

РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Постановка проблеми. Однією з досить значних проблем при дослідженні суспільного здоров'я є рівень достовірності та репрезентативності результатів оцінки його стану. Офіційна статистика досить «суха» і не розкриває повної картини досліджуваних процесів. Наприклад, для оцінки суспільного здоров'я традиційно використовують показники захворюваності, які якраз повинні показувати «рівень нездоров'я» населення. Високі показники захворюваності серед населення свідчать про значну дію певних негативних факторів на окремих територіях. Але, варто відмітити, що населення не завжди звертається до закладів охорони здоров'я зі скаргами на недугу. Це, передусім, пов'язано з низьким рівнем довіри до вітчизняної медичної системи, високим рівнем корупції в лікувальних установах та досить значними затратами на лікування у далеко не безкоштовних медичних закладах. Традиційним для українського населення залишається самолікування та безвідповідальне ставлення до регулярних медичних обстежень. У такій ситуації виникає і дослідницька проблема – чи можливо взагалі за наявними статистичними показниками оцінити реальний рівень здоров'я/нездоров'я населення. На допомогу у такому випадку «приходять» соціологічні методи, а саме – проведення анкетування та опитування населення з метою виявити суб'єктивну думку з приводу стану власного здоров'я.

Аналіз останніх публікацій та досліджень. Суб'єктивний підхід при оцінці суспільного здоров'я та якості життя населення використовувався у працях А.Кемпбелла, М. Абрамса, Ф. Конверса, В. Роджерса, П. Леви, Л. Андерсона, В.І. Бобкова, І.В.Гукалової, Н.М. Федорової, О.П. Єгоршина, А.К. Зайцева, О.Г. Колбасіна, А.О. Давидова, Т.В. Боярчука та ін. Проте на

регіональному рівні ми маємо лише поодинокі дослідження, які ґрунтуються на суб'єктивній оцінці здоров'я, хоча це є вкрай важливим для прийняття виважених рішень із забезпечення його збереження, особливо в регіонах із несприятливою медико-демографічною ситуацією.

У зв'язку з цим, **метою** роботи стало вивчення територіальних закономірностей суспільного здоров'я населення Херсонської області за допомогою методу анкетування; перевірка гіпотези відповідності/невідповідності офіційних статистичних даних із захворюваності населення реаліям суб'єктивних оцінок населення з цього приводу; доведення неможливості застосування даних офіційної статистики для оцінки суспільного здоров'я як єдиного і найбільш репрезентативного джерела інформації.

Виклад основного матеріалу дослідження. У січні 2015 р., за попередньо розробленою автором анкетною, було проведено опитування 2082 респондентів – мешканців всіх адміністративних одиниць Херсонської області. Вибірка респондентів була квотна для кожної операційно-територіальної одиниці відповідно до статевовікової структури та співвідношення між кількістю міського та сільського населення. Умови достовірності одержаних результатів були сплановані та проаналізовані за допомогою моделі Геллапа [2].

Проаналізувавши результати анкетування було отримано досить цікаві результати.

У першому запитанні анкети, респонденту пропонувалося оцінити стан власного здоров'я від 0 до 4 балів (де: 0 – дуже поганий, 1 - поганий, 2 – задовільний, 3 – добрий, 4 – відмінний). По всіх територіальних одиницях було отримано результати в межах «задовільний (2) – добрий(3)». Найнижчі показники оцінки рівня здоров'я показали: Іванівський (2,33 бали), Бериславський (2,36 бали), Нововоронцовський (2,42 бали) райони. Найкращі показники мають Білозерський (2,77 бали) та Каховський (2,79 бали) райони. На рис.1 представлена картосхема групування адміністративних одиниць Херсонської області за оцінками рівня суспільного здоров'я. Як і було прогнозовано, значного зв'язку між статистичними показниками

захворюваності та оцінками суспільного здоров'я не виявлено (коефіцієнт кореляції між показниками склав всього 0,04), тому статистичні показники захворюваності не можна вважати універсальним індикатором оцінки здоров'я. Але показником достовірності результатів анкетування є коефіцієнт кореляції між бальною оцінкою здоров'я та кількістю осіб старше 65 років, що становить -0,48, та -0,17 з показниками загальної смертності. Тобто характерним є зворотній зв'язок: чим вищою є частка населення похилого віку, тим нижчими будуть показники суспільного здоров'я і, відповідно, вищими показники смертності. Цим підтверджується факт, що стандартна статистика не є інформативною для оцінки суспільного здоров'я.

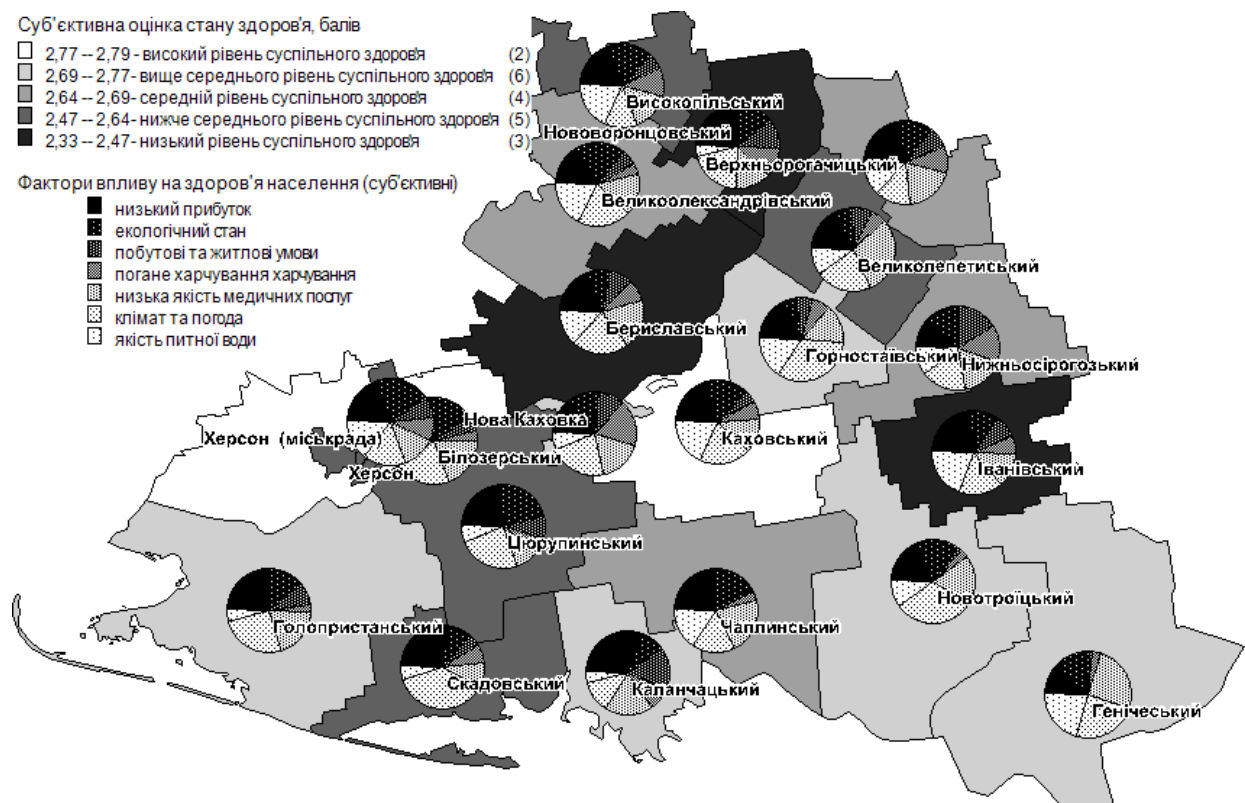


Рис.1. Картосхема результатів суб'єктивної оцінки рівня суспільного здоров'я та факторів впливу на здоров'я населення у районах Херсонської області за результатами анкетування (укладено автором).

На рис.1, за допомогою кругових діаграм, відображено результати суб'єктивної оцінки ролі різних факторів у регіональних особливостях

формування здоров'я. У анкеті респондентам було запропоновано відмітити ті фактори, які на їхню думку впливають на погіршення їхнього здоров'я, або дописати власний варіант відповіді.

За результатами суб'єктивної оцінки головним фактором впливу на погіршення здоров'я є «тиск» низького прибутку (нездатність населення повноцінно забезпечити себе харчуванням, одягом, медикаментами, засобами особистої гігієни та іншим, що є необхідним для нормального підтримання здоров'я). Практично у кожному районі даний фактор оцінений як найбільш вагомий, але у ряді районів він знівельований високими показниками негативного впливу поганої якості питної води (Великоолександрівський та Генічеський райони) та низькою якістю медичних послуг (Великопетиський, Генічеський та Нижньосірогозький райони). У Каланчацькому районі фактор низького рівня прибутку було обрано як пріоритетний максимальною кількістю (31, 67%) респондентів.

Другим за значимістю фактором є вплив погоди та кліматичних умов. У 13-ти адміністративних одиницях погода та клімат визначені респондентами як один з найголовніших чинників впливу на погіршення здоров'я. Такі показники пояснюється закономірним погіршенням здоров'я при зміні погоди (наприклад, підвищенням частоти простудних захворювань при різкому зниженні температури, загостренням гіпертонічної хвороби при різкому підвищенні температури).

Екологічний фактор, як домінуючий у впливу на здоров'я, було обрано в м. Херсон (20,68%), Цюрупинському районі (22,15%) та Великоолександрівському районі (19,66%). Даний результат також досить просто пояснити: у м. Херсон найвищі показники викидів у атмосферу та утворення відходів, у Цюрупинському районі, аналогічно, одні з найвищих показників викидів у атмосферу (2-ге місце за показником т/км² серед районів області після Білозерського), у Великоолександрівському районі низька якість питної води та найвищий показник утворення відходів (наявність складів пестицидів) серед районів області.

Найвищі показники впливу поганих побутових та житлових умов на здоров'я було отримано у Каланчацькому (16,29%), Нижньосірогозькому (15,89%) та Нововоронцовському (12,17%) районах. Специфіка даних результатів потребує детального вивчення, оскільки попереднє припущення про їх зв'язок з низькими показниками забезпеченості населення житлом не підтвердились.

Низька якість надання медичних послуг, як фактор впливу на погіршення здоров'я, було обрано одним з домінуючих у семи районах. Найгірша ситуація склалася у Великолепетиському (29,2%) та Генічеському (24,71%) районах. Дана ситуація пояснюється загальною низькою якістю медичних послуг, особливо на селі, де дуже часто відсутні навіть постійні медичні працівники у фельдшерсько-акушерських пунктах.

Погана якість питної води визначена домінуючим фактором впливу на здоров'я у п'яти районах: Генічеський (21,18% респондентів), Іванівський (20,00% респондентів), Високопільський (19,03%), Каховський (18,86%) та Великоолександрівський (17,98%) райони. У даних районах, при санітарно-епідеміологічному обстеженні якості питної води з централізованих, відомчих та сільських джерел водопостачання, виявлено найбільша кількість порушень нормативних вимог, тому одержані результати закономірні.

Наступний показник стосується частоти виникнення захворювань (хворобливості) у населення. Респондентам було запропоновано обрати серед 5 варіантів відповіді від 4 балів – «зовсім не хворів за рік», до 0 - «дуже часто хворів». За результатами опитування найменше хворіли жителі Новотроїцького (2,56 балів), Нижньосірогозького (2,43 бали) та Горностаївського (2,44 бали) районів. Найчастіше хворіли у Великолепетиському (1,78 балів), Голопристанському (2,02 бали), Каланчацькому (2,03 бали) районах та м. Нова Каховка (2,00 балів) (рис.2).

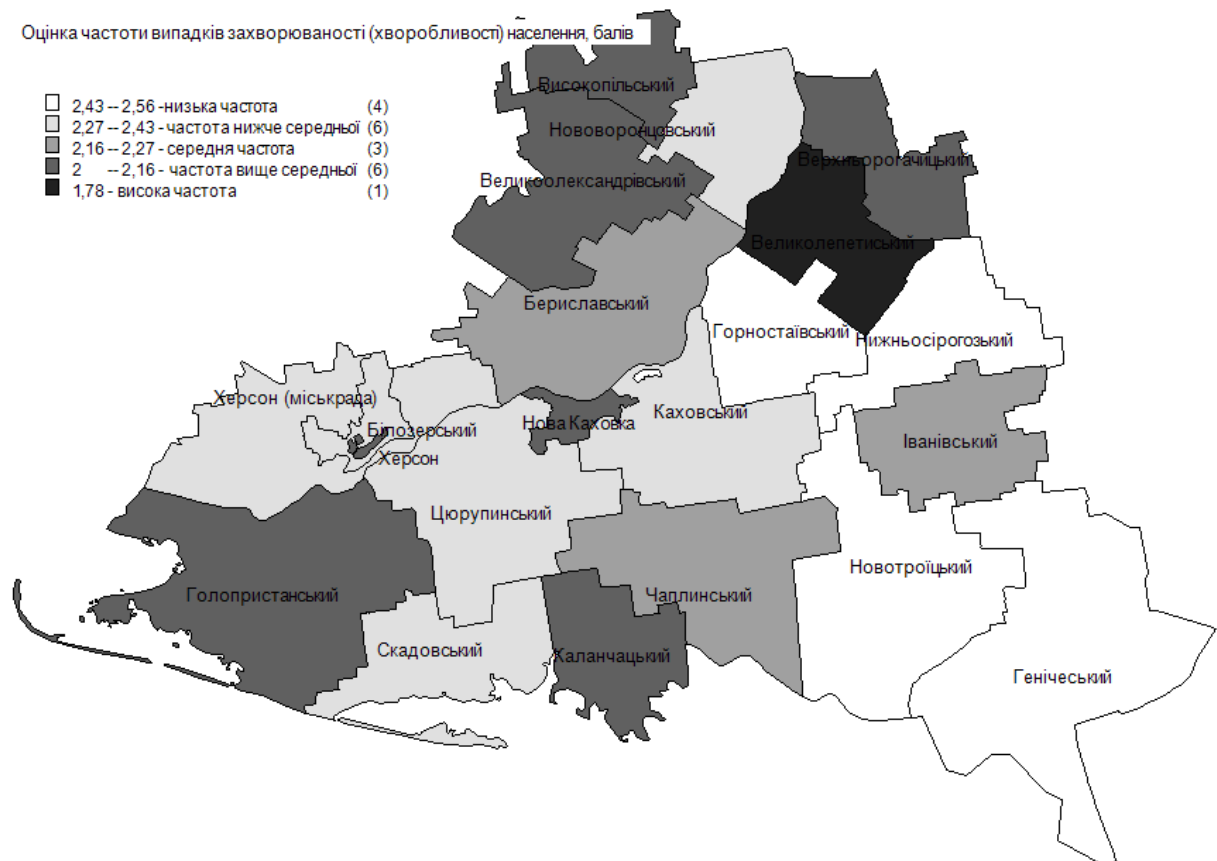


Рис. 2. Картосхема результатів суб'єктивної оцінки частоти захворюваності (хворобливості) населення Херсонської області за результатами анкетування (укладено автором).

Цікаві результати виявлені при кореляційному аналізі між оцінками населення частоти захворюваності та офіційною статистикою загальної захворюваності. Отриманий коефіцієнт склав 0,51, тобто: чим нижче суб'єктивна частота захворюваності, тим вища офіційна статистика захворюваності. Дані результати також підтверджують, що офіційна статистика загальної захворюваності показує лише ефективність діяльності закладів охорони здоров'я та ступінь довіри до медичних працівників, але аж ніяк не стан суспільного здоров'я. В районах де медична система розвинута краще і захворювання вчасно виявляються, лікуються і попереджаються, реальна картина стійкості населення до захворювань є кращою. Для подальшої перевірки даної гіпотези респондентам було запропоновано оцінити частоту звернень до закладів охорони здоров'я, від «4 балів – зовсім не звертався» до «0

балів – дуже часто звертався». Найменше звертались до лікувальних закладів у Бериславському (3,20 балів), Великоолександрівському (3,03 бали) та Новотроїцькому (3,02 бали) районах, найчастіше – у Каланчацькому (2,30 балів), Іванівському (2,36 балів) районах та м. Новій Каховці (2,38 балів) (рис.3).

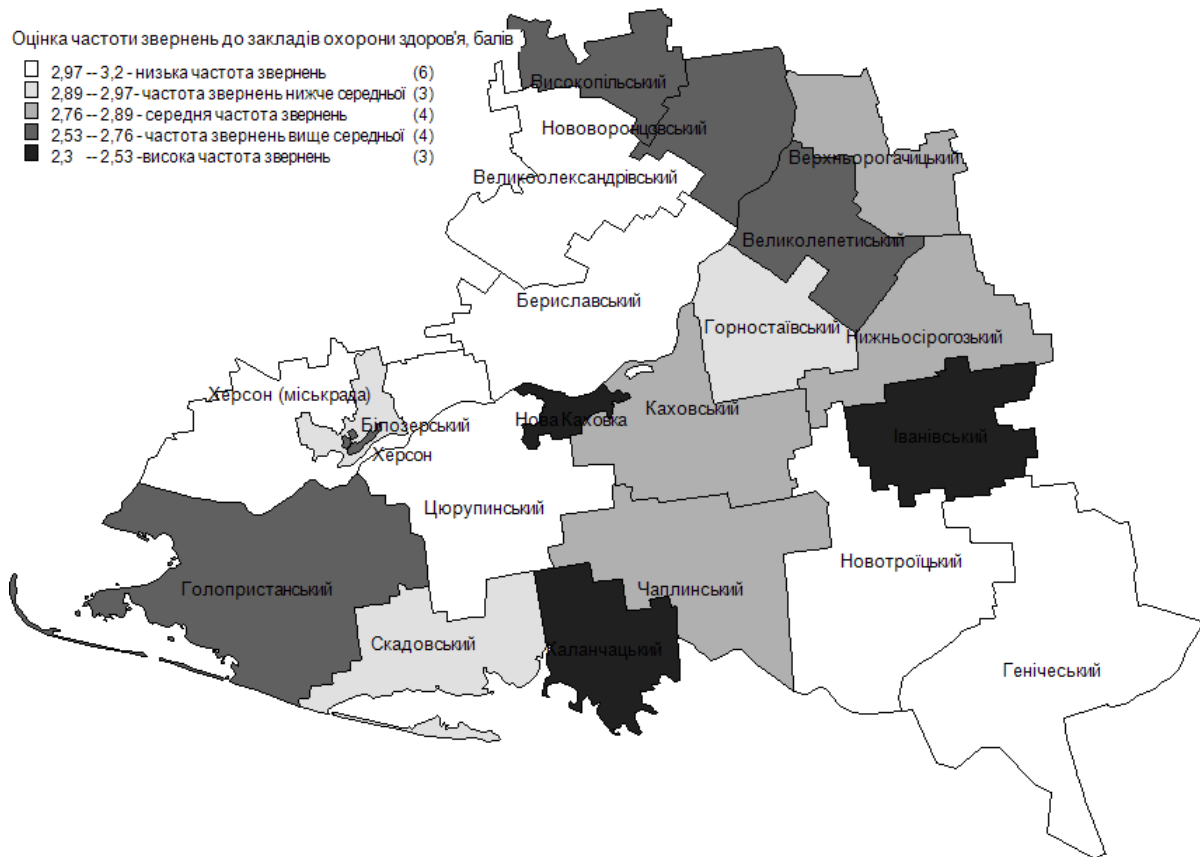


Рис. 3. Картосхема результатів суб'єктивної оцінки частоти звернень до закладів охорони здоров'я населенням Херсонської області за результатами анкетування (укладено автором).

За результатами оцінки частоти захворюваності та частоти звернень до лікувальних закладів, була врахована різниця між даними показниками, що показує частоту випадків, коли населення переносить захворювання без медичного втручання (простіше кажучи – займається самолікуванням). Найбільша різниця виявлена у Бериславському (0,98 бали), Великоолександрівському (0,94 бали) та Великолепетиському (0,94 бали) районах (рис.4), тобто в тих же районах, де оцінки особистого стану здоров'я

населенням були найнижчими. Знову ж таки, ми приходимо до висновку, що рівень розвитку медичної системи та ступінь довіри до медпрацівників є одним з наріжних каменів у формуванні суспільного здоров'я. Погана якість надання медичних послуг призводить до того, що населення вважає необхідним звертатись за допомогою до лікарень лише у крайньому випадку.

Оцінка частоти випадків, коли населення не звертається за допомогою до закладів охорони здоров'я, балів

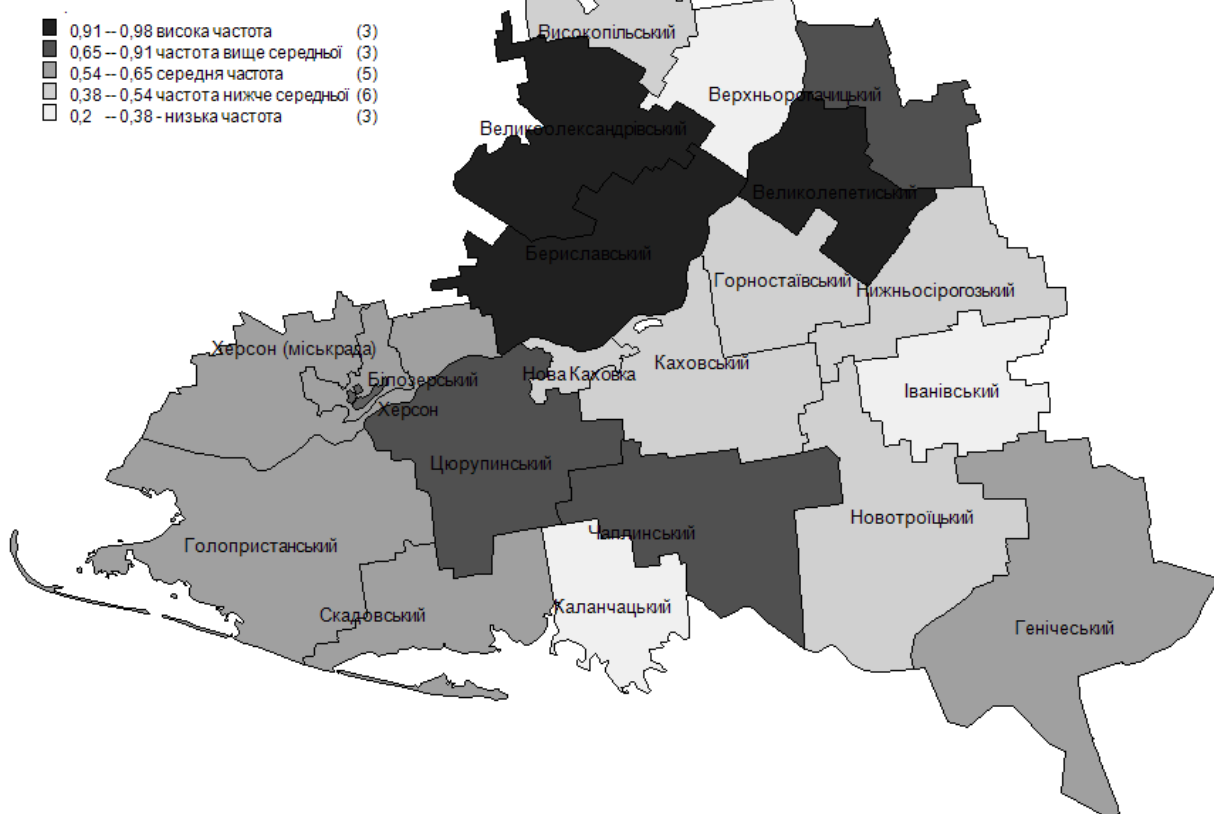


Рис. 4. Картосхема частоти випадків ігнорування населенням необхідності звернення до лікувальних закладів при погіршенні здоров'я за результатами анкетування (укладено автором).

Для поглиблення оцінки, респондентам було запропоновано оцінити якість надання медичних послуг у їх населеному пункті, від «0 – незадовільна» до «4 – відмінна». Знову ж таки, найнижчі оцінки були одержані в Іванівському (1,47 бали), Великолепетиському (1,54 бали), Бериславському (1,77 бали) та Великолепетиському (1,54 бали) районах (рис.5). Тобто тих саме районах, де оцінки особистого стану здоров'я населенням були найнижчими. При кореляційному аналізі між показниками суб'єктивної оцінки стану здоров'я та

оцінки якості надання медичних послуг коефіцієнт склав 0,55, що підтверджує залежність суспільного здоров'я від рівня розвитку системи охорони здоров'я.

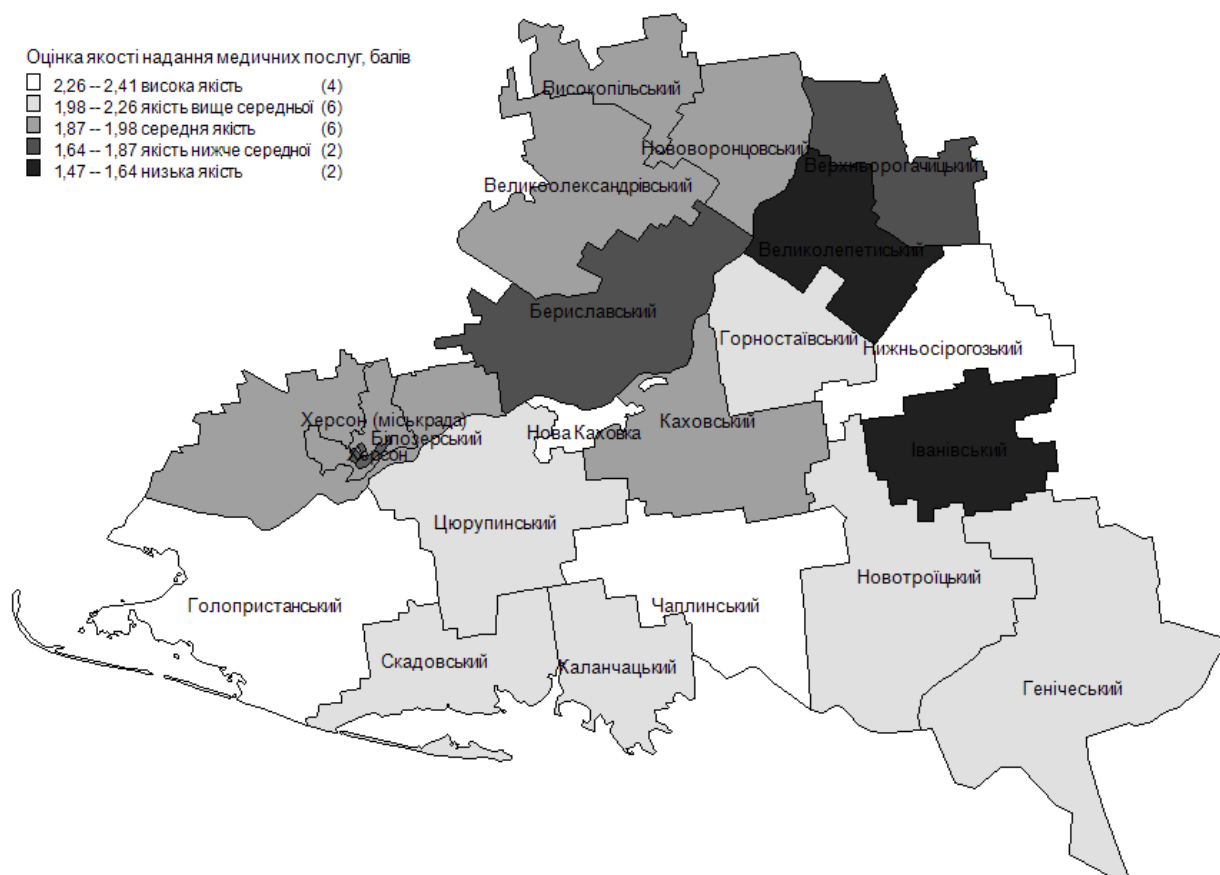


Рис. 5. Картосхема оцінки якості надання медичних послуг населенню Херсонської області за результатами анкетування (укладено автором).

Додатково було оцінено ступінь поширення хронічних захворювань. Респондентам запропоновано відповісти на питання «Чи маєте Ви хронічні захворювання?», та обрати один з варіантів відповіді серед наступних: «0 – з частими загостреннями», «1 – так, з рідкими загостреннями», «2 – так, але постійно роблю профілактику», «3 – мав, але вилікувався», «4 – не маю». Найменша поширеність хронічних захворювань була виявлена у Чаплинському (3,25 бали), Новотроїцькому (3,06 бали), Каланчацькому (2,98 бали), Генічеському (2,96 бали) районах (рис.6). Всі наведені райони з низькими показниками поширеності хронічних захворювань є приморськими, а як відомо морський клімат є сприятливим для лікування хронічних захворювань, тому результати являються цілком закономірними. Найвищі ж показники частоти

прояву хронічних захворювань характерні для Високопільського (2,46 бали), Нововоронцовського (2,53 бали) та Верхньорогачицького (2,55 бали) районів, які є крайніми північними районами області (а відповідно і більш холоднішими і континентальнішими за кліматичними характеристиками). Тобто для даного показника явно виражена залежність з кліматичними характеристиками навіть на такій досить невеликій за протяжністю території. У деяких районах, таких як, наприклад, Іванівський, висока частота хронічних захворювань пов'язана з низькою якістю питної води. В м. Нова Каховка та Білозерському районі причиною високих показників хронічних захворювань являється значні об'єми викидів в атмосферу забруднюючих речовин.

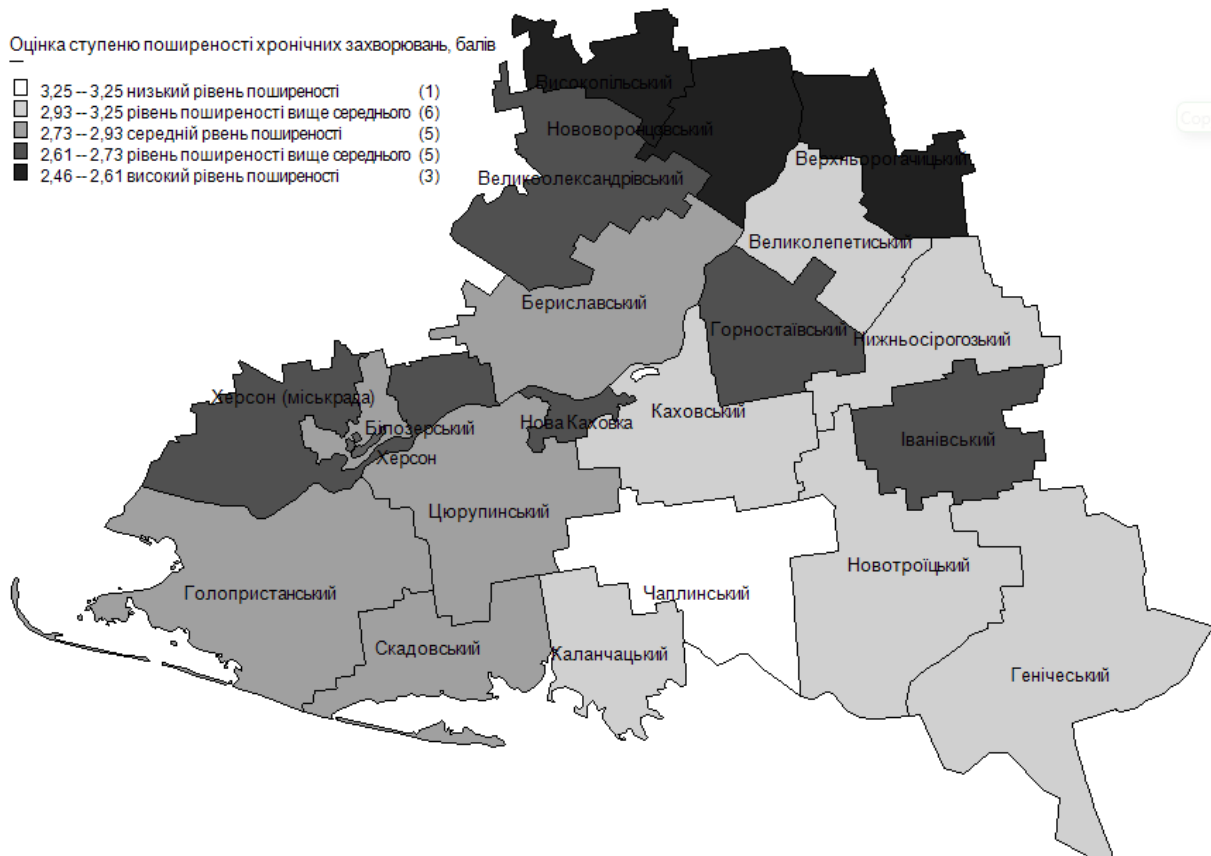


Рис. 6. Картосхема оцінки поширеності хронічних захворювань серед населення Херсонської області за результатами анкетування (укладено автором).

Як відомо, причиною багатьох захворювань являється висока частота виникнення стресових ситуацій [1]. Респондентам було запропоновано оцінити

частоту виникнення у них стресових ситуацій та обрати один з варіантів відповіді: «0- дуже часто (декілька разів на тиждень, кожен день)», «1 – часто (1-2 рази на тиждень)», «2 – рідко (1-2 рази на місяць)», «3 – дуже рідко (декілька разів на рік)», «4 – практично не виникають». Найбільш «стресовими» виявилися Цюрупинський (1,90 бали), Великоолександрівський(1,96 бали) райони та м. Херсон (2,09 бали) (рис.7).

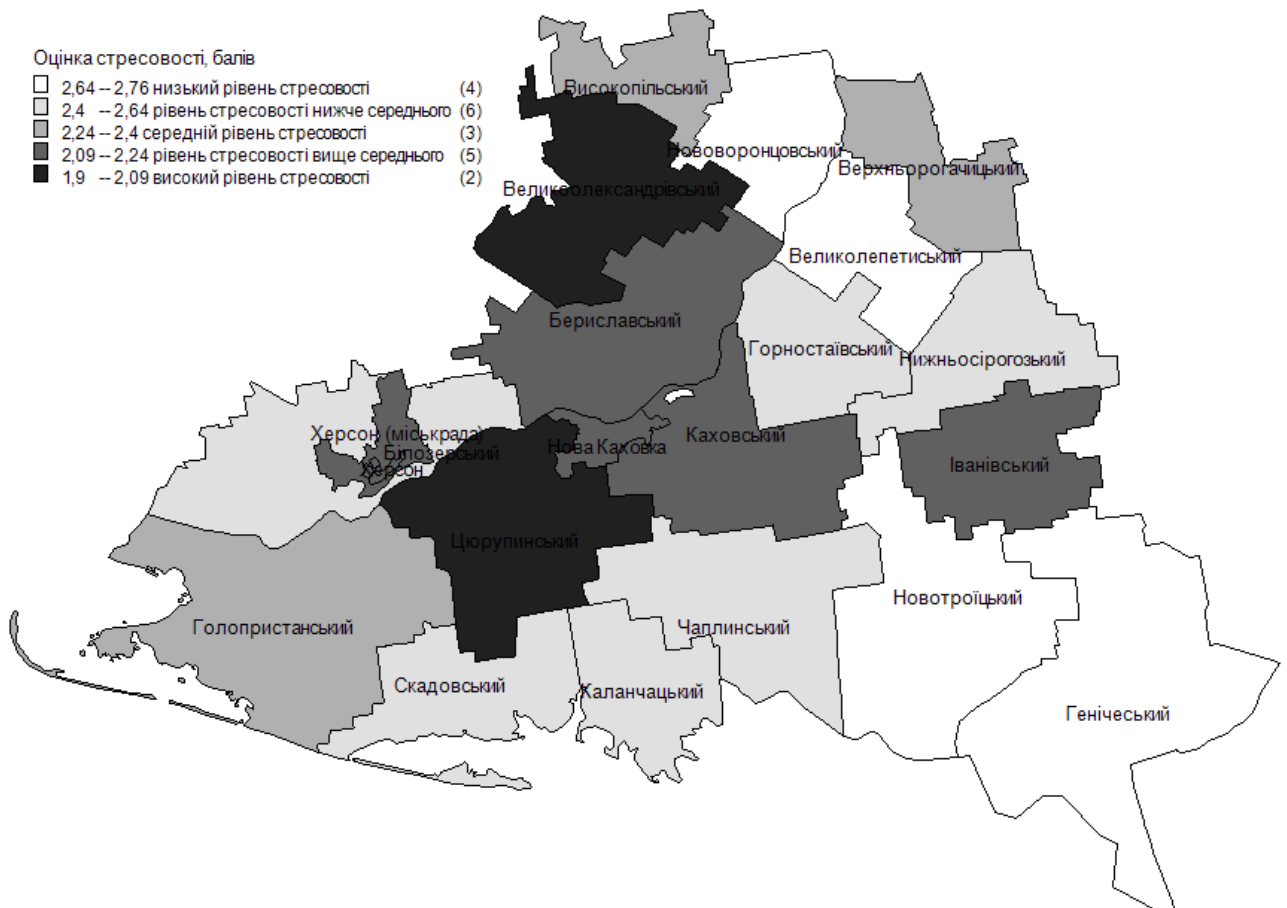


Рис. 7. Картосхема оцінки стресовості серед населення Херсонської області за результатами анкетування (укладено автором).

При кореляційному аналізі було виявлено слабкі зв'язки між показниками стресовості та розміром середньомісячної заробітної плати (-0,38), щільністю населення (-0,31) та інтегральною багатомірною оцінкою соціально-економічного розвитку (-0,27). Хоча коефіцієнти досить низькі і не можна говорити про достовірність залежності, але факт прояву зворотного зв'язку в усіх наведених коефіцієнтах, дозволяє зробити висновок про наявність певної закономірності, яку можна сформулювати наступним чином: при підвищенні рівня

соціально-економічного розвитку збільшується і стресове навантаження на суспільство. В даному випадку підтверджується і теорія залежності суспільного здоров'я від рівня урбанізованості території.

Висновки. За результатами анкетування можна зробити висновки, що показники суспільного здоров'я за районами Херсонської області мають певні територіальні закономірності і досить сильно залежать від соціально-економічного розвитку та якості надання медичних послуг. Також доведено, що офіційна статистика досить відрізняється від суб'єктивної картини про стан здоров'я населення, і для комплексного дослідження даного процесу потрібно застосовувати інтегрований (суб'єктивно-об'єктивний) підхід.

Література:

1. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология стресса. Монографія.- М.: Академический Проект, 2009. — 943 с.
2. Социологическая энциклопедия в двух томах / Под ред.Г.Ю. Семигина. - М.:«Мысль», 2003 г., том I. - 694с.