вік, освітній статус, матеріальний статус (за самооцінкою), шлюбно-сімейний статус, тип населеного пункту, регіон проживання.

**Основні результати. 1. Соціальний капітал в Україні: загальна характеристика.** Період пострадянських трансформацій в Україні характеризується не лише економічною кризою та політичною нестабільністю, а й руйнацією соціального капіталу. Це проявляється, насамперед, у вкрай низькому рівні довіри населення до основних суспільних інститутів. За результатами проведеного нами дослідження, рівень міжособистісної довіри в Україні є низьким, однак помітно вищим за рівень довіри до суспільних інститутів. Зокрема, лише 12% опитаних українців повністю довіряють більшості людей, тоді як у Швеції частка таких досягає майже 32%, хоча показники Росії є навіть дещо нижчими, ніж в Україні (рис. 1)



Джерело: Європейське соціальне обстеження, ЄСО – 2008/2009

Рис. 1. Міжособистісна довіра: розподіл респондентів за рівнем довіри до людей в Україні, Росії та Швеції у 2008–2009 рр.

Недовіра до людей одночасно поєднується із значним страхом бути обманутим та ошуканим з боку інших. Третина респондентів в Україні (35,2%) погодилися з тим, що більшість людей при нагоді намагатиметься обманути або ошукати їх, і лише 11% розраховують на чесну та порядну поведінку з боку оточення. До влади та основних інститутів соціального контролю українці ставляться із ще більшою підозрою та недовірою. Зокрема, у 2009 р. частка тих, хто повністю довіряв парламенту, становила в Україні лише 1,8%, судово-правовій системі – 1,2%, міліції – 2,6%. Порівняно з Росією і особливо Швецією ці показники є вражаюче низькими. У Росії довіряють судам та міліції 9,7–9,8%, у Швеції – 22,2% та 37% відповідно.

З рівнем міжособистісної довіри та довіри до суспільних інститутів тісно корелює ще один індикатор соціального капіталу – залученість населення до горизонтальних соціальних мереж. Наявність розгалужених мереж різних груп та об'єднань вважається однією з головних складових соціального капіталу. У даному разі йдеться про формальні горизонтальні зв'язки, розвиток яких відіграє важливу роль у функціонуванні громадянського суспільства в західних країнах. Результати ЄСО–2009 дають підставу стверджувати, що більшість населення України не є активним суб'єктом громадянського суспільства. Зокрема, показники участі у політичних та громадських організаціях серед опитаних дуже низькі (табл. 1). Причинами такої пасивної позиції, що проявляється у вкрай низькій громадській активності та байдужості, є не лише те, що більшість українців заклопотана проблемами виживання й заробітку, й той факт, що прояви громадської співучасті сприймаються більшістю українців досить скептично, як пережиток радянського минулого.

Таблиця 1

**Формальні мережі: частка тих, хто є членами політичних партій або інших організацій та рухів, в Україні, Росії та Швеції у 2008–2009 рр., %**

	Україна	Росія	Швеція
Політичні партії/рухи	4,6	3,8	6,7
Інші організації та рухи	1,8	4,5	27

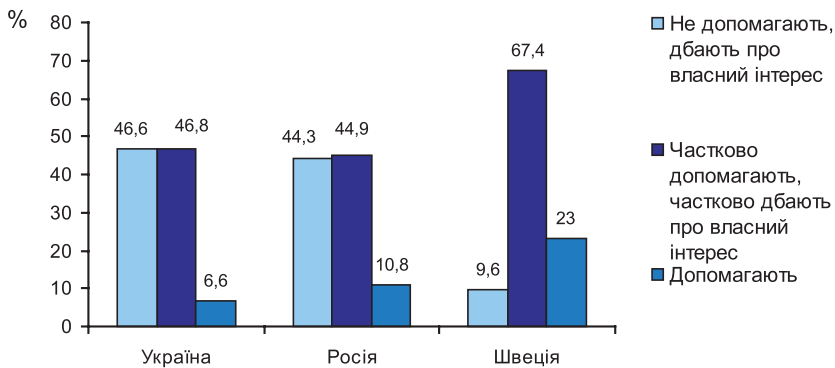
Джерело: *Європейське соціальне обстеження, ЄСО– 2008/2009*

Разом з тим специфіка формування соціального капіталу у пострадянській Україні порівняно із західними країнами полягає не лише у нерозвиненості такого атрибуту громадянського суспільства як горизонтальні соціальні мережі. Замість формальних соціальних мереж в Україні, як і в інших пострадянських країнах, сформувався інший феномен – розгалужена мережа неформальних зв'язків між членами родини, друзями, сусідами та колегами. Роль і значення цих зв'язків – неоднозначні. З одного боку, вони відіграли важливу роль у виживанні населення у роки гострої соціально-економічної кризи 1990-х. У кризових умовах, коли формальні інститути стали вкрай неефективними, такі зв'язки допомагали зменшити тягар економічних проблем, полегшували адаптацію до нових умов, підвищували впевненість у своїх силах і таким чином послаблювали негативний вплив стресового чинника на здоров'я.

З іншого боку, компенсація формальних горизонтальних зв'язків неформальними в Україні в умовах послаблення соціального контролю та ціннісно-нормативної дезінтеграції призвела до зловживання і використання їх з корисливими цілями. Такі неформальні зв'язки використовуються не для того, щоб посилити рівень демократизації у суспільстві, а лише у власних інтересах. Більшість проблем (в тому числі щодо отримання якісного лікування та оздоровлення) як раніше, так і тепер вирішуються через «блат», тобто через знайомства.

За результатами ЄСО–2009 показники участі у неформальних мережах в Україні є досить високими: дві третини опитаних зустрічаються з друзями, родичами то колегами просто так, не у справах, не рідше ніж один – кілька разів в місяць, і лише 15% ніколи не проводять час спільно з друзями або роблять це рідше, ніж раз на місяць. У Росії кожен п'ятий з опитаних (20,6%) майже не зустрічається з друзями, тоді як у Швеції частка «соціально ізольованої» групи респондентів не перевищує 3%. Окрім цього, стверджувальну відповідь на запитання про наявність особи, з якою можна обговорити свої особисті справи та інтимні питання, дали 87,6% опитаних в Україні; частка самотніх, позбавлених такого спілкування, становила лише 12,4%.

Ще однією особливістю українців є слабка поширеність взаємодопомоги. Незважаючи на розвинуті неформальні зв'язки, дві третини опитаних повідомили, що у разі серйозних труднощів, щоб «звести кінці з кінцями» їм було б складно позичити гроші, і лише для 8% позика грошей у разі крайньої необхідності є легко вирішуваним завданням. Зазначений розподіл відповідей в Україні є досить подібним до результатів у Росії, однак дуже відрізняється від таких у Швеції, де 55% опитаних переконані, що зможуть легко позичити гроші у випадку крайньої необхідності. Значна частина опитаних в Україні не вірять у доброзичливість намірів та готовність допомоги з боку оточення. Зокрема, 46,6% респондентів переконані, що більшість людей дбають тільки про власний інтерес, а не переймаються чужими проблемами, тоді як у Швеції питома вага таких відповідей становить лише 9,6% (рис. 2).

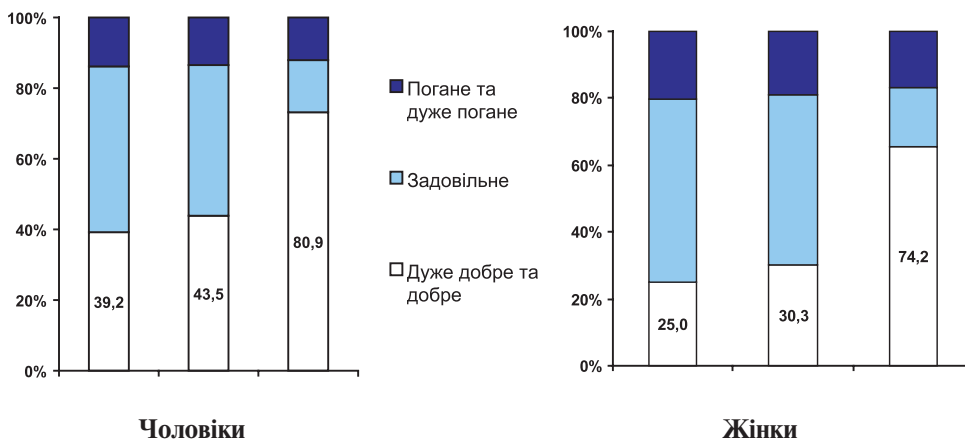


Джерело: *Європейське соціальне обстеження, ЄСО – 2008/2009*

**Рис. 2. Поширеність взаємодопомоги: розподіл відповідей на запитання: «На Вашу думку, люди в основному намагаються допомагати іншим чи дбають про власний інтерес?» в Україні, Росії та Швеції у 2008–2009 рр.**

**2. Вплив індивідуального соціального капіталу на самооцінку стану здоров'я.** Як відомо, суб'єктивна оцінка здоров'я може відрізнитися від об'єктивного клінічного діагнозу, оскільки на самооцінку здоров'я впливають багато психологічних та ментальних факторів, у тому числі, уявлення особи про здоров'я та його місце на шкалі життєвих цінностей і потреб, ступінь задоволеності життям в цілому. Разом з тим у ситуації, коли значна частина населення України не звертається за медичною допомогою і не проходить профілактичні обстеження, що істотно знижує повноту та надійність офіційної статистики захворюваності, є підстави вважати, що самооцінки стану здоров'я є досить інформативною медико-демографічною характеристикою, що «відбиває специфіку культури здоров'я і самозбережувальної поведінки різних верств населення» [6, с. 47].

За даними ЄСО в Україні частка тих, хто оцінив свій стан здоров'я як добрий та дуже добрий («гарне здоров'я»), становила у 2009 р. 39,2% у чоловіків та 25% у жінок, поганий та дуже поганий стан здоров'я — 13,9% та 20,4% відповідно. Близько половини респондентів дали нейтральну оцінку стану свого здоров'я і оцінили його як задовільний. Зазначимо, що питома вага осіб з добрим та дуже добрим здоров'ям в Україні помітно нижча, ніж у Росії, і більш як удвічі нижча, ніж у Швеції (рис. 3).



Джерело: за даними Європейського соціального обстеження, ЄСО–2008/2009

Рис. 3. Самооцінки стану здоров'я в Україні, Росії та Швеції у 2008–2009 рр.

Результати проведеного нами дослідження щодо впливу основних характеристик соціального капіталу на шанси мати гарне здоров'я серед чоловіків та жінок подано у таблиці 2. Зазначимо, що за референтні групи обрані ті, значення OR (відношення шансів) для яких у таблицях дорівнює одиниці. У модель для контролю були також включені інші соціально-демографічні характеристики респондентів. Серед досліджуваних характеристик соціального капіталу статистично незначущими як для чоловіків, так і для жінок виявились довіра до суспільних інститутів та участь у формальних мережах, оскільки ці показники є дуже низькими для більшості респондентів, а також питання щодо наявності особи, з якою можна обговорити особисті проблеми та питання щодо готовності людей допомагати іншим. Разом з тим значущими факторами, що позитивно впливають на самооцінку стану здоров'я є: міжособистісна довіра, участь у неформальних мережах (для чоловіків) та поширеність взаємодопомоги (табл. 2).

Можна наближено стверджувати, що включені у множинний регресійний аналіз 4 змінних, які характеризують індивідуальний соціальний капітал, та 5 змінних, що характеризують соціально-демографічний статус респондента, пояснюють 32% та 38% дисперсії факторної ознаки, тобто шансів мати гарне здоров'я, у чоловіків та жінок відповідно.

Таблиця 2

Вплив основних характеристик індивідуального соціального капіталу<sup>1</sup> на шанси мати гарне здоров'я (за самооцінкою)

Характеристики соціального капіталу	Відношення шансів, OR	
	чоловіки	жінки
<b>Міжособистісна довіра</b>		
<i>Чи довіряєте Ви більшості людей:</i>		
– не довіряю	1,0	1,
– частково довіряю	1,25*	0,82**
– повністю довіряю	2,33**	1,96**
<i>Чи погоджуєтесь з тим, що більшість людей при нагоді намагатимуться використати або ошукати Вас:</i>		
– погоджуюся	1,0	1,0
– частково погоджуюся	1,58*	1,80*
– не погоджуюся	1,46	2,14**
<b>Неформальні мережі</b>		
<i>Як часто Ви зустрічаєтесь з друзями, родичами та колегами просто так, не у справах:</i>		
– ніколи або рідше 1 разу на місяць	1,0	1
– від одного до кількох разів на місяць	1,65*	1,35*
– від одного до кількох разів в тиждень	0,85	1,47
– щодня	2,04**	1,78*
<b>Взаємодопомога</b>		
<i>У разі серйозних труднощів, щоб звести кінці з кінцями наскільки складно чи легко було б для Вас позичити гроші?</i>		
– складно	1	1
– ані складно, ані легко	0,49***	0,37*
– легко	3,15***	0,97
<b>Оцінка адекватності моделі (Log–Likelihood–Ratio Test)</b>		
Initial LL	-372,85	-467,93
Final LL	-266,97	-301,15
Pseudo R <sup>2</sup>	0,32	0,38
Prob>chi <sup>2</sup>	0,000	0,000

<sup>1</sup> Примітка: у модель для контролю включені також основні соціально-демографічні характеристики респондентів: вік, освіта, шлюбно-сімейний статус, матеріальний статус (за самооцінкою), тип населеного пункту, регіон проживання.

\*\*\* відповідає довірчій імовірності  $p < 0,01$ , \*\* –  $p < 0,05$  \* –  $p < 0,10$

Джерело: авторські розрахунки за даними ЄСО–2009

Як бачимо, шанси оцінити стан свого здоров'я як гарний у чоловіків у 2,3 разу, а у жінок – у 2 рази вищі порівняно з тими, які не довіряють людям. Про зв'язок між само-



оцінкою стану здоров'я та довірою до людей свідчать і результати моделі щодо запитання про те, чи більшість людей при нагоді намагаються використати або ошукати інших. Зокрема, шанси мати гарне здоров'я за самооцінкою у жінок, які не погоджуються з намірами інших людей ошукати інших, у 2,1 разу вищі, ніж у тих, хто впевнений у корисливих намірах оточення. Отримані результати також свідчать, що наявність неформальних соціальних зв'язків позитивно впливає на самооцінку здоров'я. Ті, хто щодня зустрічається з друзями, родичами чи колегами, удвічі частіше оцінюють своє здоров'я як гарне, ніж ті, хто практично не проводить вільний час із приятелями чи родичами.

Для чоловіків також статистично значущим виявився фактор взаємодопомоги, зокрема можливості отримання фінансової допомоги у разі гострої потреби. Цей фактор також опосередковано є певною мірою індикатором соціальної інтегрованості особи, її взаємодії з іншими. Ті чоловіки, хто заявив, що їм легко позичити гроші у разі крайньої фінансової скрути, оцінюють стан свого здоров'я як гарний утричі частіше порівняно з тими, які не мають такої можливості.

У цьому контексті соціальний капітал виступає як запас додаткових матеріальних та психологічних ресурсів збереження та поліпшення індивідуального та суспільного здоров'я.

По-перше, міжособистісна довіра – важлива складова цілісної системи індивідуальних цінностей, що є результатом накопиченого як індивідуального, так і колективного досвіду. Довіра до людей, зазвичай, поєднується із соціальним оптимізмом та впевненістю, толерантним та доброзичливим ставленням до оточення, готовністю до взаємодії та взаємодопомоги. Такі позитивні установки, з одного боку, дають змогу успішніше контактувати та взаємодіяти з людьми, а з другого – формують той оптимістичний психологічний настрій, що дає впевненість у власних силах, у здатності контролювати власне життя та адаптуватись до нових умов, що у підсумку позитивно впливає на фізичне самопочуття.

Натомість недовіра та психологічне напруження на індивідуальному рівні погіршують якість життя і відповідно позначаються на стані здоров'я. У суспільстві з недовірою до людей підвищується незадоволеність та агресія, а втрата соціального оптимізму і надії на зміни на краще обумовлюють розчарування, зневіру у власних силах та сенсі життя. Загальний психологічний дискомфорт істотно збільшує ризик виникнення конфліктів і стресових ситуацій, провокує вживання алкоголю, наркотиків, скоєння самогубств та інші види асоціальної поведінки. Довготривалий стан тривоги і зневіри сприяє виникненню багатьох соматичних хвороб та психічних розладів. Окрім цього, погіршення соціального самопочуття через невпевненість у завтрашньому дні та відсутність перспектив призвели до втрати у певній частині населення стимулів до здорового способу життя, формування байдужого ставлення до власного здоров'я та небажання турбуватись про нього.

По-друге, залученість індивідів у формальні та неформальні соціальні мережі відкриває доступ до матеріальних та психологічних ресурсів, наявних у цих мережах. Соціально ізольовані індивіди мають вищий ризик поганого здоров'я у зв'язку з обмеженими можливостями отримання матеріальної допомоги, корисної інформації та емоційної підтримки [3]. Як вже згадувалось, в Україні участь населення у формальних соціальних мережах є дуже низькою. Натомість поширені неформальні зв'язки та знайомства, що відіграють важливу роль у контексті можливості отримання якісної медичної допомоги, лікування та оздоровлення. На жаль, конкретного запитання щодо використання особистих знайомств та зв'язків у разі необхідності отримання медичного обстеження та консультації лікаря в опитувальнику ЕСО немає, оскільки він є уніфікованим для усіх країн-учасників, для багатьох з яких таке питання не є актуальним. Разом з тим можна



передбачити, що неформальні зв'язки дають змогу отримати цінну інформацію щодо методу лікування, пройти позачергове обстеження, отримати консультацію у лікаря-фахівця з гарною репутацією, дістати дефіцитні ліки, пройти лікування у кращих умовах в стаціонарі. Це особливо важливо для жителів сільської місцевості та малих міст, де вибір фахівців є невеликим, а можливості охорони здоров'я – надто обмеженими. Саме на таких розгалужених неформальних зв'язках фактично була вибудована система надання медичних послуг у колишньому СРСР. Тому особливо нелегко доводилося тим, хто не мав «блату» і зв'язків у кризові 1990-і роки, що не могло не позначитись на стані їхнього здоров'я.

Соціальна інтегрованість індивідів та дотримання принципів взаємності і взаємодопомоги позитивно впливає на стан здоров'я, оскільки підтримка з боку суб'єктів взаємодії у разі виникнення труднощів чи хвороби є чинником, що підвищує впевненість індивідів у власних силах та їх здатність справитися з проблемами, дає змогу мінімізувати наслідки стресових ситуацій. Соціальна інтегрованість індивідів сприяє формуванню позитивних психологічних станів (самоповаги, цілеспрямованості, толерантності) і пов'язаних з ними сприятливих фізіологічних реакцій.

Окрім цього, розвинуті легітимні соціальні мережі є джерелом корисної інформації щодо профілактики захворювань та методів зміцнення здоров'я і водночас джерелом соціального тиску-мотивації, що спонукає індивіда турбуватись про своє здоров'я. У соціально згуртованому суспільстві впливати та змінювати норми поведінки через поширення профілактичних знань легше, ніж у соціально дезінтегрованому суспільстві. Чим згуртованішим є суспільство на засадах спільних норм та цінностей, взаємній довірі, розгалужених соціальних мережах та зрілих громадянських традиціях, тим більшою є суспільна та громадська увага до основних суспільних проблем, у тому числі до проблем здоров'я, і тим легше формувати прихильність населення до нових моделей поведінки, зорієнтованих на запобігання хворобам та збереження здоров'я. Зрештою, спільне дотримання норм і цінностей становить базу для кооперації та взаємодії індивідів і груп, дає змогу знаходити компроміс та уникати конфліктів.

**Висновки.** Сучасне українське суспільство відзначається низькими ресурсами соціального капіталу. Українці схильні довіряти своєму оточенню більшою мірою, ніж офіційним суспільним інститутам; характерними є дефіцит горизонтальних мереж громадської активності та співпраці й водночас висока розгалуженість неформальних, у тому числі родинно-кланових зв'язків; слабкість норм взаємодопомоги та кооперативної співпраці, коли кооперативні норми діють лише локально, в середині певної соціальної групи, але не поширюються за її межі. Результати нашого дослідження доводять, що є зв'язок між ступенем соціальної інтеграції індивідів та самооцінкою їхнього здоров'я. Оскільки самооцінка певною мірою відображає реальний стан здоров'я, є підстави стверджувати, що соціально інтегровані індивіди, тобто особи з високою міжособистісною довірою, розгалуженою мережею соціальних зв'язків та достатніми ресурсами підтримки почувуються краще, аніж ті, хто не довіряє людям, перебувають у соціальній ізоляції та не мають таких ресурсів. Наявність соціальних зв'язків та пов'язані з ними можливості допомоги і підтримки – важлива детермінанта самооцінки стану здоров'я, насамперед чоловіків. На нашу думку, основні показники індивідуального соціального капіталу можна розглядати як цінності, що впливають на стратегії поведінки індивідів, у тому числі щодо збереження та підтримання здоров'я. Тому є підстави для висновку про те, що дефіцит соціального капіталу негативно позначається на життєдіяльності населення і є чинником порушення його якісних характеристик.

**Джерела:**

1. *Stuckler D.* Mass privatization and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis / D. Stuckler, L. King, M. McKee // *Lancet*. – 2009. – № 373. – P. 399–407.
2. *Social Determinants of Health* [ed. by Marmot M. and R. G. Wilkinson]. – Oxford University Press, 2006. – 367 p.
3. *Kawachi I.* Social capital and self-rated health: a contextual analysis / I. Kawachi, B. P. Kennedy, R. Glass // *American Journal of Public Health*. – 1999. – Vol. 89. – № 8. – P. 1187–1193.
4. *Rose, R.* How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians / R. Rose // *Social Science and Medicine*. – 2000. – № 51(9). – P. 1421–1435.
5. *Грیشнова О.* Соціальний капітал: сутність, значення, взаємозв'язок з іншими формами капіталу / О. Грیشнова, Н. Полив'яна // *Україна: аспекти праці*. – 2009. – № 5. – С. 19–24.
6. *Курило І.* Соціально-демографічні особливості самооцінки стану здоров'я населення України / І. Курило // *Демографічні дослідження*. – 2003. – № 25. – С. 44–55.
7. *Сбережение народа* / Под ред. Н. М. Римашевской. – М.: Наука, 2007. – 326 с.

---

**Анотація.** У роботі аналізуються зв'язки між соціальним капіталом та здоров'ям населення в Україні. На базі даних Європейського соціального обстеження – 2009 автор дає загальну характеристику стану соціального капіталу в Україні та досліджує вплив індивідуального соціального капіталу на самооцінку стану здоров'я.

**Аннотация.** В работе анализируются связи между социальным капиталом и здоровьем населения в Украине. Используя данные Европейского социального исследования – 2009, автор дает общую характеристику социального капитала и исследует влияние индивидуального социального капитала на самооценку здоровья.

**Summary.** We analyze the relationship between social capital and health in Ukraine. In this article, social capital is defined as the stock of networks, trust and norms of reciprocity. Using the 2009 European Social Survey, first we compare the indicators of social capital as well as self-rated health in Ukraine, Russia and Sweden. Then, we estimate a multiple logistic model for social capital and self-rated health in Ukraine. Only 39.2% of males and 25% of females in Ukraine assessed their health as good and very good. This health measure correlates with social capital indicators, such as trust in other people, informal networks and norms of reciprocity. Regression-based estimates of impact show that social capital increases self-rated health, particularly for men. Thus, social capital is an important determinant of individual health.

**Ключові слова:** соціальний капітал, здоров'я, довіра, формальні та неформальні соціальні мережі, взаємодопомога, соціальна інтеграція.

**Ключевые слова:** социальный капитал, здоровье, доверие, формальные и неформальные социальные сети, взаимопомощь, социальная интеграция.

**Key words:** social capital, health, trust, formal and informal social network, norms of reciprocity, social cohesion.

Стаття надійшла до редакції журналу 15.02.2011 р.