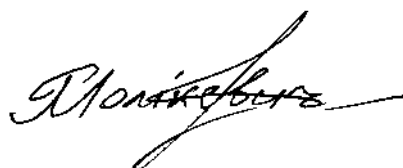


НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ГЕОГРАФІЇ

На правах рукопису

МОЛІКЕВИЧ РОМАН СЕРГІЙОВИЧ

 УДК 911.3:614(477.72)

**СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ
(МЕДИКО-ГЕОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)**

11.00.02 – економічна та соціальна географія

Дисертація на здобуття наукового ступеня
кандидата географічних наук

Науковий керівник
Гукалова Ірина Володимирівна
доктор географічних наук, ст.н.с.

Київ – 2016

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИКО-ГЕОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ	11
1.1. Історичні передумови та етапи становлення медико-географічних досліджень в Україні	11
1.2. Основні поняття і категорії медико-географічних досліджень	31
1.3. Методика медико-географічного дослідження стану здоров'я населення регіону	46
<i>Висновки до розділу 1</i>	69
РОЗДІЛ 2. УМОВИ ТА ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ЇХ МЕДИКО-ГЕОГРАФІЧНА ОЦІНКА	72
2.1. Природні передумови впливу на здоров'я населення	72
2.2. Екологічні чинники і фактори природно-техногенної небезпеки	88
2.3. Статеві-вікова структура, соціально-економічні умови та якість життя населення	98
<i>Висновки до розділу 2</i>	131
РОЗДІЛ 3. ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ	134
3.1. Стан і тенденції формування медико-демографічної ситуації: компонентно-територіальний аналіз	134
3.2. Здоров'я населення у контексті якості його життя: аналіз результатів анкетного опитування	167
3.3. Типізація адміністративних районів області за рівнем суспільного здоров'я та особливостями медико-демографічної ситуації	184
3.4. Пріоритетні напрями збереження здоров'я і поліпшення медико-демографічної ситуації у Херсонській області	193
<i>Висновки до розділу 3</i>	202
ВИСНОВКИ	207
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	212
ДОДАТКИ	234

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГДК – гранично допустима концентрація

ГС – геоситуація

СЕР – соціально-економічний розвиток

ДТП – дорожньо-транспортна подія

ЗП – зовнішні причини

ІДН – індекс демографічної напруженості

ІПХ – інфекційні та паразитарні хвороби

КМІС – Київський Міжнародний Інститут соціології

МДС – медико-демографічна ситуація

НУ – новоутворення

ОТО – операційно-територіальна одиниця

ОТЖ – очікувана тривалість життя

РПП – розлади психіки та поведінки

СНІД – синдром набутого імунодефіциту

ФАП – фельдєрсько-акушерський пункт

ХОД – хвороби органів дихання

ХОТ – хвороби органів травлення

ХСК – хвороби системи кровообігу

ХССС – хвороби сечостатевої системи

ЯЖ – якість життя

ЯЖН – якість життя населення

ВСТУП

Актуальність теми. Після визначення світовим співтовариством курсу на сталий (збалансований) економічний, соціальний та екологічний розвиток (Конференція в Ріо-де-Жанейро, 1992 р.) почалися пошуки оптимальних цільових індикаторів переходу до моделі такого розвитку країн і регіонів. Серед основних науковцями були названі показники стану здоров'я населення, очікувана тривалість його життя, характер відтворення. Конституція України визнає людину, її життя і здоров'я найвищою соціальною цінністю, отже дослідження стану популяційного здоров'я на різних рівнях територіальної ієрархії є актуальним.

Проблеми збереження здоров'я населення, у зв'язку зі станом соціально-економічного розвитку, соціокультурною та екологічною ситуацією, посідають особливе місце як предмет осмислення у географії. Триває активний пошук критеріїв оптимальної взаємодії суспільства й навколишнього середовища, які забезпечують сприятливі умови життя і подолання негативних демографічних тенденцій. Це актуалізує медико-географічні дослідження, що спрямовані на розгляд демографічних процесів в їх тісному взаємозв'язку з показниками здоров'я – базових ознак, що характеризують як власне населення, так і якість його життя на певній території.

Актуальність цієї роботи зумовлена відсутністю досліджень медико-географічного плану щодо оцінювання стану здоров'я населення у Херсонській області. Водночас, в останнє десятиліття у регіоні формується досить складна ситуація, що пов'язана із зростанням онкозахворюваності (Херсонська область є одним з лідерів за часткою нових виявлених хворих із занедбаною стадією раку), захворюваності на активний туберкульоз (область тривалий час зберігає лідерство як за показниками захворюваності, так і показниками смертності від туберкульозу), високими темпами зростання дитячої смертності. Херсонська область має нижчі показники очікуваної тривалості життя населення у порівнянні з середньоукраїнськими. Високим є відсоток випадків смертності від невідомих причин, який у 2014 р. в окремих районах сягнув позначки у 20%, що є сигналом низької якості діагностування і недоліків у роботі системи охорони здоров'я. Мінливість і різновекторність змін характеристик захворюваності та відтворення населення у містах та сільській місцевості зумовлюють диференційовану картину стану здоров'я населення в області,

аналіз якої сприяє обґрунтуванню напрямів запобігання депопуляції населення і зміцненню людського потенціалу.

Медико-географічні дослідження в Україні в останні десятиріччя були присвячені, насамперед, розробці теоретико-методологічних засад медичної географії і створенню картографічних творів, присвячених впливу навколишнього природного середовища на здоров'я людини, механізму дії природних і антропогенних чинників на захворюваність населення і поширення хвороб. Вони проводилися за участю науковців Інституту географії НАН України, зокрема А. Золовського, Г. Пархоменко, Л. Руденка, В. Шевченка та ін. Важливі теоретичні та практичні розробки представлені працями В. Барановського, Г. Баркової, С. Батиченко, Е. Бондаренка, В. Гуцуляка, Л. Зеленської, О. Корнуса, І. Мартусенко, Н. Мезенцевої, С. Поп, Л. Романів, Л. Шевчук, Д. Шиян та ін. У свою чергу, запит на географічні дослідження перебігу демографічних процесів, трансформації систем розселення, умов життєдіяльності населення та якості його життя зумовив появу фундаментальних праць М. Барановського, І. Горленко, І. Гукалової, І. Гудзеляк, В. Джамана, А. Доценка, І. Дудника, В. Загороднього, Ф. Заставного, Ю. Кисельова, В. Круля, Е. Лібанової, С. Лісовського, Л. Немець, В. Нудельмана, Г. Підгрушного, І. Пилипенка, І. Прибиткової, І. Ровенчака, Г. Старостенко, А. Степаненка, В. Стешенко, О. Топчієва, М. Фащевського, О. Хомри, О. Шаблія, В. Яворської та ін., якими сформовані засади географічного дослідження населення і соціально-економічних систем, складних соціально-географічних процесів і категорій.

Незважаючи на існування величезного наукового доробку, малодослідженим залишається коло питань, що пов'язані з вивченням як захворюваності, так і демографічних тенденцій, є потреба в удосконаленні існуючих та створенні нових засад регіонального медико-географічного дослідження, що дозволить виділити сучасні домінантні чинники впливу на здоров'я населення конкретної території і обґрунтувати комплексні напрями його збереження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота пов'язана з тематикою наукових робіт, що виконувалися на кафедрі соціально-економічної географії Херсонського державного університету, зокрема з темами: «Суспільно-географічне прогнозування

регіонального розвитку і планування територій Херсонської області» (номер державної реєстрації № 0111U007781 (2011–2014 рр.)), де автором було обґрунтовано теоретико-методичні засади аналізу впливу показників соціально-економічного розвитку на стан здоров'я населення; «Фіторізноманіття як основа формування екомережі антропогенно-фрагментованого степового регіону» (номер державної реєстрації № 0114U002518 (2014–2015 рр.)) – схарактеризовано основні природні та антропогенні чинники впливу на стан здоров'я населення Херсонської області, укладено серію карт.

Мета і завдання дослідження. *Метою дисертаційного дослідження є* теоретичне і методичне обґрунтування медико-географічного дослідження стану здоров'я населення регіону, компонентна та інтегральна його оцінка на рівні адміністративних одиниць Херсонської області у зв'язку із основними сучасними чинниками впливу.

Відповідно до мети були поставлені наступні *завдання*:

- систематизувати досвід медико-географічних досліджень, виділити і схарактеризувати етапи еволюції наукових підходів до оцінювання здоров'я населення та його відтворення, визначити специфіку сучасних робіт за цією проблематикою;
- розкрити роль категорії «суспільне здоров'я» та обґрунтувати суть і зміст категорії «медико-демографічна ситуація», доцільність їх використання для інтегрального оцінювання стану здоров'я населення регіону;
- виявити і проаналізувати умови і чинники впливу на стан здоров'я населення у Херсонській області, встановити ступінь і характер цього впливу;
- розробити методику інтегральної оцінки стану здоров'я населення регіону і типізації його адміністративних районів із залученням методу і даних анкетного опитування;
- здійснити компонентну та інтегральну оцінку стану здоров'я населення і проаналізувати особливості територіальної диференціації медико-демографічної ситуації у Херсонській області;
- провести типізацію адміністративних районів Херсонської області за рівнем суспільного здоров'я та особливостями медико-демографічної ситуації;

- обґрунтувати напрями збереження здоров'я і покращення медико-демографічної ситуації у Херсонській області для виділених типів адміністративних районів.

Об'єкт дослідження – стан здоров'я населення Херсонської області.

Предмет дослідження – теоретико-методичні основи регіонального медико-географічного дослідження здоров'я населення регіону в контексті основних сучасних чинників, що його зумовлюють.

Методи дослідження. В основу комплексної медико-географічної оцінки у роботі покладено геосистемний і геоситуаційний підходи.

У роботі використані наступні загальнонаукові і конкретно-наукові методи: *аналізу і синтезу* (при вивченні досвіду медико-географічних досліджень, опрацюванні поняттєво-термінологічного апарату, формулюванні висновків тощо); *кореляційного аналізу* (для пошуку тісноти зв'язку між факторами та характеристиками медико-географічної ситуації, а також показниками якості життя населення), *регресійного аналізу* (для моделювання динаміки соціально-економічних та медико-географічних індикаторів), *факторного аналізу* (для встановлення ролі та ваги окремих чинників у формуванні медико-географічної ситуації і визначенні рівня соціально-економічного розвитку районів), *кластерного аналізу* (для виявлення подібності/відмінності адміністративних районів за комплексом показників і подальшого виділення типів за особливостями медико-демографічної ситуації), *порівняльно-географічного методу і методу картографічного моделювання* (при аналізі і візуалізації територіальної диференціації окремих характеристик та інтегральному їх оцінюванні); *індексний, ранговий методи* (для обчислення рангового індексу здоров'я населення); *типізації* (для географічної інтерпретації результатів інтегральної оцінки). Стан здоров'я населення аналізувався і за допомогою методу *анкетування* респондентів за квотними вибірками з використанням бальних оцінок. Включення до медико-географічного дослідження результатів анкетного опитування населення дозволяє уточнити і специфікувати реальну картину стану здоров'я населення регіону в контексті якості його життя.

Інформаційну базу дослідження становлять звітні матеріали Головного управління статистики в Херсонській області, Херсонського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики, Херсонського

обласного центру з профілактики та боротьби зі СНІДом, УДАІ УМВС України в Херсонській області, а також статистичні щорічники, бюлетені та аналітичні доповіді. Матеріали опитування, які стали складовою оцінки стану здоров'я населення регіону, зібрані і опрацьовані автором на основі попередньо розробленої анкети.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в обґрунтуванні теоретико-методичних засад регіонального медико-географічного дослідження та інтегральній оцінці стану здоров'я населення Херсонської області з відповідною типізацією її адміністративних одиниць. При цьому:

Уперше:

- з суспільно-географічних позицій розкрито сутність категорії «медико-демографічна ситуація», під якою розуміється просторово-часовий стан демографічних процесів у причинно-наслідковому їх взаємозв'язку з якісними характеристиками населення, його здоров'я в рамках багатofакторної обумовленості;
- розроблено методику медико-географічного дослідження регіону, що побудована на обчисленні рангового індексу здоров'я, в якому агреговані дані статистики, комплексні індикатори ризику смертності від окремих хвороб, результати анкетного опитування мешканців, і наступному типологічному групуванні адміністративних районів за особливостями медико-демографічної ситуації;
- досліджено роль природних передумов, факторів природно-техногенної небезпеки, соціально-економічних умов і якості життя населення у формуванні медико-демографічної ситуації у Херсонській області; за допомогою кореляційного аналізу встановлено домінантні чинники впливу на здоров'я населення регіону;
- розраховано ранговий індекс здоров'я і проведено типізацію адміністративних районів Херсонської області за особливостями медико-демографічної ситуації, виділено й схарактеризовано типи територій;
- відповідно до специфіки медико-демографічної ситуації у виділених типах адміністративних районів обґрунтовано напрями зміцнення здоров'я населення Херсонської області.

Удосконалено:

- підхід до обґрунтування ієрархічної системи «ситуаційних» категорій, пов'язаних з оцінкою стану здоров'я населення (еколого-географічна, геодемографічна, соціально-економіко-географічна, медико-екологічна, медико-географічна, медико-демографічна ситуація) через уточнення ієрархічних зв'язків змістовного характеру;
- систему показників інтегрального оцінювання стану здоров'я і техніку їх агрегування за рахунок залучення додаткових комплексних індексів, даних анкетного опитування населення щодо стану його здоров'я у контексті якості життя.

Отримала подальший розвиток:

- систематизація наукового доробку географів і представників інших галузей знань шляхом запропонованої автором періодизації досліджень з виділенням етапів, причин і рушійних сил еволюції знань з проблематики оцінки здоров'я населення.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що методика медико-географічного дослідження Херсонської області, яка ґрунтується на використанні даних офіційної медичної статистики і результатів опитування населення, може бути застосована для інших регіонів України. Конкретні результати дослідження можуть бути підґрунтям оптимізації територіального управління сферою охорони здоров'я населення і розвитку регіону, основою медико-географічного прогнозування. Матеріали роботи можуть бути використані Міністерством охорони здоров'я України, Херсонською обласною та районними державними адміністраціями, іншими органами для розробки стратегій соціально-економічного і демографічного розвитку, обґрунтування заходів профілактики окремих видів захворювань. Результати дослідження та рекомендації, викладені у дисертаційній роботі, використані департаментом охорони здоров'я Херсонської обласної державної адміністрації у звітних документах і з метою вдосконалення моніторингу стану здоров'я населення (довідка № 04-08-449/0/16/024.1.2 від 02.08.2016 р.).

Результати дисертаційного дослідження використовуються при викладанні навчальних дисциплін «Географія населення», «Соціальна географія», «Геостатистика» на факультеті біології, географії і екології

Херсонського державного університету (акт впровадження результатів дослідження від 11.07.2016 р.).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням. Наукові положення і висновки, які містяться у ньому, одержані автором особисто. З наукових праць, опублікованих у співавторстві, у дисертації використані лише ідеї та розробки, які належать автору.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та висновки дисертаційного дослідження були викладені в доповідях на міжнародних і всеукраїнських наукових конференціях, семінарах та нарадах. Серед них: Міжнародна науково-практична конференція «Географія, картографія, географічна освіта: історія, методологія, практика» (м. Чернівці, 9–11 жовтня 2014 р.); IV Всеукраїнська науково-практична конференція «Сучасні проблеми розвитку суспільної географії» (м. Київ, 2014 р.); Міжнародна науково-практична конференція «Регіон – 2014: стратегія оптимального розвитку» (м. Харків, 2014 р.), Круглий стіл «Творчий клас регіону: експертне бачення стратегії регіонального розвитку Херсонщини» (м. Херсон, 19 листопада 2014 р.); VI Міжнародна науково-практична конференція «Регіональні проблеми України: Географічний аналіз та пошук шляхів вирішення» (м. Херсон, 8–9 жовтня 2015 р.); Всеукраїнська науково-практична конференція «Географічна освіта і наука в Україні» (м. Київ, 26–28 листопада 2015 р.); XII з'їзд Українського географічного товариства (м. Вінниця, 17–21 травня 2016 р.).

Публікації. За результатами дослідження опубліковано 17 наукових праць загальним обсягом 8,1 авт. арк. (у т.ч. 7,6 авт. арк. належать автору особисто). Серед них 6 статей у наукових фахових виданнях України загальним обсягом 4,8 авт. арк., 2 статті – у наукових періодичних виданнях інших держав загальним обсягом 0,72 авт. арк. (з них 0,57 авт. арк. – належать автору), 7 публікацій тез доповідей на наукових форумах різного рівня і 2 публікації в інших виданнях.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 267 сторінок, з них 189 сторінок основного тексту. Робота містить 13 таблиць, 67 рисунків, у т.ч. 54 картосхеми, 16 додатків на 34 сторінках. Список використаних джерел включає 214 найменувань на 22 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ МЕДИКО-ГЕОГРАФІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

1.1. Історичні передумови та етапи становлення медико-географічних досліджень в Україні

Географічне опрацювання *проблем формування і змін здоров'я, виявлення особливостей адаптації людини до навколишнього середовища в конкретних просторово-часових умовах* у географії, перш за все, пов'язано із становленням і розвитком потужного дисциплінарного напрямку – медичної географії. Ця наука тривалий час формувалась на межі медицини і географії, завжди користувалась поняттєво-термінологічним апаратом обох дисциплін. Витоки медико-географічних знань мають тисячолітню історію, водночас, як самостійна галузь знань, медична географія належить до відносно молодих дисциплін. Паралельно, а часто і в поєднанні з дослідженнями географічних аспектів формування здоров'я, розвивався напрям географічного дослідження *просторових особливостей формування демографічної ситуації*. Ця тематика так або інакше опрацьовувалася в межах антропогеографії, географії населення (геодемографії), соціальної географії і вона має ще тривалішу історію. Історичний шлях розвитку двох цих напрямів був взаємообумовленим та взаємопов'язаним у проблематиці досліджень, тому розгляд найбільш вагомих акцентів в науці, як і рушійних змін у домінуючих концепціях здоров'я, варто відстежувати разом.

У період Античності та Середньовіччя вже існував великий інтерес до демографічних питань. Одні з перших, відомих на сьогодні праць, де мова йде про населення, належать Платону. Саме Платон (428–347 рр. до н.е.) у «Законах» подає проект ідеальної держави, зауважуючи, що кількість родин у державі не повинна перевищувати 5040. Таким чином, він визначав демографічний оптимум. Задля його утримання він пропонував: по-перше, обмежити народжуваність, а по-друге, заснувати колонії, куди спрямовувався б надлишок населення, по-третє, регулювати кількість шлюбів. Погляди Платона

поділяв і Аристотель (384–322 рр. до н.е.), який підкреслював важливу роль держави у дотриманні демографічного балансу. Інакше, вважав Аристотель, надмірне збільшення кількості населення призведе до збідніння громадян, а відтак – це стане причиною суспільного незадоволення, порушення соціальної гармонії, суспільного спокою.

У Стародавньому Китаї Конфуцій (551–479 рр. до н.е.) також казав про «ідеальну пропорцію» між кількістю населення і площею наявної землі. Порушення цієї пропорції в той чи інший бік призводить до негативних наслідків. При зменшенні населення – не вся земля обробляється, простоює, а при надмірному збільшенні населення – земля не може прогодувати усіх. У III ст. до н. е. у Китаї виникає школа легістів (законників), які виступають за контроль над процесом відтворення населення. Одним з яскравих представників цієї школи був Фей-цзи (280–233 рр. до н.е.) [93].

Європейська антична демографія найчастіше фокусувалась на обчисленні абсолютної кількості жителів цивілізацій навколо Середземного моря, починаючи із Бронзового віку і закінчуючи падінням Римської імперії, але зібрати повну і точну статистичну інформацію про чисельність і склад населення було дуже непросто. Тим не менш, вже у давні часи можна казати про наявність державного обліку населення, метою якого найчастіше було прагнення уточнити військову дієздатність населення.

Із Середньовіччя про демографічні спостереження дійшло значно менше відомостей, ніж з давніх часів, розвиток статистики обмежувала тогочасна подрібненість держав. Найповнішим обліком населення у той період, відомості про який збереглися, є землеопис 34 графств Англії, здійснений у 1086 р. за наказом Вільгельма Завойовника, який увійшов в історію під назвою «Книга Страшного Суду» («Domesday Book»). Перепис відобразив нерівномірність і незавершеність процесу феодального закабалення англійського селянства. Проводилися обліки населення і в окремих містах, наприклад в Нюрнберзі в 1449 р. і в Страсбурзі в 1473 р. В 1567 р. облік населення був проведений у швейцарському кантоні Цюрих [129, с.101].

На Русі первинний облік населення почали вести з XI ст. [25, с. 25], але оскільки метою збору демографічних даних була фіксація об'єктів накладання податі, то особливою детальністю у характеристиці демографічної ситуації вони не відзначалися.

Один з засновників демографії, англійський вчений Джон Граунт у 1662 р. видав книгу «Природні та політичні спостереження над списками померлих» [196]. Вчений за допомогою статистичного методу спробував упорядкувати інформацію щодо смертності населення Лондона. Хоча системні висновки в роботі не були зроблені, але це була чи не найперша спроба сформулювати специфічні закономірності відтворення населення. Ідеї Дж. Граунта в подальшому вплинули на дослідження Е. Галлея, Д. Бернуллі, У. Петті. Зокрема, Е. Галлей у 1693 р. розробив першу таблицю смертності, також він увів поняття «ймовірна тривалість життя» і розрахував її для окремих вікових груп [93].

Проблеми вивчення географічних закономірностей збереження здоров'я населення і територіальних особливостей поширення хвороб повсякчас перебували у полі зору філософів, політиків, науковців, і перші паростки виокремлення медичної сфери у самостійний напрям людської життєдіяльності також слід віднести до стародавніх часів. Водночас тривалий період ідеологічного тиску католицизму, культурного занепаду в Європі, за якого домінувала думка, що людина приходить у світ виключно для страждань, на довгі роки уповільнив розвиток медицини і медичної географії.

Наступна епоха культурного Відродження сприяла появі багатьох напрацювань у галузі медичної географії. При цьому традиційно батьківщиною медичної географії вважають Італію. Уперше сутність медичної географії як науки визначив саме італійський вчений – Б. Раммаціні у XVII ст. [36]. Хоча вже у другій половині XVI в. французький вчений і політик Жан Боден також звертався до вчення Гіппократа про вплив природних умов на здоров'я людини, і доповнював його своїми уявленнями. Будучи яскравим представником географічного детермінізму, він, зокрема, наголошував на впливі клімату на психіку і характер людей, соціальний розвиток країн. У книзі «Досвід медичної

географії» Боден намагався описати вплив зовнішніх факторів на здоров'я людей, але його висновки на той час вважалися щонайменше перебільшенням.

У Російській імперії статистичний облік населення розпочався з Указу Петра I у 1718 р. про проведення регулярних ревізій. З 1722 р. було започатковане регулярне ведення метричних записів про народжуваність, шлюбність і смертність, які стали первинною, хоча і не повністю досконалою, базою для характеристики демографічної ситуації [61].

У 1727 р. відомий російський географ І. К. Кирилов видав працю «Квітучий стан Всеросійської держави». У першій її частині наведено загальний опис 12 тодішніх губерній (у т.ч. Київської губернії), у другій – різноманітні відомості щодо господарства та населення у них [202, с. 130]. Значимим є те, що дана робота вміщувала перший регіональний опис демографічної ситуації в Російській імперії, хоч дуже спрощений і фрагментарний.

За часів Петра I отримала розвиток і державна медицина, в першу чергу, завдяки науково-організаційній діяльності лейб-медиків – особистих лікарів царів та членів їх сімей. Одним з них був шотландець Яків Монзей, який у 1762 р. вказував на потребу займатися природничими спостереженнями, досліджувати місцерозташування, погоду, звичаї місцевих жителів як фактори, що можуть впливати на стан здоров'я.

Через 30 років, у 1792 р., у світ виходить праця німецького вченого Л. Фінке «Узагальнення медичної практичної географії» [37]. У ній автор визначає статус медичної географії як науки, що вивчає вплив місцевості на здоров'я людей. Він ставить завдання описати кожну країну, її географічне положення, стан землі, води, повітря; охарактеризувати її жителів, їх звички та моральні норми у контексті впливу цього на здоров'я населення.

На початку XVIII ст. на теренах України вчені активно звертаються до демографічних проблем і проблем здоров'я. Одним з найвідоміших був Климентій Зіновій – український поет та етнограф. Цікавість викликали у нього такі явища, як народження близнюків, або, навпаки, неможливість зачати дитину. К. Зіновій засуджував ранні шлюби, виступав за одношлюбність [93].

Проблему відсутності достовірних статистичних даних для характеристики демографічної ситуації було вирішено тільки за часів введення офіційних державних переписів населення. Після появи їх результатів вченим стало значно простіше досліджувати перебіг демографічних процесів. Перші переписи населення було проведено:

- в Америці: у США – у 1790 р.; в Еквадорі, Колумбії, Панамі, Мексиці – у 1825 р.; у Болівії і Гватемалі – у 1831 р.; у Гренландії – у 1834 р.; у Чилі – у 1835 р.; на Ямайці – у 1844 р.

- в Європі: у Швеції і Фінляндії – у 1800 р.; у Великобританії, Данії, Ісландії, Норвегії, Франції – у 1801 р.; в Австрії – у 1818 р.; в Югославії, Сербії і Чорногорії – у 1834 р.; у Греції – у 1828 р.; в Ірландії – у 1821 р.; у Нідерландах – у 1830 р.; у Португалії – у 1841 р.

В Азії, Африці та Австралії переписи населення було запроваджено значно пізніше [14, с. 28-31].

В Україні першим науковим описом демографічної ситуації можна вважати «Генеральний опис Лівобережної України», здійснений у 1765–1769 рр. (Рум'янцевський опис) [52, с.2641]. Це був перший науково структурований та диференційований перепис на території України. За його результатами було визначено віковий склад населення Лівобережжя. Пізніше у 1779 р. український етнограф Ф.І. Туманський розробив першу статистичну анкету, за якою у 1782 р. була проведена ревізія населення у Російській імперії [55]. Тоді було вперше пораховано зайнятість, а також співвідношення чоловічого і жіночого населення. А у 1786 р. О. Ф. Шафонський здійснив опис Чернігівського намісництва, метою якого було встановлення етнічного складу населення. Вагомі дані щодо демографічної ситуації містилися в описі Таврії (1807 р.), що був проведений К. Германом, та Київщини (1852 р.) – Д. Журавським [58]. Починаючи з 70-х рр. XIX ст. чимало статистичної інформації для характеристики демографічної ситуації (особливо на селі) надавала земська статистика [99].

В Австро-Угорщині, до складу якої входили у другій половині XIX ст. окремі західні території України, переписи населення почалися з 1857 р. та

продовжувалися далі у 1869, 1880, 1890, 1900 і 1910 рр. Особливою їх рисою була висока (як на ті часи) детальність та достовірність результатів [53].

Теорію і практику медичної географії у XIX ст. розвивають як представники медичної науки, так і представники інших дисциплін. У 1853 р. одне з визначень науці «медична географія» було надане німецьким вченим К. Фуксом [39]. Він вбачав головне завдання науки у вивченні законів поширення захворювань на Землі. Водночас, основи дослідження географічної залежності поширення хвороб (нозогеографії) були закладені англійцем Джоном Сноу у 1854 р. Саме він пояснив причини захворюваності на холеру в Лондоні тим, що будинки хворих розташовані біля водних об'єктів, які є осередками поширення цієї хвороби.

У другій половині XIX ст. були опубліковані перші медико-картографічні твори. У 1856 р. виходить англійський «Атлас природних явищ» Сонстона, в якому була оприлюднена одна з перших світових карт поширення хвороб, а у 1880 р. в «Атласі» Ламберта вже представлено декілька карт світу, які демонстрували поширення хвороб в залежності від клімату [82].

У 1880 р. німецький патолог, епідеміолог, гігієніст та історик медицини Гірш опублікував свою першу статтю з географічної патології, пізніше (у 1881-1884 рр.) – три томи керівництва з історико-географічної патології. Саме Гіршу належить ініціатива розвитку медико-географічних досліджень у Німеччині [188].

Водночас, розглядати медичну географію як один з найважливіших напрямів географії почали лише у середині XIX ст. До цього часу вона вважалась медичною наукою і розвивалася передусім науковцями-медиками.

У 1879 р. вийшла праця видатного українського економіста та медико-географа С.А. Подолинського «Життя і здоров'я людей на Україні». У ній автор детально опрацює найважливіші параметри здоров'я населення: народжуваність, смертність, стать, тривалість життя, темперамент, спадковість, дитячу смертність; пояснює вплив природного та штучного середовища на життєдіяльність населення [130]. Вчений проаналізував захворюваність на найбільш поширені хвороби в Україні того часу (холера, дизентерія, тиф, віспа і

т.д.), запропонував шляхи поліпшення ситуації. Серед іншого, С.А. Подолинський казав про те, що зберегти здоров'я українців можна шляхом зміни їх господарських та культурних устоїв життя.

У 1893 р. побачила світ книга видатного російського кліматолога і географа О. І. Воєйкова «Дослідження кліматів для цілей лікування та гігієни» [21], в якій автор розвиває ідею кліматолікування, а також розглядає вплив метеорологічних факторів (насамперед, зміни повітряних мас, проходження атмосферних фронтів) на організм людини.

Багато вчених у ті часи працювали одночасно у міждисциплінарній області географії, статистики населення та господарства, демографії, а іноді – й етнографії. Зокрема, П. І. Кеппен, один із засновників Російського географічного товариства, представив дуже детальну характеристику демографічної ситуації в Росії до середини ХІХ в. і першу детальну етнографічну карту Європейської Росії (1851 р.). Він працював над вдосконаленням статистики населення і спробував розподілити населення Росії «по сословиям и состояниям» [202, с. 170]. У 1858 р. А. Б. Бушен також детально аналізує розміщення населення Росії, і, як демограф і географ, вперше обґрунтовує типологію населених місць [131].

Одним з ініціаторів першого Всеросійського перепису населення 1897 р., яким тоді було охоплено 80% території сучасної України, був видатний географ П. П. Семенов-Тян-Шанський. Його вклад у географічне вивчення демографічної ситуації в Росії другої половини ХІХ ст. (у т.ч. на території сьогоднішньої України) є дуже вагомим. Вченим здійснено ґрунтовний аналіз щільності населення, він надав характеристику всім великим містам, регіонально описав характеристики населення [202, с.171-177]. Над результатами Першого Всеросійського перепису працював і О. І. Воєйков, який акцентував на особливостях природного руху населення [202].

Великий внесок у розвиток медичної географії належить В. І. Вернадському – вченому-геологу, біологу, ґрунтознавцю. У його книзі «Біосфера», де викладені результати досліджень живої речовини, її геохімічної природи, міститься багато матеріалів, що стали фундаментом географії

«здоров'я». Інтерес видатного вченого до широкого спектру наук і методів досліджень свідчать про багатofакторний підхід до аналізу явищ природи [105].

У другій половині XIX ст. земськими лікарняними організаціями, а також офіцерами військових відомств вже укладалися детальні санітарні карти, медико-топографічні описи, де містилась інформація про санітарно-побутові умови життя населення, захворюваність тощо. Зокрема, у залі картографії Центральної наукової бібліотеки НАН України є карти «...обращаемости за земской врачебной помощью сельского населения Херсонского уезда в 1887 и 1894 году» [71,72].

На початку XX ст. розвиток медичної географії на території тодішньої Росії призупинився. Одна з причин – поглиблення диференціації наук, внаслідок якої почав зростати інтерес до поглибленого проникнення в окремі галузі знань, натомість такі науки, як медична географія та інші, які завжди користувалися комплексними підходами і міждисциплінарними зв'язками, відійшли на другий план. Такий стан справ зберігався десь до 20-х рр. XX ст.

Після Першої світової війни українські землі відійшли до різних держав. Більш-менш достовірні дані щодо демографічної ситуації тих часів було здобуто за допомогою переписів: у Польщі – 1921 та 1931 рр.; у Румунії – 1930 рр.; у Чехо-Словаччині – 1921 та 1930 рр.

На початку радянського періоду розвитку, медична географія багатьма авторами розуміється як галузь загальної географії, яка займається вивченням географічного поширення хвороб, тобто фактично зводиться до нозогеографії. Таку точку зору поділяв і Д. К. Заболотний – автор теорії про природну осередкованість деяких інфекційних захворювань, зокрема чуми. Його ідеї продовжував розвивати академік Є.Н. Павловський, під керівництвом якого у довоєнні і повоєнні часи проводилися дослідження і збиралися експедиції для вивчення природо-зумовлених хвороб і передумов їх виникнення. Фактично, Д.К. Заболотний і Є.Н. Павловський стають основоположниками медичної географії як самостійної науки в СРСР.

За часів радянської влади перші переписи міського населення були проведені у 1920 та 1923 рр. Але першим Всесоюзним вважається перепис, який відбувся 17 грудня 1926 р. Він був найдетальнішим і найціннішим, тому що співпадав за часом із переписами на тій території українських земель, яка була підвладною іншим державам. Наступні переписи проводилися у 1937 (результати знищені у т.ч. через приховування наслідків голодомору і масових репресій), 1939, 1959, 1970, 1979 та 1989 рр.

Значний внесок у розвиток і підтримку демогеографії та етногеографії належить В. В. Садовському. Саме завдяки його роботі в еміграції, у Чехії та Польщі, вдалося зберегти антропогеографічний напрямок у вітчизняній науці. У своїх працях «Північно-західна Україна у світлі статистики» (1924), «Людність західноукраїнських земель по польському перепису 30 вересня 1921 року» (1927), «Українці за межами УРСР на основі перепису 1926 р.» (1931) [192] вчений описує демографічну ситуацію та встановлює зміни чисельності українського населення в Україні та за її межами.

Детальний опис демографічної ситуації на території України на початку ХХ ст. міститься у працях учених Інституту демографії АН УРСР – М. В. Птухи, Ю. О. Корчак-Чепурківського, С. А. Томіліна, М. О. Трачевського, П. І. Пустохода, Ю. М. Масютіна, А. П. Хоменко та ін. [54, с. 99]. Особливе значення мали роботи академіка М. В. Птухи щодо аналізу народжуваності та смертності населення з комплексним підходом до вивчення народонаселення.

Значний вклад у дослідження населення вніс В. М. Кубійович, якого вважають «батьком» української географії населення. Він досліджував зміни у стані населення Радянської України першої половини ХХ ст., демографічні процеси за переписами 1926 і 1959 рр., особливості розселення українського населення тощо. Ґрунтовні відомості щодо демографічної ситуації представлені у його книзі «Географія українських і суміжних земель» (1938 р.), а також у серії карт «Населення» в «Атласі України і суміжних країв» (1937 р.) [12,139].

В. П. Огоновський досліджував проблеми демо- і етногеографії Галичини, Полісся, західних земель України, Мармароцини, вивчав

особливості природного руху, щільність населення цих територій, визначив чисельність українців у Румунії та Словаччині [51, с.523].

У довоєнний період, в Україні, були започатковані теоретичні студії з географії населення. Значний внесок у виникнення та розвиток цього напрямку економічної географії зробили К. Г. Воблій та І. К. Вологодцев; у повоєнний період – Н. І. Блажко, Ю. І. Пітюренко, Д. І. Богорад [128]. Незважаючи на те, що дослідження населення в ті часи відрізнялися економіко-географічною спрямованістю, а саме населення аналізувалося переважно як трудовий ресурс, відтворенню населення та його стану приділялася істотна увага.

Під час Другої світової війни весь науковий потенціал був спрямований на обслуговування військових потреб. З 1943 р. почали проводитися дослідження з військово-медичної географії. В період війни як у Радянському Союзі, так і в інших країнах, що брали в ній участь, було накопичено чимало практичних відомостей і знань про вплив навколишнього середовища на організм людини. Після війни інтерес до медико-географічних досліджень зростає через необхідність освоєння нових територій і відновлення економіки Союзу.

Вивченням ролі соціально-економічних факторів у комплексному впливі умов місцевості на здоров'я населення займався О.О. Шошин – військовий лікар та медико-географ, представник Ленінградської наукової школи медичної географії [198]. За його ініціативи у складі Географічного товариства СРСР у 1954 р. було створено Відділ медичної географії. Він розробив типову програму медико-географічного дослідження, яка включала в себе, зокрема: загальну медико-географічну характеристику території; аналіз статистичних та інших даних про загальну захворюваність населення і досліджувані нозологічні форми вивчення меж поширення нозологій, які визначаються за впливом природних і соціально-економічних факторів. О. О. Шошиним були проведені детальні наукові дослідження з питань організації охорони здоров'я із врахуванням природних та соціально-економічних умов регіонів Росії [74]. У Львівському, Новосибірському, Омському, Східносибірському (м. Іркутськ), Приамурському

(м. Хабаровськ), Сахалінському відділах Географічного товариства СРСР були створені Комісії з медичної географії.

Зовсім не випадково найбільш активні дослідження з медико-географічної проблематики у 1970-90 рр. проводилися і в Інституті географії Сибіру та Далекого Сходу АН СРСР (наразі Інститут географії ім. В.Б. Сочави СВ РАН). В той період вони були присвячені комплексному вивченню впливу на здоров'я людини як природних, так і соціально-економічних факторів. Представниками Іркутської наукової школи медичної географії є Є. І. Ігнат'єв, Б. Б. Прохоров та С. В. Рященко [191]. Б. Б. Прохоровим опубліковано цілий ряд робіт, присвячених медико-географічній характеристиці освоєних районів Сибіру та Забайкалля [140]. С. В. Рященко довів, що на формування медико-екологічної системи регіону впливають як природні, так і господарські умови території: спеціалізація регіональної економіки, рівень освоєності території тощо. Є. І. Ігнат'єв визначав медичну географію як галузь географії, що вивчає географічне середовище у відношенні зі здоров'ям соціально організованої людини. Невипадково до цієї науки включають і країнознавство в розділах вивчення особливостей здоров'я населення окремих країн з урахуванням впливу клімату, геології, гідрології та особливостей життя [65].

Але справа не тільки в особливостях поширення хвороб, але і у взаємозв'язках між особливостями медико-демографічної ситуації і станом навколишнього середовища, специфікою соціально-економічного розвитку. О. П. Авцин писав: «Зведення медичної географії лише до однієї гігієни місцевості представляло б не виправдане спрощення як медичної; так і географічної сторони проблеми. Пошук причин виникнення хвороб – це складний, багатоетапний шлях, повний знахідок і розчарувань. Тільки багатофакторний підхід до проблеми може вирішити задачу пошуку» [3].

Приблизно з 1980-х рр. актуалізується думка про те, що медична географія, широко користуючись природно-географічними фактами і закономірностями, тим не менш, тяжіє до тієї групи географічних наук, які ставлять собі ціллю вивчення територіальної організації систем розселення і населення, тобто – до економічної та соціальної географії [102].

З 1957 р. у СРСР почав виходити реферативний журнал «Медична географія». Питання актуалізації медико-географічних досліджень активно обговорюються на періодичних наукових заходах. У 1962 р. у Ленінграді на першій всесоюзній нараді були обговорені стан та перспективи медичної географії; на другій – географічне середовище і здоров'я людини (1965 р.); на третій – географія хвороб людини (1968 р.); на четвертій – медико-географічний кадастр СРСР (1973 р.); на п'ятій – питання медико-географічного районування та прогнозування (1979 р.); на шостій – методологічні основи медичної географії (1983 р.). Науковці з України активно представляли свій досвід напрацювань на більшості з цих конференцій, зокрема тих робіт, які були пов'язані із розробкою атласів раціонального природокористування і охорони природи [79]. Великий перелік тем цих заходів засвідчував як широкий фронт досліджень, так і наявність дискусії з приводу предмету і завдань науки, які постулювалися різними вченими по-різному.

У липні 1976 р. в Москві відбувся 23-й Міжнародний географічний конгрес. На ньому була створена нова робоча група в рамках Міжнародного географічного союзу «Географія здоров'я», основним завданням якої стала координація досліджень з проблем географії інфекційних і неінфекційних захворювань, географічної патології – вивчення рідкісних хвороб і географії охорони здоров'я [188].

Серед здобутків російських географів на особливу увагу заслуговують дослідження С.М. Малхазової [90], в яких були об'єднані фундаментальна (медико-екологічні праці, аналіз глобальних екологічних змін та здоров'я населення) та прикладна (комплексний медико-географічний аналіз територій, медико-географічні карти Калінінградської та Московської областей) складові.

Наприкінці радянського періоду і на початку незалежного розвитку України джерелом нових знань про населення в цілому та демографічної ситуації зокрема стають дослідження П. С. Коваленка, А. В. Степаненка, М. Ф. Тимчука, А. І. Доценка, В. В. Загороднього, О. І. Кочерги [183]. Цими вченими розглядалися питання трансформації сільської і міської систем розселення з увагою до демографічних проблем перехідного періоду.

В свою чергу, вивченням медико-географічних аспектів здоров'я населення у перехідний період присвятили свої праці В. О. Шевченко, О. І. Шаблій, Л. Т. Шевчук, К. М. Синяк, В. М. Гуцуляк, В. А. Барановський, І. М. Волошин, О. Я. Романів, Н. В. Корнілова, К. П. Муха, І. В. Мартусенко, Г. А. Баркова, Х. Є. Подвірна, І. А. Манасєнкова, Н. І. Мезенцева, С. П. Сонько, Д. В. Шиян, Е. Л. Бондаренко та інші.

Медичному картографуванню присвятили свої праці В. О. Шевченко, К. М. Синяк, В. А. Барановський, Л. Г. Руденко, А. І. Бочковська, Г. О. Пархоменко та інші науковці. Зокрема, В. О. Шевченком було розроблено і укладено «Атлас злоякісних пухлин серед населення України» (1986), «Атлас захворюваності злоякісними пухлинами населення окремих країн-членів РЕВ» (1983). Цей вчений працював у колективі авторів з розробки концепції ризику зараження населення окремими інфекціями, що набуло втілення в атласі «Риск зараження населення сибірської язвою, столбняком, аскаридозом, туляремией, лептоспирозом в УРСР» у 25 т.-випусках (за кількістю областей України) у 1989 [26]. У 1990 р. у Географічній енциклопедії України проф. К. М. Синяком було сформульоване наступне визначення медичної географії: *«Медична географія – це галузь науки, що сформувалася на межі медицини та географії і вивчає вплив природних умов та соціально-економічних факторів на здоров'я населення»* [27].

У 1995 р. був опублікований «Медико-демографічний атлас України» [95], який являв собою синтез зусиль медиків та географів у вивченні здоров'я та умов життєдіяльності населення. У 1997 р., під керівництвом Л. І. Зеленської, вийшов друком «Медико-екологічний атлас Дніпропетровської області» [63]. У 2000 р. В. А. Барановським укладено «Екологічний атлас України», в якому подано синтез знань з медичної географії та екології [5].

Після аварії на ЧАЕС поглибилися дослідження екологічного плану і географами відділення, а згодом Інституту географії НАНУ було зроблено істотний внесок у дослідження радіоекологічної ситуації та її впливу на здоров'я населення (В. С. Давидчук, Г. В. Балабанов, І. О. Горленко, Л. Г. Руденко, М. І. Фащевський, С. В. Тітова та ін.) [47].

Дуже інтенсивно медико-географічні дослідження в останні десятиріччя розвиваються у західних регіонах України (Львів, Чернівці, Ужгород). Зокрема, на особливу увагу заслуговують роботи В.М. Гуцуляка. Ним започаткований і розвинений медико-екологічний напрям у географії, предметом дослідження якого є медико-екологічний потенціал інтегративної геосистеми людина – природне середовище. Його оцінка медико-екологічної ситуації побудована на основі критерію відповідності екологічного потенціалу довкілля оптимальним потребам життєдіяльності населення. В. М. Гуцуляк здійснив комплексну медико-географічну характеристику території Чернівецької області, проаналізував масове захворювання на алопецію дитячого населення м. Чернівці у 1988 р. [38]; також він детально аналізував медико-екологічну ситуацію у міських геосистемах. У 1990-2000-х рр. медико-географічні дослідження активно проводяться групою науковців Ужгородського державного університету у складі В.М. Мещенка, Л.О. Качали, С.С. Поп, В.О. Сабова, М.І. Фатули [132].

Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу стали фокусом досліджень Л. Т. Шевчук. Нею запропоновано модель регіонального аналізу і прогнозу медико-соціальних аспектів використання трудового потенціалу; сформовано та проаналізовано медико-соціальні цілі використання праці у регіональних стратегіях соціально-економічного розвитку [195].

Дослідженням медико-географічних основ здоров'я дитячого населення присвячені праці О. Я. Романів. Вона проаналізувала показники здоров'я дітей на матеріалах Хмельницької області [153]. Нею було розроблено теоретико-методологічні засади медико-географічного дослідження здоров'я дитячого населення, проаналізовано особливості ретроспективної динаміки та сучасного стану здоров'я дітей, оцінено перспективи формування дитячого здоров'я у Хмельницькій області, розроблено медико-географічне районування регіону для цілей управління сферою охорони здоров'я.

Дослідження І.В. Мартусенко спрямовані на вивчення медичного комплексу, що в свою чергу є одним з провідних факторів формування здоров'я населення [92]. Вона дослідила теоретико-методологічні засади територіальної

організації і комплексно-пропорційного розвитку регіонального медичного комплексу та обґрунтувала практичні рекомендації його оптимізації у Вінницькій області.

Вивченням проблеми регіональних медичних систем займалася також Г. А. Баркова. Вона запропонувала комплексний індикатор медичного обслуговування, що розраховується за допомогою показників захворюваності та рівня відтворення населення, виконала групування та ранжування районних медичних систем Харківської області, здійснила медико-географічне районування регіону, обґрунтувала загальні рекомендації з реформування медичної системи Харківської області [6].

Вплив екологічних умов на здоров'я населення детально опрацьовував К. П. Муха. Він істотно вдосконалив методику медико-екологічних досліджень, виконав медико-екологічну оцінку із застосуванням кореляційного аналізу для встановлення зв'язку між концентрацією забруднюючих речовин у ландшафтах і захворюваністю населення, визначив і проаналізував природно-антропогенні чинники, що сприяють зростанню медико-демографічних ризиків [106].

Важливою подією національного значення щодо отримання детальної інформації про демографічний стан населення стали дані першого національного Всеукраїнського перепису населення, проведеного 5 грудня 2001 р. [133]. Нажаль, Україна, за різних причин, запізнюється з проведенням наступного перепису – єдиного джерела комплексних і розгорнутих даних про населення, його склад і структуру, що ускладнює дослідження стану здоров'я.

У 2005 р. побачила світ праця В. О. Джамана «Демогеографічна ситуація в Україні» [44]. У ній розкрито регіональні відміни динаміки і територіальні особливості сучасного природного руху населення (народжуваності, смертності, природного приросту), статевовікової структури населення в Україні з детальним розглядом актуальної ситуації у західних її областях.

Ще на початку 1990-х рр. Україна визначила своє бажання перейти на шлях сталого (збалансованого) розвитку, підписавши Декларацію щодо навколишнього середовища та розвитку і Програму дій «Порядок денний на XXI століття». Основні принципи збалансованого (сталого) розвитку були

ухвалені на Конференції в Ріо-де-Жанейро-1992. Усього їх було 27 і перший з них констатував наступне: «Турбота про людину є центральною ланкою діяльності, що спрямована на забезпечення сталого (збалансованого) розвитку. Люди мають право на гідне життя, добре здоров'я та плідну працю в гармонії з природою» [32]. Це стало детермінантою багатьох досліджень, спрямованих на пошук оптимальних шляхів взаємодії людини з навколишнім середовищем, у т.ч. медико-географічного плану.

З початку незалежності в Україні зберігають свою актуальність геодемографічні дослідження. Особливої уваги заслуговують праці Ф. Д. Заставного [57] та М. І. Фащевського [180, 181], присвячені як вивченню населення, так і умов його життєдіяльності. У 1993 р. у Луцьку збирається Перший Всеукраїнський семінар з географії населення, в якому беруть участь майже всі провідні науковці по цьому напрямку. У 1996 р. у Чернівцях було проведено Міжнародну науково-практичну конференцію «Демографічна ситуація в Карпатському регіоні: реальність, проблеми, прогнози на ХХІ століття» [43]. Серйозність демографічних викликів в Україні, методологічні підстави їх географічного опрацювання визнаються першочерговими завданнями на цих заходах.

Цікавою є й географія регіональних досліджень: так, А. В. Бодасюк та Л. М. Воловик аналізували демографічну ситуацію в Столичному регіоні [9, 22], В. В. Грушка та О. В.Ткаченко – у Дніпропетровській області [33], Н. І. Мезенцева та І. О. Мостова – у Кіровоградській області [96], А. П. Голіков та С. О. Юрченко [29], Е. Ю. Сегида та Л. М. Немец [161] – у Харківській області, С. Л. Петрук – у Житомирській області [122], О. Р. Перхач та Г. В. Наконечна – у Львівській області [109], І. О. Пилипенко та Д. С. Мальчикова – у Херсонській області [78], Ю. М. Пушміна та О. Г. Мордвінов – у Чернігівській області [103,145].

У 2007 р., за активною керівною участю колективу вчених Інституту географії НАН України, виходить Національний атлас України, вагомою частиною якого є карти демографічного розвитку і захворюваності населення (розділ «Населення та людський розвиток») [113].

У серпні 2008 р., з метою інтенсифікації транскордонного співробітництва між Україною, Молдовою та Румунією, було створено Єврорегіон «Нижній Дунай». У світлі цієї партнерської структури науковцями кафедри економічної та соціальної географії Одеського національного університету ім. І.І. Мечникова (під керівництвом О.Г. Топчієва) було детально опрацьовано питання демографічної ситуації в регіоні [110, с.59]. У 2013 р. вийшла монографія В. В. Яворської «Регіональні геодемографічні процеси в Україні» [204], в якій автором розглянуті теоретичні засади географічної демографії (геодемографії) і проаналізовано демографічну ситуацію в Українському Причорномор'ї. За думкою вчених, геодемографія займається вивченням територіальних особливостей формування і зміни демографічної ситуації (обстановки). При цьому під демографічною ситуацією слід розуміти широке коло характеристик, які включають і природний рух населення, і його сімейну структуру, і середню тривалість життя, і статеві-віковий склад, і демографічний перехід, і демографічну політику.

У 2009 р. С. П. Батиченко і Н. І. Мезенцевою було виконано суспільно-географічне дослідження, яке включало порівняльний аналіз стану захворюваності населення різних регіонів України [97].

На замовлення Міністерства охорони навколишнього природного середовища України за Програмою «Міжнародне співробітництво у сфері охорони навколишнього природного середовища, сприяння сталому розвитку, екологічній освіті та поширенню екологічної інформації» у 2009 р. за участю науковців Інституту географії НАНУ було видано новий «Екологічний атлас України» [50], невід'ємною частиною якого стали карти народжуваності і смертності населення за основними причинами смерті, захворюваності населення, його життєвості у регіонах України.

У цьому ж році виходить монографія О.Г. Рогожина, в якій розкриваються соціоекономічні засади формування медико-демографічної ситуації у сільській місцевості в умовах якісних інституційних перетворень та глибоких структурних трансформацій [151].

Серед новітніх здобутків науковців у далекому зарубіжжі слід відзначити вихід у Великобританії праці під керівництвом Тіма Брауна «A Companion to Health and Medical Geography» (2010 р.). В ній розкрито широке коло питань ролі географічної науки у дослідженні здоров'я населення [208].

Проаналізувавши основні здобутки й імена, що пов'язані з процесом формування сьогодення медичної географії в Україні, можна виділити *чотири основні етапи її розвитку* (на теренах нашої країни та за її межами): етап зародження та розвитку науки у межах медицини, етап її оформлення як самостійної географічної дисципліни, розвиток медичної географії за радянських часів та етап формування сучасної української медичної географії. Етапи відокремлені фазовими переходами, що пов'язані з еволюцією наукових поглядів (рис. 1.1.). У процесі розвитку виникали нові супідрядні або суміжні дисципліни (медична картографія, географічна патологія, медична кліматологія тощо), розвиток яких визначався проблемами і потребами конкретного часу.

Хоча історія розвитку геодемографічних досліджень є дуже давньою, в ній також можна виділити чотири основних етапи (рис.1.2). При цьому спостерігаємо стійку пов'язаність геодемографічних і медико-географічних досліджень та їх спрямованість на вирішення проблем збереження здоров'я населення.

На «геодемографічному боці» напрацювань виокремлюються:

- етап становлення перших обліків населення (XI – XVIII ст.);
- етап активного впровадження переписів населення (XVIII ст. – кінець XIX ст.);
- етап етнодемографічних досліджень, досліджень систем розселення і трудових ресурсів (кінець XIX ст. – друга половина XX ст.);
- етап «антикризової» геодемографії (кінець XX ст. – початок XXI ст.).

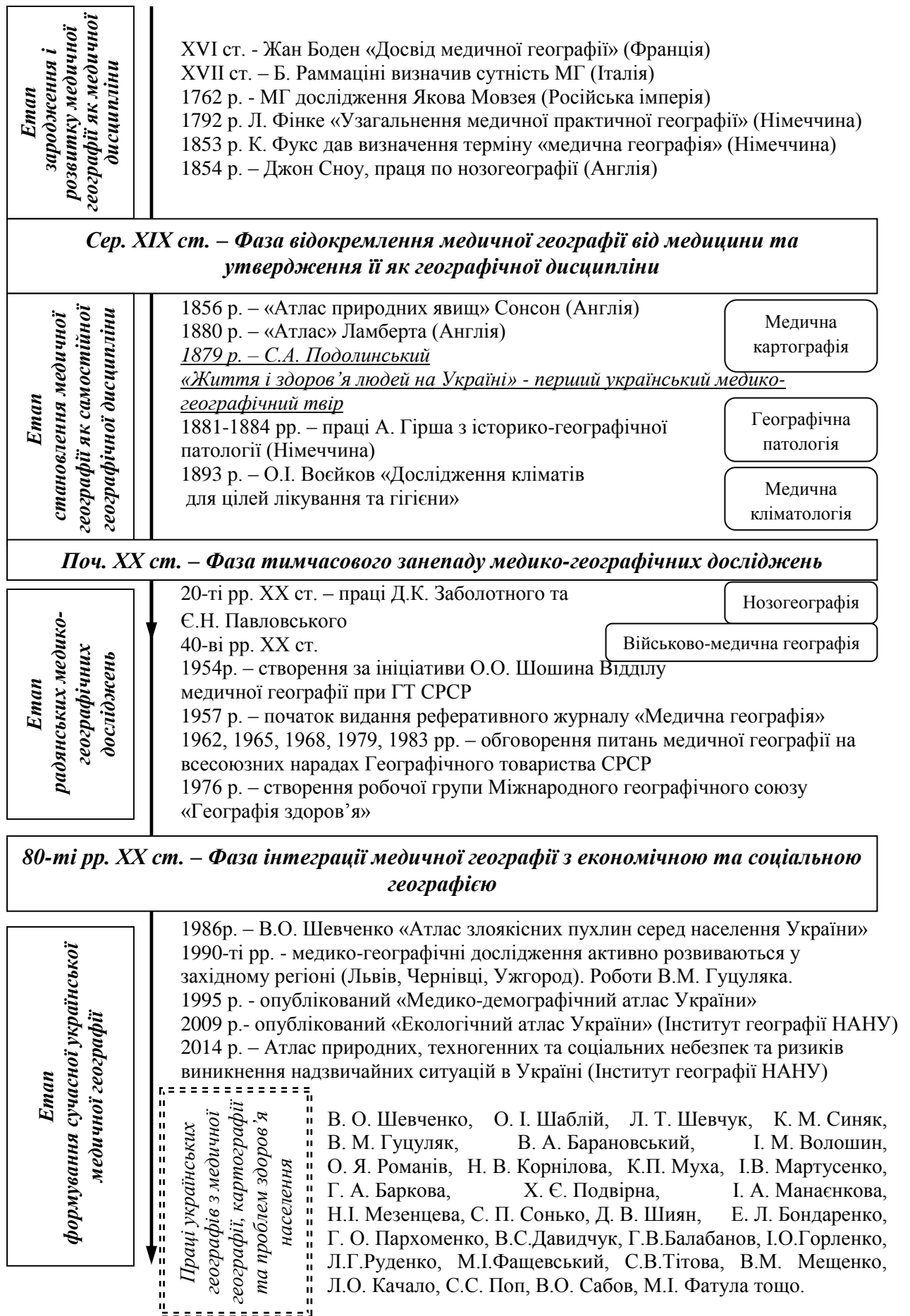


Рис. 1.1. Етапи, праці та імена в еволюції медико-географічних досліджень (укладено автором)

М е д и ч н а г е о г р а ф і я

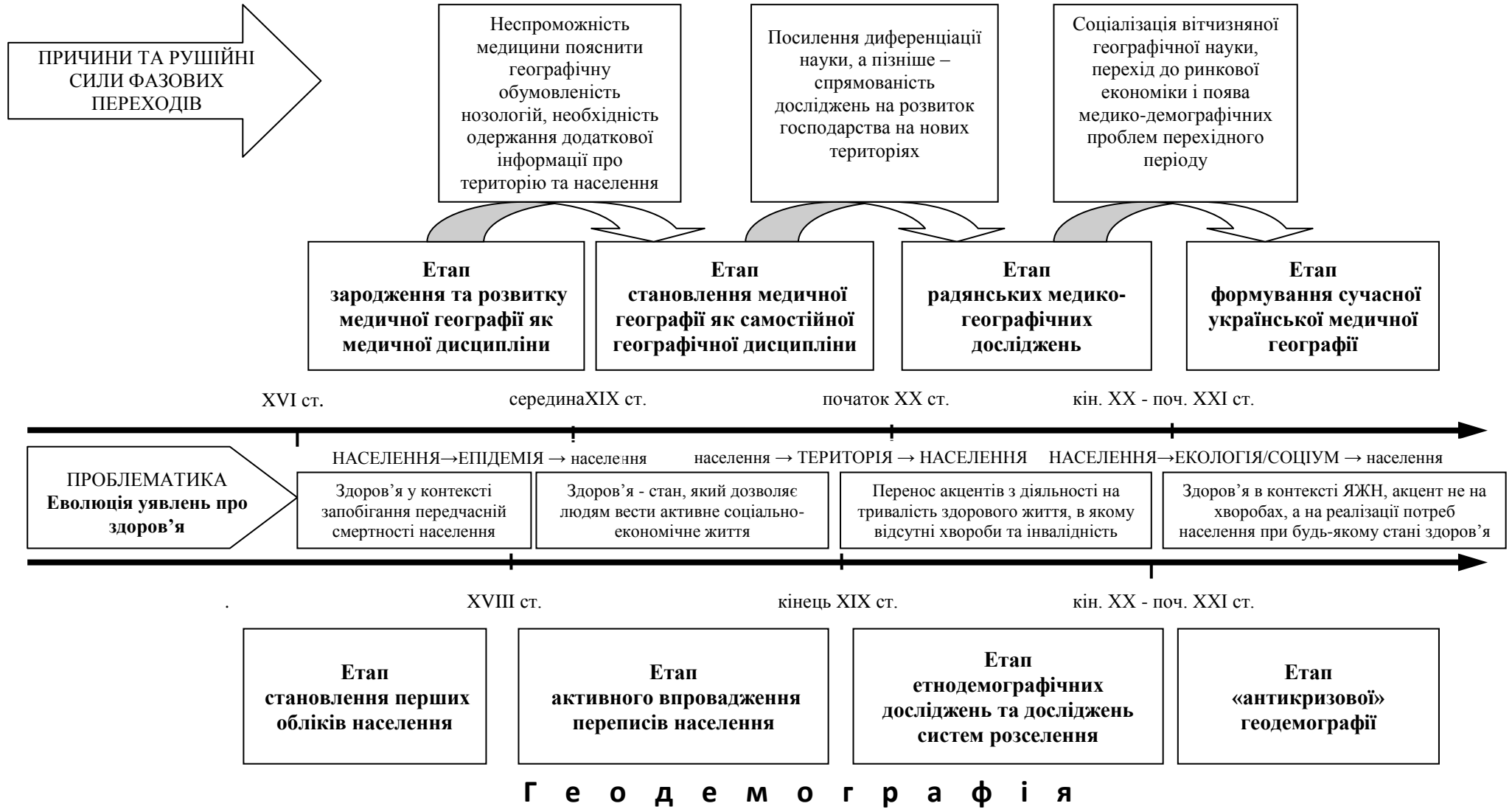


Рис. 1.2. Етапи розвитку медико-географічних та геодемографічних досліджень (укладено автором)

Зрозумілим є, що розвиток медичної географії був би неможливий без початку первинного обліку населення, але й первинний облік був обґрунтований не лише потребою в обкладанні податками, але й значною мірою необхідністю контролю над втратами населення в результаті численних епідемій чи військових подій. В таких реаліях відбулося становлення гео-медико-демографічних досліджень. Наступною передумовою інтеграції двох напрямів стало освоєння нових територій, коли виникла потреба в оцінці придатності природних умов територій для проживання населення. Відповідно, до якісних характеристик таких умов згодом додався і аналіз населення і систем розселення. Сучасний етап суспільного розвитку та інтеграції геодемографічних та медико-географічних досліджень зумовлюється значною увагою до проблем екологічного та соціокультурного «фону» формування демографічної ситуації та стану здоров'я населення.

Подальші проблемні дослідження у сфері інтегральних оцінок стану здоров'я населення та характеру його відтворення на різних територіальних рівнях набувають особливого значення для формування збалансованої соціально-економічної політики держави, її «геодемографізації».

1.2. Основні поняття і категорії медико-географічних досліджень

Велика кількість понять і категорій, що аналізуються в межах суспільної географії, запозичені із суміжних наук – економіки, демографії, екології, соціології тощо. Нерідко, відповідно до конкретних предмету і мети дослідження, доводиться уточнювати зміст і структуру багатьох з них. Зважаючи на це, поняттєво-термінологічний апарат суспільної географії загалом, і медичної географії, як потужного її напрямку, продовжує формуватися [175]. Велика кількість запропонованих авторами інтегральних понять та категорій не мають чіткого і систематичного визначення, або залишаються дискусійними у своєму тлумаченні.

У зв'язку із погіршенням екологічних показників в багатьох регіонах України, появою соціально-економічних проблем перехідного періоду,

розвиток вітчизняної медичної географії спрямований на вивчення наслідків впливу як природних, так і техногенних факторів на здоров'я населення і на його відтворення. На цьому шляху виникають потреби у тлумаченні власне здоров'я, а також так званих «ситуаційних» його характеристик-категорій, якими описується стан здоров'я населення у певних просторово-часових умовах проживання.

Здоров'я – досить складна медико-філософсько-соціальна категорія, яка має більше сотні визначень, але енциклопедичне її тлумачення наступне: «Здоров'я – це природний стан організму, який характеризується його рівновагою з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хвороботворних змін» [10, с. 442]. З географічної точки зору, особливо важливою є перша частина визначення, де «здоров'я» – це рівновага «організм-навколишнє середовище». Тим більше, що у географії «навколишнє середовище» – це простір життєдіяльності населення, а отже – йдеться про предметну сферу географічних досліджень [174, с. 63].

Здоров'я населення – це багатогранна категорія. Воно, багато у чому, залежить від природних чинників, рівня розвитку суспільства, науково-технічних досягнень, умов життя та праці, стану навколишнього середовища, розвитку системи охорони здоров'я тощо. Всі ці фактори тісно взаємопов'язані між собою і разом або сприяють зміцненню здоров'я чи покращенню демографічної ситуації, або навпаки – викликають певні хвороби.

Останнім часом у колі демографів та географів набуває популярності якісний аналіз населення. Вчені вважають якість населення (інтегральну сукупність його властивостей і здібностей) складовою частиною концепції якості життя населення [35, 206]. І у ряді головних якісних характеристик населення на першому місці знаходиться стан здоров'я населення, який є основою повноцінної життєдіяльності кожної людини та суспільства в цілому.

Уявлення про рівень здоров'я у більшості наукових досліджень на даному етапі формується на основі показників, що характеризують патологічні стани. Це – захворюваність, поширення хвороб, інвалідність, смертність, травматизм

тощо. Небезпечним для людини є стан хвороби. Між здоров'ям і хворобою відсутня чітка межа, існує лише серія перехідних станів, які відрізняються між собою вираженістю патологічних ознак. Можна вважати, що при переході від стану здоров'я до хвороби, умовна величина здоров'я зменшується, а величина ризику патологічного стану – нездоров'я (хвороби) – зростає. Саме тому існуючі в практиці оцінки ознаки нездоров'я відображають лише умовну негативну характеристику, вона показує стан здоров'я «від зворотнього».

Фізичний стан окремих людей в межах будь-якої території визначає *суспільне* здоров'я населення. Існуючі статистичні показники при цьому відображають кількісні ознаки здоров'я, знову ж таки через «зворотні» величини: захворюваність, поширення хвороб, інвалідність, смертність, які розраховуються за певний період (частіше всього за рік) стосовно деякої кількості населення.

Захворюваність населення можна вважати найчутливішим показником, який характеризує вплив середовища на людину. Статистичні показники захворюваності не завжди достовірні і придатні для порівняння, а ось показники смертності, які можна розглядати як результат впливу середовища в цілому (у т.ч. соціально-економічного, політичного тощо), вважаються більш достовірними. Вони ґрунтуються на випадках смерті кожної окремої людини, які обов'язково реєструються, причому за єдиною міжнародною класифікацією.

Саме тому ми вважаємо смертність та інші демографічні показники кількості, складу і руху населення обов'язковою складовою в оцінці рівня суспільного (або популяційного) здоров'я. На останній категорії слід зупинитися більш докладно, тому що вона відрізняється від трактування індивідуального здоров'я окремої людини.

Індивідуальне здоров'я – це стан біогенетичного, психофізіологічного, фізичного індивідуального благополуччя людини, при якому системи її організму взаємно зрівноважені, адаптовані до соціального і природного середовища при відсутності хвороб і фізичних недуг. Індивідуальне здоров'я окремої людини – явище, значною мірою, випадкове. Воно зумовлюється

генетичними чинниками і залежить від безлічі випадкових процесів і явищ. Параметри індивідуального здоров'я не можуть служити підставою для прийняття рішень, спрямованих на оптимізацію умов життя великих груп населення. Натомість, рівень здоров'я великої групи людей (наприклад, населення певної території) – так званий усереднений рівень здоров'я – завжди слугує показником благотворного або негативного впливу навколишнього середовища на населення.

Для вирішення соціальних, економічних, політичних проблем, при яких необхідно враховувати якість здоров'я всього населення, використовується поняття суспільне (популяційне) здоров'я. Суспільне здоров'я – основна властивість певної територіальної спільноти, її природний стан, що відбиває індивідуальні пристосувальні реакції кожної людини і здатність всієї спільноти в конкретних умовах найбільш ефективно здійснювати свої соціальні та біологічні функції. У різних соціально-економічних, еколого-гігієнічних, природних умовах параметри суспільного здоров'я можуть істотно відрізнятись один від одного. Ця обставина дозволяє вченим казати про різну якість суспільного здоров'я.

Варто наголосити, що суспільне здоров'я відображає як індивідуальні пристосовницькі реакції кожного окремого індивіда, так і здатність всієї спільноти найбільш ефективно виконувати свої соціальні задачі, а саме: працювати, захищати державу, оберігати природу, дбати про дітей та пенсіонерів і т.д., а також відтворювати і виховувати здорових нащадків [19]. У такому широкому розумінні для характеристики суспільного здоров'я доцільно використовувати низку соціально-економічних показників.

У вітчизняній суспільній географії категорія «суспільне здоров'я» є мало опрацьованою. У зарубіжній географічній науці ця категорія, під назвою «public health», входить до основного термінологічного апарату географії здоров'я (Health Geography) і є досить вживаною у сучасних публікаціях. Відповідно до визначення представленого в термінологічному апараті географії здоров'я: суспільне здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і

соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб або фізичних дефектів [208, с. 325]. У практиці міжнародних порівнянь для характеристики суспільного здоров'я використовують наступні показники [94]:

1) демографічні: народжуваність, смертність (загальна, дитяча, перинатальна, повікова), середня тривалість життя;

2) показники захворюваності (загальної, за окремими віковими групами, для інфекційних, хронічних неспецифічних захворювань, окремих видів захворювань, захворюваності з тимчасовою втратою працездатності);

3) показники інвалідності (загальної, дитячої, за віковими групами, за причинами);

4) рівень фізичного розвитку.

Д. Д. Венедиктов та Г. І. Царегородцев визначають суспільне здоров'я як здоров'я груп (статеві-вікових, соціальних і т.д.) населення, що проживають на певній території (місто, регіон, країна), як якісну характеристику рівноваги населення з оточуючим природним і соціальним середовищем [18, 187].

Ю. П. Лісичин під суспільним здоров'ям розуміє весь спектр впливу природних, соціальних, психологічних, економічних, екологічних чинників на членів суспільства. Але, поруч з цим, він стверджує, що суспільне здоров'я має зворотній вплив на соціально-економічний розвиток. Тобто від нього залежить економічний, духовний та соціальний потенціал суспільства [85].

У географії найбільш поширеним є визначення поняття «суспільне здоров'я» дане Б. Б. Прохоровим, за яким: *суспільне здоров'я – це основна властивість людської спільноти, її природний стан, що відображає індивідуальні пристосовницькі реакції кожної людини і здатність всієї спільноти в конкретних умовах найбільш ефективно здійснювати свої соціальні та біологічні функції* [142, с. 202]. Якість суспільного здоров'я можливо оцінити, використовуючи десятки показників, але, за твердженням автора, найбільш вагомими і достовірними є: очікувана тривалість життя, стандартизовані коефіцієнти смертності (від всіх причин і окремо за причинами), дитяча смертність до 1 року, загальна захворюваність та

захворюваність деякими соціальними хворобами (туберкульоз, венеричні хвороби, ВІЛ-інфікованість та ін.) [142, с.209]. Аналіз сукупності цих показників дозволяє точно оцінити рівень суспільного здоров'я і на цій основі порівнювати різні регіони.

Специфіка регіональних умов життя обумовлює ступінь ймовірності для кожної людини досягнення найкращого рівня здоров'я і творчої працездатності протягом максимально тривалого життя. Суспільне здоров'я характеризує життєздатність всього суспільства як соціального організму, можливість його безперервного гармонійного зростання і соціально-економічного розвитку. Рівень суспільного здоров'я служить найбільш яскравим і всеосяжним показником умов життя і одночасно залежить від них [118].

В оцінці суспільного здоров'я дуже важливим є не тільки включення якомога більшої кількості медико-демографічних даних, але й застосування методів і даних соціологічних опитувань населення. При такому підході ознаки порушення нормального стану здоров'я чи наявність у конкретних осіб хронічних захворювань, як і якість медичного обслуговування, встановлюють самі люди на підставі власних висновків і відчуттів. Звичайно, що реальні функціональні порушення у стані людини не завжди присутні, а якість обслуговування може бути зовсім іншою, ніж описує людина, адже її оцінка залежить і від її характеру, і від настрою в конкретний момент опитування або, зрештою, від її соціального статусу. Проте коли опитана значна кількість респондентів, то на руках у дослідника з'являється найцінніша інформація – вона спонукає до подальших досліджень, може відкривати певні приховані речі, непомітні через статистику. Завдання полягає у тому, щоб встановити масштаби залучення у медико-географічне дослідження такого роду даних. Проте актуальність «суб'єктивного» оцінювання не викликає сумнівів.

Суспільне здоров'я формується і підтримується великою кількістю чинників повсякденного життя населення, про які йдеться у розділі 2. Конкретні причини, що відповідають за виникнення і розвиток хвороб, тимчасової непрацездатності, інвалідизації та смертності населення, отримали

назву «факторів ризику». Ю. П. Лісцін та Ю. М. Комаров згрупували фактори ризику в декілька блоків, вказавши ступінь впливу кожного фактора [86]. Найзначнішу роль відіграють соціально-економічні умови та спосіб життя – 49-53% впливу, далі – генетичні та біологічні (ендогенні) фактори – 18-22%, якість навколишнього середовища та природні умови – 17-20% та охорона здоров'я – 8-10%. Але серед факторів впливу на здоров'я розглядаються не лише фактори ризику, які достовірно на нього впливають, але і ті, які можна розглядати як індикатори умов життя і, відповідно, непрямі показники рівня здоров'я.

Сучасні медико-географічні дослідження покликані не тільки відобразити і охарактеризувати закономірності регіональної диференціації умов відтворення населення та стану суспільного здоров'я, але і складний механізм причинно-наслідкових зв'язків між ними. Суб'єктом оцінки фактично виступає не стільки власне територія, скільки територіальна спільнота людей, або соціогеосистема. У суспільній географії соціогеосистема, або соціально-географічна система розуміється як гетерогенна система, що вміщує різні за рівнем узагальнення та ієрархії соціальні елементи або підсистеми, а також техногенні, абіотичні і біогенні елементи (підсистеми), що знаходяться у взаємодії через потоки речовини, енергії та інформації в географічному просторово-часовому континуумі [114]. Ми вживаємо це поняття з точки зору пізнання властивостей регіонів як територіальних об'єктів, в котрих функціонально поєднані екологічний, соціальний, економічний, демографічний, гуманітарний, технічний та інші блоки і в котрих відбуваються всі організовані і реалізовані людьми екологічні, соціально-економічні, демографічні, гуманітарні, інформаційні та інші процеси [30, с.60].

Отже, геосистемний підхід дозволяє оперувати різними, але взаємопов'язаними компонентами, які являють собою єдність. Водночас, на рубежі ХХ і ХХІ ст. для розуміння як природного, так і соціального світу формування певних процесів і станів, дедалі частіше застосовується так званий «ситуаційний пізнавальний підхід» [166].

Починаючи з 1980-х рр. у географічних публікаціях з'являється поняття геоситуації, під якою розуміється історично сформована і відносно стійка взаємодія компонентів географічного середовища (А. М. Трофимов, М.В. Панасюк та ін.). Вчені починають розвивати геоситуаційний підхід, в якому вони бачать теоретичну базу для вирішення завдань управління і моделювання географічних утворень [120]. Геоситуаційний підхід, на їх думку, має ще більш широкі перспективи для вирішення управлінських задач в географії, ніж геосистемний [193]. Він спрямований на аналіз локальних і регіональних неоднорідностей, які утворюються через «зіткнення» у певний час на тій чи іншій території окремих виробничих, соціальних, природно-екологічних та інших інтересів. Величезне значення мають також успадковані особливості розвитку територій, які «проходять» крізь роки. Мається на увазі залежність багатьох соціальних і медичних характеристик від структури економіки, ступеня освоєності, демографічних тенденцій, соціокультурних особливостей розвитку і неформальних інститутів (традицій, норм), які впливають на форми зайнятості, доходи, мобільність населення тощо.

У цьому зв'язку, для характеристики стану суспільного здоров'я можуть бути використані, і вже активно використовуються «ситуаційні» категорії: «медико-географічна ситуація», «медико-екологічна ситуація», «санітарно-гігієнічна обстановка» та ін.

Через те, що оцінка рівня суспільного здоров'я повинна спиратися на взаємозв'язок та взаємообумовленість здоров'я і демографічних тенденцій з соціально-економічними, природно-екологічними чинниками середовища життя на тій чи іншій території, ми вважаємо за доцільне використовувати категорію «медико-демографічна ситуація» (МДС), яка пов'язує в єдину систему спостереження і оцінки як показники власне здоров'я (як правило – нездоров'я) населення, так і показники його відтворення. Важливою рисою розуміння категорії МДС є її просторова визначеність та індукційність (еманація). Останнє означає, що будь-яка характеристика МДС розглядається як продукт або явище, спричинене функціонуванням соціогеосистеми в цілому.

Але сутність даної категорії як такої, що розкриває характер та територіальні особливості стану здоров'я населення, слід уточнити.

За О.У. Хомрою, категорія відповідає рівню наукової категорії, якщо їй притаманні наступні властивості [185, с.20]: історичної визначеності та обумовленості, підпорядкованості компонентів (ієрархічності), взаємопов'язаності компонентів (комплексності). Важливою її ознакою є геопросторова конкретність (територіальна визначеність). МДС характеризує просторово-часові аспекти взаємодії демографічних процесів і стану здоров'я населення з соціально-економічними, природними, екологічними та іншими факторами їх формування чи збереження, а отже – вона є науковою категорією.

Будь-яка категорія має своє індивідуальне смислове навантаження, яке може складатися з широких загальнонаукових понять і з вузькоспеціалізованих термінів. Складна категорія потребує змістовного відокремлення від інших категорій, у т.ч. дуже близьких за змістом. На нашу думку, у визначенні змісту категорії МДС, а далі – у пошуку основних показників оцінки здоров'я, слід йти шляхом аналізу ієрархічної моделі понять (категорій), які, на наш погляд, стали «донорами» у формуванні її суті (рис.1.3).

Виділені на рис. 1.3 ієрархічні рівні – це своєрідна система більш широких і вузьких категорій, між якими установлені відносини домінування і підпорядкування [88, с.174]. Родовим (найбільш широким) поняттям є «ситуація», яка розглядається як «...сукупність обставин, умов, що створюють ті чи інші відносини, обстановку або становище» [11]. У прикладному плані ситуація – це обстановка, оцінювана суб'єктом для прийняття рішення щодо її оптимальної трансформації. З пізнавальних позицій, ситуація – це стан складових її компонентів у конкретно визначений момент (зріз) часу.

Важлива властивість всіх ситуацій – конкретність, існування в конкретно-визначених просторово-часових рамках. Ситуації можуть бути обмежені невеликим простором з тривалістю в частки секунди або охоплювати величезні території із збереженням своїх ознак протягом тривалого періоду. Для ситуацій також характерна і повторюваність (наприклад, фази демографічного

переходу). Сама ситуація у всіх своїх рисах індивідуальна. Повне її повторення у всіх характеристиках – явище практично неможливе. Навіть при абсолютно повному повторі стану всіх компонентів ситуації обов'язково зміниться час.



Рис. 1.3. Схема ієрархічної послідовності формування категорії «медико-демографічна ситуація» (укладено автором)

Часові та просторові параметри в структурі ситуації займають особливе місце, оскільки існування жодного з елементів ситуації неможливе поза певним часом і простором [23]. У розумінні ситуацій можуть бути різні підходи:

- 1) ситуація є частиною об'єктивного світу, в умовах і під впливом якого людина здійснює свою діяльність;
- 2) ситуація є елементом суб'єктивного образу світу, людина не відображає буття, а створює ситуацію у своїй свідомості;
- 3) ситуація є єдністю об'єктивних ознак її перебігу і суб'єктивного її сприйняття.

Враховуючи зазначене, більш вузькою, конкретизованою через географічні ознаки, є категорія «геоситуація». Геоситуацію визначають як різнорідний часоволімітований стан географічного простору [177]. На відміну від «ситуації», яка оперує будь-якими компонентами універсуму, «геоситуація» акцентує на компонентах географічного середовища.

На наступному, визначеному нами як III, рівні ієрархії розташовані зразу три «ситуації», які найбільш прив'язані до аналізу населення, особливостей його відтворення, життєдіяльності та якості життя. Категорія «*еколого-географічна ситуація*» була запропонована і обґрунтована в свої часи для комплексного опису екологічної обстановки, що відбиває стан географічного середовища на конкретній території [160, 197]). Під еколого-географічною ситуацією розуміється просторово-часове поєднання взаємопов'язаних природних, соціально-економічних, демографо-етнічних і політичних умов, яке характеризує зміни в географічному середовищі, що обумовлюють на території відносно стійку в часі обстановку систем життєзабезпечення людини і впливають на рівень розвитку та ступінь задоволення потреб суспільства [15]. Пріоритет відданий питанням стану навколишнього природного середовища та існуванню певних ризиків для життєдіяльності населення, у т.ч. для його здоров'я. Умовно в еколого-географічну ситуацію залучені й інші (соціальні) складові умов відтворення життєдіяльності населення. Більш вузьке тлумачення передбачає увагу, насамперед, на природно-екологічних умовах та процесах взаємодії населення з навколишнім природним (природно-антропогенним) середовищем у певний час і певному місці.

Другою категорією на цьому рівні є категорія «*геодемографічна ситуація*», яку багато вчених ототожнюють з «демографічною ситуацією». Найбільш поширені визначення останньої такі: «Демографічна ситуація – це стан демографічних процесів, складу й розміщення населення в якийсь певний час, найчастіше у той чи інший рік. Через послідовність демографічних ситуацій, що змінюють одна одну, виявляють себе головні закономірності відтворення населення та його розселення» [45, с.152]. Більш вузьке

визначення: «Демографічна ситуація – це стан відтворення населення у регіоні, який призводить до чітко визначеного демографічного результату, а саме – до тих чи інших особливостей статевої та вікової структури й відповідних змін загальної чисельності населення та його вікових груп [42, с. 408-409].

С.О. Ковальов розуміє демографічну ситуацію як співвідношення величин народжуваності, смертності, міграційної рухливості і тенденцій, що склалися у даній територіальній групі населення, її зміни, що створюють певну статево-вікову структуру населення, певну динаміку чисельності і умови його подальшого відтворення [76]. Б.С. Хорєв підкреслює, що демографічна ситуація – це конкретний (за певних історико-географічних умов) стан населення, який зумовлюється соціально-економічними факторами місця і часу [186, с. 203].

В кінці 1980-х рр. в економіко-географічній літературі активно поширюється термін «геодемографічна обстановка». Найбільш чітко концепція геодемографічної обстановки обґрунтована російським географом Г.М. Федоровим [203]. Він робить висновок, що термін «геодемографічна обстановка» найбільш чітко віддзеркалює економіко- та соціально-географічну (територіальну) сутність демографічних явищ [182, с.86]. За його думкою, геодемографічна обстановка розкриває взаємозв'язок демографічних процесів (як виокремлених) та інших соціально-економічних процесів, і являє собою головну характеристику територіальної соціально-демографічної системи.

Щодо принципової різниці між категоріями «демографічна обстановка» та «геодемографічна обстановка», то, наприклад, О.У. Хомра вважає, що приставка «гео», що вказує на територіальний аспект категорії, є зайвою, оскільки визначення демографічної обстановки вже передбачає наявність в ній просторового аспекту [185, с. 21]. З таким твердженням не погоджується В.В. Яворська. Вона вказує на те, що при застосуванні категорії «геодемографічна обстановка» (на противагу «демографічній обстановці») не просто наголошується на територіальному контексті перебігу демографічних процесів, а й, що особливо важливо, передбачається комплексний характер

дослідження впливу і взаємодії соціально-демографічних, економіко-демографічних, еколого-демографічних та інших факторів її формування [203].

Нарешті третьою категорією є *соціально-економіко-географічна ситуація*, яка визначена нами як просторово-часове поєднання суспільно-географічних процесів, явищ та об'єктів, що формують спосіб, умови життя та якість життя населення, у т.ч. якість самого населення. Йдеться фактично про аналіз в межах цієї ситуації сучасних форм територіальної організації суспільства, їх розвитку, відповідно до прогресу світової цивілізації та поступального ускладнення форм і методів господарського освоєння територій. В широкому сенсі сюди мають бути включені і духовно-етнічні, і соціально-політичні, й інші суспільні характеристики. Проте головна увага – на стані соціуму, характері і особливостях господарювання, перспективах подальшого соціально-економічного розвитку тієї чи іншої території, чим значною мірою визначається і стан популяційного здоров'я.

На зламі трьох зазначених ситуацій, але вже з прицільною увагою до стану суспільного здоров'я (у т.ч. з аналізом захворюваності і хворобливості населення) формуються ще дві потужні категорії: «медико-екологічна» і «медико-географічна» ситуація, які апелюють безпосередньо до медичних характеристик стану популяційного здоров'я. Тим не менш, і тут є свої акценти. Категорія «медико-екологічна ситуація» найчастіше трактується як сукупність зв'язків, які пояснюють співвідношення характеристик техногенно зміненої території проживання людини і показників несприятливих змін здоров'я населення. Водночас, А. А. Келлер і В. І. Кувакін пропонують для оцінки медико-екологічної ситуації використовувати цілий ряд показників, зокрема: соціально-демографічні; показники соціальної інфраструктури; соціально-економічні; клімато-географічні; санітарно-гігієнічні; медико-демографічні (у т.ч. захворюваність і фізичний розвиток) [74, с. 233-238]. Отже, дана категорія уособлює в собі характеристики еколого-географічної ситуації і геодемографічні аспекти, меншою мірою – соціально-економіко-географічні умови життя та роль цих складових у формуванні суспільного здоров'я.

«Медико-географічна ситуація» – це сукупність просторово диференційованих зв'язків у системі «людина-здоров'я-довкілля» в конкретних просторово-часових координатах [153, с.7]. В. О. Шевченко зазначає, що при аналізі медико-географічної ситуації ми вивчаємо складні територіальні системні утворення, які виділяються за головною ознакою, а саме – захворюваністю. Захворюваність виникає у результаті функціонування багаторівневих підсистем, які складаються з населення та навколишнього середовища, характеристики якого і є факторами виникнення хвороб [194].

Слідуючи за лінією розглянутих ситуацій, на змістовному перетині категорій «медико-екологічна ситуація» та «медико-географічна ситуація» формується категорія «*медико-демографічна ситуація*» (МДС) (рис.1.3). Її застосування ми вважаємо виправданим як з точки зору логіки еволюції медико-географічних досліджень у бік аналізу і використання не тільки показників захворюваності, а й широкого кола демографічних характеристик, так і з точки зору більш детального розкриття таких інтегральних понять, як «суспільне здоров'я».

Виходячи із вищезазначеного, можна сформулювати наступне визначення категорії: *медико-демографічна ситуація – це просторово-часовий стан демографічних процесів в їх причинно-наслідковому взаємозв'язку з якісними характеристиками населення, насамперед зі станом його здоров'я, в рамках багатofакторної обумовленості.*

Перебуваючи на зламі таких наук як географія населення, демографія, медична статистика, медична географія, категорія МДС розширює існуючі і відкриває нові грані у пізнанні складних взаємозв'язків.

Для визначення основних показників, що характеризують МДС, доцільно, знову ж таки, звернутись до інших категорій-ситуацій. Наприклад, при аналізі геодемографічної ситуації зазвичай використовують доволі широке коло характеристик. Зокрема, В. В. Яворська запропонувала оцінювати геодемографічну ситуацію за 41 ознакою, розділяючи їх на показники-стимулятори та показники-дестимулятори (табл. 1.1.) [205].

У таблиці 1.1. жирним шрифтом виділено показники (вибірка проведена автором), які мають бути базовими і при оцінці МДС. Зрозумілим є недоцільність використання характеристик сімейного стану як прямих ознак сприятливості чи несприятливості МДС. У структурі МДС сімейний стан виступає як фактор впливу (ризик), тому що безпосередньо за допомогою цієї характеристики не можливо описати стан (рівень) здоров'я населення, хоча можна пояснити деякі особливості формування такого стану.

Таблиця 1.1.

Головні показники і характеристики геодемографічної ситуації*

Показники-стимулятори				Показники-дестимулятори			
1	Кількість живонароджених і природний приріст (+/-) населення, на 1000 осіб наявного населення			1	Кількість померлих, обидві статі, на 1000 осіб наявного населення		
	міські та сільські поселення	міські поселення	сільські поселення		міські та сільські поселення	міські поселення	сільські поселення
2	Шлюбність, кількість шлюбів на 1000 осіб наявного населення.			2	Кількість розлучень, на 1000 осіб наявного населення		
	міські та сільські поселення	міські поселення	сільські поселення		міські та сільські поселення	міські поселення	сільські поселення
3	Нетто-показник відтворення населення (на 1 жінку)			3	Різниця років у тривалості життя між чоловіками та жінками		
	міські та сільські поселення	міські поселення	сільські поселення				
4	Сумарний коефіцієнт народжуваності (на 1 жінку)			4	Демографічне навантаження на населення у віці 15-64 роки, осіб		
	міські та сільські поселення	міські поселення	сільські поселення		міські та сільські поселення	міські поселення	сільські поселення
5	Народжуваність за віковими групами матерів (15-49 років), на 1000 жінок відповідного віку			5	Середній та медіальний вік населення, років		
	міські та сільські поселення	міські поселення	сільські поселення		обидві статі	чоловіки	жінки
6	Тривалість життя (середня тривалість життя, років)			6	Смертність дітей у віці до 1 року, на 1000 живонароджених		
	обидві статі	чоловіки	жінки				
7	Показники співвідношення вікових груп населення (‰)						
	0-14	15-65	65 і старше				

* Укладено автором за [204].

Також для характеристики геодемографічної ситуації використовують показники механічного руху населення (наприклад, [89]). Проте міграцію доцільно розглядати як вагомий фактор впливу на формування МДС через її вплив на структурні особливості населення. Міграційне зростання кількості населення позначається позитивно на загальному прирості, але вносить конфліктність у суспільне здоров'я територій через можливе привнесення нетипових інфекційних збудників.

Методологічне поле категорії МДС також охоплює велику кількість характеристик, але доцільним буде використання тих із них, які мають високий рівень верифікації. Досвід напрацювань свідчить, що найбільш репрезентативними є наступні основні характеристики МДС: народжуваність та природний приріст, смертність (в т.ч. дітей до 1 року), захворюваність, статевовікова структура населення, очікувана тривалість життя та супутні допоміжні категорії, які ми відобразили на схемі (рис.1.4.).

Історична зумовленість категорії МДС та правомірність її застосування в оцінці суспільного здоров'я населення пояснюється зростаючою увагою географів як до демографічних проблем, так і до проблем збереження здоров'я в їх неподільній єдності. Тим більше, що демографічна криза, що має місце в Україні, поглиблюється внаслідок як соціально-економічних проблем в економіці країни, так і поширення різних, у т.ч. соціально значущих хвороб.

1.3. Методика медико-географічного дослідження стану здоров'я населення регіону

Медико-географічне дослідження на будь-яких рівнях територіальної ієрархії є досить непростим у методичному плані. Головна проблема полягає у відборі показників і характеристик, а також конкретних методів, якими найбільш точно і якісно описується як рівень здоров'я населення, так і специфічні медико-демографічні проблеми регіону. Найважливіша проблема полягає у відсутності детальних порівняльних статистичних даних, які описують здоров'я достатньо репрезентативно.

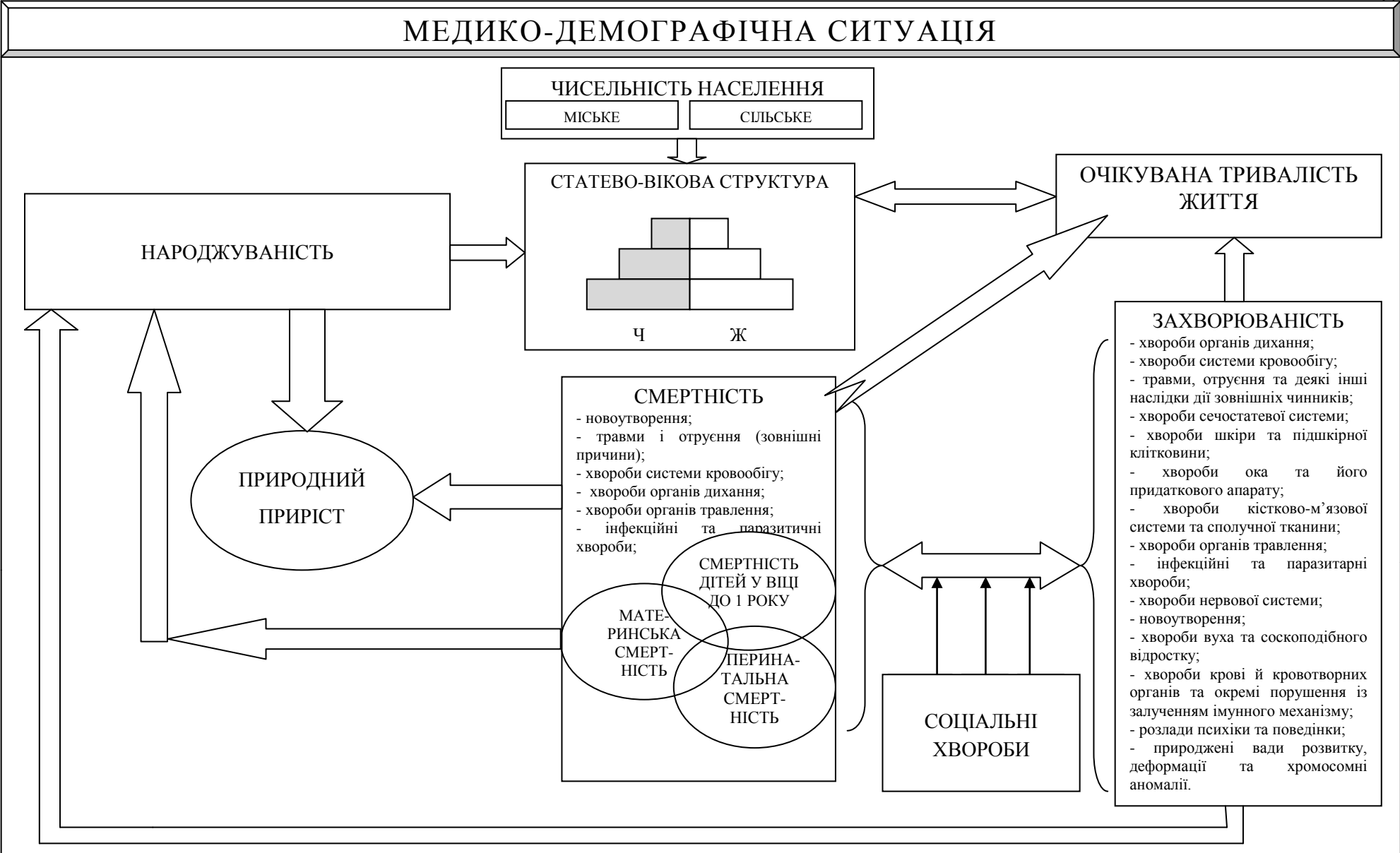


Рис. 1.4. Схема основних характеристик МДС та їх взаємозв'язків (укладено автором)

У свій час, російськими географами Б. Б. Прохоровим та В. С. Тикуновим було проведено медико-демографічну класифікацію регіонів Росії [141]. Для характеристики медико-демографічної ситуації автори застосували індексний метод, з виведенням формули індексу суспільного здоров'я населення. Ними було використано лише такі базові показники як: очікувана тривалість життя (ОТЖ) та дитяча смертність (ці показники використовуються Всесвітньою організацією охорони здоров'я). Вже цього достатньо при дослідженні суспільного здоров'я на рівні країн або адміністративних областей. На нижчих рівнях аналізу відразу зіштовхуємося із ситуацією, що статистика ОТЖ не ведеться ані в районному розрізі, ані у розрізі міст. Іншою проблемою є, наприклад, досить висока амплітуда варіації окремих показників із року в рік. Зокрема, аналізуючи динаміку дитячої смертності у Херсонській області, відзначимо, що в деяких районах в окремі роки взагалі відсутні випадки смертності малюків, але вже через рік-два показники можуть сягнути 20-30 %. І такі показники не є ознаками різких змін медико-демографічної ситуації, зазвичай дитяча смертність формується більшою мірою через вплив біологічних факторів, слабо пов'язаних з властивостями геопростору. Тому для досліджень на районному рівні такі показники не можуть бути взяті за основу.

У медико-географічних дослідженнях домінує антропоцентричний підхід, який обмежує розгляд властивостей навколишнього середовища рамками небезпеки для здоров'я та відтворення населення. Тому регіональне медико-географічне дослідження має спиратися на певні принципи, серед яких варто виділити:

✓ *Принцип цілеспрямованості*, який полягає у вибіркового вивченні стану здоров'я та демографічних тенденцій за заздалегідь визначеними параметрами на основі визнання того факту, що захворюваність, як явище, підкорюється географічним особливостям і залежить від умов території;

✓ *Принцип послідовності*, що визначає певну етапність процесу дослідження та використання відповідних математико-статистичних і соціологічних методів;

✓ *Принцип цілісності*, який передбачає сприйняття суспільного здоров'я як цілісного «утворення», у формуванні якого можна прослідкувати певні тенденції і закономірності. Цей принцип реалізується при створенні моделі медико-географічного дослідження, яка дає можливість скласти цілісне уявлення про об'єкт і забезпечити всебічний аналіз всіх компонентів;

✓ *Принцип структурності*, який передбачає вичленування окремих складових ланок об'єкту дослідження, які утворюють його основу (населення, фактори впливу навколишнього середовища);

✓ *Принцип ієрархічності*, який визначає розгляд понять або об'єкту дослідження як багаторівневого утворення, об'єднаного у єдине ціле вертикальними зв'язками. Фактично, це послідовне вивчення складових окремих елементів, пошук підпорядкованості і взаємозв'язку між ними;

✓ *Принцип функціональності*, що передбачає розгляд стану здоров'я як динамічного у часі і просторі, властивості якого не можна зафіксувати одночасно (статдані, інформація про місце та час спостереження);

✓ *Принцип комплексності*, що передбачає розгляд захворюваності і процесів відтворення як взаємопов'язаних явищ, на які впливають усі компоненти соціогеосистеми.

У медичній статистиці в оцінці стану здоров'я і демографічної ситуації використовуються такі показники як: загальна чисельність населення, показники смертності (смертність за статевими та віковими групами, смертність працездатного населення, дитяча смертність, смертність за основними причинами), природний приріст, питома вага дітей та осіб похилого віку, демографічне навантаження працездатного населення особами пенсійного віку та дітьми, середній вік населення, кількість жінок фертильного віку, спеціальні коефіцієнти народжуваності (середнє число дітей, народжених жінкою за все життя, бруто-коефіцієнт відтворення, нетто-коефіцієнт відтворення, середній вік матері), статевий склад населення [121]. Водночас, медико-географічне дослідження відрізняється у своїй специфіці від цілей медичної статистики і повинне включати в себе дослідження цілого ряду категорій і характеристик та їх взаємозв'язків, про які йшлося у параграфі 1.2.

Для розкриття характерних рис МДС (на національному і регіональному рівнях) базовими категоріями виступають чисельність населення, з поділом його на сільське і міське, народжуваність, смертність, статеві-вікова структура, захворюваність. Медико-географічне дослідження, яке здійснюється у контексті якості життя населення (ЯЖН), передбачає і залучення спеціальних показників: кількість абортів на 100 пологів, рівень інвалідизації населення (кількість інвалідів на 100 осіб), кількість громадян, які мають статус постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи на 1000 населення, частка господарств, члени яких оцінили свій стан здоров'я як поганий (%) [35, с.106]. Проте, застосування окремих з них доцільне лише в деяких випадках. Зокрема, включення показника постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи доцільне лише на територіях, що знаходяться у зоні її впливу. Статистика абортів застосовується при аналізі якості життя населення, оскільки аборти є вираженням суспільних негараздів. Але, знову ж таки, статистика не завжди наявна і не завжди відповідає реальній кількості випадків. Рівень інвалідизації доцільно аналізувати разом з показниками травматизму на виробництві, що покаже потенційно небезпечні регіони з позицій шкідливих та небезпечних умов праці.

Затребуваними у медико-географічних дослідженнях можуть бути оцінки власного здоров'я населенням, систематизовані на основі результатів його опитування. Застосування таких оцінок є виправданим, оскільки моніторинг здоров'я в рамках системи охорони здоров'я не завжди дає адекватну оцінку його стану. Наприклад, статистика смертності населення від невстановлених та невідомих причин станом на 2014 р. сягнула 20 % в окремих районах Херсонської області (Нижньосірогоський, Нововоронцовський райони), що є свідченням системної неспроможності на 100% встановити діагноз, а з іншого боку – точно визначити причини смертності. В такому разі на допомогу приходять суб'єктивні оцінки населенням власного здоров'я, які можуть просигналізувати про наявність на окремих територіях зон певної несприятливості.

Медико-географічне дослідження стану здоров'я населення, яке має також включати і аналіз демографічних показників, є складним процесом, який передбачає певний алгоритм дій (етапи робіт).

У якості «вихідної» опорної схеми дослідження нами було використано методологічну схему геодемографічного районування, запропоновану О. Г. Топчієвим [175, с.220] та схему медико-географічного дослідження, запропоновану Т. В. Ватлиною [17]. Водночас, у зв'язку із залученням більш широкого кола показників і аспектів, поставлених у даній роботі завдань, алгоритм медико-географічного дослідження, на наш погляд, має включати й етапи, не представлені у зазначених методиках. Щонайменше таких етапів буде п'ять (рис. 1.5.).

Першим етапом є збір даних про географічні умови та особливості регіону дослідження. Даний етап специфічний, оскільки зорієнтований на обробку різнорідних масивів інформації, яка стосується як показників впливу на здоров'я, так і безпосередньо характеристик суспільного здоров'я. Окремою ланкою даного етапу є польові дослідження, які у нашому випадку представлені підготовкою анкетування, розробкою анкет, формуванням вибірки та проведенням опитування мешканців різних адміністративних одиниць регіону дослідження з метою збору даних-оцінок населенням власного здоров'я та якості життя.

Другий етап дослідження включає систематизацію даних, аналіз динамічних рядів та картографічне представлення інформації. На даному етапі дослідницькі дії пов'язані із відбором інформації до блоку характеристик здоров'я та демографічної ситуації, отриманої з офіційних джерел даних медичної статистики, а також формуванням блоку інформації з результатами суб'єктивних оцінок з відповідною побудовою динамічних рядів, інфографіки, картосхем. Підсумковими матеріалами даного етапу є матриці статистичних та оцінювальних показників, діаграми, картосхеми і систематизовані аналітично-інформаційні блоки.

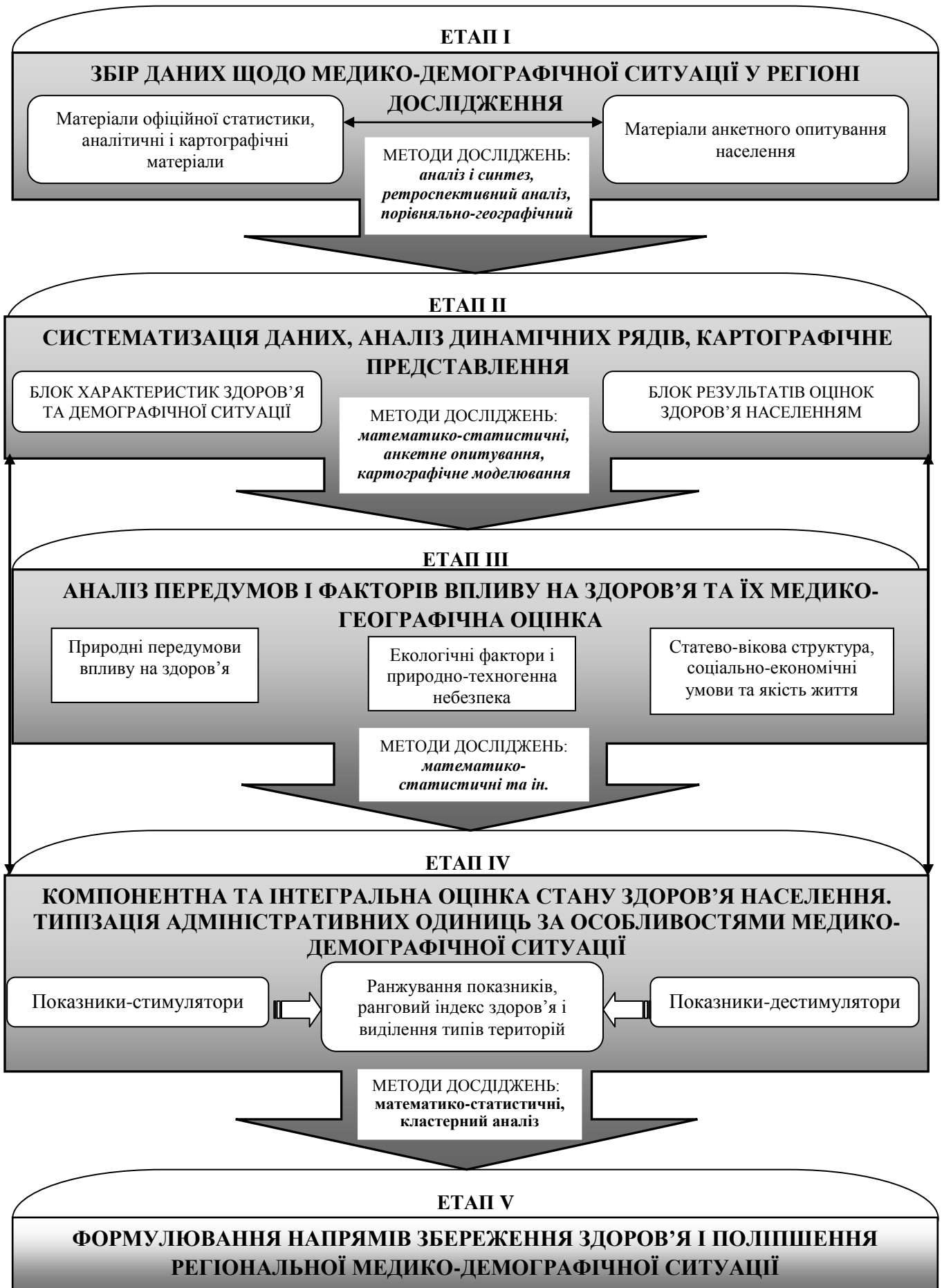


Рис. 1.5. Алгоритм регіонального медико-географічного дослідження

(укладено автором)

Третій етап пов'язаний з аналізом чинників впливу на здоров'я та відтворення населення у регіоні дослідження. Як здоров'я населення, так і його захворюваність, а також відтворення – це соціально опосередковані явища, в яких гармонійно поєднуються біологічні та соціальні якості навколишнього середовища. Медична географія більшою мірою, ніж інші суспільно-географічні дисципліни, пов'язана із дослідженнями природних та екологічних чинників (наприклад, аномальних температур, сонячної радіації, природних радіоактивних та геомагнітних зон, стану атмосфери та якості питної води) на стан здоров'я населення. Ризик здоров'ю несуть і надзвичайні ситуації – землетруси, виверження вулканів, тайфуни, урагани, повені, зсуви, селі тощо. Хоча останні події не завжди можна передбачити.

Дуже важливими щодо формування параметрів здоров'я слід вважати структурно-демографічні чинники, а точніше – статеву-вікову структуру населення, яка є внутрішньою (ендогенною) детермінантою як смертності, так і захворюваності.

Головною (за ступенем впливу) групою факторів є соціально-економічна, якою описуються соціально-економічні умови життя людей тієї чи іншої території, включаючи і стан розвитку сфери охорони здоров'я, а також іноді і спосіб життя людей (соціокультурні аспекти). В зв'язку з цим, аналізуються найважливіші соціально-економічні показники, рівень їх кореляційних зв'язків із захворюваністю і смертністю населення за окремими групами хвороб. З метою підтвердження чи спростування гіпотези наявності значимих взаємозалежностей між інтегральним рівнем соціально-економічного розвитку і складовими показниками медико-демографічної ситуації здійснюється розрахунок інтегрального індексу соціально-економічного розвитку.

В основу розрахунку даного індексу покладено методику середньоарифметичного зведення попередньо відібраних за допомогою факторного аналізу показників (факторів), які є найбільш вагомими у поясненні відмінностей у рівнях соціально-економічного розвитку адміністративних районів регіону дослідження. Взявши за основу 11 вихідних показників, які є значимими в оцінці рівня соціально-економічного розвитку (середньомісячна

номінальна заробітна плата працівників, забезпеченість населення житлом, капітальні інвестиції на 1 особу, обсяг реалізованих послуг населенню, кількість зареєстрованих безробітних, осіб/1000 населення, роздрібний товарообіг підприємств на 1 особу, забезпеченість лікарями на 10 тис. осіб, забезпеченість середнім медичним персоналом на 10 тис. осіб, забезпеченість лікарняними ліжками на 10 тис. осіб, відсоток міського населення, щільність населення), відбираються ті з них, методом головних компонент відбирається найвагоміші показники. Далі вони нормуються (стандартизуються) по відношенню до максимального значення за районами. Інтегральний індекс соціально-економічного розвитку розраховується за формулою (1.1):

$$I_{\text{СЕР}} = \frac{\sum_{j=1}^n Y_{ij}}{n} \quad (1.1),$$

де: $I_{\text{СЕР}}$ – інтегральний індекс соціально-економічного розвитку;

Y_{ij} – стандартизоване значення j -того показника для i -того району;

n – кількість відібраних після факторного аналізу показників.

Вивчити ступінь впливу окремих факторів чи їх груп на здоров'я не просто, однак такі спроби здійснювалися неодноразово. У табл. 1.2 наведені приклади комбінацій чинників, що розглядаються представниками різних наук в якості детермінант здоров'я. З таблиці зрозуміло, що на здоров'я більшою мірою впливають географічні фактори (названі по-різному і представлені у групах соціальних, соціально-економічних, природних умов). Щодо впливу на демографічні процеси, то, за твердженням Н. І. Прицюк та К. Ю. Сегіди [134, 162], основні групи чинників це: природно-біологічні, соціально-економічні, соціально-культурні і психологічні. Таким чином, домінантними у впливі на здоров'я і демографічної ситуації є фактори навколишнього середовища, і на них, на відміну від генетики чи спадковості, можна вплинути.

Водночас, варто враховувати, що будь-яка подія (військово-політична, соціально-економічна чи будь-яка надзвичайна ситуація), як внутрішня так і зовнішня, може стати точкою біфуркації, зі значними послідуочими амплітудними змінами в динаміці показників здоров'я. Також потрібно вірно трактувати поняття «фактор» при геоситуаційному підході. «Фактор»

розглядається як рушійна сила і необхідна умова процесу; він несе в собі момент обумовленості одного іншим, впливу одного на інше. З іншого боку, у понятті «фактор» присутній момент випадковості, він неоднозначний з точки зору детермінуючого впливу [166].

Таблиця 1.2.

**Основні варіанти групування факторів впливу
на здоров'я населення [190]**

<i>Фактори</i>	<i>Вклад, %</i>	<i>Джерело інформації</i>
Соціальний	50	Устав ВОЗ, Прохоров, 1996
Біологічний	20	
Антропогенний	20	
Медичне обслуговування	10	
Соціальні	25	Петленко, 1996
Психологічні	15	
Культурні	5	
Генетичні	20	
Екологічні	25	
Медичні	10	
Стиль життя	50-52	Алексєєв, 1991
Спадковість	18-25	
Природні умови	10-20	
Організація охорони здоров'я	10-15	
Стиль життя	50-55	Лісцин, 2001
Генетика, біологія людини	15-20	
Зовнішнє середовище	20-25	
Охорона здоров'я	8-10	

У даному дослідженні фактори впливу на здоров'я згруповані у три великі групи:

- природні передумови впливу на здоров'я населення;
- фактори природно-техногенної небезпеки (екологічні);
- статево-вікова структура, соціально-економічні умови та якість життя населення.

Виділення таких груп є умовним, перша з них об'єднує значимі у регіоні природні передумови формування здоров'я населення, друга група аналізує

чинники техногенної природи, третя – соціально-економічні аспекти розвитку та якість життя населення.

Наступним *четвертим етапом* дослідження є компонентна та інтегральна оцінка стану здоров'я населення і типізація адміністративних районів регіону за особливостями медико-демографічної ситуації.

Компонентну оцінку варто починати з послідовного розгляду традиційних показників, що використовуються для аналізу населення. Базовими характеристиками є чисельність населення та його динаміка, статевовікова структура, щільність населення та рівень урбанізації. Від динаміки населення залежить людність поселень, трансформація розселення, структура зайнятості, темпи розвитку виробництва тощо. Загальна зміна чисельності населення є результатом як природного приросту/зменшення так і процесів міграції. Різкі зміни чисельності населення на території є результатом скоріше різкого погіршення, аніж поліпшення ситуації у регіоні. В будь-якому випадку, такі зрушення відбиваються на здоров'ї населення. Якщо в ролі природної складової зміни чисельності всі наслідки для медико-демографічної ситуації цілком зрозумілі, то міграційні процеси є серйозним специфічним чинником внутрішнього впливу. Якщо збільшується міграційний відтік з території, то це є свідченням несприятливих умов життєдіяльності населення, які неодмінно є безпосередньою чи опосередкованою причиною погіршення показників суспільного здоров'я. Міграційно активними є в більшості молоді верстви населення, тому їх міграційний відтік провокує зменшення показників народжуваності, збільшення середнього віку населення та збільшення відносних показників смертності. Таким чином, характеристика динаміки населення в той чи інший бік є прогностичним показником змін медико-демографічної ситуації.

Наступними важливими складовими оцінки є територіальний аналіз щільності та показників співвідношення міського та сільського населення. Щільність населення є значимим показником, адже швидкість поширення інфекційних хвороб безпосередньо залежить саме від неї. Закономірно, що показники захворюваності населення вищі у міському середовищі, де

контактність населення висока, а умови для формування і поширення інфекцій кращі. На противагу цьому, у міських поселеннях якість та швидкість надання медичної допомоги значно вища, ніж у сільській місцевості.

Далі характеризується статеві-вікова структура населення. Статєва структура населення може сильно не відрізнятися за адміністративними районами, тоді робляться висновки про роль складової у формуванні МДС у регіоні загалом. В Україні за чисельністю скрізь переважають жінки. Переважання жінок над чоловіками, особливо у стратах фертильного віку, створює умови для кращих показників народжуваності, однак дисбаланс на користь жінок у похилому віці означає й прожиття багатьма з них частини свого життя без чоловіків, що позначається на психологічному і фізичному здоров'ї, тим більше, що їх соціальна роль як помічників молодим сім'ям в Україні зберігається. За умови переважання чоловічого населення над жіночим посилюється роль асоціальних явищ, таких як алкоголізм, самогубства і т.д.

Вікова структура населення є вкрай значимою в оцінці медико-демографічної ситуації. Важливим є аналіз співвідношення основних вікових груп населення: дитячого населення (0-14 років), населення працездатного віку (15-65 років) та населення похилого віку (старше 65 років). Висока частка дитячого населення у віковій структурі є показником наявності майбутнього трудового потенціалу регіону, позитивним є і висока частка населення працездатного віку, що складає фундамент соціально-економічного розвитку території. Зростання частки населення похилого віку свідчить, з одного боку, про зростання тривалості життя, що є позитивним, а з іншого – про зниження працездатності, фізичної і психічної активності значної когорти населення, зниження опору організму до численних недуг тощо.

Щодо балансу вікової структури, то тут найчастіше відзначаються території, де більша роль у навантаженні належить населенню похилого віку. Враховуючи середні розміри пенсійного забезпечення в Україні, населення похилого віку не завжди може повноцінно забезпечувати себе всім необхідним (особливо у плані лікування хвороб чи попередження прогресу захворювань) без фінансової допомоги дітей чи інших осіб, що створює додаткові

навантаження на бюджети домогосподарств чи стає причиною погіршення стану здоров'я людей старших вікових груп. До того ж, збереження здоров'я у старості потребує розробки та впровадження специфічних цільових заходів на різних територіальних рівнях.

Наступна група показників – це показники, якими описується процес відтворення населення: народжуваність, смертність та природний приріст.

Аналіз народжуваності та її динаміки доцільно здійснювати у контексті конкретних особливостей державної демографічної політики. Наприклад, збільшення показників народжуваності не обов'язково є свідченням покращення соціально-економічної ситуації, досить часто спрацьовує «економічний» стимул заохочення народжень – виплати при народженні дитини. Першочерговим є звернення уваги на повікові коефіцієнти народжуваності та показник порядковості народжених дітей в сім'ї. Доцільним є також використання сумарного коефіцієнту народжуваності при аналізі МДС, він найбільш точно відображає режим відтворення населення.

Щодо смертності населення, то аналізу підлягає динаміка та територіальна диференціація загальних коефіцієнтів смертності та смертності за основними причинами. Для визначення вектору динаміки необхідним є розгляд графіків зміни загальних показників смертності в окремих вікових когортах. Виявлення районів з постійно високими показниками смертності від тих чи інших захворювань або зовнішніх причин є сигналом до пошуку факторів формування такої ситуації. За оцінкою багатьох фахівців, показники смертності передають специфіку суспільного здоров'я не гірше, ніж показники захворюваності.

Результуючим показником аналізу режимів народжуваності та смертності є розрахунок коефіцієнта природного приросту (фактично, депопуляції) населення. Виміром депопуляції слугує коефіцієнт депопуляції $K_{гпр}$ (КД), який обчислюється як відношення кількості померлих (P_d) до кількості народжених (P_b) за певний період [101]:

$$K_{гпр} = \frac{P_d}{P_b} \quad (1.2)$$

Граничним значенням даного коефіцієнта є одиниця. Значення показника вище одиниці свідчить про депопуляцію і природне зменшення населення, оскільки число померлих перевищує число народжених.

Наступним кроком медико-географічного дослідження є співвіднесення і комплексний розгляд природного та механічного руху населення, тобто аналіз ходу демографічного процесу. Для відслідковування міграцій застосовується такий показник, як сальдо міграції. Міграційне скорочення населення зазвичай є меншим за своєю значимістю у загальному скороченні населення, ніж природне. Але відтік населення впливає на вікову структуру населення, а саме – на зменшення частки осіб репродуктивного віку, що призводить до підвищення демографічного навантаження з боку старших вікових груп, а в подальшому сприяє зростанню темпів і природного скорочення.

Наступна потужна група показників, що підлягають опрацюванню – це статистичні дані, що характеризують *стан здоров'я* як такий – це показники захворюваності і хворобливості населення. У даній роботі акцент зроблено на трьох групах показників:

- загальна встановлена облікова кількість захворювань (поширеність захворюваності);
- випадки захворювань, що встановлені вперше (первинна захворюваність);
- випадки захворюваності з необхідністю перебування під диспансерним наглядом (диспансеризаційна захворюваність).

Як і показники смертності, показники захворюваності варто розглядати у *розрізі основних груп хвороб*. Їх номенклатура досить широка і потребує вибіркового аналізу. В першу чергу, необхідно проаналізувати групи захворювань, які зазвичай виступають і основними причинами смертності, потім доцільним буде аналіз інших, менш значущих або нелетальних захворювань, чи захворювань, які є ендемічними для даної місцевості. Важливим є й аналіз соціально значимих хвороб, зокрема ВІЛ-СНІДу, туберкульозу, алкоголізму, наркоманії, оскільки останні значною мірою визначають і демографічний розвиток, і роботу системи охорони здоров'я.

На цьому компонентний аналіз основних медико-демографічних характеристик за даними офіційної медичної статистики завершується. Наступним кроком є опрацювання даних опитування населення з метою розкриття особливостей суспільного здоров'я і ролі факторів у його формуванні з позицій власної оцінки їх мешканцями регіону.

Використання методів опитування в оцінці здоров'я, а тим більше – у специфічному його зв'язку з якістю життя населення, зумовлюється низкою причин. Найголовніше – підвищення достовірності та репрезентативності результатів оцінки, оскільки офіційна статистика не завжди повністю розкриває картину стану здоров'я та його зумовленість різними чинниками. Наприклад, населення не завжди звертається до закладів охорони здоров'я зі скаргами на недугу. Передусім це пов'язано з потенційно досить значними затратами на лікування, поширенням самолікування через сумніви у постановці правильного діагнозу чи неможливості дістатися лікарні тощо. Негативною рисою сьогодення залишається безвідповідальне ставлення до регулярних медичних обстежень і профілактики захворюваності. Це стосується, насамперед, сільського населення, яке в більшості звертається за допомогою при наявності нестерпного болю. У такій ситуації виникає дослідницька проблема, коли за наявними статистичними показниками оцінити реальний рівень здоров'я/нездоров'я населення стає проблемою.

Дещо краща ситуація з оцінкою якості життя населення, у т.ч. з позицій здоров'я. Використання результатів обстежень домогосподарств, які регулярно проводяться управліннями статистики, дозволяє дослідити більш-менш реальну картину рівня та якості життя населення регіону. Але населення не завжди показує свої реальні доходи (наприклад, у сільській місцевості Херсонської області майже кожне домогосподарство має незадекларовані прибутки від реалізації сільськогосподарської продукції), відповідно спотворюється інформація і по витратах населення. Показники безробіття також не будуть досить інформативними, тому що далеко не всі продавці продукції у сільській місцевості реєструються як юридичні особи-підприємці і здійснюють

реалізацію власної сільськогосподарської продукції, нерідко перебуваючи на обліку Державної служби зайнятості як безробітні.

Найбільш часто науковці застосовують такий метод збору первинної інформації як опитування, що у суспільній географії вважається методом польових досліджень [66, с. 109]. За умов вдало організованої і репрезентативної вибірки, охоплення значної кількості респондентів, можемо отримати результати з високим рівнем достовірності.

Методи включення в загальну оцінку суб'єктивних даних опитувань у географії поки не є дуже поширеними. Така тенденція дісталась у спадок від радянських часів, коли більш обґрунтованим (і бажаним) вважалось побудова дослідження на основі виключно показників офіційної державної статистики, яка контролювалась. У західних методиках оцінки соціологічні методи використовуються давно, успішно і для аналізу величезного розмаїття процесів. Оскільки метод опитування має ряд специфічних рис, методика конкретного медико-географічного дослідження прилаштовується під його специфіку.

Збір даних методом опитування має суттєву перевагу – він дає можливість одержання багатьох характеристик (при цьому враховуються демографічні або соціально-економічні характеристики і спосіб життя, погляди та думки окремих людей, їх обізнаність та знання, наміри, мотивація тощо). Серед основних позитивних рис використання анкетування у суспільно-географічних дослідженнях слід відзначити швидкість отримання даних, відносно невисоку вартість по відношенню до обсягів отриманої інформації. В той же час, опитування являє собою суму поглядів різних людей, відповіді яких залежать як від якості сформульованих питань, так і від обізнаності самого респонденту. Опитування залежить від бажання, настрою і здатності респондентів надавати інформацію.

У даній роботі конкретним опитувальним методом обране анкетування респондентів – мешканців адміністративних районів області. Вибіркове анкетування – це експеримент. Для ідеального експерименту характерні такі риси [41, с. 69-70]:

- проведення анкетування за заздалегідь спланованою вибіркою показників у розрізі операційно-територіальних одиниць;
- використання експериментальної і контрольної групи респондентів, для проведення попередніх пробних оцінок та масштабного анкетування;
- рандомізація – випадковий відбір респондентів у контрольні і експериментальні групи (рандомізація є певним середнім між випадковим вибором, стратифікацією та квотуванням).

Техніку організації та проведення анкетування респондентів для потреб даного медико-географічного дослідження (як і можливо інших суспільно-географічних робіт) укладено нами на основі досвіду як географів, так і соціологів (рис. 1.6) [31, 81,123, 175].

В цілях суб'єктивного оцінювання суспільного здоров'я нами було розроблено анкету, в якій були використані різні варіанти типових питань для дослідження якості життя та здоров'я населення (зокрема, короткий опитувальник ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL – BREF), анкета оцінки якості життя SF-36, Нотінгемський профіль здоров'я [207, 210, 211, 213]). Анкета складалася з 16 питань і заповнювалася анонімно. Перші три її питання містили дані про місце проживання, стать, вік і були спрямовані на оцінку відповідності респондента потребам вибірки. До кожного наступного питання пропонувалось 5 варіантів відповідей з оціночними балами від 0 до 4. В 9-му питанні респонденту пропонувалось обрати довільну кількість варіантів відповідей, які задовольняють наведене питання (зразок анкети – Додаток Б).

В анкеті представлена векторна система оцінювання. Наприклад, восьме питання «Наскільки Ви задоволені власним рівнем життя?» має наступні відповіді (з відповідною кількістю балів): 0 – зовсім не задоволений(-на); 1 – не дуже задоволений(-на); 2 – можу миритися; 3 – загалом задоволений (-на); 4 – дуже задоволений (-на). За такої системи оцінки, чим вище рівень задоволеності рівнем життя, тим вище оціночний бал – це бальна шкала прямого оцінювання. Мінімальна оцінка 0 була обрана для того, щоб підкреслити негативні нотки у відповідях респондентів.



Рис. 1.6. Схема методики організації та проведення анкетування для потреб суспільно-географічних досліджень (укладено автором)

Розробка анкети передбачала формулювання сукупності питань, які найповніше характеризують стан здоров'я та якості життя населення, у формі, яка не викликає занепокоєння у респондентів. З метою оцінки сприйняття респонденту змісту окремих питань, їх уточнення було проведене попереднє анкетування, після якого варіанти відповідей на питання щодо причин, які впливають на стан здоров'я, були суттєво скориговані.

В якості операційно-територіальних одиниць (ОТО) у дослідженні було обрано адміністративні райони Херсонської області та міськради Херсона та Нової Каховки. Відповідно, для кожної ОТО було розраховано вибірку на

основі показників статевовікової структури населення та співвідношення міського та сільського населення (Додаток В). Було заплановано опитати номінально 2300 осіб, по 100 осіб у кожному районі, 100 осіб – у Новій Каховці та 400 осіб – у Херсоні. Після проведення «ремонт» вибірки, загальна кількість опитаних склала 2082 особи, від 70 до 100 опитаних осіб по районах, 100 осіб в Новій Каховці (міськрада) та 310 осіб в Херсоні (міськрада).

При виборі оптимальної кількості респондентів ми керувалися класичною моделлю Геллапа [168, с. 370-371], де експериментально встановлено залежність між об'ємом вибірки і точністю репрезентативності результатів. Для оптимальної точності результатів при дослідженні великих груп методом випадкової вибірки, рекомендована кількість респондентів склала 600 осіб, що покажуть результат з точністю до $\pm 5\%$. Враховуючи, що необхідно було провести опитування у 20 ОТО, то потрібна кількість респондентів складала б 12000 осіб, що становить приблизно 1% від загальної кількості населення області. Зрозуміло, що такий об'єм респондентів є важким для «підйому» в межах одного дослідження. Але, за умови квотної вибірки, менша кількість респондентів також надає адекватні результати. Тому нами було обрано мінімальний рекомендований об'єм вибірки за моделлю Геллапа, що становить 100 осіб із точністю результатів $\pm 11\%$ при випадковій вибірці.

Через те, що наша вибірка нормована за статевовіковими квотами та поділом населення на сільське і міське, то точність дослідження зростає у два рази і становитиме ті ж 5%, що вже задовольняють умови репрезентативності результатів. Враховуючи що загальна кількість опитаних по Херсонській області становить більше двох тисяч, то репрезентативність загальних результатів є високою навіть за умови випадкової вибірки. Відповідно до слів Дж. Геллапа: «Ошибки в социологических исследованиях возникают не потому, что было опрошено мало людей, а потому, что были опрошены не те люди» [173, с. 56], ретельно підібрана вибірка є передумовою якісного опитування.

В якості інтерв'юерів виступили студенти Херсонського державного університету, які були попередньо проінструктовані, а також їх знайомі і родичі. Відбір кандидатів у інтерв'юери здійснювався на основі місця

проживання студентів – відповідно до районів, міст, селищ міського типу та сіл, звідки вони родом. Для проведення анкетування у кожному районі було обрано по 3-6 студентів. Кожному інтерв'юєру було видано пакет анкет у кількості від 12 до 35 (в залежності від кількості наявних інтерв'юєрів у даному районі та особливостей вибірки), укомплектованих відповідно до статево-вікової структури населення ОТО. Як показує досвід, населення насторожено ставиться до незнайомих осіб, які пропонують пройти анкетування. Тому звернення від імені автора дослідження та університету до осіб, які проживають безпосередньо у даному населеному пункті і можуть (враховуючи невелику кількість анкет у пакеті) опитати всіх необхідних респондентів серед своїх родичів та знайомих, дозволило оптимізувати та пришвидшити процес анкетування. Анкетування було проведено на початку 2015 р., коли студенти-інтерв'юєри перебували на канікулах.

За результатами опрацювання анкет була створена база даних результатів дослідження та враховано середні бали відповідей на кожне питання. За результатами середніх балів було здійснено групування районів і проведено аналіз територіальних особливостей суспільного здоров'я та якості життя населення Херсонської області згідно з суб'єктивними уявленнями про них місцевого населення. Середні оцінки по кожному району далі стали складовою інтегральної суб'єктивної оцінки стану здоров'я та якості життя населення.

Наступним етапом є *інтегральна оцінка стану здоров'я населення* досліджуваного регіону і *типізація адміністративних районів за особливостями МДС*. Оскільки використання показників смертності, поширеності захворюваності і первинної захворюваності разом може спровокувати значні похибки і певне нівелювання результату, більш обґрунтованим є застосування, поруч з іншими, комплексних індикаторів «ризик смертності внаслідок захворюваності» за окремими групами хвороб, які вказують на ризик *причинозумовленої смертності за даного рівня захворюваності на території*. Фактично він означає ймовірність негативного розвитку тієї чи іншої патології і прив'язаний до конкретної структури

небезпечних хвороб. Розрахунок комплексного індикатора ризику смертності проводиться за формулою (1.3) [152]:

$$IPC = \frac{CЗ}{ПЗ} \times ЗВ; \quad (1.3)$$

де : IPC – індикатор ризику смертності (на 100 тис. населення);

CЗ – смертність внаслідок захворюваності (на 100 тис. населення);

ПЗ – поширеність захворюваності (на 100 тис. населення);

ЗВ – захворюваність населення, зареєстрована вперше у поточному році (первинна захворюваність на 100 тис. населення).

У роботі дані комплексні індикатори обчислені для смертності від основних груп хвороб: новоутворень, інфекційних та паразитарних хвороб, хвороб системи кровообігу, хвороб органів дихання, хвороб органів травлення, зовнішніх причин.

Стрижнем інтегральної оцінки суспільного здоров'я населення досліджуваного регіону є метод рангової оцінки масиву показників з наступним обчисленням *рангового індексу здоров'я*. За базову модель такого способу обчислення було взято підхід, застосований В. В. Яворською в оцінці геодемографічної ситуації [203]. Оскільки у даному дослідженні оцінюється МДС, стан суспільного здоров'я, то до переліку показників, окрім демографічних характеристик відтворення за різними типами поселень і в цілому, включені і характеристики поширення захворюваності, і обчислені комплексні індикатори ризику смертності від окремих груп хвороб, і середні бальні оцінки здоров'я мешканцями адміністративних районів, які отримані з анкетного опитування.

При цьому був застосований наступний алгоритм дій (рис. 1.7):

1) Виділено два масиви: показники-стимулятори (11 показників, серед яких 1 суб'єктивний) та показники-дестимулятори (14 показників, серед яких 2 суб'єктивні) – всього 25 показників. Показники, які були обрані в якості основних, формують дві групи з двома підгрупами у кожній.

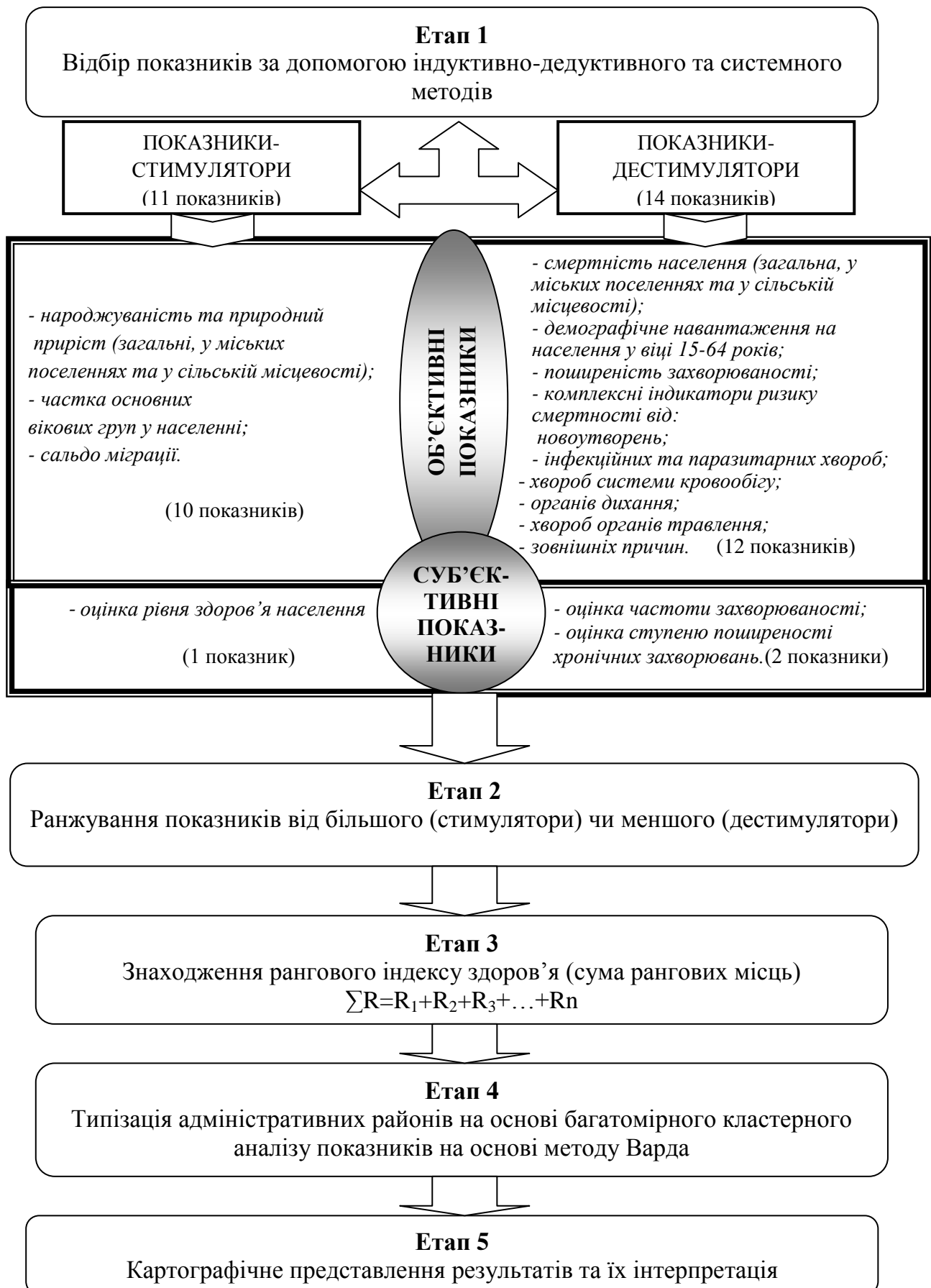


Рис. 1.7. Техніка розрахунку інтегрального індексу здоров'я та типізації адміністративних районів регіону (укладено автором)

2) Всі показники ранжовані і позначені певними рангами у відповідності до рівневого значення показника в тому чи іншому адміністративному районі: для показників-стимуляторів ранг «1» відповідає найвищим показникам (наприклад, найвищий показник народжуваності), а для показників-дестимуляторів – найнижчим (наприклад, найнижчий показник смертності); рейтинг «20» (відповідно до числа адміністративних утворень регіону дослідження), навпаки, відповідає найнижчим показникам-стимуляторам і найвищим-дестимуляторам. (Додаток Г);

3) Для кожного адміністративного району визначено ранговий індекс здоров'я, на базі нетто-розрахунку опорних рангів – їх суми (за такого способу зрозуміло, що вага всіх показників однакова), на цій основі проводиться групування районів за ранговим індексом здоров'я;

4) Окремо проведено групування районів за факторами-стимуляторами та факторами-дестимуляторами впливу на здоров'я та здійснено типізацію адміністративних районів в умовній двомірній системі координат. Типізацію виконано за допомогою багатомірного кластерного аналізу. За міру відстаней прийнято відстань Чебишева, що підкреслює найбільшу відмінність адміністративних утворень один від одного, за принцип їх об'єднання у кластери обрано метод Варда, який являється найбільш точним і ґрунтується на дисперсійному аналізі. Аналіз супроводжується картографічною візуалізацією – за найбільш важливими проміжними індексами створюються, послідовно аналізуються і порівнюються картосхеми.

В свою чергу, для перевірки обчисленого інтегрального індексу здоров'я, можна використати ще один індекс – індекс демографічної напруженості (ІДН), який розраховується для останнього п'ятирічного періоду спостережень [176]:

$$\text{ІДН} = Y * \lg \rho * (0,1 * Z - 2 * P + C) * C_d^2 * V \quad (1.4)$$

де: Y – частка земель, зайнятих міською та промисловою забудовою, %;

ρ – щільність населення (осіб на км²);

Z – поширеність захворюваності (на 1000 населення);

P – загальний показник народжуваності (на 1000 населення);

C – загальний показник смертності (на 1000 населення);

C_d – дитяча смертність (на 1000 населення);

V – корегуючий множник (для Херсонської області він становить 10^{-3} , вводитьсь з метою поправки значень до більш вигідного значення коефіцієнта у межах одиниці, що полегшує інтерпретацію результатів).

Даний індекс нерідко використовується у медико-екологічних дослідженнях і є основним при медико-екологічному зонуванні.

На заключному *п'ятому етапі* медико-географічного дослідження описаний попередній аналіз особливостей стану здоров'я населення і МДС, основних чинників впливу на здоров'я дає підстави сформулювати стратегічні напрями його збереження здоров'я і поліпшення медико-демографічної ситуації загалом по області і за виділеними типами районів.

Підсумовуючи викладене, зазначимо, що методика оцінки здоров'я населення регіону ґрунтується на відборі характеристик здоров'я та відтворення населення та коригуванні їх за допомогою анкетних оцінок. На основі системно-дедуктивного підходу відібрані характеристики зводяться в єдиний ранговий індекс здоров'я, з послідуною типізацією територій за цими ж характеристиками та територіальними їх особливостями. Паралельно слід здійснювати оцінку факторів ризику для здоров'я, серед яких найбільш значними є природні та екологічні фактори, статево-вікова структура населення, соціально-економічні умови та якість життя населення.

Висновки до розділу 1

1. Історичний шлях розвитку географічних досліджень, пов'язаних з проблемами оцінки стану здоров'я та присвячених вивченню просторових особливостей демографічної ситуації, йшов паралельними стежками і окреслювався спільною або «перехресною» тематикою. Аналіз історичних особливостей еволюції обох напрямів – власне медико-географічного і геодемографічного – дозволив виокремити чотири основних етапи їх поступального розвитку, які супроводжувалися змінами самої концепції «здоров'я», його тлумачення і різними акцентами досліджень.

Розвиток нозогеографії, а пізніше медичної географії, був зумовлений епідеміологічною обстановкою Середньовіччя, далі – проблемами, що виникли у зв'язку з освоєнням нових земель, а на сучасному етапі – екологічною та соціальною обумовленістю захворювань. Активний розвиток геодемографічної лінії приурочений до початку офіційних переписів населення у XVIII ст., що дало значні відомості для географічних досліджень. Згодом ця лінія також була переорієнтована на вивчення специфіки освоєння нових територій та формування систем розселення. Тривалий час і медико-географічні, і геодемографічні дослідження перебували на «міжпредметному пограниччі», сьогодні вони об'єднуються задля адекватного відображення і характеристики складних категорій («суспільне здоров'я», «якість життя населення» та ін.).

2. Специфіка медико-географічного дослідження передбачає обґрунтування та уточнення суті багатьох комплексних категорій, якими характеризується стан здоров'я населення. Такими у роботі визначено категорії «суспільне здоров'я» та «медико-демографічна ситуація». Під суспільним здоров'ям населення регіону розуміється *основна властивість людської спільноти, її природний стан, що відображає індивідуальні пристосовницькі реакції кожної людини і здатність всієї спільноти в конкретних умовах найбільш ефективного здійснювати свої соціальні та біологічні функції* (за основу взяте визначення Б.Б.Прохорова).

Дано авторське визначення категорії МДС: *медико-демографічна ситуація – це просторово-часовий стан демографічних процесів у причинно-наслідковому взаємозв'язку з якісними характеристиками населення, його здоров'я в рамках багатофакторної обумовленості*. В ієрархічному ряду багатьох суміжних категорій-ситуацій місце категорії МДС оцінюється як найближче до категорій медико-екологічна та медико-географічна ситуація. Доцільність використання категорії «медико-демографічна ситуація» у медико-географічному дослідженні пояснюється як загальною «соціалізацією» географії, так і конструктивною ув'язаністю показників захворюваності і хворобливості населення, зі смертністю та іншими показниками відтворення в оцінках саме популяційного (суспільного) здоров'я, а також поширеним використанням комплексних демографічних індексів, зокрема індексу ризику

смертності від окремих хвороб, індексу демографічної напруженості та ін. Окремі характеристики стану здоров'я населення розглядаються у відповідності до структурних його особливостей в тих чи інших районах, отже демографічний компонент є дуже значимим.

3. Медико-географічне дослідження має спиратися на низку принципів, серед яких основними є наступні: цілеспрямованості, послідовності, цілісності, структурності, ієрархічності, функціональності, комплексності.

Алгоритм медико-географічного дослідження стану здоров'я у регіоні включає ряд етапів, на більшості з яких аналізуються як показники офіційної медичної статистики, так і результати опитування населення. На *першому етапі* досліджень здійснюється збір та опрацювання даних щодо стану здоров'я, відтворення населення у регіоні дослідження. Тут присутня аналітична і польова фази дослідження. Останньою передбачене проведення анкетного опитування респондентів. На *другому етапі* здійснюється систематизація даних за блоками показників, аналіз динамічних рядів, картографічне представлення зібраної інформації. На *третьому етапі* дослідження виділені та аналізуються три великі групи чинників впливу на здоров'я населення: природні, екологічні та соціально-економічні, які є найбільшими детермінантами стану здоров'я. *Четвертий етап* присвячений інтегральній оцінці стану здоров'я населення, яка включає розрахунок рангового індексу здоров'я населення на основі попереднього ранжування адміністративних районів за 25 відібраними показниками (стимуляторами і дестимуляторами) та їх наступного агрегування, та типізацію адміністративних районів на основі багатомірного кластерного аналізу й опису виділених типів. На *останньому (n'ятому) етапі*, відповідно до проведеної типізації, формулюються пріоритетні напрями збереження здоров'я населення і поліпшення регіональної медико-демографічної ситуації. Варіативна складова етапів може значно відрізнятись в залежності від цілей та акцентів конкретних досліджень, рівня та локалітету досліджуваних територій.

РОЗДІЛ 2

УМОВИ ТА ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА ЇХ МЕДИКО-ГЕОГРАФІЧНА ОЦІНКА

На здоров'я населення, за думкою багатьох фахівців, впливають дві основні групи факторів: природні та соціально-економічні [99]. Однак за масштабних антропогенних змін навколишнього середовища навряд чи можна казати про «чистий» вплив природних чинників. На населення, характер його динаміки, тим більше – стан його здоров'я впливає й фактори техногенної природи (екологічні). Водночас, на сьогодні найвагомішою роллю відзначається і група соціально-економічних чинників, якість (у т.ч. спосіб) життя населення, соціокультурні та інші характеристики, що пов'язані із соціумом, характером господарювання, особливостями освоєння, культурного розвитку тощо. Звичайно, до останньої групи можна додати і соціально-політичні чинники, проте їх аналіз винесено за рамки даного дослідження. Але, очевидно, фактор військово-політичної небезпеки для Херсонської області має оцінюватися як значимий у формуванні стану здоров'я населення.

На кожному наступному етапі розвитку суспільства співвідношення у ступені впливу тих чи інших факторів на здоров'я населення закономірно змінювалось. Актуальність дослідження тих чи інших чинників залежить від економічної і, навіть, політичної ситуації в суспільстві (регіоні) у конкретний історичний проміжок часу [154].

2.1. Природні передумови впливу на здоров'я населення

Господарська діяльність населення сприяла підвищенню антропогенного навантаження і формуванню великої групи патологій – екологічно залежних [28]. В той же час, вплив природно-географічних факторів залишається пріоритетним для цілого ряду захворювань.

Ще з радянських часів отримала потужний розвиток теорія природи осередків інфекційних хвороб (Д. К. Заболотний, Є. Н. Павловський та ін.), зокрема кліщових енцефалітів, чуми, туляремії та ін. Згідно цієї теорії,

природні умови впливають на перебіг епідемічного процесу лише через основні внутрішні рушійні сили цього процесу – генетичні та імунологічні фактори популяцій збудників (тварин, комах) та / або людей. Характерною особливістю природно-осередкових хвороб є їх сезонність, що зумовлена біологією тварин – зберіганням інфекції у природних біотопах або активністю переносників, а також їх пов'язаність з певними клімато-географічними умовами.

До факторів навколишнього середовища, які впливають на стан популяційного здоров'я, відносяться щонайменше: характер та якість їжі та води, електромагнітний вплив (включаючи фізичні поля), динамічний і хімічний стан атмосферного повітря, збалансованість і стабільність кліматичних і геологічних умов; ритми природних явищ тощо. Природні (а у широкому розумінні – природно-екологічні) фактори є постійною первинною передумовою впливу на життєдіяльність населення. А оскільки вони визначають і спосіб освоєння території, причому не тільки під сільськогосподарську діяльність, промисловість чи житлову забудову, але і під розвиток інфраструктури (доріг, системи електротрас і комунікацій, включаючи сотовий зв'язок), рекреаційну діяльність (завдяки якій забезпечуються потреби збереження здоров'я і сил населення), то їх вплив слід вважати дуже значимим.

Увага до встановлення ролі і місця природних факторів у формуванні здоров'я населення та його відтворення особливо активізувалась з часів Конференції ООН з навколишнього середовища в Ріо-де-Жанейро у 1992 р. Потреби збалансованого розвитку окремих територій і значення збереження природних основ існування людства зумовили взаємопов'язаний розгляд природних передумов життєдіяльності людини і чинників техногенної природи, які іноді умовно називаються екологічними факторами.

Вплив природних чинників на здоров'я та життєдіяльність населення прийнято описувати в термінах комфортності/дискомфорту природного середовища для населення. Загалом, комфортність розуміється як система оцінок умов життєдіяльності, що формується на основі задоволення потреб населення. Рівень комфортності проживання населення на території є показником кінцевого ефекту впливу на людей факторів навколишнього

середовища. З медичної точки зору, комфорт – це те, що забезпечує оптимальні умови перебігу різних процесів життєдіяльності. Звідси, «природна комфортність» або «комфортність природного середовища» розуміється як ефект впливу на населення природних факторів території проживання [159]. За визначенням М. Ф. Реймерса: «комфортність – це суб'єктивне почуття і об'єктивний стан повного здоров'я за даних умов навколишнього середовища, включаючи його природні та соціально-економічні показники» [149]. З іншого боку, існує поняття «природні ризики», під якими розуміється ймовірність загрози комфортності, життю або здоров'ю людини, чи здоров'ю та життю майбутніх поколінь з боку природних факторів [24].

Природна комфортність є результатом інтегрального прояву багатьох складових – від тривалості кліматичних сезонів, контрастності температур і вологості до наявності природних осередків хвороб. Значиму роль відіграють наступні групи чинників:

1) Геофізичні (геомагнітна та сейсмічна обстановка; метеорологічні (погодні) умови; небезпечні природні явища; природний радіаційний фон території тощо)

2) Біогеохімічні (природний склад ґрунту; природний склад поверхневих / ґрунтових / артезіанських вод (особливо стан питної води)).

За основу тут взято прийняті класифікації факторів, що використовуються в екологічній гігієні, медичній екології, екології людини, рекреалогії тощо [56, 189]. У Херсонській області диференціація багатьох природних чинників, здатних вплинути на здоров'я населення, не є великою, отже для аналізу відібрано лише частину з них.

Крім того, більшість природних факторів впливу на здоров'я населення вже не можна характеризувати як чисто «природні», адже людина змінила майже всі геосфери, тому поруч аналізуються особливості стану атмосфери, ґрунтових та поверхневих вод (які використовуються як питні), а також ґрунту. У практиці дослідження якості життя населення таким чином оцінюється геоекологічна комфортність [158, с.9].

Власне оцінка природної комфортності та природних ризиків є досить важким завданням. Найбільш відомою у географії спробою оцінити комфортність природних умов в свої часи стала «Карта оцінки природних умов життя населення СРСР», створена О. Р. Назаревським ще у 1970-х рр. За п'ятибальною шкалою автор оцінив 30 показників для всієї площі колишнього СРСР. Через існування значної диференціації, перевагу було надано кліматичним показникам: літній та зимовій температурам, вологості, опадам та їх режиму, тривалості жаркого (середньодобова t° більше 20°) та холодного (середньодобова t° менше -20°) періодів, тривалості безморозного, похмурого періодів, силі вітру, сонячній радіації тощо. Також були враховані сейсмічність, заболоченість, наявність кровосалних комах, природно-вогнищева захворюваність, ступінь різноманітності ландшафту і т.д.[107]. Було виділено п'ять ступенів сприятливості природних умов життя населення:

- дуже несприятливі (менше 2,0 балів);
- несприятливі (2,0 – 2,5 балів);
- малосприятливі (2.5 – 3 балів);
- сприятливі (3,0 – 3,5 балів);
- найбільш сприятливі (більше 3,5 балів).

За цією оцінкою, територія Херсонської області і більша частина України відносяться до найбільш сприятливих для життєдіяльності населення територій.

Іншою спробою оцінки природної комфортності стала розроблена Б. Б. Прохоровим у 1999 р. «Таблиця основних показників, що характеризують природну комфортність території Росії» [143]. В цій оцінці автор врахував практично тільки кліматичні показники, оскільки головним завданням дослідження була оцінка, насамперед, суворості клімату. Було виділено 5 зон комфортності: комфортні, прикомфортні, гіпокомфортні, дискомфортні та екстремальні умови (табл. 2.1). За даною схемою природні умови території Херсонської області також визначаються як комфортні для проживання населення.

Зважаючи на такий загальний «фон» спробуємо визначити особливості впливу природних чинників на здоров'я населення Херсонської області.

Таблиця 2.1.

**Таблиця основних показників, що характеризують природну
комфортність території (за Б.Б. Прохоровим)**

Фактори/умови	Екстремальні	Дискомфортні	Гіпокомфортні	Прикомфортні	Комфортні
Повторюваність сприятливих погод, %	менше 10	10-20	20-35	35-40	більше 40
Тривалість без морозного періоду за рік, дні	менше 70	70-90	90-105	105-110	більше 110
Ультрафіолетова недостатність, дні	більше 150	90-150	60-90	30-60	відсутня
Тривалість полярного дня і полярної ночі, днів	37-74	менше 37	відсутні	відсутні	відсутні
Опалюваний період, дні	більше 300	275-300	250-275	225-250	менше 225
Середня температура опалюваного періоду, градусо-дні	от - 24,2 до -12,7	от - 24,2 до -12,7	от -13,0 до -3,0	от -7,0 до -2,0	от -3,7 до +6,0
Сума активних температур за період зі середньодобовою +10°C, градусо-дні	менше 800	800-1400	1200-1600	1500-2000	2000-3500

Вагомим фактором впливу на життєдіяльність та здоров'я населення є *природне магнітне поле*. Ризик для здоров'я населення становлять відхилення від нормального магнітного поля – так звані магнітні аномалії, а також утворені ними геопатогенні зони. Після аналізу карти «Аномальне магнітне поле» [179, с.18], нами було укладено картосхему аномальних магнітних полів на території Херсонської області (рис 2.1). В аналітичних цілях було використано і карту «Біополя (геопатогенні зони)» [179, с.19].

Доведено, що магнітне поле досить активно впливає на самопочуття і здоров'я людини [164]. Цілком закономірним є факт, що чим більшою є амплітуда відхилення магнітного поля від нормалі (аномалія), тим сильнішим є вплив. Відштовхуючись від цього, ми здійснили бальну оцінку ризику впливу аномального магнітного поля на здоров'я населення Херсонської області. За основу було взято бальну шкалу з карти «Аномальне магнітне поле».

Мінімальний ризик при аномальному відхиленні в інтервалі 0-100 нТл¹ оцінювався в 1 бал, максимальний ризик при аномалії більше 1000 нТл – в 5 балів (рис. 2.1). За оцінкою зарубіжних фахівців (в більшості розвинутих країн нормативи магнітної індукції є обов'язковими при проектній організації будівництва житлових будинків), за безпечний («нормальний») рівень опромінення, що не призводить до онкологічних та інших захворювань, рекомендовано величину потоку магнітної індукції у 100 нТл [212]. Перевищення даного значення означає збільшення ризику для здоров'я.

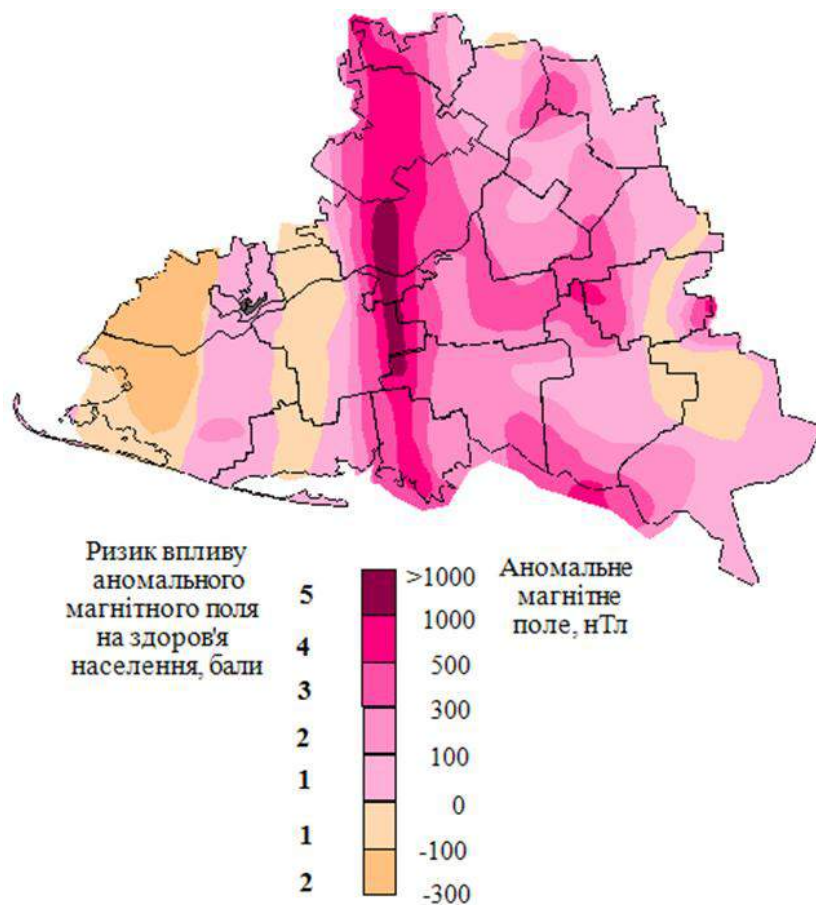


Рис 2.1. Ризик впливу аномального магнітного поля на території Херсонської області (укладено за даними [179])

Для кожного адміністративного району було оцінено ризик впливу аномального магнітного поля, як середньозважене значення показників аномалій, представлено у балах (табл.2.2).

¹ нТл (наноТесла) – одиниця вимірювання індукції магнітного поля

Таблиця 2.2.

Бальна оцінка ризику впливу аномального магнітного поля на здоров'я населення Херсонської області*

<i>Адміністративний район, місто</i>	<i>Оціночний бал ризику впливу аномального магнітного поля на здоров'я населення</i>
Білозерський	1,42
Бериславський	3,20
В-Олександрівський	3,27
В-Лепетиський	1,67
В-Рогачицький	1,43
Високопільський	2,38
Генічеський	1,07
Голопристанський	1,22
Горностаївський	1,88
Іванівський	1,87
Каланчацький	2,94
Каховський	2,52
Н-Сірогозський	2,01
Н-Воронцовський	1,58
Н-Троїцький	1,63
Скадовський	1,29
Цюрупинський	1,75
Чаплинський	2,20
м. Н.Каховка	4,00
м. Херсон	1,00

**розраховано автором*

Зона високих значень аномального магнітного поля тягнеться смугою від крайнього заходу Чаплинського району, через східну частину Цюрупинського району, м. Нова Каховка та Бериславський район. Майже вся територія Херсонської області має позитивні магнітні аномалії, лише на крайньому сході (територія Генічеського та Іванівського району) та на заході (два відріжки на території Голопристанського, Цюрупинського, Білозерського, Скадовського районів та м. Херсон) наявні негативні аномалії магнітного поля.

Нами проведено кореляційний аналіз між показниками захворюваності та смертності населення та оціночними балами ризику впливу аномального магнітного поля на здоров'я за адміністративними районами Херсонської області (табл. 2.3.).

Таблиця 2.3.

Кореляційні відношення основних показників смертності та захворюваності населення та оціночного балу ризику впливу аномального магнітного поля на здоров'я населення Херсонської області*

	<i>Медико-демографічні показники</i>	<i>Коефіцієнт кореляції з балом ризику впливу аномального магнітного поля на здоров'я</i>
Смертність	загальна	0,31
	від деяких інфекційних та паразитичних хвороб	-0,13
	від новоутворень	0,36
	від хвороб системи кровообігу	-0,08
	від хвороб органів дихання	0,08
	від хвороб органів травлення	0,27
	від зовнішніх причин	0,38
	дитяча	0,13
Захворюваність	всі хвороби	-0,21
	деякі інфекційні та паразитичні хвороби	-0,41
	новоутворення	-0,06
	хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	0,18
	розлади психіки та поведінки;	0,46
	хвороби системи кровообігу	-0,24
	хвороби органів дихання	-0,39
	хвороби органів травлення	-0,13
	хвороби сечостатевої системи	-0,09
	травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин	0,17

**розраховано автором*

Проведений кореляційний аналіз дозволив виявити такі тенденції:

1) Наявність помірного прямого зв'язку (за таблицею Чеддока) між захворюваністю на розлади психіки та поведінки і впливом аномального магнітного поля. Це твердження можна вважати цілком ймовірним, оскільки при статистичній перевірці отриманого показника на достовірність $r_{\text{вирх}} > r_{\text{табл}}$ ($0,46 > 0,44$ при $P=0,95$). Варто відмітити, що вплив магнітного поля на психічний стан людей підтверджений науковими дослідженнями [156]. Помірна сила зв'язку пояснюється доповнюючим впливом техногенного магнітного поля та його резонансом з природним, а також впливом інших факторів.

Тому на територіях, що знаходяться у зоні таких аномалій, присутній високий ризик розвитку психічних розладів та захворювань (м. Нова Каховка, Великоолександрівський, Бериславський, Каховський, Високопільський,

Нижньосірогозький, Чаплинський та Каланчацький райони). Територією підвищеного ризику є м. Нова Каховка – це місто у 2014 р. посідає четверте місце в області за показниками загальної захворюваності та третє місце – за показниками захворювань на розлади психіки та поведінки.

2) Встановлено зворотній зв'язок між показниками смертності та захворюваності на інфекційні та паразитичні захворювання і впливом аномального магнітного поля. Цю тенденцію можна пояснити, зокрема, впливом магнітних аномалій на поширення патогенних мікроорганізмів [80].

Щодо *біокліматичних чинників*, то їх вплив є досить детермінованим, але з деякими особливостями. Наприклад, добове коливання атмосферного тиску зі значною амплітудою призводить до загострення серцево-судинних захворювань. Різке похолодання також викликає серцево-судинні загострення та збільшення частоти простудних захворювань. Методично важко враховувати абсолютно всі біокліматичні ризики для життя і здоров'я населення, тому про комфортність/дискомфорт цієї групи умов доцільно судити крізь призму комплексного біокліматичного зонування. Згідно з ним [179, с.42], територія Херсонської області належить до двох зон біокліматичної комфортності:

1. *Комфортна зона та помірно комфортна підзона (за переважальною частотою повторення погод)*. До неї належить майже вся територія Херсонської області, окрім крайніх північних районів. Основні показники: 150-180 днів сприятливої погоди, 3200-3400°C – сума активних температур та 135-145 днів з циклонами.

2. *Сприятлива зона та сприятлива підзона (за переважальною частотою повторення погод)*. Сюди відноситься вся територія Високопільського, більша частина Великоолександрівського (окрім крайнього півдня та південного сходу) та північна частина Нововоронцовського районів. Основні показники: 130-150 днів сприятливої погоди, 2700-3200°C – сума активних температур та 125-135 днів з циклонами.

Виходячи з невеликих розмірів області (протяжність з півночі на південь – 180 км, та з заходу на схід – 258 км [125]), має місце низька диференціація

ризиків впливу на здоров'я біокліматичних факторів. Проте потрібно наголосити на певних специфічних рисах цих ризиків:

1. Показники середньої багаторічної інтенсивності сумарної еритемної ультрафіолетової радіації становлять більше 250 ме/м^2* , час для одержання порогової еритеми у липні складає 14-15 хв. При кількості еритемних доз від 10 до 70 можливий розвиток раку шкіри. Іншими словами, достатньо всього 140 - 150 хв. перебування на сонці в липні для ймовірного підвищення ризику розвитку раку шкіри (залежно від особливостей організму).

2. Середня багаторічна одночасна повторюваність високих температур повітря (більше 22°C) і відносної вологості повітря більше 80% (задушлива погода) становить від 10% тривалості теплого періоду у північних районах до 15% і більше – у приморських районах. За таких умов можливе перегрівання організму та значне навантаження на серцево-судинну систему.

3. Середня багаторічна одночасна повторюваність низьких температур повітря менше -10°C і сильного вітру (більше 10 м/с) у холодний період року (морозна погода) становить 3-4% від тривалості холодного періоду на Правобережжі області та Лівобережжі на території між Дніпром та Північно-кримським каналом. На іншій частині Лівобережжя морозна погода складає більше 4% від тривалості холодного періоду. У ці часи існує велика ймовірність переохолодження організму, загострення хронічних захворювань тощо.

Вагомим фактором впливу погодних умов на здоров'я є здатність атмосфери до самоочищення. Для характеристики переважання процесів накопичення або розсіювання використовується коефіцієнт метеорологічного потенціалу території, який розраховується за формулою 2.1 [163]:

$$K_m = (P_{ш} + P_T) / (P_o + P_v) \quad (2.1)$$

де: K_m – коефіцієнт метеорологічного потенціалу;

$P_{ш}$ – повторюваність днів (%) зі швидкістю вітру 0-1 м/с;

P_v – повторюваність днів (%) зі швидкістю вітру 5 м/с і більше;

P_T – кількість днів з туманами;

P_o – кількість днів з опадами 0,5 мм і більше.

Для території Херсонської області даний коефіцієнт варіюється в межах до 0,95, тобто на всій території області переважають процеси розсіювання (самоочищення повітря), що є позитивним моментом з точки зору зменшення ризику захворюваності, що передається повітряно-крапельним шляхом.

Хімічний склад *грунтового покриву* вважається важливим природним чинником впливу на здоров'я населення. Нестача або надлишок тих чи інших елементів у ґрунті передається за всіма ланками харчового ланцюга, і є додатковим фактором впливу на живі організми. Оскільки на території Херсонської області ґрунти зазнали сильного антропогенного навантаження, то їх роль у формуванні здоров'я населення слід оцінювати з екологічних позицій.

Ґрунти Херсонської області характеризуються процесами зменшення вмісту гумусу та елементів мінерального живлення, тобто – збіднінням. Для встановлення можливих залежностей впливу таких змін на здоров'я населення було проаналізовано інформацію про вміст важких металів, сполук фосфору, калію та азоту у ґрунтах за контрольними ділянками [147, с.137-141]. За показниками вмісту важких металів (свинець, мідь, цинк та кадмій) ґрунти області відповідають ГДК. За нашими розрахунками, між показниками хімічного складу ґрунтів та захворюваністю населення Херсонської області вагомих взаємозалежностей не встановлено. Це можна пояснити тим, що, по-перше, досить важко вирахувати середні показники хімічного складу ґрунту для великих територій, оскільки навіть в межах сусідніх полів вони можуть сильно варіюватися. По-друге, вирощена на певній території продукція не завжди споживається місцевим населенням, тому прослідкувати такий опосередкований вплив також складно.

Опосередкований вплив на демографічний потенціал територій помітний і в аналізі показників бонітету ґрунтів. Найвищі показники бонітету (за даними Херсонського обласного управління земельних ресурсів), притаманні північним районам області: Великоолександрівському (41,4 бали), Високопільському (40,6 бали) та Нововоронцовському (39,9 бали) – тут поширені чорноземи; найнижчі показники – у Цюрупинському (25,7 бали) та Голопристанському (26,8 бали) районах, де значна частка піщаних та солонцюватих земель.

Величезний вплив на здоров'я населення справляє якість води, зокрема геохімічні її властивості. За даними ВООЗ, 80 % усіх захворювань викликані саме вживанням неякісної води [62]. За рівнем мінералізації поверхневих та підземних вод та за гідрохімічними районами Херсонська область поділяється на три зони (таблиця 2.4).

Таблиця 2.4.

Зонування території Херсонської області за показниками середньої багаторічної мінералізації поверхневих вод*

<i>Зона</i>	<i>Адміністративний район, місто</i>	<i>Середня багаторічна мінералізація поверхневих вод (мг/л)</i>	<i>Оцінка якості води</i>
Правобережжя	Білозерський, Бериславський, Великоолександрівський, Нововоронцовський, Високопільський, м. Херсон	1000-1500 (помірно солонуваті)	Забруднена (шкідлива для вживання)
Північне Лівобережжя	Верхньорогачицький, Великолепетиський, Горностаївський, Нижньосірогозький	1500-3000 (сильно солонуваті)	
Південне Лівобережжя	Голопристанський, Цюрупинський, Каховський, Скадовський, Каланчацький, Чаплинський, Новотроїцький, Генічеський, Іванівський, м. Нова Каховка	Більше 3000 (солоні)	

*складено автором за [179].

Виходячи з таблиці, зрозумілим є непридатність поверхневих вод для господарсько-питного водопостачання без додаткової обробки. Висока мінералізація вод спричинює підвищений ризик розвитку захворювань травної, сечостатевої та ендокринної систем. За показником загальної жорсткості води Херсонська область однорідна – цей показник складає більше 9 мг/л. Така жорсткість зумовлює низьку ймовірність виникнення та загострення хвороб серцево-судинної системи, але досить високу ймовірність розвитку уролітіазу (сечокам'яної хвороби) [39, с.24].

Вагомим геохімічним показником, що враховується серед інших в оцінках впливу на здоров'я, є вміст йоду у ґрунтових водах. Для Херсонської області показник вмісту йоду становить в середньому 4-5 мг/л, що зводить майже до нуля ймовірність виникнення ендемічного зобу. За показниками

вмісту фтору у ґрунтових водах середній показник по області становить менше 0,5 мг/л, що зумовлює незначну ймовірність розвитку флюорозу, однак – високий ризик розвитку карієсу. У північних районах області (Високопільський, Великоолександрівський, Нововоронцовський, Верхнорогачицький та Великолепетиський райони) показник вмісту фтору у воді підвищується з 0.5 до 2 мг/л, що зумовлює підвищення ризику виникнення флюорозу та відповідне зменшення ймовірності виникнення карієсу.

Аналізуючи картограму розподілу показника мінералізації питних підземних вод на території Херсонської області (рис.2.2), варто відштовхуватися від санітарних вимог до загальної мінералізації питної води, які становлять не більше 1 г/дм³ (оптимальні 0,1-0,4 г/дм³) як для систем централізованого водопостачання, так і для нецентралізованого [48].

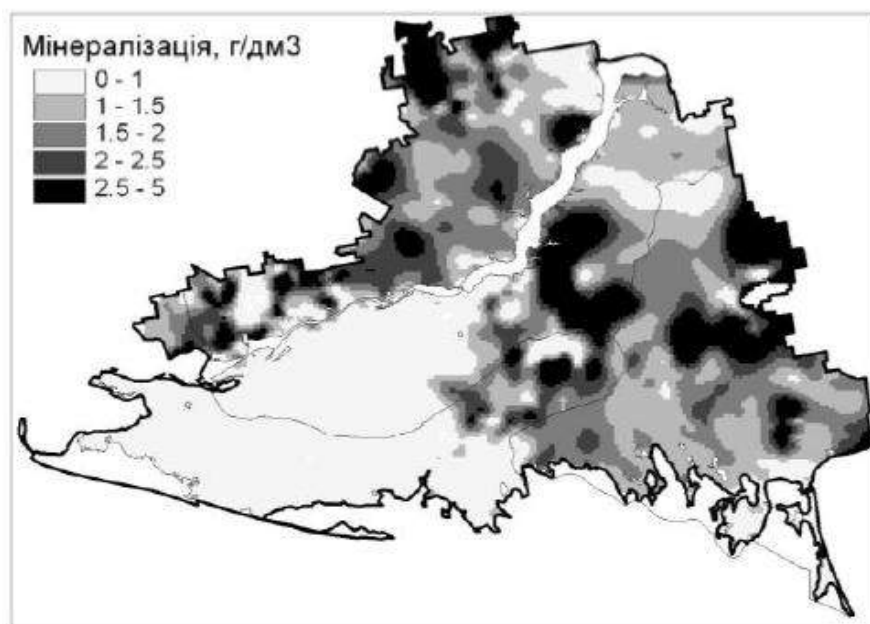


Рис 2.2. Розподіл показника мінералізації питних підземних вод верхньоміоценового водоносного горизонту території Херсонської області, 2005 р. (за О.В. Щербаком[200]).

Даним нормам відповідають лише підземні води південно-західної частини Херсонської області, частково центру та півночі регіону. Найвищі показники мінералізації притаманні території Високопільського, Горностаївського, Каховського, Іванівського, Нижньосірогозького, Генічеського, Білозерського районів. Співставлення таблиць даних і картосхем

дало можливість побачити, що у регіонах із значним рівнем мінералізації питних поверхневих вод спостерігаються і значні показники невідповідності санітарних норм питної води централізованого водопостачання. Це пояснюється недостатньою підготовкою вод перед подачею у мережі водопостачання, установи водопостачання можуть забезпечувати лише антибактеріальне хлорування питних вод. Таким чином, наведену на рис. 2.2 картосхему мінералізації можна вважати підставою для встановлення ареалів більших чи менших ризиків здоров'ю населення.

У статті Щербака О. В. наголошується, що рівень мінералізації підземних питних вод за останні 50 років значно зріс [200]. Причиною таких змін, за його твердженням, є розміщення та експлуатація техногенних об'єктів (звалищ промислових і господарських відходів, полей фільтрації, нафтосховищ, складів отрутохімікатів, могильників худоби тощо), відбір підземних вод, втрати води при зрошенні, фільтрація з гідротехнічних споруд (Каховське водосховище, магістральні канали), скидання стічних вод.

Після проведених розрахунків, встановлені досить сильні кореляційні залежності між всіма параметрами питної води та показниками захворюваності органів травлення (коефіцієнти 0,47-0,66). За окремими показниками :

- перевищення гігієнічного нормативу за жорсткістю води та сухим залишком може сприяти розвитку сечокам'яної хвороби, захворювань органів кровообігу, травлення, через безпосередній вплив на водно-сольовий, ліпідний обмін [13]. За перевищенням жорсткості в зоні ризику знаходяться майже всі райони області, окрім Голопристанського, Каланчацького районів та м. Нової Каховки;

- перевищення вмісту заліза у питній воді є причиною виникнення хвороб крові та органів травлення, розвитку алергічних реакцій [138]. У зоні ризику знаходяться Високопільський, Нижньосірогозький, Великоолександрівський та Іванівський райони;

- підвищений вміст сульфатів у питній воді, особливо з високим вмістом магнію, є причиною виникнення захворювань органів травлення, виникнення диспепсичних явищ [157]. В зоні ризику знаходяться більша

частина території області, особливо небезпечна ситуація в Високопільському (перевищення норми в 4 рази), Іванівському (перевищення норми у 2,5 раз), Новотроїцькому (перевищення норми у 2,5 раз) районах;

- надмірний вміст хлоридів у воді може сприяти розвитку хвороб органів травлення та ендокринної системи. Перевищення норми вмісту хлоридів спостерігається на більшій частині території області, особливо небезпечна ситуація у Високопільському (перевищення норми у 3 рази), Новотроїцькому (перевищення норми у 2 рази), Іванівському (перевищення норми у 1,7 рази) районах.

Для Херсонської області залишається актуальною і проблема *природно-вогнищевих інфекційних хвороб*, список яких постійно оновлюється. Географічне розташування Херсонської області у зоні з родючими ґрунтами, різноманітністю рослинного та тваринного світу створює сприятливі умови для циркуляції збудників, а наявність розвиненого сільського господарства сприяє тому, що ризик інфікування від сільськогосподарських тварин і через харчові продукти є високим. Процеси, що відбуваються в навколишньому середовищі під впливом антропогенних і природних факторів, призводять до змін ландшафтів, тваринного і рослинного світу і, як наслідок, до трансформації природних вогнищ, їх активізації, згасання, появи нових осередків тощо.

Аналізуючи карту «Загрози природно-вогнищевих інфекцій», яку вміщено в Атласі природних, техногенних і соціальних небезпек та ризиків виникнення надзвичайних ситуацій в Україні [70], слід відзначити, що, за класифікацією українського епідеміолога Л. В. Громашевського, більшість зареєстрованих останнім часом у регіоні осередків інфекційних хвороб у Херсонській області відносяться до зоонозів (біотично зумовлених хвороб, якими хворіють і тварини, і люди). Епідемічна ситуація за цими хворобами нестійка. Херсонська область відноситься до регіонів з низькими показниками зареєстрованих ензоотичних територій. Однак, на фоні України область виділяється високим рівнем ураження кишковим ієрсиніозом, середнім – лихоманкою Західного Нілу (рис.2.3). Також на території області присутні вогнища лептоспірозу та туляремії.

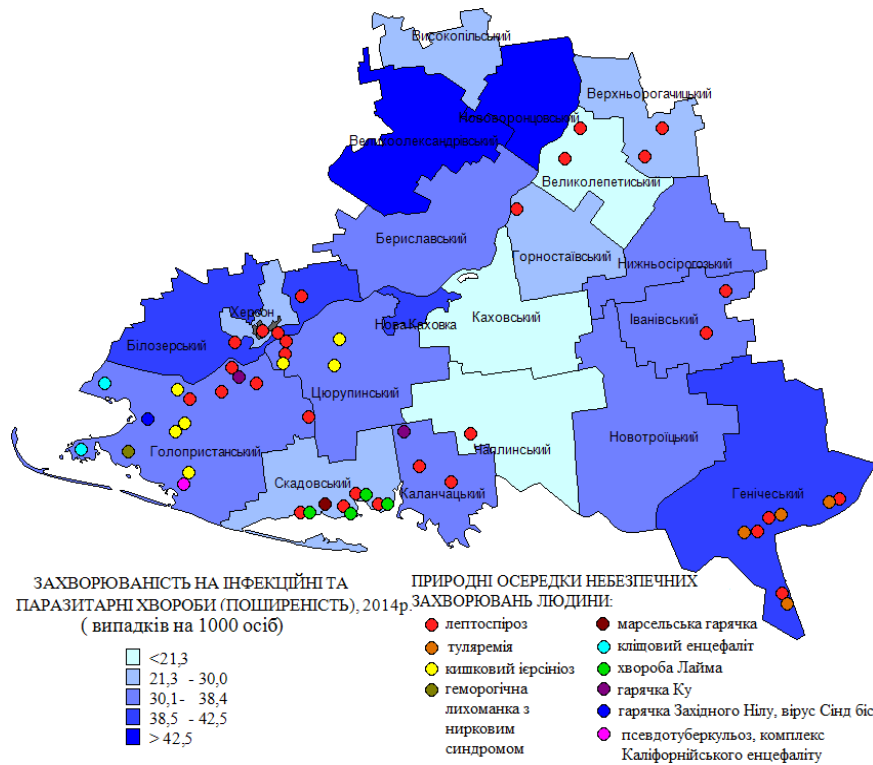


Рис. 2.3. Осередки небезпеки захворюваності природно-вогнищевими хворобами на території Херсонської області (укладено автором).

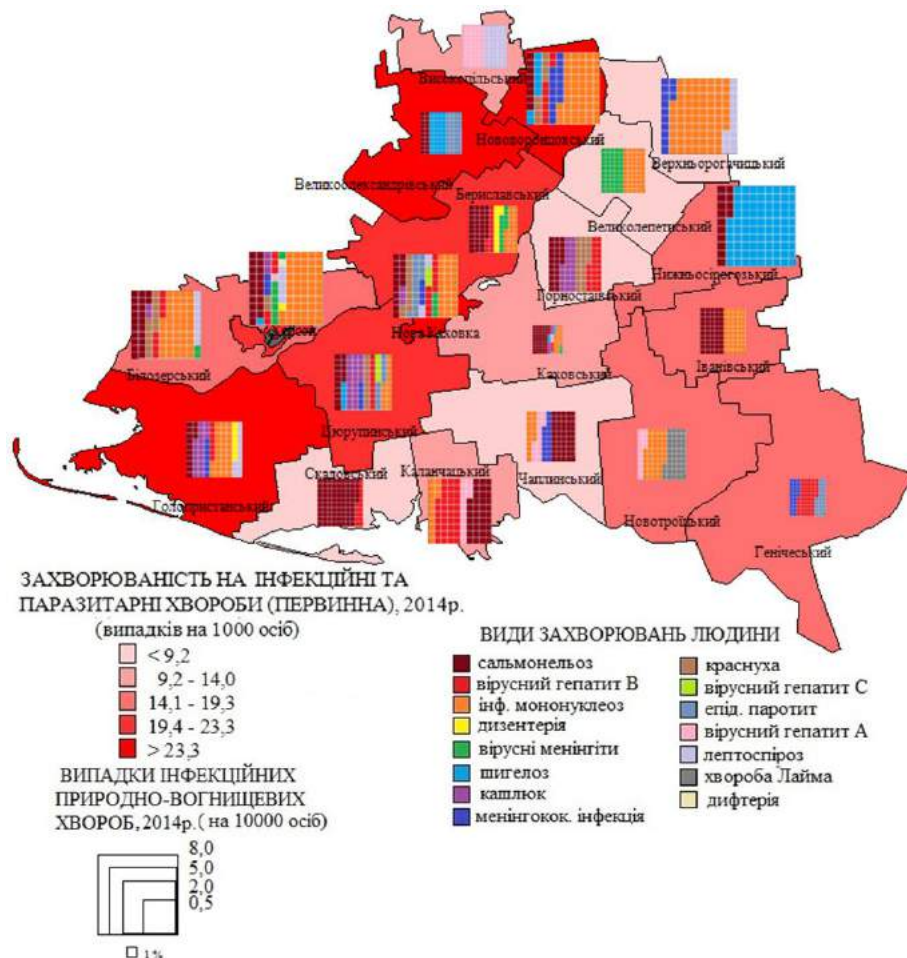


Рис. 2.4. Зареєстровані випадки природно-вогнищних інфекцій у Херсонській області, 2014 р. (укладено за даними Центральної СЕС МОЗ України)

Щодо безпосередніх випадків природно-вогнищевих хвороб, картина з року в рік відрізняється, на рис. 2.4 представлена ситуація на 2014 р. Осередки хвороб локалізуються у плавнях р. Дніпро, на природоохоронних територіях, де гніздиться низка перелітних птахів, а також у районах вирощування рису в чеках.

Підсумовуючи зазначене, відмітимо, що територія Херсонської області, з огляду на природні фактори впливу на здоров'я населення, характеризується в цілому як комфортна для життя і здоров'я населення. Природними ризиками для здоров'я на території області є вплив аномалій магнітного поля, високий рівень еритемної сонячної радіації, можливі екстремальні погодні умови, висока мінералізація поверхневих та підземних вод, наявність осередків природно-вогнищних хвороб.

2.2. Екологічні чинники і фактори природно-техногенної небезпеки

Особливу увагу варто також приділити розгляду ролі окремих значимих екологічних чинників впливу на здоров'я, які нерідко об'єднуються науковцями у поняття «природно-екологічна комфортність» [100]. Зокрема, чітко встановленим є взаємозв'язок між забрудненням атмосферного повітря і захворюваннями верхніх дихальних шляхів, кровотворних органів, серцево-судинної системи тощо [40]. Особливо гостро дана проблема постає у промислових регіонах, але на територіях з менш інтенсивним індустріальним тиском ризику теж присутні. Основні з них наведені у таблиці 2.5.

Херсонська область є аграрно-індустріальним регіоном, і за обсягами викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря на 1 км² серед інших регіонів України вона посідає в останні роки останнє та передостаннє місце. У 2014 р. цей показник склав 2,2 т/км² (це – найменший показник серед всіх областей України) [170]. За районами області показники викидів забруднюючих речовин коливаються від 0,8 до 2,4 т/км².

53% викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря припадає на м.Херсон, тому визначального впливу на більшу частину території регіону (особливо периферію) показники забруднення атмосферного повітря не

здійснюють (рис. 2.5). Сила кореляційного зв'язку між викидами забруднюючих речовин та захворюваністю органів дихання становить у 2014 р. 0,46, що із значенням критерію Стьюдента 2,217 проти 2,1 табличного значення (при рівні вірогідності в 0,95) свідчить про достовірність залежності. Розрахувавши показник детермінації, можна стверджувати, що захворюваність органів дихання у Херсонській області у 2014 р. була спричинена впливом забруднюючих речовин у повітрі лише у 21,5% випадків.

Таблиця 2.5.

Причини виникнення окремих видів захворювання у зв'язку із забрудненням навколишнього природного середовища [201, с.281]

Вид захворювання	Несприятливі чинники, що пов'язані із забрудненням навколишнього середовища
Онкологічні	Іонізуюче випромінювання, наявність канцерогенних речовин у повітрі, воді, продуктах харчування
Серцево-судинні, нервової, кровотворної, ендокринної систем	Спільна дія чинників забруднення навколишнього природного середовища, радіація, шум
Хронічні органів дихання	Забрудненість атмосферного повітря
Хронічні шлунково-кишкового тракту	Погана якість води та продуктів харчування
Кишкові інфекції, гепатити	Наявність збудників захворювань у питній воді та їжі
Грип, гострі респіраторні захворювання	Епідемії, скупчення людей
Уроджені аномалії	Спільна дія чинників забруднення навколишнього природного середовища та радіації

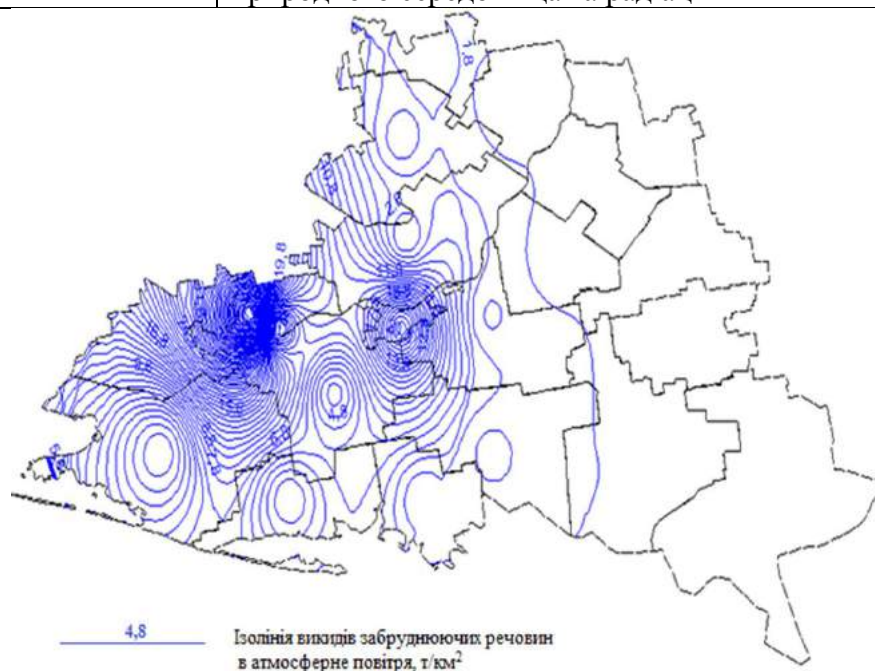


Рис. 2.5. Розподіл викидів забруднюючих речовин в атмосферне повітря Херсонської області, 2014 р. (укладено автором)

Не менш цікавими є й результати кореляційного аналізу між показниками викидів забруднюючих речовин та виникненням новоутворень, який дав значення коефіцієнту кореляції 0,46, що свідчить про наявність помірного зв'язку між даними показниками, беручи до уваги той факт, що смертність від раку трахеї, бронхів та легень посідає друге місце за частотою виникнення у Херсонській області.

Наступним кроком став пошук зв'язку між забрудненістю повітря та виникненням природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій у дітей. Дані закономірності були підтверджені Гуцуляком В. М. та Наконечним К. П. [38] при дослідженні медико-екологічної ситуації у Чернівецькій області. У Херсонській області у 2014 р. показник залежності між викидами забруднюючих речовин та смертністю від природжених вад розвитку становить всього 0,40. Дана залежність не є достовірною, але її можна вважати цілком імовірною, зважаючи на досить значний перелік можливих причин розвитку даних захворювань.

У монографії Гуцуляка В. М. та Наконечного К. П. [38] здійснено кореляційний аналіз показників здоров'я населення та якості питної води. За результатами інтегральної оцінки, найвищий кореляційний коефіцієнт (0,5) було встановлено між показниками вроджених аномалій розвитку та інтегральним усередненим значенням невідповідності якості води за бактеріологічними показниками. Вплив якості питної води на виникнення інших нозологій має ще нижчі показники кореляції. Звідси випливає, що залежності між показниками якості питної води та захворюваністю на окремі групи хвороб мають складний характер. Для встановлення можливих ризиків для здоров'я нами було проаналізовано наступні показники: невідповідність якості питної води з систем централізованого водопостачання санітарним нормам за адміністративними одиницями (таблиця 2.6, додаток Д, рис.2.6 і 2.7) та ступінь мінералізації питних підземних вод. Останнє є особливо актуальним, оскільки для забезпечення питних потреб населення області використовуються саме підземні джерела (на 91,9% від загальної кількості), на поверхневі джерела припадає лише 8,1% [68].

Таблиця 2.6.

Кількість поселень Херсонської області, де якість води з централізованої системи водопостачання не відповідає нормативним вимогам [111]

Категорія населених пунктів	Невідповідність за показниками
<i>Великоленетиський район</i>	
1 смт, 10 сіл	Жорсткість води
<i>Генічеський район</i>	
м. Генічеськ	Запах, сірководень
1 смт, 3 села	Хлориди
1 смт, 15 сіл	Сухий залишок
22 села	Хлориди, сульфати, сухий залишок, жорсткість
5 сіл	Сухий залишок, хлориди, сірководень
<i>Нововоронцовський район</i>	
1 смт, 14 сіл	Санітарно-хімічні
<i>Іванівський район</i>	
1 смт	Перманганатна окислюваність
11 сіл	Перманганатна окислюваність, хлориди, сульфати, сухий залишок, жорсткість
14 сіл	Хлориди, сухий залишок, жорсткість
<i>Білозерський район</i>	
1 смт, 31 село	Хлориди, сульфати, сухий залишок, жорсткість
<i>Високонільський район</i>	
2 смт, 22 села	За фізико-хімічними
<i>Каховський район</i>	
1 село	За мікробіологічними
29 сіл	За санітарно-хімічними

Централізованим питним водопостачанням забезпечені 9 міст, 31 селище міського типу і 609 сільських населених пунктів Херсонської області. Водопостачання населених пунктів області здійснюється з 1205 водопроводів, у т. ч. 57 комунальних, 781 сільських та 1366 відомчих. Забезпеченість централізованим водопостачанням складає 91 %. Загальна виробнича потужність джерел централізованого водопостачання становить 1153,9 тис. м³/доб. Фактична потреба у питній воді на одну людину в містах становить 240 л на добу, у сільських населених пунктах – 103,2 л на добу [117].

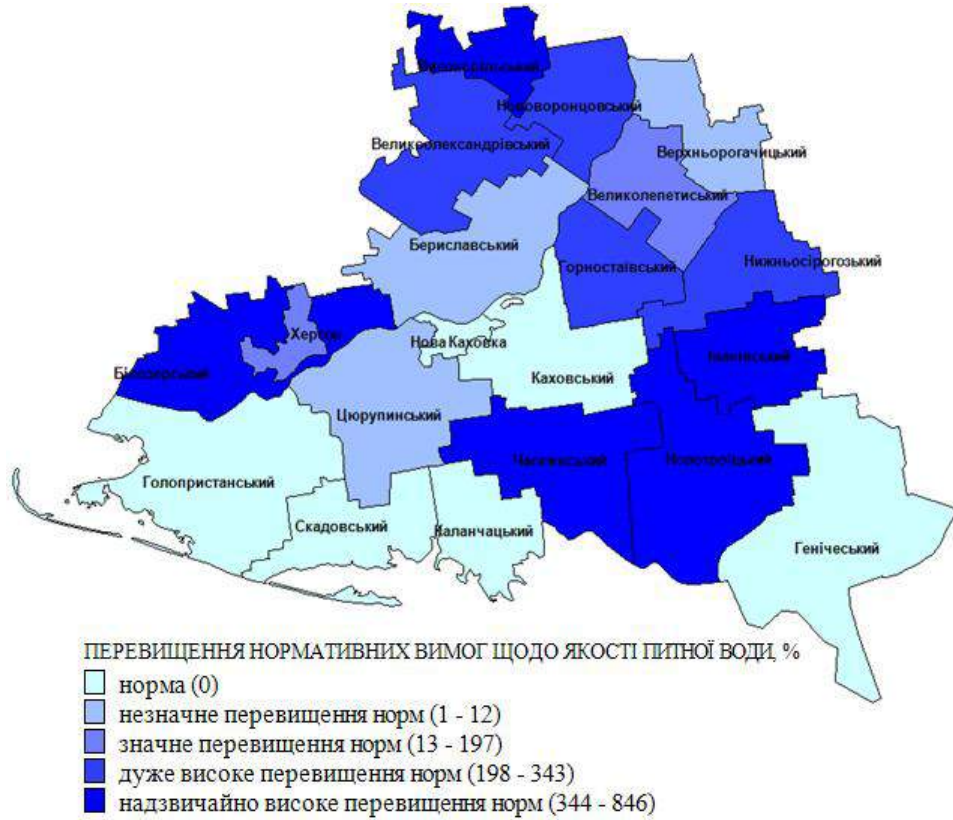


Рис 2.6. Сумарний відсоток перевищення норм за усередненими показниками якості води з джерел централізованого водопостачання, комунальні водопроводи (у %), 2014 р. (укладено автором)

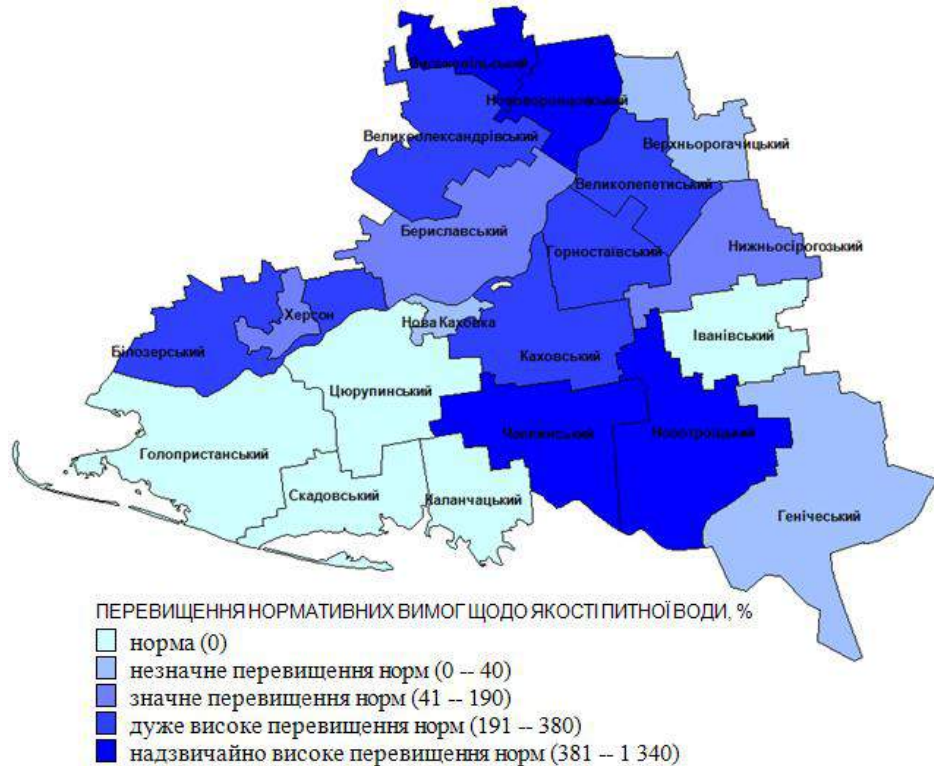


Рис 2.7. Сумарний відсоток перевищення норм за усередненими показниками якості води з джерел централізованого водопостачання, відомчі та сільські водопроводи (у %), 2014 р. (укладено автором)

У 2015 р. Держсанепідслужбою проведено дослідження майже 19,5 тис. проб води, взятої з території різних районів Херсонської області на мікробіологічні та санітарно-хімічні показники. Питома вага проб, які не відповідали вимогам Держстандарту та санітарним нормам, у середньому по області, становила 1,1% на початок 2015 р. (у 2014 р. – 1,7%). Із них не відповідали вимогам ДержСанПіНу 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» за санітарно-хімічними показниками 1647 проб (17,3 %), за мікробіологічними – 99 (0,7 %). У Високопільському районі показники невідповідності перевищували середньообласне значення у 2 рази, Іванівському та Чаплинському – у 2-3 рази, Горностаївському – у 6 разів, а безпосередньо в смт Горностаївка – у 17 разів. У містах Гола Пристань, Скадовськ, смт Чаплинка, Верхній Рогачик, Нова Воронцовка питома вага проб води з комунальних водопроводів, які не відповідали вимогам Держстандарту за мікробіологічними показниками, перевищувала середньообласний показник в 2-14 разів. Найгірші показники якості води – на сільських водопроводах. Наприклад, у селах Скадовка, Преображенка, Запорізьке, Козачі Лагері, Заводівка, Новосеменівка, Захарівка, Шотівка, Константинівка та багатьох інших, бактеріальна забрудненість води становила від 10 до 50%. До бактеріального забруднення води призводять незадовільний санітарно-технічний стан водопровідних мереж, систематичне відключення водопроводів від електроенергії та подача води за графіками.

За радіологічними показниками всі проби води відповідали вимогам санітарних правил [148].

Згідно даних таблиць якості питної води з джерел централізованого водопостачання за районами та містами області (Додаток Д), в якій подані усередненні значення показників, легше відмітити ті райони, показники в яких є задовільними і не перевищують норму, а саме:

- за комунальними водопроводами – Каховський, Голопристанський, Каланчацький, Скадовський райони та м. Нова Каховка;
- за відомчими та сільськими – Голопристанський, Цюрупинський, Скадовський та Каланчацький райони. Фактично, санітарним нормам якість

питної води відповідає лише у трьох районах південно-західного Лівобережжя регіону.

З таблиці 2.6 випливає, що найбільша кількість населених пунктів з порушенням вимог до якості питної води розташовані в Іванівському, Білозерському, Високопільському, Каховському, Нововоронцовському, Генічеському та Великолепетиському районах. На прикладі Каховського та Генічеського районів видно, що усередненні показники не передають точно географічну картину відхилень у якості води, але є достатніми для знаходження залежностей. Наприклад, з наведених районів Генічеський посідає друге, а Нововоронцовський – третє місце за поширеністю захворювань сечостатевої системи (також Нововоронцовський район є лідером за загальними показниками захворюваності); Іванівський район посідає третє місце за поширеністю захворювань ендокринної системи, розладів харчування та порушення обміну речовин; Каховський – третє місце за поширеністю захворювань травної системи. В цілому така залежність пояснюється тим, що мінеральний баланс організму тісно пов'язаний з мінеральним складом вживаної води [155].

Загрозою для здоров'я і нормальної життєдіяльності населення є наявність на території області відходів, у тому числі I-III класів небезпеки. Станом на початок 2014 р. 691 населений пункт області мав 324 місць видалення відходів загальною площею 646,49 га та орієнтовною кількістю їх накопичення 5,3 млн. тонн [148] (не враховуючи стихійних сміттєзвалищ, площі під якими щорічно збільшується). Здійснивши кореляційний аналіз між показниками наявності відходів та захворюваністю на окремі групи хвороб встановлено наступні залежності: коефіцієнт кореляції 0,59 – з виникненням новоутворень, 0,41 – із захворюваністю органів дихання та 0,61 – із захворюваністю органів травлення. Шкідливі канцерогенні речовини, випаровуючись, потрапляють у повітря та просочуються у ґрунтові води, спричиняють ушкодження дихальних шляхів, органів травлення і підвищують ймовірність ракових захворювань.

Небезпечними для стану здоров'я людей є наявні склади пестицидів та інших отрутохімікатів на території Білозерського району (накопичення 159,2 т пестицидів та захоронення 1320,7 т невідомої речовини з характерним запахом дусту), Каланчацького району (накопичення 170 т пестицидів), Генічеського (накопичення 160 т) та Нововоронцовського (60,2 т) районів[157]. Зазначені об'єкти визнані шкідливими для здоров'я населення, отже проблема утилізації відходів потребує негайного вирішення.

Серед чинників, які характеризують вплив особливостей землекористування на життєдіяльність населення у Херсонській області, варто відзначити фактор зрошування значних територій, зосередження тут посівів овочевих культур та розвиненого рослинництва загалом.

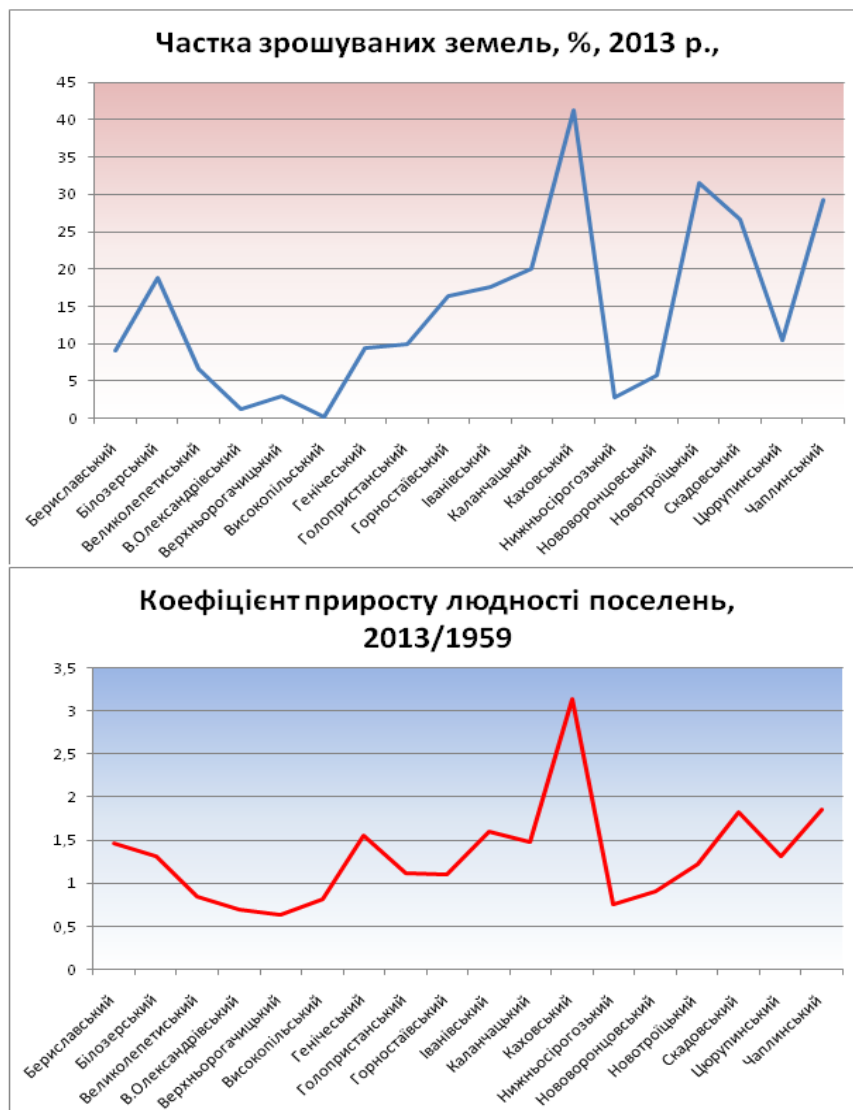


Рис.2.8. Частка зрошуваних земель у 2013 р. і коефіцієнт приросту людності поселень, 2013 до 1959 р. (за матеріалами [34])

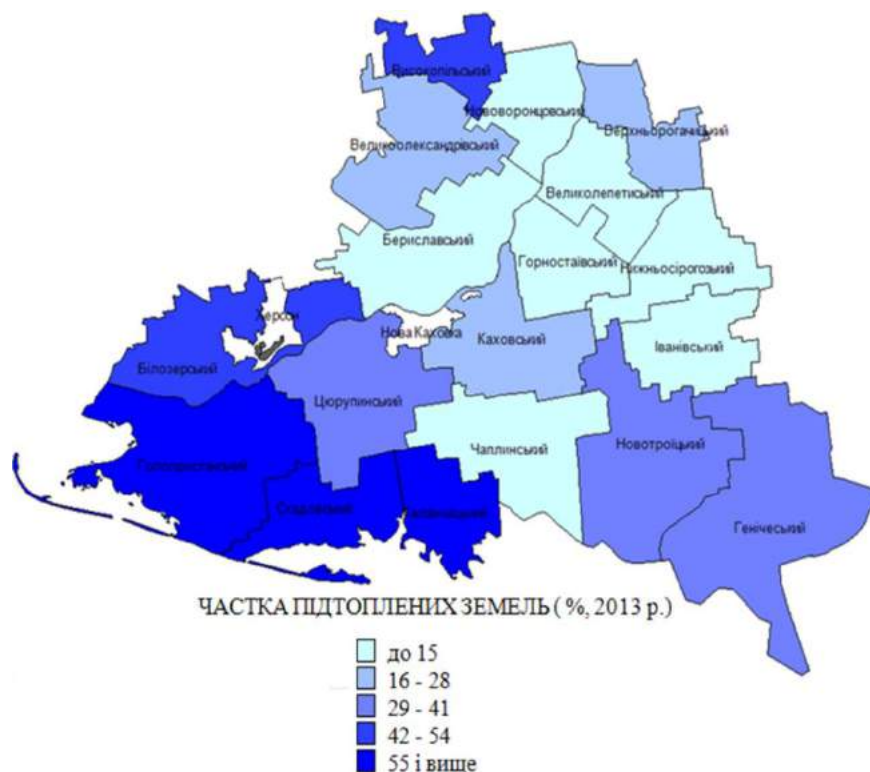
За результатами досліджень щодо ситуації у Херсонській області, існує прямий і сильний кореляційний зв'язок між часткою зрошуваних земель та темпами приросту людності поселень за 1959 – 2013 рр. в адміністративних районах області – 0,84 (це досить добре ілюструє рис. 2.2), коефіцієнтом територіальної локалізації посівів овочевих культур та щільністю населення у регіоні – на початок 2000-х рр. він становив 0,94 [34, 91]. Це свідчить про значимість фактору зрошення не тільки в плані інтенсифікації сільськогосподарського виробництва, а й в плані демографічної динаміки населення, а також появи екологічних наслідків цього масштабного втручання у природу.

«Фоновими» природно-екологічними характеристиками, які зумовлюють додаткові ризики для життя та здоров'я населення, є несприятливі природно-техногенні явища. Найбільш небезпечними у Херсонській області є зсуви, підтоплення та вторинне засолення. Підтоплення на сучасному етапі зазнає 27% площі території області. Причинами підтоплення є метеорологічні умови, безстічний характер більшості зрошуваних ландшафтів, близьке залягання ґрунтових вод та водогосподарська діяльність, що пов'язана з Каховським водосховищем та зрошувальними каналами.

Найбільше потерпають від підтоплення Каланчацький (67%), Скадовський (61%), Голопристанський (56%) та Високопільський (54%) райони (рис. 2.9). Наслідком підтоплення є не лише проблеми побутових незручностей (затоплення підвалів, підмивання та просідання фундаментів, втрата урожаїв), але і проблеми, що пов'язані зі зміною мінерального складу ґрунту па підземних вод, вимиванням одних компонентів та привнесенням інших. Це впливає на якість питних вод, що може стати детермінантою динаміки розвитку захворювань травної та сечостатевої систем. У багатьох районах області спостерігається і висока частка засолених та солонцюватих сільськогосподарських земель: у Калачацькому районі – 43%, у Скадовському районі - 23%, у Голопристанському районі – 21%.

Іншим фактором природно-техногенної небезпеки є наявність на території Херсонської області зсувів, які є закономірним наслідком поширення

підтоплення. За матеріалами еколого-геологічної оцінки території, найбільш зсувонебезпечними є ділянки у Білозерському (с. Станіслав), Великолпетиському (сmt. Велика Лепетиха, с. Князе-Григоріївка), Верхньорогачицькому (с. Березанка, с. Ушкалка), Горностаївському (с. Каїри), Нововоронцовському (с. Золота Балка, сmt. Нововоронцовка, с. Фирсівка) райони. Більшість даних ділянок приурочені до узбережжя Каховського водосховища, і потребують значних берегозахисних робіт.



**Рис. 2.9. Площі підтоплення на території Херсонській області, 2013 р.
(укладено автором).**

До інших природно-техногенних ризиків належать випадки виникнення лісових та польових пожеж. Так, за 2014 р. в області сталося 148 лісових пожеж, з них 58 – у Цюрупинському районі, 49 – у Каховській міськраді, 19 – у Голопристанській міськраді, 11 – у Херсонській міськраді, 6 – у Великоолександрівському та 5 – у Голопристанському районі. В результаті було знищено 756 га лісу. Наведений розподіл частоти пожеж за районами і міськрадами трапляється практично щороку, що створює загрозу як для населення, так і для їх господарств у даних адміністративних районах.

Таким чином, серед екологічних чинників впливу на стан здоров'я провідну роль відіграють низька якість питних вод (зокрема, підземних),

викиди в атмосферне повітря, наявність відходів (особливо склади пестицидів без господарського нагляду). Ці чинники визначають ризики виникнення і поширення екологічно значимих патологій (хвороб органів дихання, онкологічних захворювань тощо).

2.3. Статеві-вікова структура, соціально-економічні умови та якість життя населення

Аналіз факторів, що потенційно впливають на репродуктивну поведінку і стан здоров'я населення не обмежується оцінкою природних та екологічних чинників. Дуже вагоме значення мають також фактори соціально-економічної природи, спосіб життя населення і соціокультурні аспекти. Разом з цим, параметри здоров'я населення формуються в залежності від рівнів і структури захворюваності і смертності, які, в свою чергу, залежать від статево-вікової структури населення. Зрозуміло, що диференціація структури, демографічне навантаження та переважання старших вікових груп є визначальним фактором у формуванні багатьох патологій. Якщо всю сукупність факторів, що впливають на захворюваність і смертність розділити на ендогенну та екзогенну групи, то структурно-демографічні фактори будуть відноситися до першої (ендогенної) групи, а стан різних компонентів навколишнього середовища, у даному випадку – суспільних компонентів – до другої (екзогенної) групи чинників.

Територіальний розподіл населення у Херсонській області нерівномірний. Середня щільність населення у 2014 р. становила 37,52 особи/км² (22 місце серед областей України). Найвища щільність населення характерна для районів, розміщених у безпосередньому сусідстві до м. Херсона і м. Нова Каховка. По мірі віддаленості від цих центрів щільність населення поступово зменшується. На південно-східній периферії регіону центром зосередження населення є м. Генічеськ (рис 2.10).

За невисокого рівня урбанізації Херсонської області, що становив на початок 2015 р. 61,2 % і є на 8% меншим від загальноукраїнського показника, існує суттєва диференціація у співвідношенні міського і сільського населення

за районами області: у 14 районах з 18 частка сільського населення вища за частку міського. Сільське населення помітно переважає міське у Білозерському (85,46%), Голопристанському (76,00%) та Нововоронцовському (70,37%) районах. Найбільш урбанізованими є Каховський (58,47%), Генічеський (56,15%) та Каланчацький (51,16%) райони (рис.2.10).

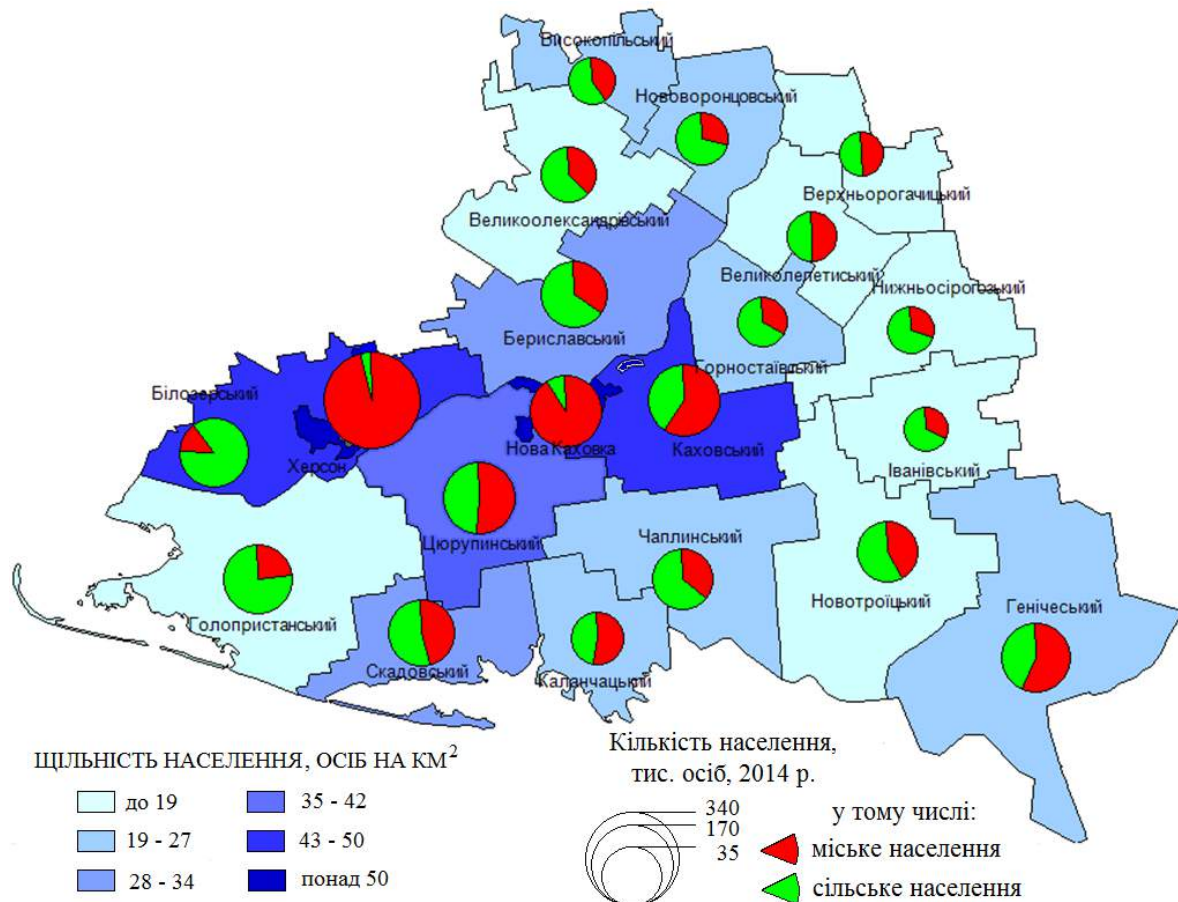


Рис.2.10. Щільність населення та рівень урбанізації території Херсонської області, 2014 р. (побудовано автором)

Починаючи з віку 37 років у *структурі населення* Херсонської області починають переважати жінки, що відповідає тенденціям в Україні (рис. 2.11). Середній вік населення Херсонської області є меншим, ніж у середньому в країні (40,3 років проти 40,7 років). У віковій структурі мають місце провали (демографічні хвилі), які є наслідком затяжної соціально-економічної кризи після розпаду СРСР (йому відповідають вікові групи населення 10-25 років), спаду народжуваності у 1965-69 рр., кризи періоду Другої Світової війни та

Голодомору (вікові групи 65-75 років). Зважаючи на те, що сьогодні у фертильний вік входить населення, народжене в період кризи 1990-х рр., а також на сучасну політико-економічну ситуацію в країні, можна передбачити значне погіршення демографічної ситуації. У територіальному плані криза знаходить найгострішого прояву у районах, де у віковій структурі переважає населення пенсійного віку (більше 65 років). Це, насамперед, Верхньорогачицький та Новотроїцький райони, де високим є демографічне навантаження та низькою – частка дітей у віковій структурі (рис. 2.12 та 2.13).

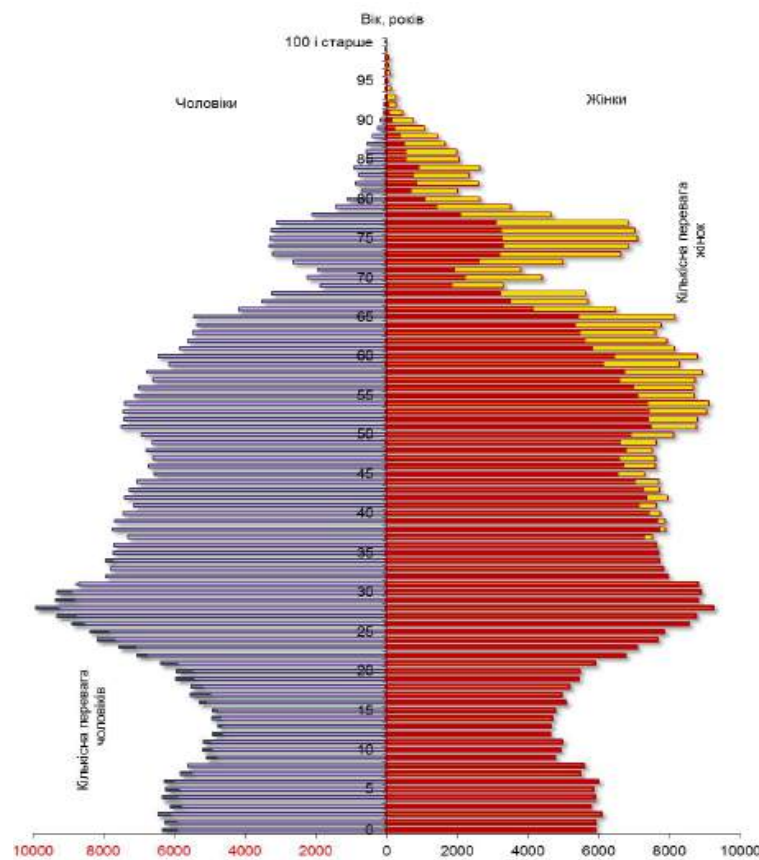


Рис. 2.11. Статеві-вікова структура населення Херсонської області (станом на 1 січня 2015 р.) [171, с.300]

При середньому значенні частки дітей у населенні області – 15,6%, найнижчі показники питомої ваги дитячого населення мають міськради Нової Каховки (14,0%) та Херсона (14,3%), Новотроїцький(15,2%), Іванівський (15,4 %) та Верхньорогачицький (15,6%) райони. Найвищі показники – у Чаплинському (18,8%), Горностаївському (17,9%) та Високопільському (17,9%) районах (рис.2.12).

За середнього значення частки населення старше 65 років по Херсонській області у 14,9%, більшим представництвом «старшого» населення вирізняються Верхньорогачицький (16,2%), Високопільський, Нововоронцовський та Новотроїцький райони (по 15,4%). Більш «молодими» є Каховський (12,7%) та Чаплинський (13,2%) райони (рис.2.12).

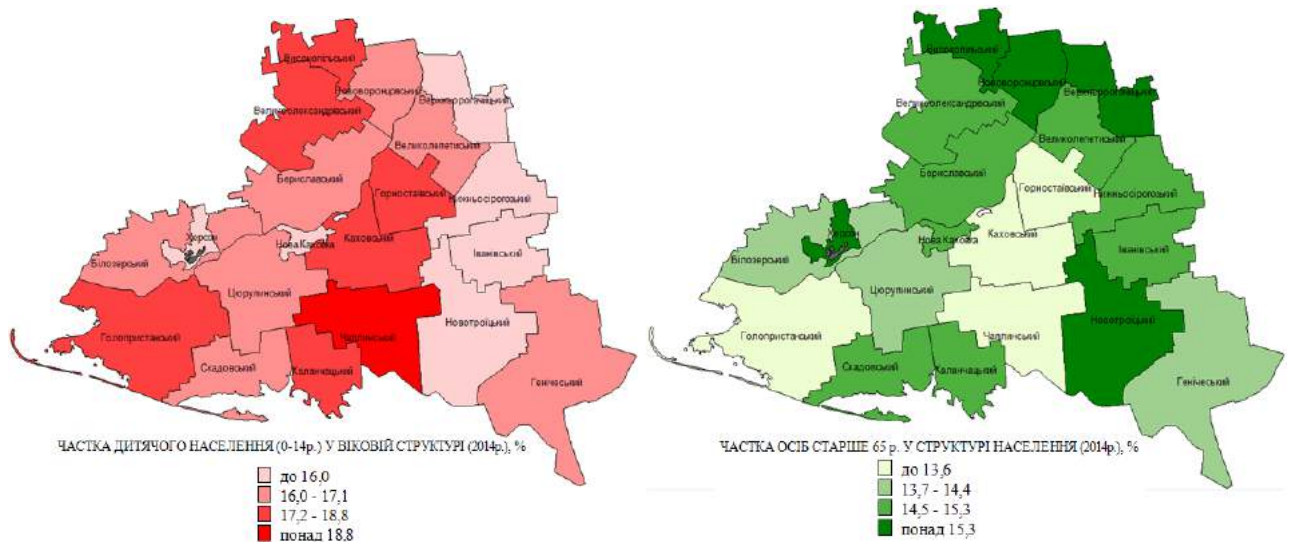


Рис.2.12. Частка дитячого населення та населення старше 65 років в адміністративних одиницях Херсонської області, 2014 р.

(укладено автором)

Регресивною віковою структурою населення характеризуються м. Херсон, м. Нова Каховка, Новотроїцький, Верхньорогачицький райони (рис. 2.13). У Нижньсірогозькому районі вікова структура наближається до стаціонарного типу.

Враховуючи, що багато показників здоров'я і відтворення зав'язані якраз на структурні вікові характеристики населення, слід відзначити наступні залежності, які нам вдалося встановити для Херсонської області:

- коефіцієнт кореляції між коефіцієнтом народжуваності та часткою населення старше 65 років становить $-0,57$, що свідчить про зворотній зв'язок між даними показниками;

- коефіцієнт кореляції між коефіцієнтом смертності та часткою населення старше 65 років становить $0,44$, цим підтверджується факт, що у районах з регресивною віковою структурою показники смертності вищі.

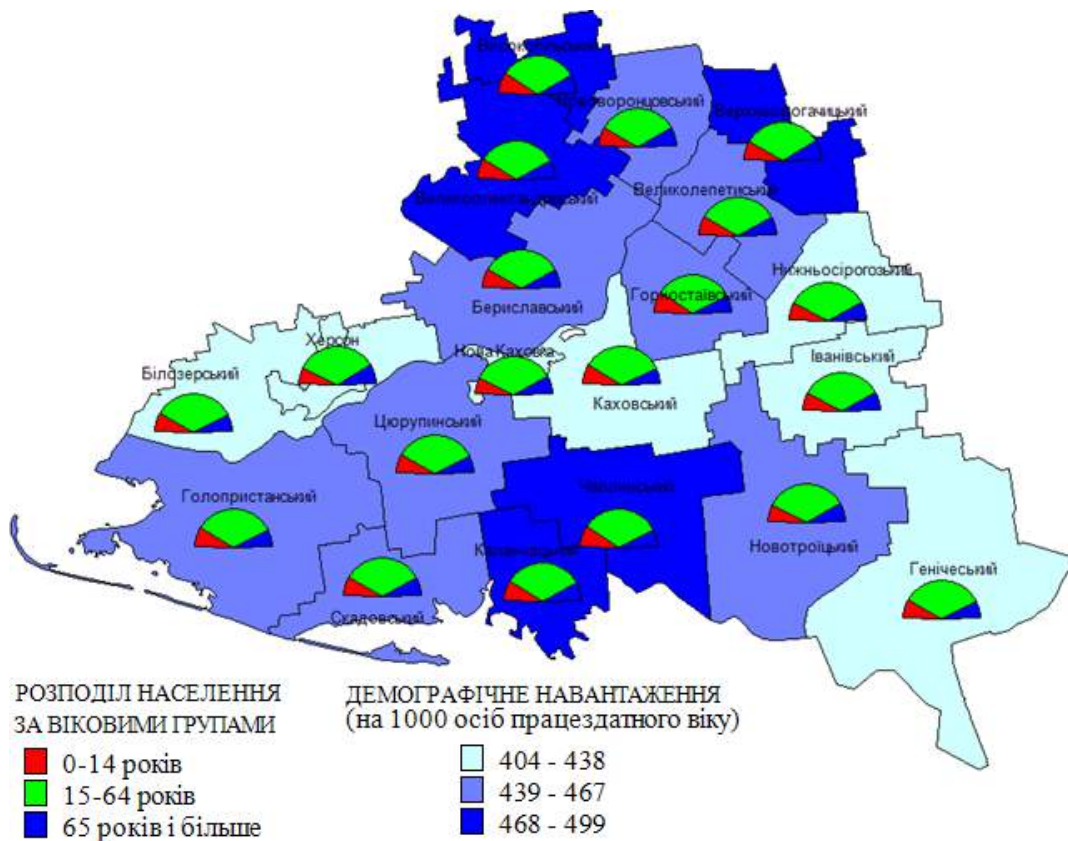


Рис. 2.13. Демографічне навантаження та вікова структура населення Херсонської області, 2014 р. (укладено автором)

Відмінності між районами у частках населення працездатного віку (15-64 роки) не є значною. Середній показник по області становить 69,5%, що менше, ніж у середньому по Україні (70,5%). Найвищі показники – у м. Нова Каховка (71,3%), Білозерському (70,2%), Каховському (70,1%) та Генічеському (70,0%) районах; найнижчі – у Високопільському (66,7%), Великоолександрівському (66,7%) та Каланчацькому (67,8%) районах.

Найвищі показники демографічного навантаження характерні для Високопільського (499 осіб/1000 осіб працездатного віку) та Великоолександрівського (478 осіб/1000 осіб працездатного віку) районів; найнижчі – для м. Нова Каховка (404 особи/1000 осіб працездатного віку), Білозерського (424 404 особи/1000 осіб працездатного віку) та Каховського (427 осіб/1000 осіб працездатного віку) (рис. 3.7). Середній показник у Херсонській області становить 439 осіб на 1000 осіб працездатного населення.

З підвищенням демографічного навантаження знижується якість населення та якість його життя, посилюються соціально-економічна

напруженість, створюються умови для розвитку утриманства як соціального явища. У районах, де спостерігаються вищі за середні показники як дітей, так і населення старше 65 років, висока частка дитячого населення є наслідком державної демографічної політики сприяння народжуваності (дані райони мають доволі низькі показники соціально-економічного розвитку). У Херсонській області це, насамперед, північні райони (Високопільський, Нововоронцовський, Великопетиський та Верхньорогачицький), а також Новотроїцький район на півдні області.

За статтю у Херсонській області переважає жіноче населення (863 чоловіка на 1000 жінок, або 45,33% чоловіків і 53,67% жінок). Найбільша частка чоловіків у Голопристанському (945 чоловіків на 1000 жінок), Горностаївському (935 чоловіків на 1000 жінок), Каховському (930 чоловіків на 1000 жінок) районах, найменше – у м. Херсон (820 чоловіків на 1000 жінок), м. Нова Каховка (828 чоловіків на 1000 жінок) та Генічеському районі (864 чоловіків на 1000 жінок). Показник співвідношення чоловічого та жіночого населення опосередковано впливає на рівень народжуваності, а через шлюбну ситуацію – на формування психічного та духовного здоров'я. Висока «дострокова» смертність чоловіків є, в сучасних умовах, наслідком не стільки біологічних факторів, скільки – нездорового способу життя чи психологічного перенапруження через соціально-економічні проблеми (як наслідок, питома вага хворих на соціально-небезпечні хвороби чоловіків є значно вищою). Різниця в очікуваній тривалості життя між жінками і чоловіками становить у Херсонській області більше 10,7 років (при меншому показнику для України в цілому – у 2014 р. різниця складає приблизно 10,2 років), а середній вік чоловіків Херсонської області менше ніж у жінок в середньому на 5,3 років (у міських поселеннях ця різниця ще більше – вона становить 5,5 років).

Отже, більш збалансована статеві-вікова структура населення формується у центральному ядрі області, яке знаходиться у межах транспортної доступності до великих міст регіону. Найгірша ситуація складається у містах, що є закономірним етапом еволюційного розвитку урбанізованих ареалів, а

також у периферійних східних та північно-східних районах, з великим переліком соціально-економічних та екологічних проблем.

Територіальна диференціація показників *соціально-економічного розвитку* значною мірою диференціює і показники захворюваності, народжуваності і смертності. Є вірною і думка, згідно якої зменшення нерівності у здоров'ї та смертності невіддільне від зменшення соціально-економічної нерівності загалом [84]. У кризові періоди розвитку значущість соціально-економічних факторів для фізичного і духовного благополуччя населення зростає.

Поняття «соціально-економічний розвиток» характеризує ступінь задоволення матеріальних та духовних потреб людей у суспільстві, міру його благополуччя та добробуту [7]. Взаємозв'язок між рівнем здоров'я населення та соціально-економічним розвитком є взаємним [167]. З одного боку, всі демографічні процеси, не дивлячись на їх певну самостійність, являються соціально детермінованими, а їх інтенсивність зумовлюється впливом соціально-економічних умов. З іншого боку, населення та стан його здоров'я є ресурсом розвитку економіки на всіх рівнях, починаючи з домогосподарств. Досить часто поняття соціально-економічного розвитку, як фактору впливу на здоров'я населення, пов'язується з якістю життя [190]. Але у такому випадку свою роль грають не тільки соціально-економічні умови як такі, але і спосіб, стиль життя населення. Тому якість життя населення і суспільне здоров'я також є нерозривними категоріями, і фактично – результатом взаємовпливу одна на одну.

На думку Мезенцевої Н. І. та Батиченко С. П. [98], рівень здоров'я населення, а у нашому випадку – і передумови формування демографічних процесів, досить сильно залежні від рівня соціально-економічного розвитку території та рівня життя населення. Основними характеристиками впливу соціально-економічного розвитку на національному рівні фахівцями називаються: ВВП та ВНП на душу населення, показники експортно-імпортової діяльності, спеціалізації територій, безробіття та зайнятості, доходів та витрат населення, сформованості середнього класу. На рівні регіонів стан соціально-

економічного розвитку визначається через рівень добробуту населення, розвиток охорони здоров'я, суспільні норми, освітній і культурний рівні населення, характер зайнятості тощо [162]. Причому кожен чинник може впливати на населення прямо, опосередковано та мати зворотній прояв.

Наприклад, рівень добробуту та поліпшення матеріальних умов життя, доступність медичних послуг, впливають на зменшення смертності та підвищення тривалості життя. Це, у свою чергу, призводить до збільшення кількості осіб похилого віку і показники смертності згодом знову підвищуються [59].

Неоднозначно впливає підвищення рівня життя населення і на народжуваність. При зростанні добробуту у населення розширюється коло культурних та матеріальних потреб та інтересів, формуються професійні та інші амбіції, збільшуються витрати. З огляду на це, вплив добробуту на рівень народжуваності може бути прямим, а може і призводити до зменшення чи відкладання народжень [199]. На сучасному етапі в розвинених країнах не спостерігається значного коливання рівня народжуваності серед населення з різним рівнем добробуту. Але історія розвитку країн підтверджує, що така залежність має місце. Побоюючись криз та економічних депресій, населення відкладає шлюби та народження дітей до сприятливіших часів і рівень народжуваності за часів економічних депресій завжди падає.

Досить цікавим чинником впливу на народжуваність є і зайнятість населення, зокрема зайнятість жінок. З підвищенням ролі жінки в суспільстві та залученням її до активної економічної діяльності відбувалося значне зменшення рівня народжуваності, особливо на територіях з поганим розвитком соціальної інфраструктури (відсутність дитячих садків, лікарень, транспортного забезпечення тощо). З іншої точки зору, при зниженні зайнятості, у т.ч. жіночої, зменшується і рівень доходів сімей, що також не сприяє підвищенню народжуваності. Отже, дія фактору зайнятості на демографічні тенденції носить двосторонній характер.

Факторний аналіз 11 вихідних показників дозволив виділити 7 характеристик, які пояснюють 78,7% сумарної дисперсії в оцінці рівня

соціально-економічного розвитку адміністративних районів Херсонської області. Це: середньомісячна номінальна заробітна плата, забезпеченість населення житлом, капітальні інвестиції на 1 особу, рівень зареєстрованого безробіття, роздрібний товарооборот на 1 особу, забезпеченість лікарями і забезпеченість середнім медичним персоналом. Після агрегування даних показників в інтегральний індекс соціально-економічного розвитку (техніка розрахунку описана в параграфі 1.3), було отримано результати, що наведені у додатку Е, а також укладено картосхему (рис. 2.14)

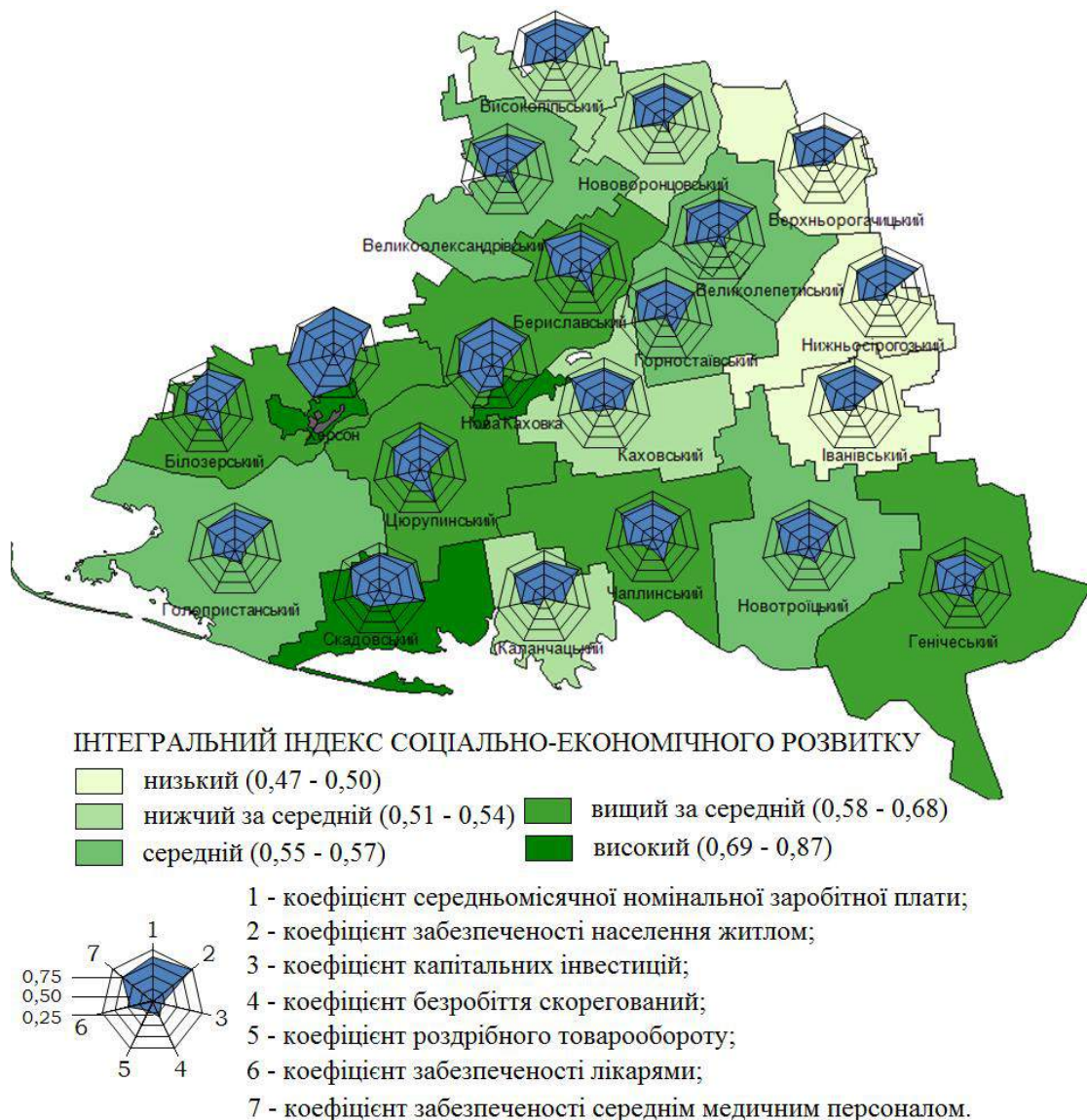


Рис. 2.14. Інтегральний індекс соціально-економічного розвитку адміністративних районів Херсонської області, 2014 р. (укладено автором)

Аналізуючи їх, варто зробити наступні висновки щодо територіальних відмінностей у рівні соціально-економічного розвитку у Херсонській області:

- індекс рівня соціально-економічного розвитку у Херсонській області закономірно знижується у напрямку від центру до периферії, найменш розвиненими є північно-східні райони;

- показники соціально-економічного розвитку досить сильно корелюють з рівнем урбанізації (коефіцієнт кореляції=0,74) та щільністю населення (0,83), що пояснюється кращими соціально-економічними умовами в містах, наявністю робочих місць, вищим рівнем доходів домогосподарств, більшою купівельною спроможністю, вищим рівнем розвитку соціальної інфраструктури тощо.

Для з'ясування значимих взаємозалежностей між показниками суспільно-економічного розвитку та медико-демографічними показниками, було проведено кореляційний аналіз. Результати представлені в таблиці 2.7.

Враховуючи, що за даної кількості статистичних пар показник достовірності отриманих кореляційних зв'язків повинен становити не менше 0,44, було виділено найбільш вагомні зв'язки та зроблено наступні висновки:

1. Показник смертності населення має помірний зворотній зв'язок з показниками середньомісячної номінальної заробітної плати, роздрібним товарооборотом та рівнем урбанізації. Чим вище доходи населення, тим вище добробут, відповідно населення краще дбає про своє здоров'я, і показники смертності менші. У містах умови та якість життя кращі, що також позитивно відображається на здоров'ї населення та зменшенні рівня смертності.

2. Показники народжуваності мають помірний зворотній зв'язок з показниками безробіття та інтегральним індексом соціально-економічного розвитку. Як вже було зазначено, при збільшенні безробіття населення не може дозволити собі мати дітей, тому показники народжуваності падають. Зворотній зв'язок з рівнем соціально-економічного розвитку пояснюється більшими можливостями для самореалізації, тому молоде покоління відтерміновує народження дітей (до закінчення ВНЗ, до досягнення кар'єрних висот і т.д.). Значний вплив в останні роки мала і державна політика її заохочення. При збільшенні розмірів виплат грошової допомоги при народженні дитини досить інтенсивно почали зростати і показники народжуваності (рис. 2.15).

Таблиця 2.7.

**Кореляційні відношення рівня соціально-економічного розвитку та
медико-демографічних показників Херсонської області
(розраховано автором)**

		Середньомісячна номінальна заробітна плата працівників, грн	Забезпеченість населення житлом, м ² /особу	Капітальні інвестиції на 1 особу, грн	Кількість безробітних, осіб на 1000 населення	Роздрібний товарооборот підприємств на 1 особу, грн	Інтегральний індекс рівня СЕР	Відсоток міського населення, %
		<i>Коефіцієнти кореляції</i>						
Смертність, на 1000 осіб		-0,53	0,18	0,03	-0,25	-0,49	-0,21	-0,45
Народжуваність, на 1000 осіб		-0,08	0,06	-0,29	-0,49	-0,40	-0,45	-0,13
Смертність від, на 1000 осіб:	деяких інфекційних та паразитичних хвороб	0,36	0,30	-0,38	0,36	-0,34	0,40	0,07
	новоутворень	-0,09	0,42	-0,05	-0,21	-0,07	0,02	0,14
	хвороб системи кровообігу	0,16	-0,01	0,32	0,07	0,25	0,33	0,31
	хвороб органів дихання	0,11	0,34	-0,27	-0,13	-0,06	-0,13	-0,20
	хвороб органів травлення	0,27	0,21	-0,09	0,14	-0,05	-0,01	-0,12
	зовнішніх причин	-0,12	0,20	-0,25	-0,18	0,27	-0,19	-0,16
Смертність дітей до 1 року, на 1000 осіб		-0,40	-0,19	-0,08	-0,17	-0,11	-0,17	0,06
Поширеність захворюваності, на 1000 осіб		0,63	0,03	0,25	0,73	0,70	0,63	0,39
Первинна захворюваність, на 1000 осіб		0,70	0,15	0,05	0,61	0,58	0,55	0,31
Захворюваність на (на 1000 осіб):	деяких інфекційних та паразитичних хвороб	0,42	0,44	-0,25	0,55	0,30	0,38	0,23
	новоутворень	0,35	0,06	0,23	0,82	0,76	0,69	0,59
	хвороби крові та кровотвор. орг.	-0,13	-0,03	-0,04	-0,07	-0,12	-0,03	-0,39
	розладів психіки	0,10	0,18	-0,08	-0,10	-0,07	0,09	0,15
	хвороби нервової системи	0,36	0,06	-0,05	0,01	-0,30	0,04	0,12
	хвороби ока	0,50	-0,01	-0,01	0,39	-0,03	0,26	0,10
	хвороби вуха	0,51	0,22	-0,10	0,64	-0,41	0,53	0,52
	хвороби системи кровообігу	0,32	-0,41	-0,13	0,01	-0,17	-0,10	-0,31
	хвороби органів дихання	0,56	0,23	0,11	0,45	-0,57	0,52	0,26
	хвороби органів травлення	0,35	0,00	0,61	0,54	-0,10	0,56	0,52
	хвороби шкіри	0,79	0,41	0,03	0,59	-0,36	0,58	0,48
	хвороби кістково-м'язової системи	0,39	-0,12	-0,26	0,36	-0,35	0,23	0,06
	хвороби сечостатевої системи	0,43	-0,17	0,09	0,58	-0,33	0,39	0,32
	отруєння та зовнішні причини	0,39	0,13	-0,09	0,27	-0,37	0,28	0,21
	гострий інфаркт міокарда	0,75	0,25	-0,20	0,63	-0,16	0,58	0,44
Самогубства		-0,41	-0,19	-0,02	-0,28	0,30	-0,30	-0,14

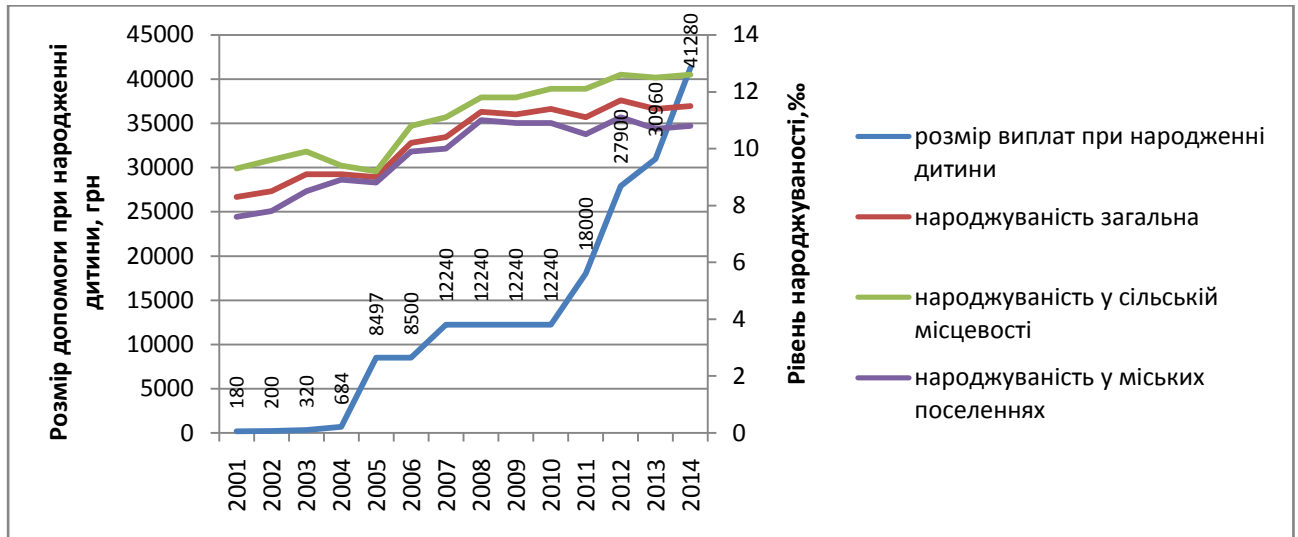


Рис. 2.15. Динаміка змін розмірів грошової допомоги при народженні дитини та народжуваності у Херсонській області, 2001-2014 рр.
(побудовано автором за даними [46])

Коефіцієнт кореляції між показником виплат та загальною народжуваністю та народжуваністю у міських поселеннях в Херсонській області на 2014 р. становив 0,79, а з народжуваністю у сільській місцевості - 0,86. Помітним явищем є зростання народжуваності у депресивних сільських районах, де грошові виплати стали потужним джерелом доходу для окремих сімей. Цей фактор дещо спотворив встановлення реальної тісноти зв'язку народжуваності та рівня соціально-економічного розвитку території.

3. Значних залежностей між показниками смертності за окремими причинами та індексом соціально-економічного розвитку не встановлено, оскільки детермінованість даних показників зумовлена чинниками з досить складними взаємозв'язками.

4. Непростим в плані виявлення територіальних особливостей є встановлення причин смертності немовлят до 1 року та вплив на це економічних чинників. Тут вдалося встановити лише слабкий зворотній зв'язок з показником середньої заробітної плати. Таку закономірність можливо пояснити кращими умовами для народження та виховання дітей у сім'ях з вищим рівнем добробуту.

5. На поширеність захворюваності та первинну захворюваність впливають майже всі розглянуті соціально-економічні показники, що вкотре підтверджує гіпотезу, що чим вищу якість життя має населення, тим менше воно хворіє. Варто відмітити, що хоча зв'язку між захворюваністю та забезпеченістю житлом не виявлено, відомо, що якщо забезпеченість житлом нижча ніж 28 м^2 загальної площі на людину (згідно з медичними нормами), то ймовірність захворювання населення різко зростає [165]. За усередненими даними, в жодному районі Херсонської області дані норми не витримані.

6. Аналіз залежностей між захворюваністю за класами хвороб, окремими захворюваннями та рівнем соціально-економічного розвитку дав свої результати. По 8 з 15 показників захворюваності встановлено помірні, значні та сильні прямі зв'язки з рівнем безробіття. Закономірність погіршення здоров'я безробітних, особливо при тривалості безробіття більш ніж 6 місяців, підтверджена дослідженнями [60]. Отже, зростання рівня безробіття є вагомим фактором впливу на формування медико-демографічної ситуації.

7. Істотний причинно-наслідковий зв'язок спостерігається в тріаді урбанізація – соціально-економічний розвиток – показники медико-демографічної ситуації. Урбанізація, з одного боку, покращує умови життя населення (централізовані водопровід та каналізація, розвинута система постачання та торгівлі тощо), але з іншого – спричинює витіснення і заміну природних об'єктів штучними, посилює забруднення навколишнього середовища, призводить до зростання психічного, емоційного і фізичного навантаження на організм людини [16]. Тому при аналізі будь-якого чинника впливу на стан здоров'я можна віднайти прямий або опосередкований слід прояву міського стилю життя або міських умов.

Наслідком процесу урбанізації є трансформація природного середовища в антропогенно змінене міське середовище, яке значно складніше за своєю структурою та динамікою. За визначенням, міське середовище розуміється як комплекс умов життєдіяльності людей, які «споживають» середовище, задовольняючи свої потреби, що знаходяться у прямій залежності від якості даного середовища [83, с.129]. Зрозумілим є і те, що якість міського

середовища зумовлює і перебіг медико-демографічних процесів. Доцільним буде також вказати, що міський простір є особливим матеріально-виробничим середовищем, де з високою інтенсивністю відбувається виробнича, побутова і соціальна діяльність людей [1], зумовлюючи динаміку і мінливість всіх притаманних місту процесів. Необхідно брати до уваги, що при вивченні факторів формування показників здоров'я у міському середовищі, сила дії деяких факторів буде більш інтенсивна та результативніша у порівнянні з сільською місцевістю, більше того, ця дія може бути синергетичною.

Зокрема, високі коефіцієнти кореляції між показниками виникнення новоутворень та показниками соціально-економічного розвитку в адміністративних районах Херсонської області можна пояснити збільшенням концентрації канцерогенних речовин у міському середовищі. Отже, фактор несприятливості екологічної ситуації формує наступний ризик виникнення новоутворень (залежність між забрудненням атмосфери та виникненням новоутворень підтверджена нами раніше).

Зв'язок між рівнем заробітної плати та хворобами ока пояснюється тим, що найбільш високооплачуваними є так звані «сидячі» професії (програмісти, офісні працівники, конструктори тощо), у яких погіршення зору відноситься до числа професійних захворювань.

Ймовірність виникнення хвороб вуха також опосередковано пояснюється впливом урбанізації. У міському середовищі зростає шумове навантаження та діє своя атмосферна мікроциркуляція повітря (наявність протягів в пасажирському транспорті, між близько розташованими будівлями нових мікрорайонів тощо). Наслідком таких впливів є відносно більша вразливість і, відповідно, підвищення захворюваності даного органу. Яскравим тому підтвердженням є високий показник захворюваності вуха та сосковидного відростку у м. Херсон, який становить 51,53 випадків/тис. населення, що майже в два рази перевищує середньообласний показник.

Хвороби органів травлення та хвороби шкіри також обумовлені опосередкованим впливом міського способу та умов життя. Сільське населення споживає більше свіжих продуктів, вітамінів та мікроелементів, ніж міське

[104, 119], яке здебільшого харчується «із магазину» (і це при меншій фізичній рухливості), тому показники захворюваності органів травлення у сільського населення є дещо меншими. Зв'язок між поширенням хвороб шкіри та рівнем урбанізації пояснюється більшою контактністю міських жителів (громадський транспорт, зупинки, магазини, офіси тощо), тому і ризик отримати той самий герпес або контактний дерматит є вищим. Додатковим фактором тут також виступає забруднення атмосферного повітря у місті, що безпосередньо впливає на захворюваність шкірними хворобами [64].

Рівень урбанізації також виступає опосередкованим фактором виникнення інфаркту міокарда. Серед основних причин його розвитку є ожиріння та часті стреси, які, за оцінкою фахівців, поширені саме серед міського населення та населення з вищим рівнем добробуту [69].

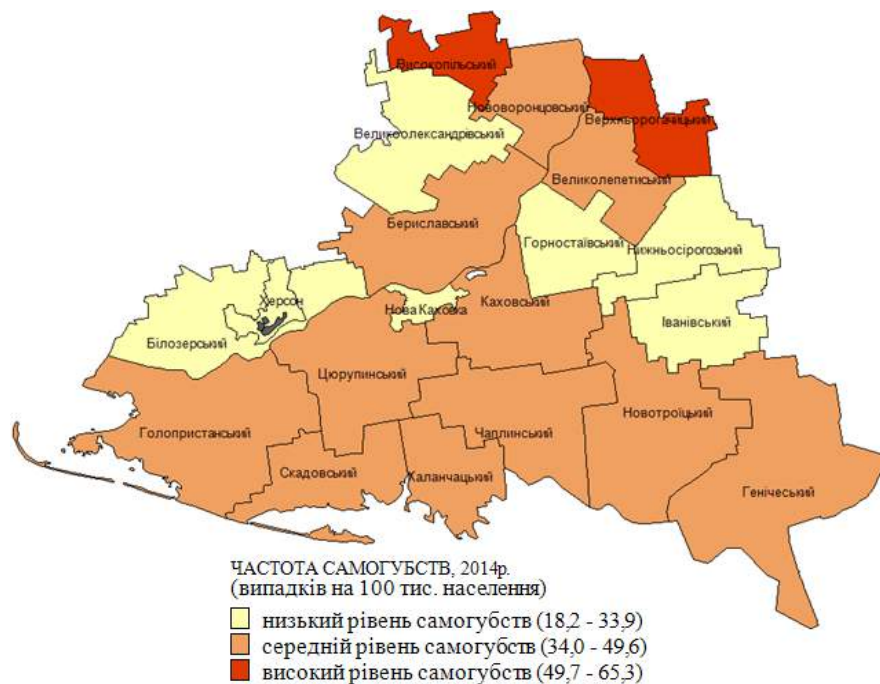


Рис. 2.16. Частота самогубств на території Херсонської області, випадків на 100 тис.населення, 2014 р. (укладено автором)

8. Важливим індикатором стану соціально-економічного середовища є рівень самогубств. Хоча значних залежностей між ним і більшістю економічних показників не виявлено, прослідковується помірна зворотна залежність рівня самогубств і розмірів середньої заробітної плати, а також – інтегрального індексу соціально-економічного розвитку. Така залежність підтверджується

дослідженнями ВООЗ, за результатами якої матеріальні негаразди є поширеною причиною спроб самогубства [214]. У Херсонській області найвищі показники самогубств характерні для крайньої півночі області (Верхньорогачицького, Високопільського та Нововоронцовського) (рис. 2.16). У середній полосі показники вчинення самогубств найнижчі.

На окрему увагу заслуговує аналіз впливу на здоров'я населення стану розвитку *сфери охорони здоров'я*. Деякі вчені вважають навіть, що рівень розвитку охорони здоров'я є найбільш впливовим фактором впливу на здоров'я, випереджаючи за своєю силою рівень соціально-економічного розвитку та рівень забруднення [178]. Загалом, медична система являє собою сукупність закладів, технологій і ресурсів підтримання нормального рівня здоров'я населення, пов'язаних потоками речовини та енергії, прямими та зворотними зв'язками [115]. Показниками рівня розвитку системи охорони здоров'я є: забезпеченість медичною інфраструктурою, фахівцями-медиками, забезпеченість лікарняними ліжками і фінансування закладів охорони здоров'я.

За показниками забезпеченості лікарями Херсонської області можемо констатувати відсутність значної диференціації, картина забезпеченості майже рівномірна. Найкраще забезпечені лікарями – мм. Херсон, Нова Каховка, Каланчацький та Генічеський райони. Найгірша ситуація із забезпеченістю – у Великоолександрівському, Голопристанському, Білозерському, Каховському районах (рис. 2.17). Цікавим фактом є набагато менша забезпеченість лікарями у прилеглих до міст районах, а саме – у Білозерському і Каховському. Кореляційний аналіз засвідчив, що:

1. Коефіцієнт кореляції між загальною захворюваністю та забезпеченістю лікарями складає 0,41. Хоча коефіцієнт помірний, але наявність прямого зв'язку свідчить про те, що чим вищою є забезпеченість спеціалістами закладів охорони здоров'я, тим вищими є показники виявлення захворювань. Цей факт не потребує роз'яснення. Дане твердження підтверджується кореляційним аналізом показників смертності та поширеності захворювань, який становить -0,7, тобто чим частіше і активніше виявляються захворювання, тим меншими є показники смертності.

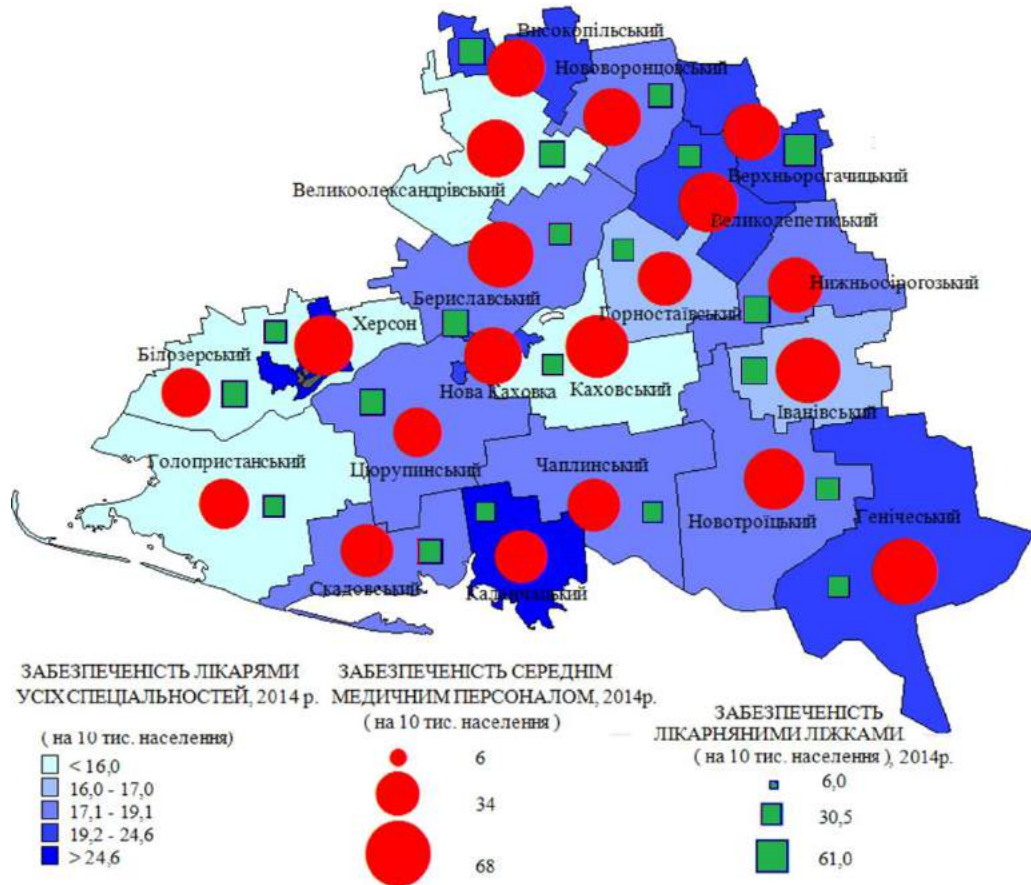


Рис. 2.17. Забезпеченість закладів охорони здоров'я лікарями усіх спеціальностей, середнім медичним персоналом та лікарняними ліжками (на 10 тис. населення), 2014 р. (укладено автором)

2. Коефіцієнт кореляції між показниками вперше виявлених новоутворень та забезпеченістю лікарями – 0,58. Доволі помітний зв'язок пояснюється тим, що онкологічні захворювання вважаються складними для виявлення та розпізнання, для вчасної діагностики необхідні вузькопрофільні лікарі та апаратура, яких у звичайних районних лікарнях бракує.

Не менш важливим показником є забезпеченість закладів охорони здоров'я середнім медичним персоналом. Саме фельдшери та медичні сестри у сільській місцевості є чи не єдиними фахівцями у наданні кваліфікованої медичної допомоги, виявленні і попередженні захворювань. Середнім медичним персоналом райони Херсонської області забезпечені краще, ніж лікарями, і також – більш-менш рівномірно (рис. 2.17).

Особливості територіального розподілу аналогічні до забезпечення лікарями. Кореляційний аналіз не виявив чітких залежностей між показниками

МДС та забезпеченістю середнім медичним персоналом, але встановлені досить слабкі негативні коефіцієнти з показниками смертності населення та смертності за окремими класами хвороб, що свідчить про слабкий зворотній зв'язок. Тобто, чим кращим є забезпечення середнім медичним персоналом, тим нижчою є смертність.

Важливим показником можливості надання якісної медичної допомоги є забезпеченість медичних закладів лікарняними ліжками, у т.ч. терапевтичного призначення. Кількість лікарняних ліжок є показником оцінювання доступності, якості та ефективності діагностичної, лікувальної роботи спеціалістів відділень вторинної медичної допомоги лікувально-профілактичних закладів. При кореляційному аналізі досить значних залежностей не виявлено, але вартою уваги слабкий зворотній зв'язок між захворюваністю на хвороби крові та кровотворних органів (-0,40), хвороб сечостатевої системи (-0,32) системи кровообігу (-0,31), гіпертонічної хвороби (-0,30) та кількістю лікарняних ліжок на 10 тис. осіб. Дані класи хвороб включають хронічні захворювання, які потребують постійної профілактики, а отже – необхідності періодичного стаціонарного лікування, чим і пояснюються отримані кореляційні зв'язки.

Територіальний розподіл забезпеченості лікарняними ліжками за районами Херсонської області не має значних територіальних відмінностей (рис. 2.17). Як із забезпеченістю кадрами, спостерігається зменшення показника біля великих міст (38,57 ліжок на 10 тис.населення у Білозерському та 41,11 ліжок на 10 тис.населення у Каховському районах) та збільшенням кількості ліжок на периферії області (60,98 ліжок на 10 тис. населення у Верхньорогачицькому районі та 52,94 – у Високопільському районі). Але такі закономірності більше пов'язані з системою розселення та міграцією населення територією області.

Найвагомішим фактором, що мав би характеризувати рівень розвитку системи охорони здоров'я, є фактор її фінансування. Але в сучасних умовах, що склалися в Україні, лєвова частка фінансування, що виділяється на дану галузь, йде на виплату зарплат робітникам та оплату комунальних послуг (більше

70%). Наприклад, з коштів, виділених на охорону здоров'я в Херсонській області за 2014 р., лише 3,45% спрямовані на забезпечення лікувальних закладів медикаментами, а 1,39% – на оновлення матеріально-технічної бази (обладнання, апаратура тощо). Тому робити висновки про регіональні відміни у формуванні МДС, спровоковані диференціацією у фінансуванні охорони здоров'я, в принципі не є правильним. У розрахунку на 1 особу, в середньому по області за 2014 р. на охорону здоров'я виділялося 573,54 грн. У регіональному аспекті більші кошти залучалися у великих містах – м. Херсон (594,88 грн/особу), м. Нова Каховка (629,23 грн/особу), менші – у периферійних районах або районах прилеглих до міст та обласного центру – Білозерській (518,12 грн/особу) та Скадовський (523,81 грн/особу) райони відповідно. Враховуючи невисоку диференціацію між показниками та частку витрат на зарплати працівникам та оплату комунальних послуг, можна дійти висновку про мізерні розміри витрат на лікування хворих і відсутність залежності показників здоров'я від розмірів фінансування медичної системи.

Фактором значного ризику для здоров'я населення є небезпеки, пов'язані з розвитком *транспортної системи*. Зокрема, смертність від дорожньо-транспортних подій (ДТП) є одним з провідних показників смертності населення від зовнішніх причин, поряд з самогубствами та отруєннями. Досить високим є відсоток травмування та інвалідизації внаслідок ДТП.

Транспортна мережа Херсонської області має свої специфічні особливості. Через територію регіону пролягають два транспортні коридори міжнародного значення: траса «Херсон – Красноперекіпськ – Сімферополь» (226 км), що проходить через територію Херсонської міськради, Цюрупинського, Скадовського та Каланчацького районів та траса «Одеса – Мелітополь – Новоазовськ» (114 км), що проходить територією Білозерського, Бериславського, Каховського, Нижньосірогозького та Іванівського районів, Херсонської і Новокаховської міськрад (рис.2.18). Забезпеченість території автошляхами в середньому по області складає 17,4 км доріг на 100 км² території. Найвищі показники забезпеченості автодорогами у Високопільському (28,71 км/100 км²), Каланчацькому (29,67 км/100 км²) та

Нововоронцовському (23,94 км/100 км²) районах, найнижчі – у Каховському (12,19 км/100 км²), Голопристанському (13,08 км/100 км²) та Чаплинському (15,54 км/100 км²) районах (рис. 2.19). Висока концентрація автошляхів демонструє як негативні моменти – високий ризик виникнення ДТП, високі показники викидів шкідливих речовин від автотранспорту, так і позитивні – краща зв'язність населених пунктів, а у сільській місцевості – можливість швидшої госпіталізації хворих з невідкладними станами до районних лікарень.

Висока автотранспортна напруженість характерна для територій, прилеглих до вузлів, що пов'язують правобережні і лівобережні райони області. Це: міст через р. Дніпро, що зв'язує м. Цюрупинськ та м. Херсон, та переправа через Каховську ГЕС, що з'єднує Бериславський район та м. Нова Каховка.

Саме через ці вузли і проходять траси міжнародного значення. Зважаючи на високу концентрацію населення та автотранспортну напруженість у даних місцях, тут спостерігається найвищі показники смертності в результаті ДТП. Так, за 2014 р. зафіксовано 581 ДТП з постраждалими, в яких травмувалося 682 особи, зафіксовано 146 випадків смертей внаслідок травмування в ДТП, з них 28% випадків трапилось у м. Херсон, 8% – у м. Нова Каховка, 6,9% – у Цюрупинському районі, а також 12,3% – у Генічеському районі.

Високі показники смертності внаслідок ДТП в Генічеському районі пояснюються тим, що м. Генічеськ є значним рекреаційним центром, куди влітку спрямовані потоки відпочиваючих як на рейсовому, так і приватному автотранспорті, через що транспортна напруженість регіону досить зростає.

Для підтвердження вищезазначеного, нами було розраховано частоту випадків ДТП та ДТП з постраждалими на 100 км автодоріг за районами Херсонської області (Додаток Ж). Встановлено, що найвища частота виникнення ДТП зафіксована у Каховському (43,19 випадків/100 км) та Цюрупинському (35,10 випадків/100 км) районах. В цих же районах і найвища частота травмування внаслідок ДТП – 14,22 випадків/100 км та 8,24 випадків/100 км відповідно. Найменші показники аварійності та травматизму спостерігаються у периферійних районах Лівобережжя області.



Рис 2.18. Головні автомобільні шляхи Херсонської області [73]

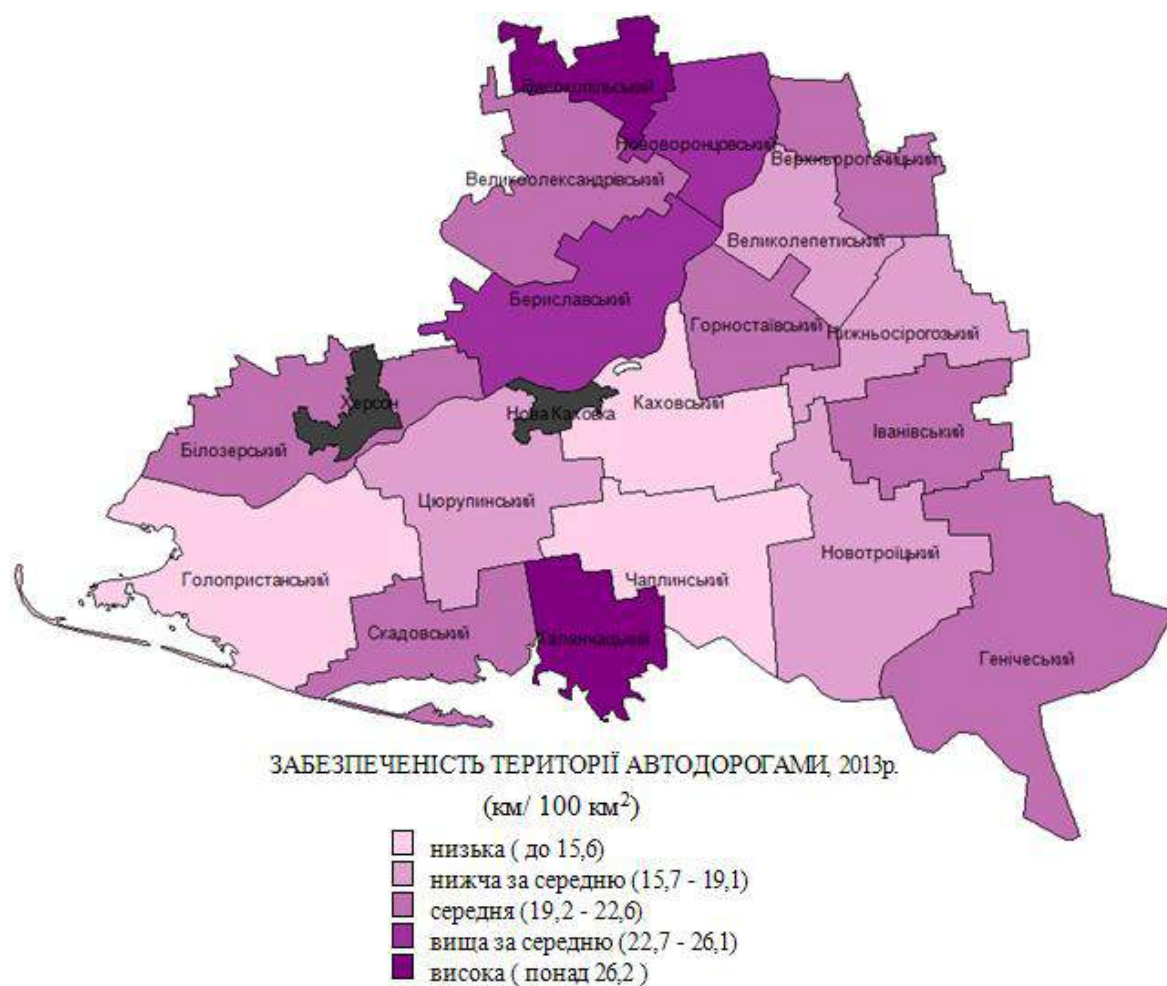


Рис. 2.19. Забезпеченість районів Херсонської області автошляхами, 2013 р.

(побудовано автором за даними [125])

Цікавим фактом є те, що в 2014 р. Херсонська область продемонструвала найкращу динаміку серед областей України щодо зменшення випадків ДТП. У порівнянні з 2013 р. кількість випадків зменшилась на 17% і становила 2927 випадків [169]. На 21,6 % зменшилась і кількість травмованих внаслідок ДТП. Однією з причин стало зменшення транзитного потоку автотранспорту на півострів Крим після його анексії Російською Федерацією.

Дуже значимими характеристиками, що впливають на суспільне здоров'я, формують відношення до нього, є різноманітні характеристики *якості життя населення*. Як правило, це ті ж характеристики соціально-економічної природи, але, разом з цим, і велика низка факторів соціокультурної і цивілізаційної природи, характеристики споживання продуктів харчування тощо. Слід відзначити, що частина характеристик ЯЖН є передумованма формування параметрів здоров'я, а частина є результатом того стану фізичного, психічного і духовного здоров'я населення, який вже склався на тій чи іншій території.

Наприклад, достатність та якість споживання продуктів харчування завжди вважається ознакою якості життя і фактором безпосереднього впливу на здоров'я і демографічні процеси. Для відображення загальної картини щодо достатності та якості харчування населення Херсонської області було проаналізовано відповідність споживання продуктів харчування у домогосподарствах області затвердженим мінімальним та раціональним нормам за основними групами продуктів (Додаток 3). Цей аналіз дозволив зробити наступні висновки:

- населення Херсонської області недоїдає м'яса і м'ясопродуктів (нестача 13% до раціональної норми), наслідком чого є дефіцит у тваринних білках, вітамінах та мікроелементах, чим спричинюється загальне зниження імунітету (особливо серед дітей);

- особливістю для регіону є недоспоживання населенням молочних продуктів навіть до рівня мінімальної норми (споживається лише 60 % від мінімальної норми), що може призводити до аномалій розвитку плоду при вагітності і розвитку рахіту у дітей, підвищення ризику переломів та травмувань скелетних кісток у представників всіх вікових категорій тощо;

- риби і рибних продуктів населення Херсонської області споживає більше норми, компенсуючи тим самим нестачу м'яса (така тенденція пояснюється розвитком рибного господарства і достатньою кількістю водних акваторій, зокрема Дніпровсько-Бузького лиману, пониззя Дніпра, Каховського водосховища, численних ставків, Чорного та Азовського морів, а відтак – доступністю риби та інших продуктів рибного господарства);

- цукру у регіоні на душу населення споживається більше норми, що відповідає загальноукраїнським тенденціям і є свідомством незбалансованості харчування за рахунок забезпечення енергетичних потреб організму більш доступними продуктами. Проте при надмірному споживанні цукру зростає ризик розвитку ожиріння, діабету, раку молочної залози, інфаркту;

- за споживанням олії та інших рослинних жирів населення Херсонської області виділяється вдвічі більшим за раціональну норму показником: це пояснюється спеціалізацією сільського господарства на вирощуванні соняшника, що спричинює невисоку цінову політику на олію і широке її вживання у харчуванні сільських мешканців). Водночас, надлишкове споживання рослинних жирів підвищує рівень холестерину в крові, що приводить до розвитку атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, ракових захворювань, інсультів та інфарктів;

- незважаючи на те, що Херсонська область славиться плодово-овочевим господарством, нижчими від раціональних норм є споживання наступних продуктів: картоплі (нестача 26,45%), овочів та баштанних культур (нестача 18,76%), фруктів, ягід, горіхів та винограду (нестача 40 %). Наслідком цього є дефіцит вітамінів та мікроелементів, низькі показники споживання фруктів призводять до цілого ряду розладів здоров'я населення;

- класичним є перевищення норм споживання хліба та хлібних продуктів (на 21%), що збільшує калорійність харчування і сприяє розвитку ожиріння.

На окрему увагу заслуговує порівняння раціонів міських жителів та сільського населення. Міські жителі споживають більше м'яса, молока, яєць, фруктів, ягід, горіхів та винограду, ніж сільські. Дана особливість пояснюється кращою доступністю продуктів різних категорій та ступеня переробки у місті у

порівнянні з сільською місцевістю за рахунок розвинутої торговельної мережі. Сільське населення Херсонської області більше за міське споживає риби, цукру, картоплі, овочів та баштанних, хліба. Тобто, у сільській місцевості риба використовується частіше як заміник м'яса, більше споживання овочів є результатом домінуючого харчування з власного городу у сільській місцевості. Загалом рівень недоспоживання різних видів продуктів у міського населення вищий, але харчування є більш збалансованим.

Структура харчування і рівень споживання відрізняються для домогосподарств з різним рівнем доходів (додаток 3). Зокрема, населення з найнижчими доходами (480 – 840 грн/особу в місяць) недоїдає до раціональних норм на 137% у сумі за всіма групами продуктів. Найбільший дефіцит у раціоні за: молочними продуктами (лише $\frac{1}{4}$ норми), фруктами, ягодами (лише $\frac{1}{4}$ норми) та м'ясом (лише $\frac{2}{5}$ норми). Достатнім є споживання риби, цукру і хліба.

Ситуація з харчуванням у групі домогосподарств з доходами 840 – 1200 грн/особу в місяць, характеризується ще більшим, ніж у найбільш бідній групі, сумарним показником недоїдання – він становить 210% у сумі за всіма групами продуктів. Тут мають місце нижчі показники споживання м'яса, риби, цукру, картоплі, овочів, хліба, ніж у низькодоходної групи. До групи домогосподарств з найнижчими доходами належать здебільшого сільські жителі, які мають можливість самозабезпечення продовольством, а до групи з більш високими доходами здебільшого належать незаможні міські жителі, які не мають змоги вести підсобне господарство і вони харчуються «з магазину».

Що стосується населення, яке перебуває за межею бідності (середньодушовий дохід менше прожиткового мінімуму), то воно складає 32,2% від загальної кількості домогосподарств Херсонської області. В таких домогосподарствах майже за всіма групами продуктів простежуються дефіцити у раціоні. Зокрема, дефіцит споживання м'яса складає 46 % від норми, молока – 67,5%, яєць – 13,1%, риби – 4,0%, цукру – 5,3%, картоплі – 38,1%, овочів – 43,3%, фруктів – 64 %. Загальне недоїдання за всіма групами продуктів становить 227%. З такими низькими показниками достатності і збалансованості харчування досить високим є ризик розвитку багатьох хвороб.

За окремими, найбільш важливими, групами продуктів, можна встановити реально потрібний рівень доходів населення для забезпечення достатнього харчування. Встановлюється це розрахунком відношення показників споживання до показників рекомендованих норм, і, шляхом порівняння процентів недоїдання/переїдання (сумарної дисперсії), робляться висновки про збалансованість харчування населення з різним рівнем доходів. Щодо м'ясних продуктів та овочів, то споживання нормалізується до раціональних норм при рівні доходів у 1920 – 2280 грн/особу в місяць, для фруктів – 3000 – 3360 грн/особу в місяць. Для молочних продуктів ситуація не стає задовільною навіть у групах домогосподарств з найвищими показниками доходів, що пов'язано із недосформованістю культури збалансованого харчування. З вищезазначеного можна зробити висновок, що раціональні показники харчування у населення у Херсонській області у 2013 р. спостерігалися б при доходах приблизно на рівні 1920 – 2280 грн/особу в місяць і вище, проте частка таких домогосподарств складала лише 11,3%.

Одним з показників небезпеки умов праці є *рівень травматизму* на виробництві. За 2014 р. у регіоні було зареєстровано 95 випадків травмувань на виробництві, з них 20 випадків були смертельними. 46,3% випадків сталися у м. Херсон, 10,5% – у прилеглому до Херсона Білозерському районі, 9,5% – у м. Нова Каховка. Оскільки Херсонська область є регіоном розвиненого сільського господарства, то і випадки травматизму більшою мірою пов'язані з цією галуззю. У 2014 р. 24% всіх травмованих були працівниками сільського, лісового та рибного господарства; 23% - робітниками переробної сфери, 15% - сфери охорони здоров'я. Зважаючи на відносно низькі показники травматизму та відсутність регіональної їх диференціації (у 7 з 18 районів Херсонської області у 2014 р. взагалі не зафіксовано випадків травматизму на виробництві), цей фактор не становить основної загрози здоров'ю населення.

Психологи називають головним культурно-духовним фактором впливу на здоров'я населення *соціальне самопочуття соціуму*. Під соціальним самопочуттям розуміється інтегральна характеристика соціально-психологічних явищ, процесів, відносин, що розвиваються за лінією: соціальне

сприйняття фактів – соціально-психологічне ставлення, соціальні переживання, соціально-психологічний слід, в якому сфокусовано більшість показників соціального самопочуття. Все це розвивається в рамках цілісної психіки соціуму [79]. Якісні характеристики культурно-духовної складової неможливо охарактеризувати за допомогою офіційної статистики, отже вони вивчаються за допомогою соціологічних методів. Окремі чинники аналізувалися і у даній роботі за допомогою проведеного анкетного опитування.

Великий вплив на здоров'я і динаміку МДС здійснює загальна *соціально-політична обстановка* та інформаційно-психологічне середовище життя суспільства. Порівнюючи показники народжуваності за період січня-червня (першого півріччя) 2014 р. та аналогічного періоду 2015 р., з'ясувалося, що показники народжуваності зменшилися у всіх регіонах України, у т.ч. на 13,8% по державі загалом. Така ситуація спричинена нестабільною політичною ситуацією в країні, появою нових загроз, а також підвищенням стресогенності і конфліктогенності. Херсонська область є прикордонною до анексованого Російською Федерацією Криму, знаходиться недалеко від зони проведення антитерористичної операції, що автоматично робить її потенційно більш вразливою. З літератури відомо, що соціальні потрясіння часто викликають негативні тенденції у формуванні МДС, але при появі позитивних зрушень і стабілізації політичної обстановки, показники можуть почати зростати.

Релігійні та етнічні характеристики населення також є потужними чинниками формування МДС. Вони знаходять прояв у впливі, в першу чергу, на народжуваність. Наприклад, для католиків, представників окремих течій протестантства (свідки Єгови, п'ятидесятники тощо) використання контрацепції перебуває під заборонаю, як перешкоджання Божій волі, тому для представників даних конфесійних течій притаманна багатодітність. Подібні традиції репродуктивної поведінки характерні і для мусульманського населення. Їм притаманне суворе додержання релігійних вимог, зокрема, посту чи заборона вживання алкоголю, що позитивно відображається на здоров'ї.

Наявна статистична інформація про релігійний склад населення представлена лише у вигляді кількості релігійних організацій. Однак і у такому

вигляді конфесійні особливості в Україні досить чіткі. Проте не у всіх регіонах (через наявність домінуючої конфесії і незначне представництво інших) дані показники будуть інформативними в плані оцінки їх впливу на населення, показники його відтворення і здоров'я, оскільки, по-перше, до однієї релігійної організації може входити 100 жителів (наприклад, церква в селі), а може і 10000 жителів (церква (і не одна) у великому місті); по-друге, кількісна характеристика віруючих та їх розподілу за конфесіями ще не є свідченням релігійності та додержання релігійних норм, справжньої релігійної активності.

Станом на 2015 р. на території Херсонської області зареєстровано 925 релігійних організацій. Кількісний їх склад, за приналежністю до тієї чи іншої церкви, представлений у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9.

Основні релігійні конфесії у Херсонській області*

<i>Релігійна приналежність</i>	<i>Кількість зареєстрованих релігійних організацій</i>
Українська православна церква (МП)	364
Українська православна церква Київського патріархату	91
Українська автокефальна православна церква	47
Українська греко-католицька церква	27
Римо-католицька церква	17
Всеукраїнський союз об'єднань євангельських християн-баптистів	88
Церкви Повного Євангелія	51
Всеукраїнський союз церков християн віри євангельської-п'ятидесятників	48
Українська уніонна конференція церкви адвентистів сьомого дня	22
Свідки Єгови	24
Духовне управління мусульман України	56
Об'єднання хасидів Хабад Любавич іудейських релігійних організацій України	7

*Укладено автором за [108].

За даними досліджень Центру соціальних та маркетингових досліджень SOCIS, Соціологічної групи РЕЙТИНГ, Центру Разумкова та КМІС, за релігійною ідентифікацією населення Херсонської області розподіляється наступним чином: православні (75%), просто християни (10%), до жодної релігії не належать (10%), протестанти та євангелісти (1%), греко-католики (0,5%), римо-католики (0,5%) та «не змогли відповісти» (3%) [150]. Переважання православ'я в цілому практично нівелює можливі значні особливості впливу на територіальні відмінності МДС. Взагалі Херсонська область відноситься до «стабільних» в плані міжконфесійного протистояння регіонів, де не трапляються конфлікти на релігійній основі.

Водночас, є особливості, які звертають на себе увагу. Як приклад, варто відзначити, що у період 1989 – 2001 рр. на території Херсонської області значно зросла чисельність турків-месхетинців та курдів. Переселення турків в область, яке почалося на початку 1990-х рр., зумовило збільшення їх кількості в 467 разів: 3736 осіб у 2001 р. проти 8 осіб у 1989 р. Основним місцем їх проживання стали Чаплинський та Генічеський райони, які зосереджують відповідно 61% та 13% від усієї кількості турків в області. У той же період здійснювалось переселення в Херсонську область курдів, кількість яких зросла у 42 рази (з 7 до 296 осіб). Саме в цих двох районах компактного розселення даних національних груп відбулися досить помітні зрушення у народжуваності. У 2003 р. Чаплинський район посів 1 місце за показниками народжуваності серед інших районів області.

Досить вагомим фактором формування здоров'я є освітній рівень населення. Освітньо-інтелектуальний рівень визначає, крім іншого, ставлення населення до свого здоров'я та здоров'я своєї сім'ї. Традиційно, з підвищенням рівня освіти населення, закономірно знижуються показники середньої кількості дітей в сім'ї та рівень народжуваності в цілому [49]. Водночас теоретичного пояснення цій тенденції немає – до кінця невідомо, чи лежать в основі цього економічні, чи культурні чинники. З іншого боку, є і чітко встановлені речі. Наприклад, фахівцями доведено, що одним з факторів ризику синдрому раптової смерті дітей грудного віку є саме невисокий рівень освіти матері [4].

Відзначимо, що у Херсонській області кількість найманих працівників з вищою освітою є нижчою від середнього рівня по державі і становить 32,3%. У містах рівень концентрації освітніх закладів більший, відповідно поширеними є поведінкові установки щодо здобуття вищої освіти, зумовлені підвищеною конкуренцією на ринку праці, що відображається на демографічній поведінці і ставленні до здоров'я молодих членів суспільства.

Показником соціально-економічного рівня розвитку регіону традиційно виступає культурна активність населення, що описується показниками розвитку закладів культурної сфери. Дана складова важлива з огляду на гармонійний розвиток населення, психічне і духовне його здоров'я. Ситуацію з рівнем культурної активності населення у Херсонській області слід визнати незадовільною, як і в Україні загалом. Водночас, традиційна система показників (кількість закладів культури, фонди бібліотек тощо) є мало інформативною для пошуку територіальних відмінностей. Наприклад, найвищі показники забезпечення населення бібліотечними фондами має Іванівський район (2463 примірників на 100 населення), а за рівнем соціально-економічного розвитку він посідає останнє місце серед районів області. Отже, дану систему оцінки рівня розвитку соціокультурної сфери варто вважати доволі застарілою.

Набагато більш інформативним показником, у сучасних реаліях, був би показник доступу населення до Інтернету і охоплення ним, який вказує, з одного боку, на інформаційну забезпеченість населення і можливості моментального доступу у т.ч. до інформації медичного характеру, медичних і фармацевтичних служб, а з іншого боку – є й ознакою зростаючого інформаційно-комунікаційного навантаження на населення.

Показник забезпеченості доступом до мережі Інтернет використовується у розрахунках Індексу розвитку людського потенціалу [144], Індексу глобальної конкурентоспроможності [67], індикаторів розвитку інформаційного суспільства [112] тощо. На нижчих рівнях спостереження показник забезпеченості населення Інтернетом також є дуже важливим з огляду на ті чи інші процеси життєзабезпечення. Статистика обліку Інтернет-користувачів складна, і на районному рівні вона практично не обраховується. Для України

кількість користувачів вираховується, як правило, за результатами звітів компаній, що надають послуги доступу до Інтернет. Складність такого обліку полягає у проблемі точного розрахунку користувачів мобільного Інтернету, який у сільській місцевості, як правило, є єдиним варіантом виходу в мережу.

За даними Головного управління статистики у Херсонській області, у регіоні налічується 83,8 тис. осіб абонентів мережі Інтернет, що становить 7,86% населення (в середньому за 2015 р.). За даними пошукової системи «Яндекс» 41% населення у віці від 15 років і старше (близько 370 тис. осіб, або близько 35% всього населення області) хоча б раз в місяць «виходили» в Інтернет [184]. Цей показник менший, ніж в середньому по Україні (56%). У міських поселеннях Херсонської області Інтернетом користується приблизно половина дорослого населення, а в сільській – менше третини.

Зрозуміло, що під одним абонентом можна розуміти декілька користувачів, і однією лінією може користуватися значна кількість осіб. Тому нами був запропонований метод обчислення приблизної кількості користувачів Інтернет за допомогою аналізу активності у соціальних мережах. Основою для цього послужив звіт пошукової мережі Яндекс та консалтингової компанії GEMIUS S.A, в якому зазначено, що перше місце за кількістю запитів серед населення Херсонської області посідає соціальна мережа «Вконтакте». Відомим є і те, що на сучасний період майже кожен користувач зареєстрований хоча б в одній соціальній мережі, тим самим він «позначає» себе як облікова одиниця, і дає можливість врахувати його в статистиці обліку споживачів інтернет-продукту будь-якої адміністративної одиниці. Система «Вконтакте» є однією з найзручніших у плані задання параметрів пошуку користувачів, у ній можна обрати населений пункт, район, область, країну. Зважаючи на це, нами було обчислено орієнтовну кількість користувачів соціальної мережі «Вконтакте» за 698 населеними пунктами області, і на основі отриманих даних зроблено висновки щодо залученості населення адміністративних одиниць області до користування Інтернетом з різною метою.

Було встановлено, що у Херсонській області користувачами мережі є 13,7% населення (або 145937 осіб), що є середнім показником між офіційною

статистикою абонентів та Яндекс статистикою користувачів. У територіальному розрізі мають місце наступні особливості (рис.2.20):

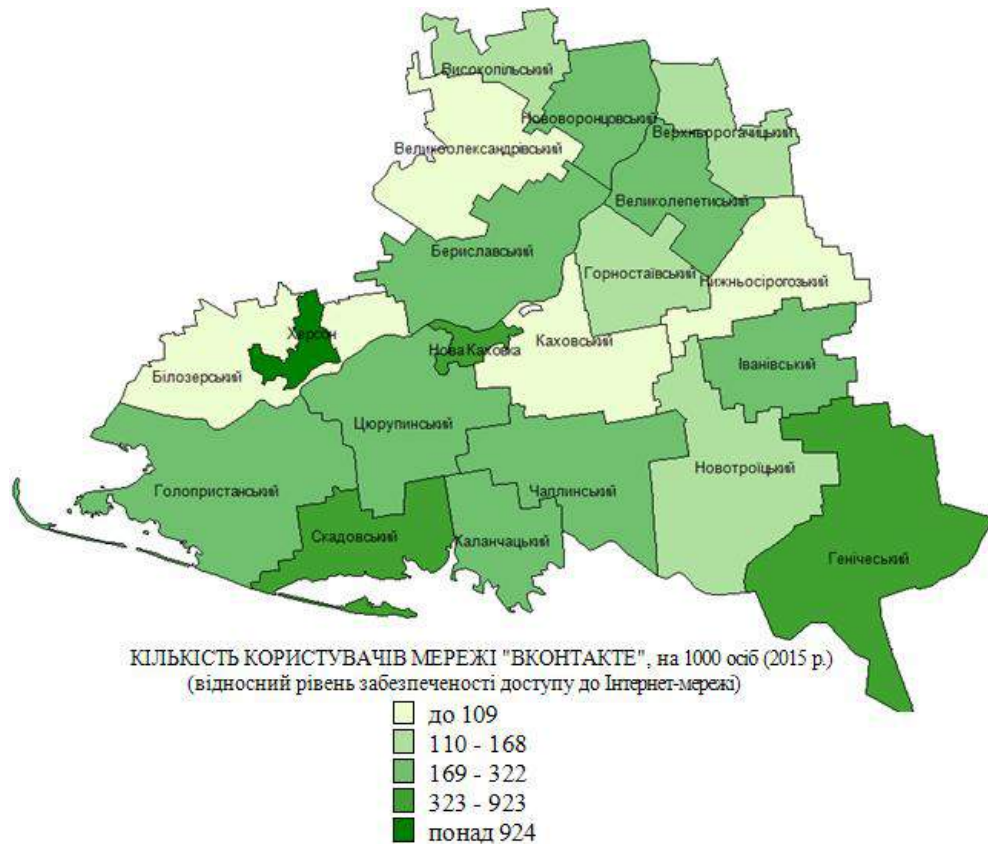


Рис. 2.20. Умовна забезпеченість населення Херсонської області доступом до Інтернет-мережі (укладено автором на основі статистики користувачів соціальної мережі «Вконтакте»)

1. Найбільшу кількість користувачів мережі відзначено у міськрадах Херсона (923 користувачів /1000 осіб) та Нової Каховки (662 користувача/1000 осіб). Середній показник по області складає 137 користувачів/1000 осіб. У районах, де районними центрами є міста, зосереджена найвища кількість користувачів, а відповідно відзначено і найкращий доступ до Інтернет. В цьому сенсі, у Херсонській області формується два центри: Південно-Західний (м. Херсон, м. Нова Каховка, Цюрупинський, Голопристанський, Скадовський і Каланчацький райони) та Південно-Східний (Генічеський та Іванівський райони).

2. «Провали» у кількості користувачів навколо м. Херсона та м. Нової Каховки пояснюються, по-перше, спрямованістю інтернет-провайдерів працювати на більш широких ринках (вигідніше працювати в місті, а не в селі). По-друге, самі Інтернет-користувачі часто вказують у графі «місце

проживання» найближчий великий населений пункт або обласний центр, на противагу маловідомому селу, мешканцями якого вони реально є. Як результат, формуються певні «провали», якто у Бериславському та Каховському районах.

3. У сільських поселеннях з кількістю населення менше 300 осіб практично повсюдно проглядається відсутність зареєстрованих користувачів, що є результатом відсутності доступу до Інтернет та низькою кількістю молодого населення – найбільш активного учасника «спілкування з комп'ютером».

Кореляційний аналіз дозволив встановити доволі сильний зв'язок між розрахованими відносними показниками забезпечення населення Інтернетом та захворюваністю населення на новоутворення, який склав у 2014 р. 0,78. Цей факт можна пояснити шкідливістю випромінювання обладнання, що використовується для мобільного та Інтернет зв'язку для здоров'я населення, і підтверджує загальновідомий факт, що Wi-Fi випромінювання є додатковою значимою детермінантою розвитку ракових захворювань.

Інформативними у плані діагностики погіршення умов та якості життя населення і безпосереднього їх впливу на МДС, є показники напруженості криміногенної обстановки, яка є ознакою девіантної поведінки значної частини населення. Це своєрідний маркер соціального неблагополуччя.

Криміногенна обстановка є значним дестимулятором соціального та культурного розвитку суспільства, загрозою фізичному та психічному здоров'ю населення. У Херсонській області спостерігається суттєва диференціація у поширеності злочинності. Випадки найбільшої реєстрації протиправних подій характерні для центральних районів області, на периферії показники злочинності дещо зменшуються (рис. 2.21).

Найгірша криміногенна ситуація останніми роками фіксується у Нововоронцовському, Каховському та Каланчацькому районах. Показники злочинності є свідченням асоціальних проявів, які призводять до деструктивних явищ в суспільстві, а у разі тяжких злочинів можуть призвести до людських втрат. Ризик впливу на здоров'я та демографічну ситуацію криміногенного чинника зменшується від центру до периферії Херсонської області.

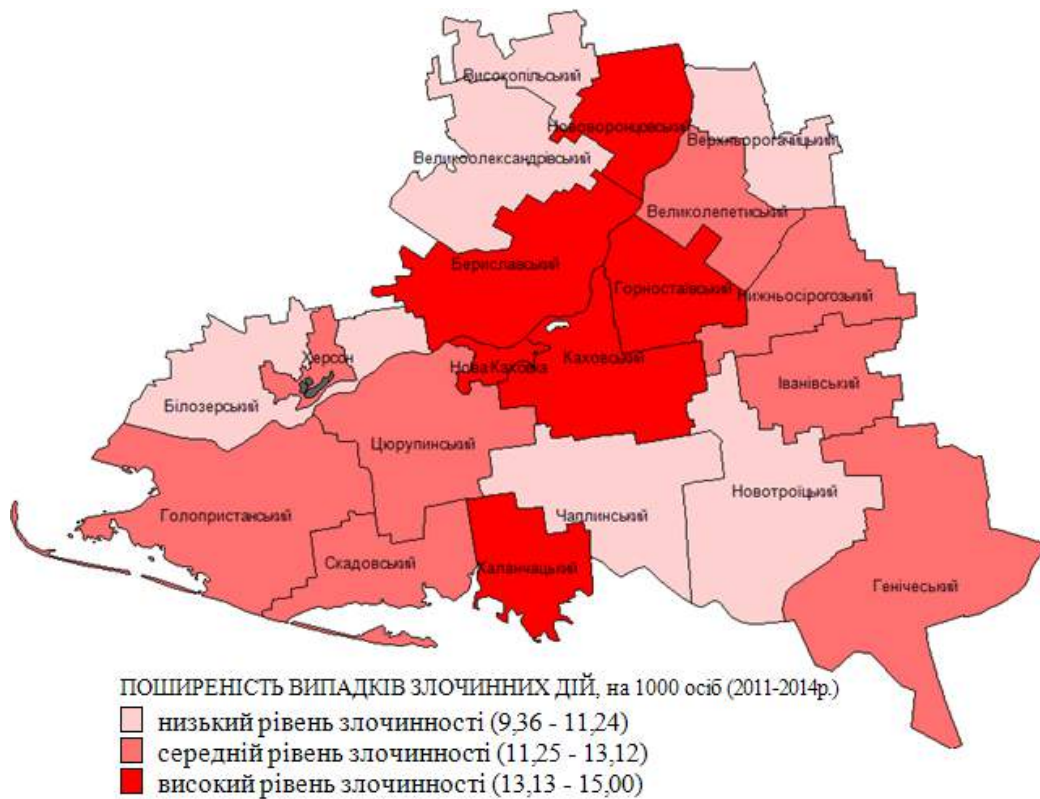


Рис. 2.21. Поширеність випадків виявлення злочинних дій (середньозважене значення за період 2011-2014 рр.) (укладено автором)

Отже, зважаючи на зазначене, соціально-економічний розвиток (репрезентований через низку найважливіших показників) є важливою передумовою формування здоров'я та демографічної ситуації. Медико-демографічна ситуація у Херсонській області сьогодні значною мірою визначається такими характеристиками як середньомісячна заробітна плата, кількість безробітних, роздрібний товарооборот та забезпеченість медичними кадрами. Територіальна диференціація рівня соціально-економічного розвитку у Херсонській області відповідає відмінностям у рівнях урбанізованості територій. В свою чергу, урбанізація має наслідком антропогенні трансформації і перевантаження, що у свою чергу, відображається на поширенні багатьох видів екологозалежних патологій. До специфічних факторів, у впливі на територіальні особливості формування здоров'я і демографічної ситуації у Херсонській області, варто також віднести особливості розселення етнічних груп, рівень освіти населення, дестимулюючі фактори злочинності.

Висновки до розділу 2

1. На територіальні особливості стану здоров'я населення та медико-демографічну ситуацію Херсонської області впливає низка чинників і передумов. Проаналізувавши існуючі варіанти класифікацій чинників, для аналізу умовно виокремлено три групи факторів: 1) природні передумови; 2) екологічні чинники і фактори природно-техногенної небезпеки; 3) статеві-вікова структура, соціально-економічні умови та якість життя населення.

Зрозуміло, що окремі чинники «поєднуються» у своєму впливі на здоров'я та відтворення населення, підсилюючи, або послаблюючи один одного. Іноді дуже важко відділити один чинник від іншого, з'ясувати силу впливу фактора, тому кажуть про ймовірність ризику для здоров'я чи поширення конкретної групи хвороб. Методично це встановлюється за допомогою кореляційного аналізу. Для Херсонської області провідну роль у впливі на територіальні відміни у стані здоров'я відіграють фактори антропогенного впливу на навколишнє природне середовище, рівень соціально-економічного розвитку, який пов'язаний із рівнем урбанізації (характером зайнятості, умовами та способом життя міських і сільських жителів).

2. За природними умовами життєдіяльності населення територія Херсонської області визначається як комфортна. Серед природних ризиків впливу на здоров'я у роботі відзначено геофізичні фактори, зокрема вплив магнітних аномалій, ризик від яких має місце на території м. Нова Каховка, Бериславського, Великоолександрівського, Каланчацького та Цюрупинського районів. В свою чергу, аномальне магнітне поле є природним бар'єром для розвитку вірусів та бактерій, тому характерним є зворотній зв'язок між показниками наявності магнітних аномалій та захворюваністю на інфекційні та паразитичні хвороби, хвороби органів дихання. Також суттєвим слід вважати вплив на здоров'я еритемної сонячної радіації та високу здатність атмосфери до самоочищення. Небезпеку для здоров'я продовжують становити природно-вогнищеві хвороби. Найбільш високими є ризики зараження населення на туляремію, лептоспіроз та кишковий ієрсиніоз, однак територіальні осередки виникнення цих хвороб не є сталими.

3. Серед екологічних чинників впливу особливо відзначено:

- вплив на здоров'я шкідливих викидів в атмосферне повітря, зв'язок з якими встановлено щодо: поширеності захворювань органів дихання, підвищення частоти виникнення новоутворень у населення та уроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій у дітей. Ризик впливу даного фактору зростає на урбанізованих територіях: у м. Херсон та м. Нова Каховка, Цюрупинському, Скадовському та Білозерському районах;

- незадовільну якість питної води майже повсюдно на території області, що зумовлює підвищені показники захворювань травної та сечостатевої систем. Найгірша ситуація склалася в Іванівському, Білозерському, Високопільському, Каховському, Нововоронцовському, Генічеському та Великопетиському районах;

- наявність відходів на території області (у тому числі I-III класів небезпеки) зумовлює ризик виникнення новоутворень, хвороб органів дихання та травлення. Найбільш загрозлива ситуація має місце на території Білозерського, Каланчацького, Генічеського та Нововоронцовського районів, де зосереджені сховища неутилізованих сільськогосподарських хімікатів.

4. Потенційно районами зростання смертності і захворюваності населення є райони з найбільшою часткою жителів похилого віку. Найгірша ситуація у віковій структурі склалася у Верхньорогачицькому, Високопільському, Нововоронцовському та Новотроїцькому районах. Більш «молодими» є Каховський та Чаплинський райони. Коефіцієнт кореляції між рівнем смертності та часткою населення старше 65 років становить 0,44: цим підтверджується факт, що у районах з регресивною віковою структурою показники смертності вищі.

5. Дуже значимими у формуванні МДС у Херсонській області є чинники соціально-економічної природи. Встановлено наступні залежності:

- на формування показників смертності населення найбільш суттєво впливають розмір середньомісячної заробітної плати, роздрібний товарооборот та рівень урбанізації територій, а також розвиток медичної інфраструктури;

- показники народжуваності зумовлені загальним рівнем соціально-економічного розвитку та рівнем безробіття населення. Лімітуючим фактором у виявленні територіальних закономірностей народжуваності є державна демографічна політика, яка хоч і сприяла в останні роки підвищенню показників народжуваності, але стала більше засобом поліпшення матеріального становища, ніж засобом прямого впливу на зміну репродуктивної поведінки населення;

- поширеність загальної захворюваності у Херсонській області зумовлюється майже всіма факторами соціально-економічного розвитку, що підтверджує закономірність: чим вищими є рівень доходів та якість життя населення, тим менше воно хворіє; за 8 з 15 показників захворюваності встановлено помірні, значні та сильні прямі зв'язки з рівнем безробіття;

- наявність взаємозв'язків соціально-економічних факторів та захворюваності за окремими класами хвороб є більшою мірою наслідком кардинальної різниці між міськими та сільськими умовами і способом життя, ці взаємозв'язки формують складну систему взаємозалежностей із щільністю населення та рівнем урбанізації;

- рівень розвитку системи охорони здоров'я впливає на показники здоров'я. Зокрема, забезпеченість лікарями сприяє вчасному виявленню хвороб та особливо важливе у боротьбі з поширенням ракових захворювань. Забезпеченість середнім медичним персоналом, особливо у сільській місцевості, дозволяє реагувати та попереджувати прояв критичних станів у населення, вчасно надана професійна допомога створює передумови для зниження показників раптової смертності. Забезпеченість населення лікарняними ліжками є важливим фактором у профілактиці хронічних хвороб;

- серед соціально-культурних факторів, які впливають на психологічний та духовний стан населення, відзначено поширення соціальних негараздів (різні прояви девіантної поведінки), етнічний склад окремих територій, рівень освіти населення.

РОЗДІЛ 3

ІНТЕГРАЛЬНА ОЦІНКА СТАНУ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

3.1. Стан і тенденції формування медико-демографічної ситуації: компонентно-територіальний аналіз

Медико-демографічна ситуація, як прояв структурних та територіальних особливостей відтворення населення і формування його здоров'я у конкретному часі й просторі – зокрема у Херсонській області, на сьогодні характеризується як несприятлива. Основні проблеми розвитку регіону є подібними до загальнодержавних – погіршення стану здоров'я, постаріння населення, зниження народжуваності і зростання смертності, зміни у шлюбно-сімейній ситуації, суттєва територіальна диференціація параметрів демографічного розвитку і захворюваності населення всередині регіону. Водночас, Херсонська область характеризується і своєю специфікою.

Станом на 1 січня 2015 р. кількість населення Херсонської області складала 1067,9 тис. осіб (що становить 2,5% населення України), з яких 653,5 тис. осіб (61,2%) – міські і 414,4 тис. осіб (38,8%) – сільські жителі. За 2014 р. кількість населення скоротилась на 4,6 тис. осіб (або на 0,44%), при чому рівнозначно зменшувалося як міське, так і сільське населення. (рис. 3.1).

У період з 1995 р. по 2005 р. темпи скорочення населення варіювались в межах 1-1,3 % за рік. Починаючи з 2006 р., вони поступово зменшуються і сягають свого мінімуму у 2012 р. на позначці 0,44% (рис.3.2). У період 1996-2002 рр. інтенсивніше зменшувалося міське населення, а у період з 2003 р. – сільське. У 2007 р. був зафіксований навіть позитивний приріст міського населення на рівні 0,07%. Поряд з показниками смертності, така динаміка пояснюється напрямками міграційних потоків населення у 1990-х рр.: спочатку активне міське населення мігрувало за кордон та в інші регіони в пошуку кращих умов життя і праці (що супроводжувалося активним процесом «відтоку мізків»). Пізніше – у 2000-х рр. – сільське населення регіону починає заміщати міське, а також повертається і частина населення, яке виїхало з регіону раніше.

В цілому ж, з початку незалежності, кількість населення Херсонської області скоротилася на 186,2 тис. осіб, або на 14,7%.

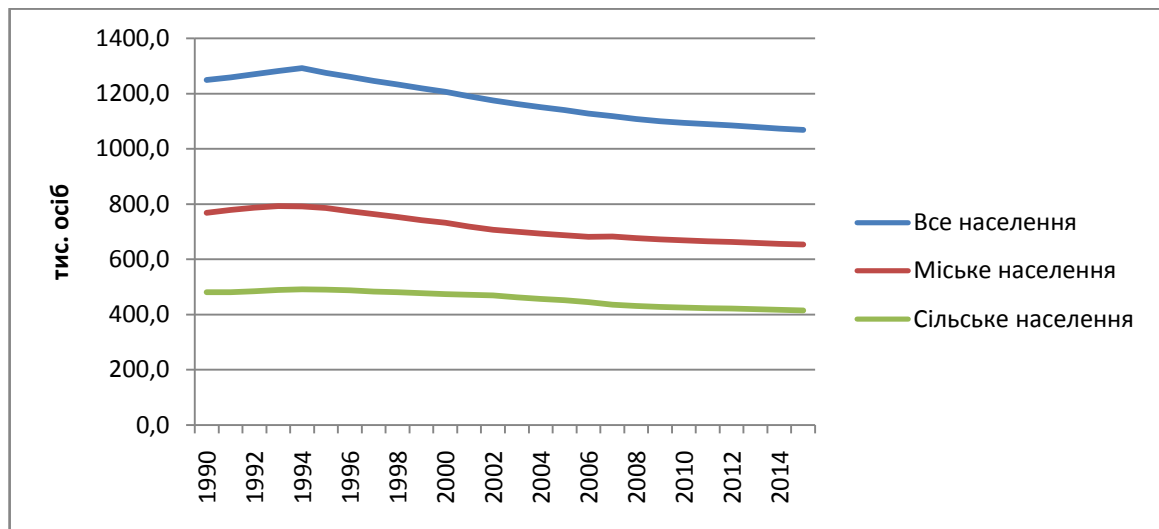


Рис.3.1. Динаміка чисельності населення Херсонської області, 1990-2015 рр.
(побудовано автором)

Слід відзначити, що за період 2001-2014 рр. найбільше скорочення населення відбулося в Іванівському районі – майже на 25%, що було спровоковано інтенсивною міграцією у зв'язку з несприятливою екологічною ситуацією в регіоні (погана якість питної води) [124]. Скорочення кількості населення тільки за 2014 р. в області також має свої особливості (рис.3.3).

Більш високими залишаються темпи скорочення сільського населення. Підвищення інтенсивності скорочення чисельності відбувається в напрямку від центру до периферії. Найвищі показники скорочення – в Іванівському(-14,18‰) та Нижньосірогозькому (-12,42‰) районах, найнижчі – у Горностаївському (0‰), Цюрупинському (-1,39‰) та Білозерському(-1,50‰) районах. Зменшення міського населення найбільш інтенсивне у Нижньосірогозькому (-20,41‰), Високопільському (-16,39‰) та Голопристанському (-13,39‰) районах; сільське – Іванівському (-21,05‰), Верхньорогачицькому (-15,87‰) та Генічеському (-11,35‰) районах.

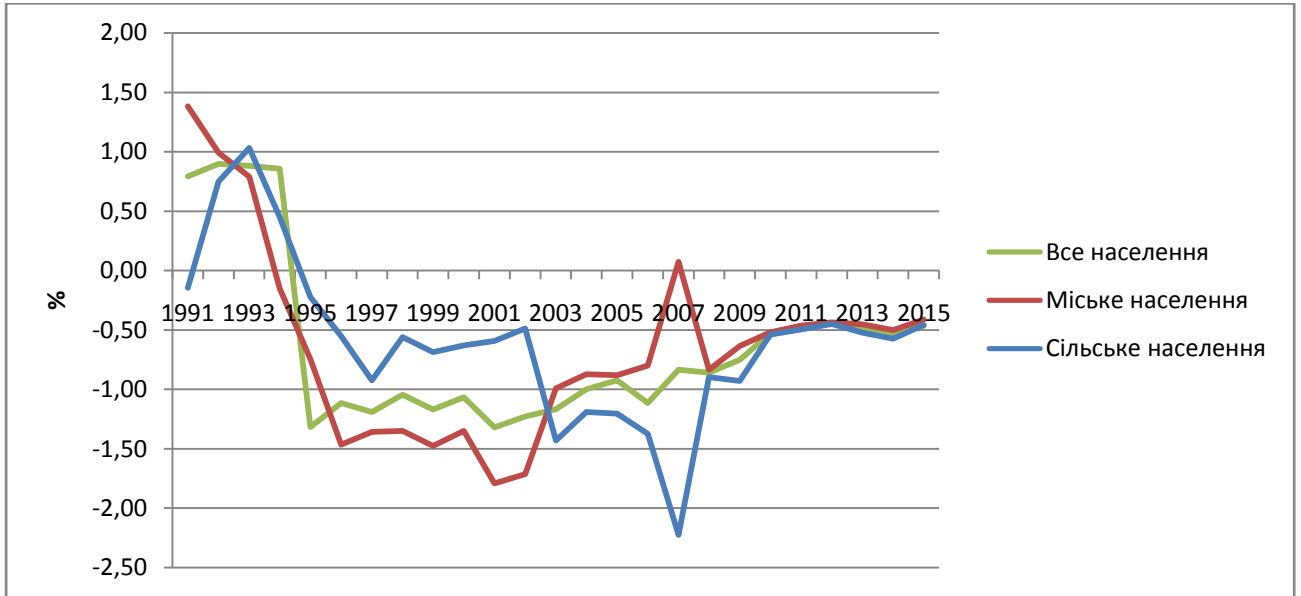


Рис.3.2. Темпи загального скорочення (приросту) чисельності населення Херсонської області, 1991-2014 рр. (побудовано автором)

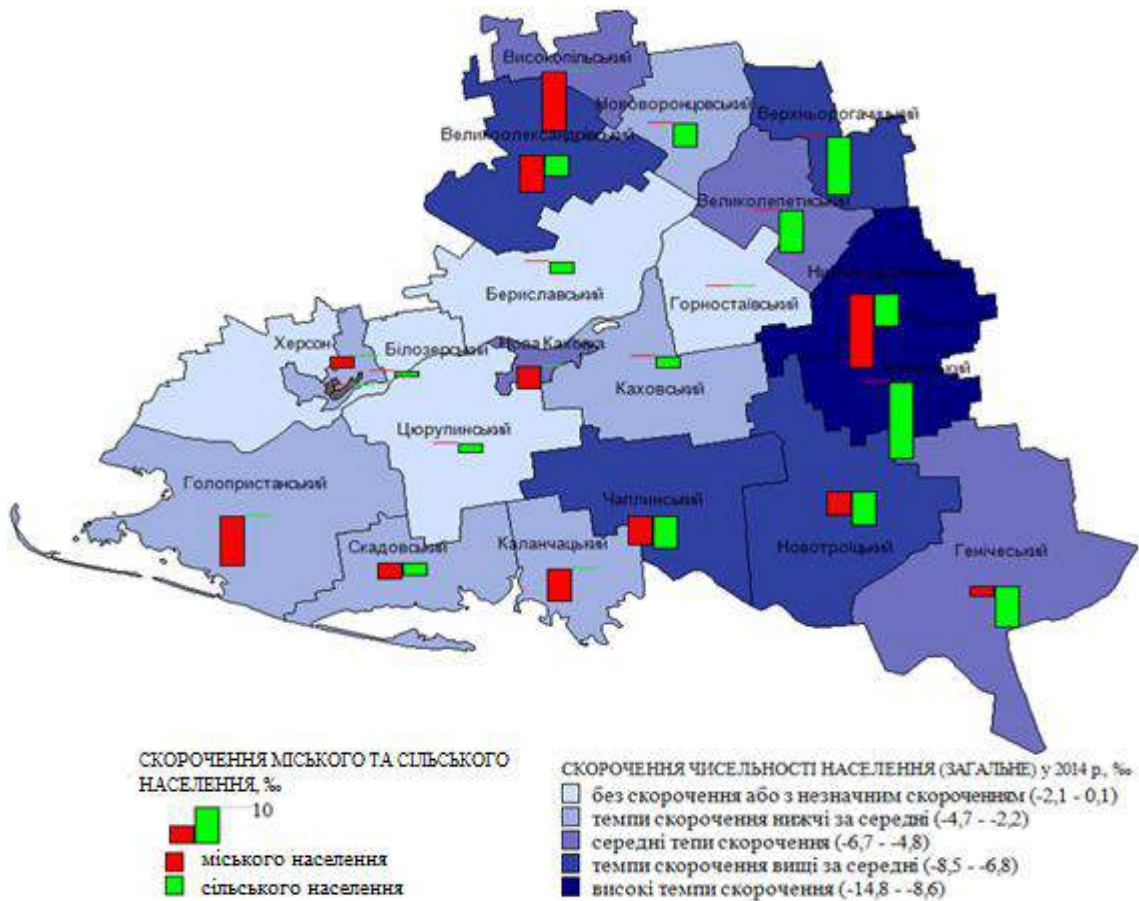


Рис.3.3. Темпи скорочення чисельності населення у Херсонській області за 2014 р. (побудовано автором)

Територіальні особливості народжуваності. Показник народжуваності у Херсонській області у 2014 р. склав 11,5 ‰ (у порівнянні з середнім по Україні 10,8‰), що відповідає 12308 новонароджених. У порівнянні з 2013 р., в цілому по області рівень народжуваності майже не змінився. Падіння темпів народжуваності за 2013-2014 рр. мало місце у Високопільському, Генічеському, Іванівському, Каховському, Нижньосірогозькому, Нововоронцовському, Цюрупинському районах та у м. Нова Каховка. Продовжує зберігатися ситуація, за якої загальний коефіцієнт народжуваності у сільській місцевості вищий, ніж у міській – 12,6‰ проти 10,8‰. Показники народжуваності у міських населених пунктах перевищують сільську народжуваність у Каланчацькому, Нижньосірогозькому, Нововоронцовському та Новотроїцькому районах (рис. 3.4). Нижчі за середньообласні показники народжуваності мають м. Херсон (10,7‰) та м. Нова Каховка (9,9‰), Верхньорогачицький (9,9‰), Нижньосірогозький (10,7‰), Нововоронцовський (10,7‰), Генічеський (11,0‰) та Іванівський (11,1‰) райони. Рис. 3.4 фіксує своєрідний «пояс» порівняно високих показників народжуваності, який проходить з півночі на південь центральною частиною області і розділяє західну зону впливу м. Херсона та східну периферійну зону з низькими показниками соціально-економічного розвитку.

Негативною рисою є висока частка дітей, народжених жінками, які не перебували у зареєстрованому шлюбі. Даний показник у Херсонській області у 2014 р. склав 31,1% (27,0% – у містах, та 36,6% – у сільській місцевості), проти середнього для України показника – 21,1% (20,0% – у містах, та 23,1% – у сільській місцевості). Вища на третину частка матерів-одиначок у Херсонській області вкотре підкреслює складну демографічну та соціальну ситуацію в регіоні, що свідчить про напруженість шлюбно-сімейних відносин, зростання частки неповних сімей і девальвацію сімейних цінностей.

Хоча в останнє десятиріччя показники народжуваності збільшуються, її рівень залишається низьким, оскільки покриває показники смертності лише на 76% і, відповідно, забезпечують природне відтворення населення лише на 3/4. Нетто-коефіцієнт відтворення населення у Херсонській області у 2014 р.

складає 0,712 на одну жінку, що вказує на звужений режим відтворення, тобто кожне наступне покоління матерів є меншим від попереднього.

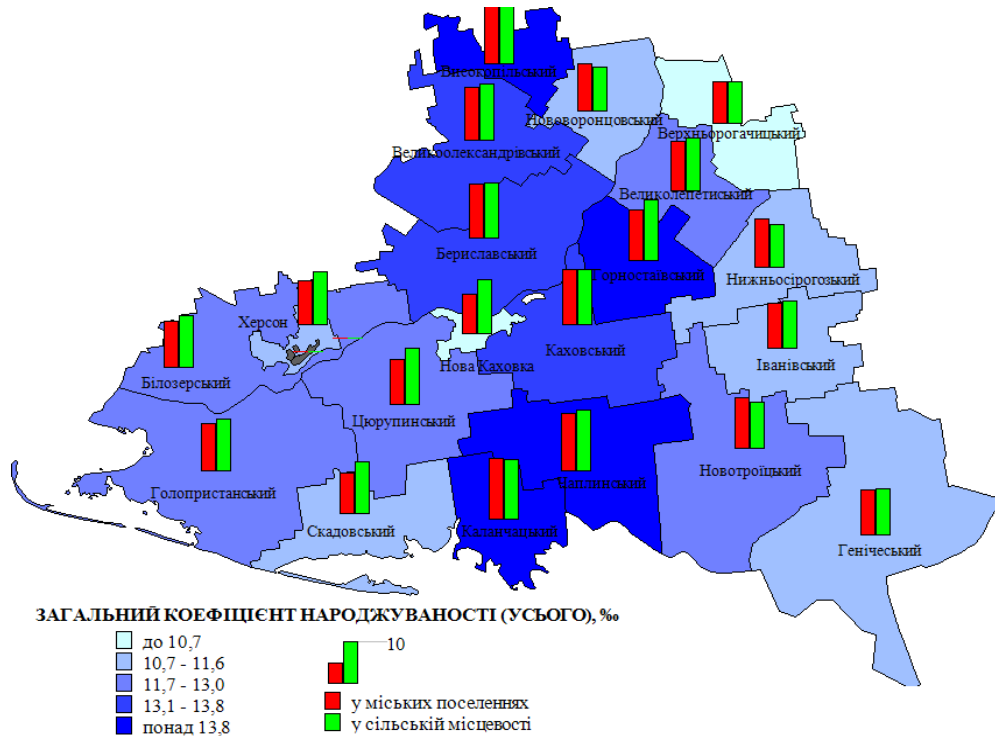


Рис. 3.4. Народжуваність в адміністративних районах Херсонської області, 2014 р. (укладено автором)

Отже, хоча рівень народжуваності в області є вищим від середнього в Україні, він не забезпечує позитивного приросту населення. Високою є частка позашлюбних народжуваності. У територіальному розрізі найнижчий рівень народжуваності має місце у північно-східному периферійному «півмісяці» та у містах.

Особливості формування смертності. Показники смертності населення найповніше характеризують умови існування населення, адже підвищення рівня життя, впровадження фізичної культури у повсякденне життя, успіхи медицини, доступність і рівень системи охорони здоров'я неодмінно сприяють її зниженню. Херсонська область має вищі, у порівнянні з іншими регіонами України, показники смертності – 15,1‰ (в Україні – 14,7‰ у 2014 р.). За період з 2000 по 2014 рр. інтенсивність смертності зменшилась лише на 0,4‰ (рис.3.5), або на 2336 особи за рік. Однак, тенденції смертності носять циклічний характер.

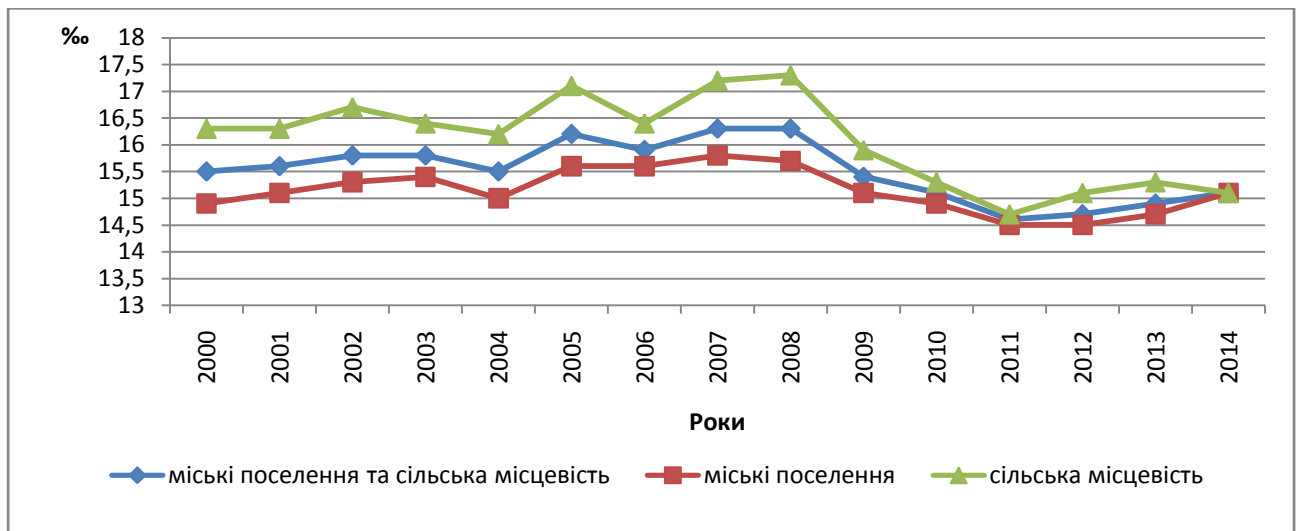


Рис. 3.5. Динаміка смертності населення Херсонської області, 2000-2014 рр. (побудовано автором)

Показники смертності зростали з 2000 до 2008 р., коли досягли максимального піку у 16,3%, далі до 2011 р. відбувався значний спад до мінімального за період показника – 14,6%. Наступний цикл мав тренд на подальше підвищення показників смертності. Протягом даного періоду смертність сільського населення була вищою, ніж міського, сягнувши максимальної різниці 1,6% у 2008 р. Це пояснюється різними факторами – від низької медичної активності загалом старішого сільського населення до меншої доступності і рівня розвитку медичної інфраструктури у сільській місцевості.

Лідерами за показникам максимального рівня смертності серед районів Херсонської області були поперемінно Верхньорогачицький та Високопільський райони. У 2007 р. у Верхньорогачицькому районі коефіцієнт смертності населення сягнув найвищого за період рівня – 21,2%. Високі коефіцієнти смертності стабільно характерні також для Великоолександрівського та Великопетиського районів. Поясненням цьому є віддаленість даних територій від великих міст та обласного центру, несприятлива вікова структура населення, низький рівень медичного обслуговування, поширення соціальних негараздів (безробіття, бідність, алкоголізм тощо). Таке становище також віддзеркалює «центро-периферійні» тенденції, коли зі збільшенням відстані від обласного центру та міст

погіршуються майже всі соціально-економічні показники, у т.ч. і забезпеченість населення закладами інфраструктури. Невипадково осередками низьких показників за смертністю у Херсонській області очікувано є м. Херсон, Нова Каховка, Каховка, Скадовськ. По мірі віддаленості від цих центрів показники смертності збільшуються.

Найнижчі показники смертності у Херсонській області за період 2000 – 2014 рр. спостерігалися у Цюрупинському районі – 13,2‰ (2004 р.) та Горностаївському районі – 13,2‰ (2014 р.). В інші роки мінімальні показники мало м. Херсон. Відносно низькі показники характерні для Чаплинського та Каховського районів. Низька смертність зумовлена кращою віковою структурою, вищим рівнем медичного обслуговування і соціально-економічного розвитку (найнижчі показники смертності мали міста та райони, до складу яких входять міські поселення), нижчим рівнем поширеності хвороб.

У 2000-2014 рр. показники смертності зменшувалися за всіма віковими групами (рис.3.6). Проте найгострішою демографічною проблемою залишається висока передчасна смертність населення працездатного віку, особливо чоловіків. У 2014 р. в області на 100 тис. працездатного населення померло 548,6 осіб працездатного віку. Частка осіб працездатного віку у загальній кількості померлих в області у 2014 р. становила 23,3% і, порівняно з 2000 р., зменшилась на 23,9%. Смертність чоловіків у Херсонській області відтворює загальноукраїнський тренд. А показники смертності чоловіків в Україні у 3-4 рази вищі, ніж жінок. Це пов'язано з фізіологічними особливостями чоловічого організму [8, с.151], відмінностями у факторах та способі життя. Показовим є те, що рівень поширеності шкідливих звичок (куріння, алкоголізму та ін.) та частота нещасних випадків (отруєнь, побутового та професіонального травмування, самогубств) є вищими серед чоловіків. Якщо такі тенденції збережуться, то до 2025 р. лише 30% 15-річних юнаків буде доживати до 65 років. Загроза стати країною вдів, на жаль, є цілком реальною [87, с.39]. Ситуація зі смертністю чоловіків дедалі погіршується у зв'язку з військовими подіями на сході України в останні роки.

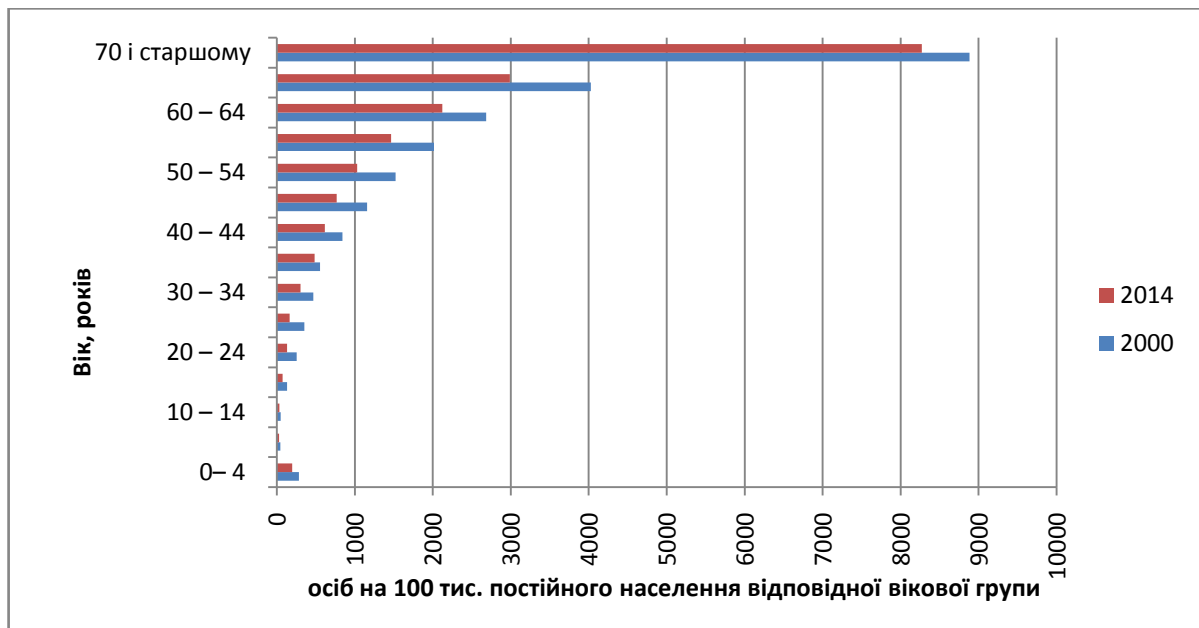


Рис. 3.6. Смертність населення за віковими групами у Херсонській області, 2000 і 2014 рр. (побудовано автором)

У 2014 р. найвищі показники смертності населення спостерігалися у Іванівському (18‰), Нижньосірогозькому(17,3‰), Великолепетиському (17,7‰) та Високопільському (16,9‰) районах; найнижчі – у Каховському (13,6‰) та Цюрупинському (14, 2‰) районах (рис.3.7).

У міських населених пунктах найгірша ситуація склалася у Нижньосірогозькому (22‰) та Іванівському (20,9‰) районах та у міськраді Голої Пристані (22,5‰); найкраща ситуація у – Горностаївському (13,2‰) та Каховському (13,4‰) районах (Додаток И).

У сільській місцевості найгірша ситуація у Високопільському (17,6‰) , Великоолександрівському (16,8‰) та Іванівському (16,6‰) районах; найкраща ситуація – Каховському (13,6‰), Чаплинському (14,2‰) та Цюрупинському (14,3‰) районах, де фактором позитивного впливу на демографічний розвиток можна вважати інтенсивний розвиток овочівництва на базі зрошуваних систем (Додаток И).

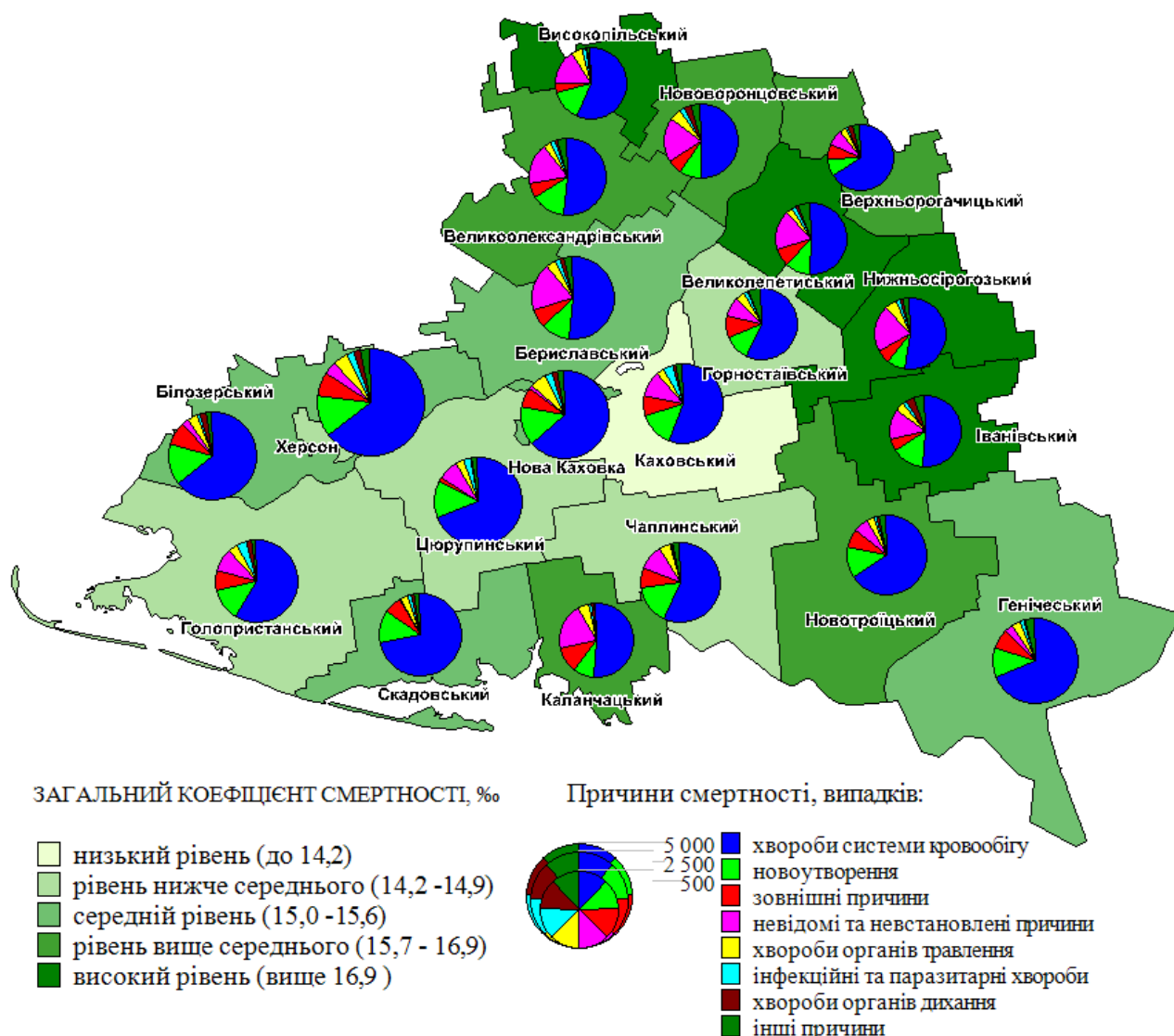


Рис. 3.7. Рівень та структура причин смертності населення, 2014 р.
(розраховано та укладено автором)

Структура причин смертності в Херсонській області суттєво не відрізняється від структури в Україні. Головні з них: хвороби системи кровообігу (ХСК) – 61,6%, новоутворення (НУ) – 12,9%, зовнішні причини (ЗП) – 7,5%, хвороби органів травлення (ХОТ) – 4,3%, інфекційні та паразитичні хвороби (ІПХ) – 2,0% та хвороби органів дихання (ХОД) – 1,6%. (рис. 3.8). У порівнянні з 2000 р. смертність від ХСК зросла лише на 2,8%, а смертність від новоутворень – на 5,8%. За іншими причинами показники практично не змінились. Істотним є показник смертності від неуточнених та невідомих причин, який становить більше 7 %, що свідчить про зниження рівня якості точної діагностики причин смерті.

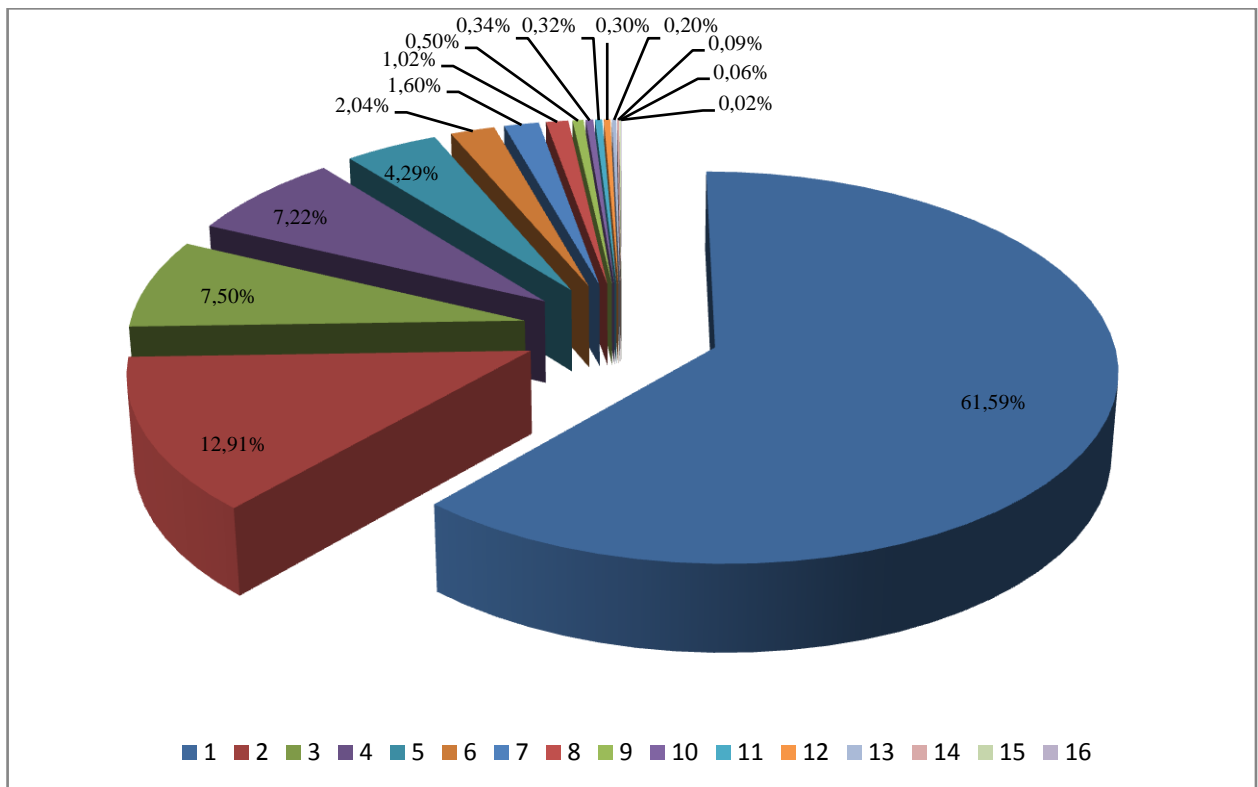


Рис. 3.8. Смертність населення Херсонської області за причинами, 2014 р.
(побудовано автором)

(1-хвороби системи кровообігу; 2-новоутворення; 3-зовнішні причини; 4-неуточнені причини; 5-хвороби органів травлення; 6-інфекційні та паразитарні хвороби; 7-хвороби органів дихання; 8-хвороби нервової системи; 9-хвороби сечостатевої системи; 10-окремі стани, що виникають у перинатальному періоді; 11-розлади психіки та поведінки; 12-природжені вади розвитку; 13-ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин; 14-хвороби кістково-м'язової системи; 15-хвороби шкіри та підшкірної клітковини; 16-хвороби крові, кровотворних органів)

Серед причин смертності чоловіків працездатного віку переважають хвороби системи кровообігу, зовнішні фактори, новоутворення та хвороби органів травлення. У жінок серед причин смертності переважають новоутворення та ХСК.

Спостерігаються і територіальні відмінності у структурі причин смертності. Так, ХСК у міських поселеннях є причиною смерті у 62,9 % випадків, а у сільській місцевості – у 59,5% випадків. Тут знаходить прояв закономірність впливу міського способу життя та міського середовища на здоров'я населення. Найвищі показники частоти смертності від ХСК спостерігаються у Скадовському (71,47%), Цюрупинському (68,26%) та

Генічеському (68,04%) районах (тут сконцентрована значна частка міського населення області), найнижчі – у Нововоронцовському (49,27%) та Великолепетиському (50,17%) районах. Новоутворення найчастіше є причиною смерті у Чаплинському (15,96% випадків), Білозерському (15,06% випадків) та Іванівському (14,90% випадків) районах; найменше випадків – у Нижньосірогозькому (8,21%) та Верхньорогачицькому (8,81%) районах. Відмінностей у смертності від новоутворень між міською і сільською місцевістю Херсонської області не спостерігається.

Високі показники частоти смертності від інфекційних та паразитарних захворювань мають місце у Голопристанському (4,22% випадків) та Каховському (4,07% випадків) районах. Причиною нерідко називають активне використання населенням ресурсів р. Дніпро. Також частота смертей від ППХ закономірно вища в міських поселеннях (2,17% випадків), у порівнянні з сільською місцевістю (1,85% випадків). Також вищими у міських поселеннях є показники смертності від ХОТ – 4,65% проти 4,29% у сільській місцевості. Зовнішні причини найбільше були причиною смерті у Каланчацькому (11,02%, у т.ч. 2,54% від отруєння алкоголем), Горностаївському (10,51%, у т.ч. 3,00% від самогубств) та Білозерському (9,22%, у т.ч. 2,88% від самогубств).

Найчастіше випадки з неуточненими причинами смертності реєструвались у Нижньосірогозькому (22,50% випадків), Каланчацькому (21,19% випадків) та Нововоронцовському (20,12% випадків) районах. Ситуація, коли 1/5-1/4 випадків смертей не має медичного пояснення, не може вважатися задовільною. Вона свідчить щонайменше про зниження якості патолого-анатомічної служби і відповідно достовірності статистики причин смерті або те, що значна кількість випадків «зовнішніх» причин захована у показники нез'ясованої смертності.

Аналіз коефіцієнтів смертності населення за основними причинами за адміністративними районами і міськрадами області, дозволив виявити наступні тенденції. Лідерами, серед районів області, за смертністю від ХСК у 2014 р. стали Скадовський (1080,7 осіб/100 тис. нас.) і Генічеський (1039,8 осіб/100 тис. нас.) райони – високі показники тут зберігаються впродовж значного

періоду. Найнижчі показники смертності від ХСК фіксувалися у Каховському (752,5 осіб/100 тис. нас.) та Бериславському (769,1 осіб/100 тис. нас.) районах (Додаток К). Дещо покращується ситуація серед північних районів (Великопетиський, Верхньорогачицький, Великоолександрівський та ін., які були лідерами за смертністю від ХСК на початку 2000-х рр. Показники смертності від ХСК у чоловіків у 4-5 раз вищі, ніж у жінок. Обмеження впливу екзогенних чинників і поширення інфекційних та паразитарних захворювань, ряду патологій органів дихання і травлення сприяли подовженню життя людей. Дедалі більше частина населення доживає до старшого віку, коли поширеними стають захворювання серцево-судинних хвороб.

Найвищі показники смертності від новоутворень мають Іванівський (268,1 осіб/100 тис. нас.), Високопільський (237,2 осіб/100 тис. нас.), Чаплинський (234,1 осіб/100 тис. нас.), Білозерський (227,8 осіб/100 тис. нас.) та Великоолександрівський (225,1 осіб/100 тис.нас.) райони. Високі показники – у мм. Каховка та Нова Каховка – 198,9 та 218,0 відповідно. Найнижчі показники – у Верхньорогачицькому (139,7 осіб/100 тис. нас. – хоча у 2013 р. район входив у трійку лідерів за показниками смертності від новоутворень), Нижньосірогозькому (142,0 осіб/100 тис. нас.) та Нововоронцовському (152,6 осіб/100 тис. нас.) районах, при середньому показнику по області 194,6 осіб/100 тис. нас. Загалом, смертність від новоутворень лише у 2011-2012 рр. зросла на 5,2% , але зберігає нижчі, ніж у середньому по Україні, значення.

Третє місце за кількістю померлих посідають зовнішні причини (1211 осіб або 113,2 осіб/100 тис. нас. станом на 2014 р.). Найчастіші з них – випадкові отруєння (20,3% випадків, з яких 12,8% - отруєння алкоголем), навмисні самоушкодження (24,9%) та транспортні нещасні випадки (12,2%). Така структура найсильніше корелює з соціально-економічним благополуччям населення та показниками якості життя. Високі показники смертності від зовнішніх причин – у Каланчацькому (179,3 осіб/100 тис. нас.), Горностаївському (155,8 осіб/100 тис.нас.), Білозерському (139,4 осіб/100 тис.нас.) та Великопетиському (135,0 осіб/100 тис.нас.) районах.

Четверте місце за кількістю померлих посідають ХОТ (692 особи або 64,7 осіб/100 тис. нас. станом на 2014 р.). За період з 2000-2014 рр. спостерігається позитивна динаміка зменшення летальності від ХОТ (більш ніж на 40%). У територіальній структурі ситуація неоднорідна і варіює з року в рік. У 2014 р. найвищі показники смертності від ХОТ мали м. Нова Каховка (100,3 осіб/100 тис. нас.) та Нижньосірогозький район (98,8 осіб/100 тис. н.); найнижчі – Каховський (41,5 осіб/100 тис. нас.) та Новотроїцький (44,1 осіб/100 тис. нас.) райони.

В останні роки у регіоні знижується смертність від хвороб органів дихання – з 26,1 осіб/100 тис. нас. у 2013 р. до 24,1 осіб/100 тис. нас. у 2014 р., стабільно високі показники смертності від ХОД має Іванівський район (70,6 осіб/100 тис. нас.), також високі показники у 2014 р. спостерігались у Нововоронцовському районі (50,9 осіб/100 тис. нас.). Найнижчі показники притаманні приморським районам – Чаплинський (2,8 осіб/100 тис. нас.), Генічеський (11,6 осіб/100 тис. нас.) та Новотроїцький (13,8 осіб/100 тис. нас.) райони.

Високі показники смертності від ІПХ притаманні Голопристанському (60,9 осіб/100 тис. нас.) та Каховському (55,3 осіб/100 тис. нас.) районам, що перевищують навіть середні показники смертності від ХОД, а в окремих районах – смертності від ХОТ.

Важливим показником у структурі летальності є дитяча смертність. Вона виступає загально визнаним індикатором здоров'я нації, віддзеркалюючи якість життя населення, розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві, стан довкілля, рівень освіти і культури, ефективність профілактики, рівень доступності та якості медичної допомоги тощо.

Дитяча смертність у Херсонській області у 2000-2014 рр. мала вищі за середні по Україні показники. Максимальний відрив регіону від середнього значення по Україні зафіксовано у 2009 р., коли перевищення становило 21%. На рівень, нижчий за середньоукраїнський, область виходила у 2000, 2001, 2004 та 2012 рр. з різницею 10,2%, 7,6%, 4,4% та 5% відповідно. Загальна ж трендова

динаміка дитячої смертності в області свідчить про її зменшення та зведення до нуля різниці між міськими поселеннями та сільською місцевістю (рис.3.9).

Територіальна диференціація показників дитячої смертності свідчить про суттєві відміни від варіації загальних показників смертності за районами області. Найвищий рівень смертності дітей до 1 року у 2014 р. був зафіксований у Верхньорогачицькому районі – 34,7‰, що більш ніж у 4 рази перевищує середньообласний показник (8,4‰). Ситуація була досить нетиповою для району і зберігалась два роки поспіль, в попередні роки показники були меншими від середньообласних, а у 2005 р. та 2012 р. дитяча смертність взагалі дорівнювала нулю. Аналогічно ситуація склалася у Іванівському районі, де у 2013 р. були відсутні випадки дитячої смертності, а у 2014 р. цей показник сягнув позначки у 31,3‰. Більш детальне опрацювання даного питання дало змогу встановити, що значні сплески дитячої смертності в Іванівському районі спостерігаються з певною періодичністю, чергуючись з періодами низьких показників. Висока дитяча смертність спостерігалась також у Новотроїцькому (16,7‰), Великолепетиському (15,5‰) та Горностаївському районах (14,9‰). Проте в останньому районі відносна висока дитяча смертність пов'язана із найвищим показником народжуваності у сільській місцевості у регіоні. Стабільно низькі показники дитячої летальності мають м. Херсон і Каховка, Голопристанський, Бериславський та Скадовський райони (рис.3.14). У Високопільському районі у 2014 р. взагалі не зафіксовано випадків дитячої смертності (рис. 3.10).

У 2014 р. діти віком до 1 року у загальній кількості померлих становили 0,72%. Смертність була спричинена переважно станами, що виникають у перинатальному періоді (48,3%), природженими вадами розвитку та хромосомними аномаліями (21,6%), зовнішніми причинами (13,8%), хворобами нервової системи (4,6%), інфекційними та паразитичними хворобами (2,6%), хворобами системи кровообігу (1,7%), хворобами органів дихання (1,7%) та хворобами органів травлення(1,7%).

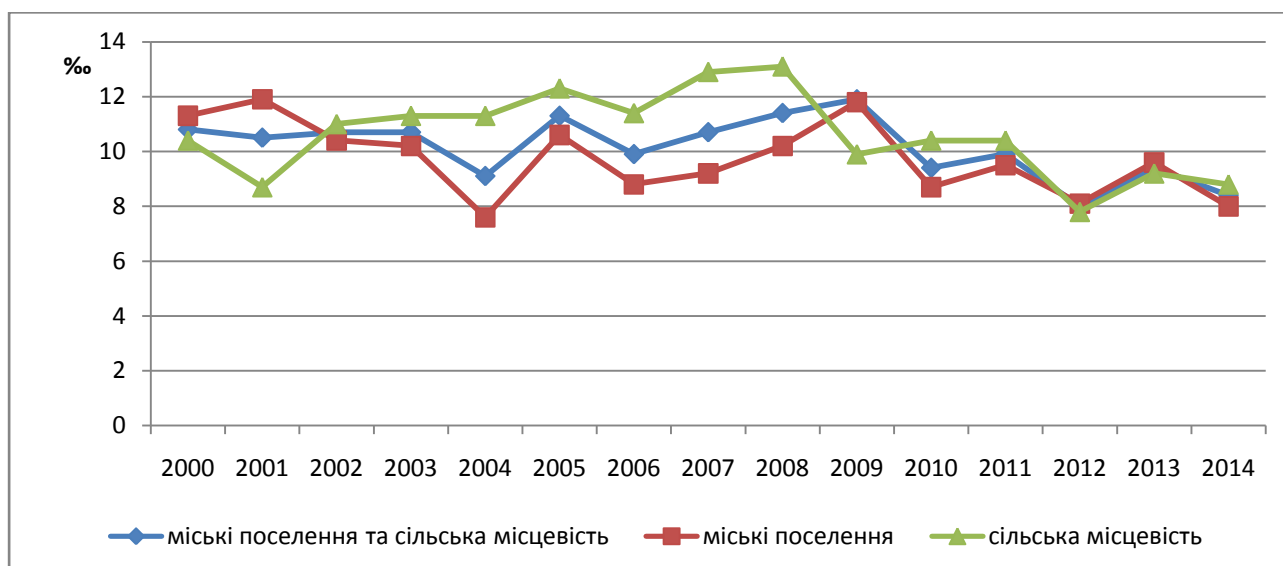


Рис.3.9. Динаміка смертності дітей до 1 року у Херсонській області, 2000-2014рр. (побудовано автором)

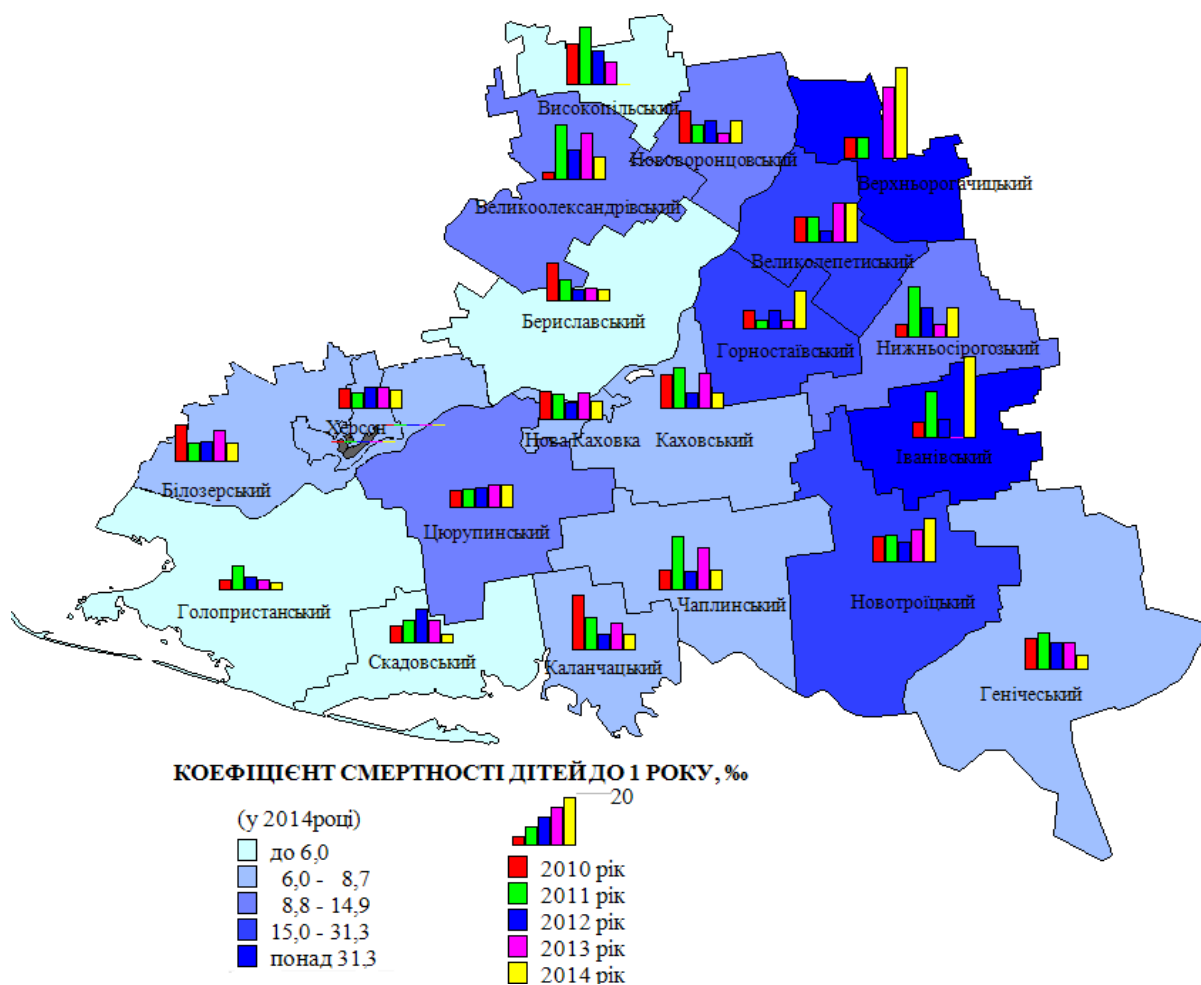


Рис. 3.10. Смертність дітей віком до 1 року у Херсонській області, 2010 – 2014 рр. (укладено автором)

Отже, закономірно нижчий рівень смертності характерний для міських поселень, що пояснюється кращим розвитком там медичної інфраструктури. У структурі причин смертності висока частка смертей від неуточнених та невідомих причин провокує певну складність у з'ясуванні регіональних диспропорцій та причинної зумовленості. Досить складною є і територіальна структура дитячої смертності, що обумовлюється більшою мірою здоров'ям власне породіль та генетичними факторами, особливо у сільській місцевості. Цю тезу доводить кореляційний аналіз між показниками малюкової смертності та середньою людністю сільських населених пунктів, який, на прикладі районів Херсонської області, показав варіацію коефіцієнтів від -0,35 до -0,42, що свідчить про наявність зворотної залежності, хоч і не досить сильної. Важливу роль також відіграє фактор рівня освіти матерів, який у сільській місцевості нижчий, що також впливає на рівень дитячої смертності.

Специфіка природного та механічного руху населення. Загальне скорочення населення Херсонської області у 2014 р. знаходиться на рівні -4,4‰, і формується природним зменшенням (-3,6‰) та незначним міграційним відтоком (-0,8‰) населення.

Природне скорочення населення у -3,6‰ відповідає середньому рівню відтворення в Україні. Перехід від природного приросту до скорочення у Херсонській області, як і в багатьох інших регіонах України, був приурочений до початку 1990-х, що пояснюється суспільними трансформаціями, які супроводжувалися відтоком населення фертильного віку, а також погіршенням соціально-економічних показників розвитку. Природне скорочення населення в Херсонській області зростало до початку 2000-х рр., сягнувши максимуму -7,3‰ у 2001 – 2002 рр. Потім ситуація поліпшувалася і темпи природного скорочення уповільнилися, сягнувши мінімальної позначки в -3,0‰ у 2012 р. (рис.3.11). В останні роки ситуація знову почала погіршуватися.

Приблизно до 2009 р. у сільській місцевості мала місце більш негативна ситуація з природним зменшенням, ніж у міських поселеннях, а після 2009 р., навпаки, ситуація погіршується у міських поселеннях. Ця тенденція, очевидно,

пояснюється підвищенням розміру грошової допомоги при народженні дитини, яка виявилась більш значимою для сільських мешканців.

Найвищі загальні показники природного скорочення населення у 2014 р. спостерігались в Іванівському (-6,9‰), Нижньсірогозькому (-6,6‰) та Верхньорогачицькому (-6,0‰) районах; найнижчі – Каховському (-0,5‰), Чаплинському (-0,5‰) та Горностаївському (-1,0‰). Найвищі показники щодо містян фіксувалися у м. Гола Пристань (-11,4‰), Нижньсірогозькому (-10,3‰) та Іванівському (10,0‰) районах; найнижчі – Каховському (-0,3‰) та Горностаївському (-1,1‰) районах. Щодо сільської частини населення, то найвищі показники мали Іванівський (5,3‰), Нововоронцовський (5,2‰) та Верхньорогачицький (-5,0‰) райони; найнижчі – Чаплинський (-0,3‰) та Каховський (-0,5‰).

Таким чином, середній коефіцієнт депопуляції по Херсонській області становив у 2014 р. 1,31, що дещо нижче у порівнянні з середньоукраїнським рівнем (1,36). Такі темпи депопуляції тримаються у Херсонській області впродовж останніх п'яти років. За значенням коефіцієнту, найгірша ситуація склалася у Іванівському (1,61), Нижньсірогозькому (1,61) та Верхньорогачицькому (1,60) районах; найнижчі темпи депопуляції спостерігались у Каховському (1,04), Чаплинському (1,04) та Горностаївському (1,08) районах. Відзначаються традиційно високі темпи депопуляції у міських поселеннях регіону – м. Херсон (1,36) та м. Нова Каховка (1,50) (рис.3.12).

Механічний рух у регіоні характеризує сальдо міграцій. У порівнянні з 2013 р. ситуація у 2014 р. у Херсонській області значно покращилась: міграційний відток населення зменшується з -1,8‰ до -0,8‰. Однак, ця тенденція була спричинена міграцією «вимушених» переселенців з тимчасово окупованих територій України. У 2014 р. позитивне сальдо міграції спостерігалось у Цюрупинському (1,7‰), Білозерському (0,9‰) районах та м. Херсоні (0,8‰).

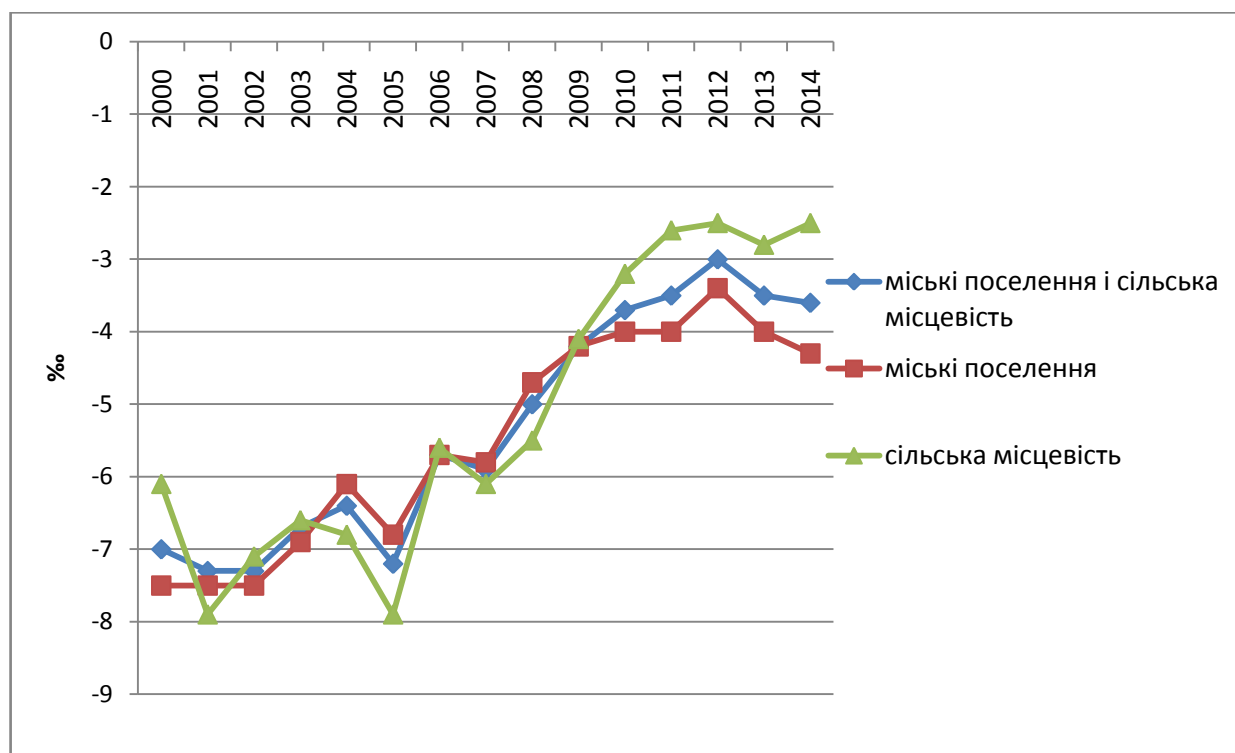


Рис. 3.11. Динаміка природного приросту населення у Херсонській області, 2000-2014рр. (побудовано автором)

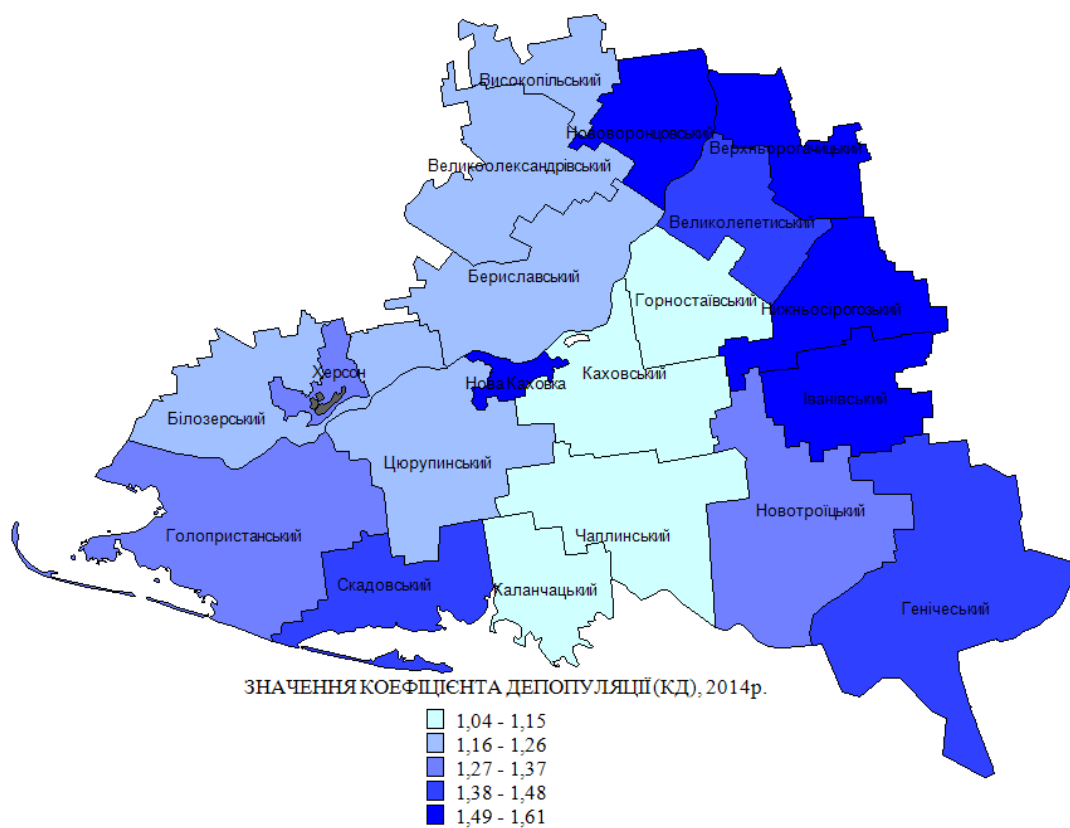


Рис. 3.12. Коефіцієнт депопуляції населення Херсонської області, 2014 р. (побудовано автором)

Найвищі показники міграційного скорочення мали місце у Чаплинському (-7,8‰) та Іванівському (-7,8‰) районах (рис.3.13). У 2014 р. у Великоолександрівському, Горностаївському, Іванівському, Новотроїцькому, Чаплинському та Каховському районах фіксувалося переважання міграційного скорочення населення над природним, отже визначальним фактором формування населення там стає саме механічний рух населення.

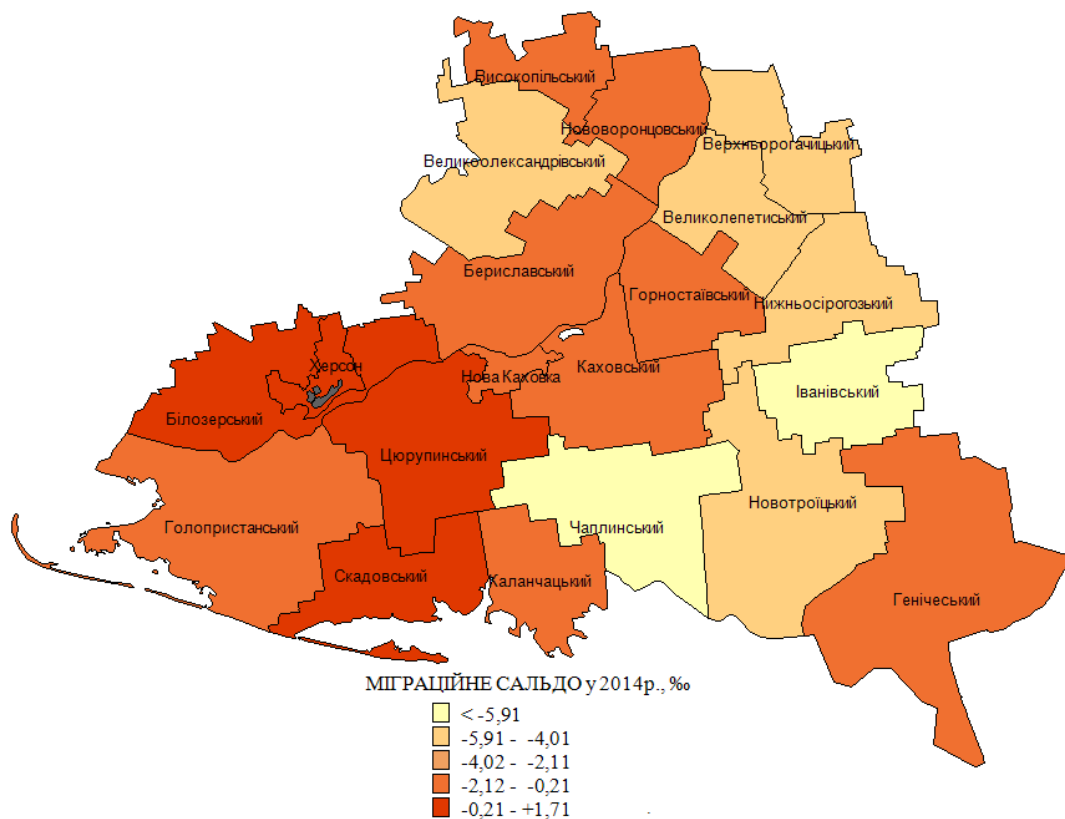


Рис. 3.13. Міграційне сальдо в адміністративних районах Херсонської області, 2014 р. (укладено автором)

Отже, відзначимо, що в останні роки знаходять прояв і позитивні зрушення у формуванні населення Херсонської області – відбувається зменшення темпів природного скорочення та міграційного відтоку населення, а в деяких регіонах спостерігаються і позитивні міграційні тенденції. Значною проблемою є глибока депресивність периферії області, що у свою чергу досить сильно відображається на погіршенні МДС та якості життя населення.

Особливості стану здоров'я населення. Чи не найголовнішим критерієм оцінки стану здоров'я населення є рівень його захворюваності. Через показники частоти, поширеності хвороб, як разом взятих, так і окремих, можна моніторити ситуацію зі станом здоров'я, а також відслідковувати вплив факторів впливу на нього.

У 2014 р. було зареєстровано 594,8 тис. випадків вперше виявлених захворювань, або 55649,8 випадків на 100 тис. населення. Це на 9,4% випадків менше ніж у 2013 р., і на 22,4% – у порівнянні з 2000 р. Іншими словами, динаміка первинної захворюваності у Херсонській області в останні роки позитивна. Водночас, у попередній період, з початку 1990-х рр., первинна захворюваність непинно зростала, сягнувши максимуму у кінці 1990-х – на початку 2000-х рр. (максимальна кількість випадків первинної захворюваності у регіоні зареєстрована у 1999 р. – 789,3 тис. випадків захворювань). Далі ситуація свідчила про поступове падіння показників захворюваності. На сучасному етапі (у 2012-2014 рр.) показники захворюваності зростали у Білозерському, Великоолександрівському, Іванівському, Нововоронцовському, Скадовському та Чаплинському районах, в інших районах показники знижуються (Додаток Л).

Серед основних класів хвороб у Херсонській області домінують захворювання органів дихання – 38,6%, хвороби сечостатевої системи – 8,2%, хвороби системи кровообігу – 7,3%, хвороби шкіри – 7,0%, травми та отруєння – 6,6%, хвороби ока – 6,0%, хвороби вуха та сосковидного відростку – 4,6%, хвороби органів травлення – 4,1%, інфекційні та паразитарні захворювання – 3,8%, хвороби кістково-м'язової системи – 3,7%. Структура захворюваності за основними групами хвороб у Херсонській області подібна до загальноукраїнської (рис. 3.14).

Тим не менш, у Херсонській області нижча (у порівнянні з Україною) захворюваність органів дихання, що пов'язано як з приморським положенням регіону, так і з меншою контактністю населення у зв'язку з переважанням сільського способу та укладу життя.

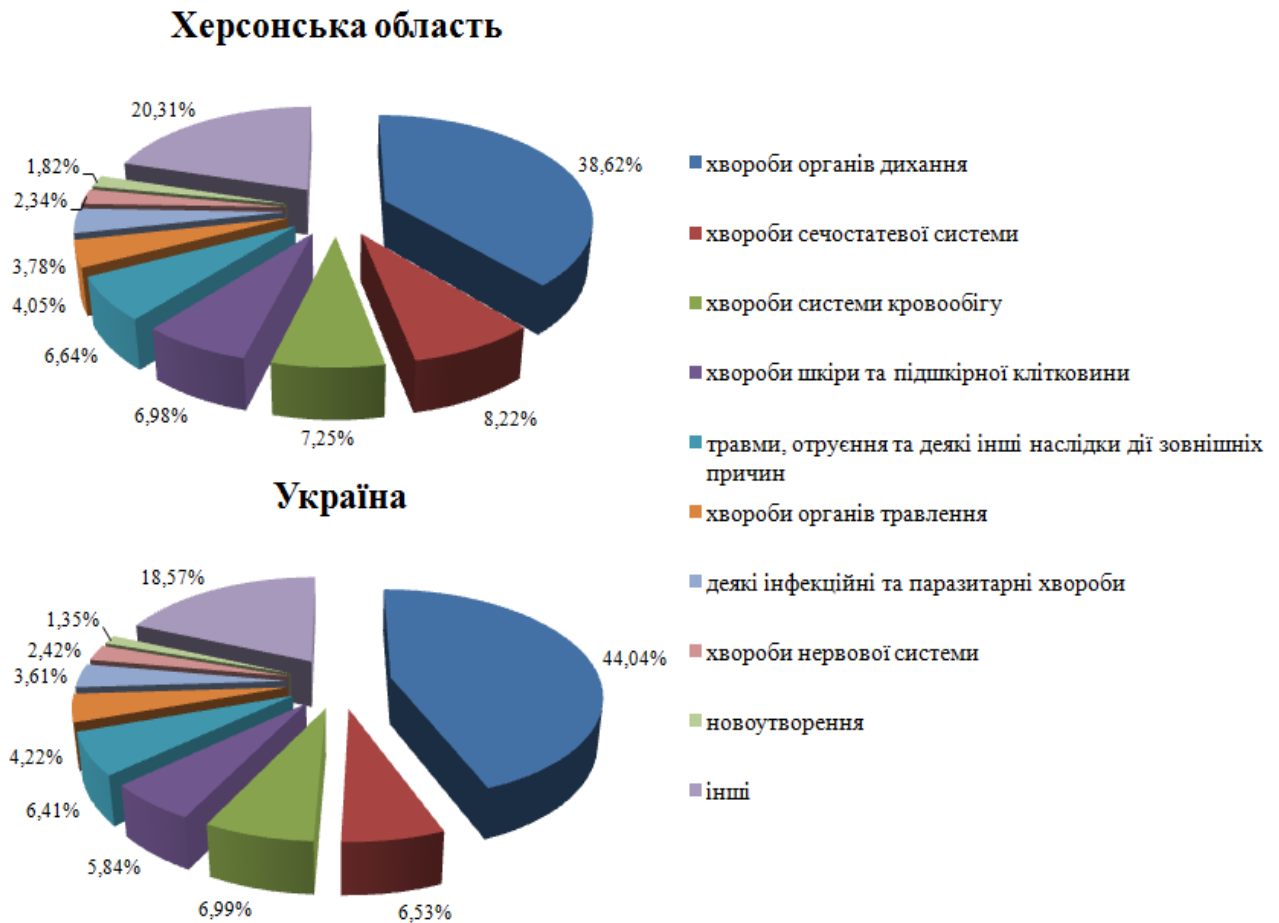


Рис. 3.14. Структура захворюваності населення Херсонської області та України за основними класами хвороб, 2014 р. (побудовано автором)

Вищими за загальнодержавні показники є захворюваність на шкіряні хвороби та хвороби підшкірної клітковини, що пояснюється надмірними дозами еритемної сонячної радіації на півдні та вищим терміном перебування населення «під сонцем» у зв'язку з домінуванням сільськогосподарської спеціалізації. У Херсонській області вищими є і показники новоутворень, при цьому на першому місці проблем – рак шкіри. Також вищими є показники захворюваності сечостатевої системи, що є результатом низької якості питної води, яку споживає населення.

На особливу увагу заслуговують показники територіального поширення захворюваності або просторові особливості «хворобливості» населення. Цей показник відображає всі наявні серед населення регіону захворювання, виявлені як у поточному році, так і у попередні роки, з приводу яких населення зверталось за лікарською допомогою у поточному році. У Херсонській області

найгірша ситуація у 2014 р. фіксувалась у м. Херсоні (1942,75 випадків на 1000 осіб), Нововоронцовському (1852,16 випадків на 1000 осіб) та Новотроїцькому (1781,85 випадків на 1000 осіб) районах. Найнижчі показники поширеності захворювань у 2014 р. зафіксовані у Високопільському (1204,68 випадків на 1000 осіб), Великолепетиському (1244,40 випадків на 1000 осіб) та Верхньорогачицькому (1274,88 випадків на 1000 осіб) районах (рис. 3.15.). У порівнянні з 2013 р. показники поширеності захворюваності зменшились з 1766,42 до 1718,88 випадків на 1000 осіб, хоча ситуація з «лідерами» за хворобливістю не змінилась. Дуже помітним є зв'язок даного показника із показниками рівня розвитку та забезпечення сфери охорони здоров'я.

Набагато більш інформативним, в плані реакції на зміни умов навколишнього середовища, вважається показник захворюваності населення, що виявлена вперше у житті. Дана характеристика підкреслює ситуаційний характер прояву порушень у стані здоров'я. За первинною захворюваністю у 2014 р. «лідерами» були Нововоронцовський (654,90 випадків на 1000 осіб), Голопристанський (619,35 випадків на 1000 осіб) райони та м. Херсон (643,11 випадків на 1000 осіб). Найнижча первинна захворюваність спостерігалась у Верхньорогачицькому (214,11 випадків на 1000 осіб), Каховському (370,63 випадків на 1000 осіб) та Високопільському (370,78 випадків на 1000 осіб) (рис. 3.15). У 2014 р. спостерігається покращення ситуації: у порівнянні з 2013 р. коефіцієнт первинної захворюваності зменшився з 609,66 до 555,28 випадків на 1000 осіб, що в абсолютному числі відповідало кількості у 61707 випадків.

Щодо випадків з госпіталізацією населення, то у 2014 р. їх найбільше реєструвалось у Скадовському (1092,28 випадків на 1000 осіб), Нижньосірогозькому (1080,48 випадків на 1000 осіб) районах та м. Херсоні (1005,04 випадків на 1000 осіб), найменше – у Високопільському (478,58 випадків на 1000 осіб), Білозерському (653,72 випадків на 1000 осіб) та Великолепетиському (683,07 випадків на 1000 осіб) районах. Середній показник по області знизився з 893,38 випадків на 1000 осіб у 2013 р. до 883,3 випадків на 1000 осіб у 2014 р.

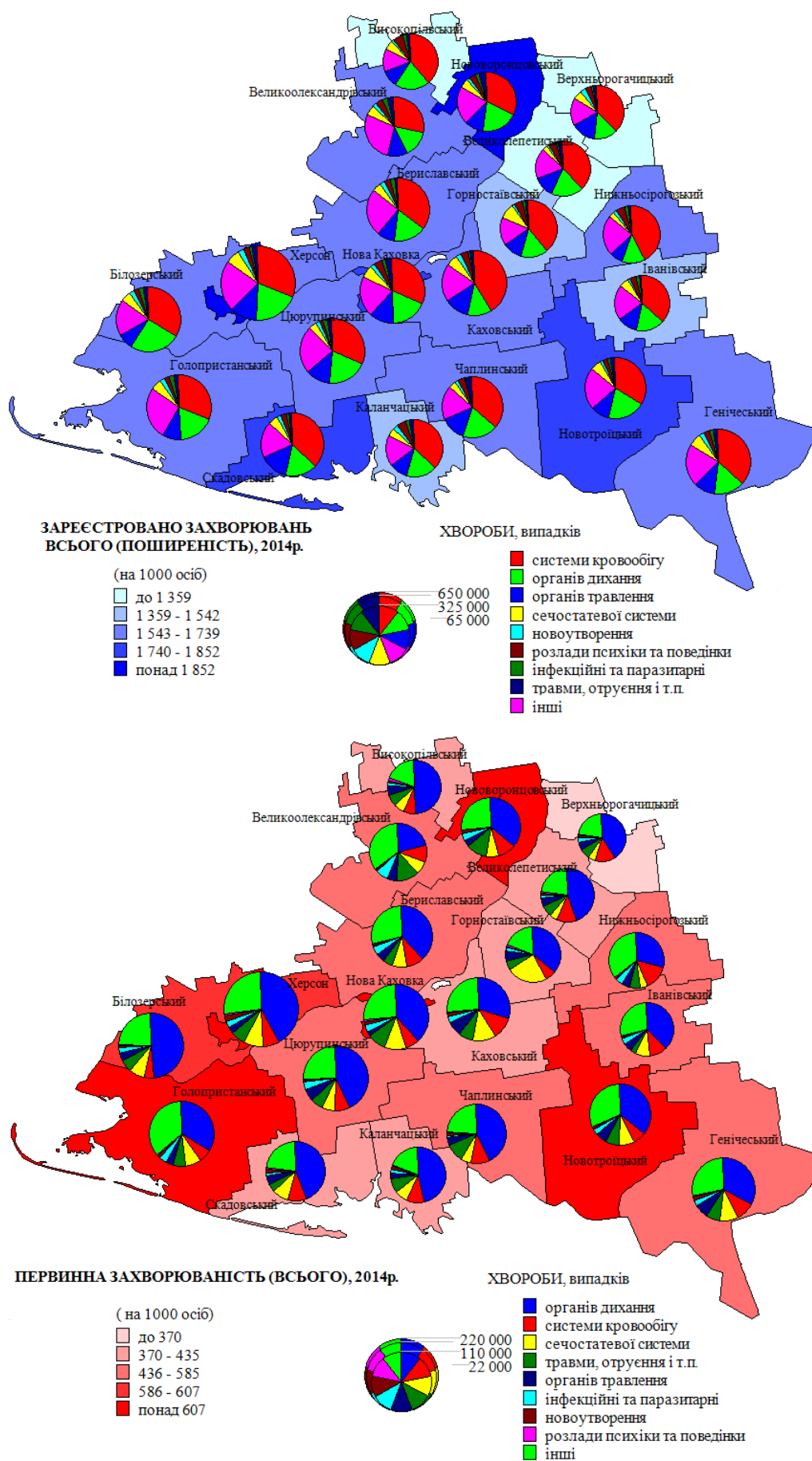


Рис. 3.15. Захворюваність (поширеність та первинна) у Херсонській області, 2014 р. (укладено автором)

Як зазначалося, в аналізі МДС, варто звернути увагу на ті групи хвороб, які стають першочерговими причинами смертності населення в області. Це: інфекційні та паразитарні хвороби, новоутворення, хвороби системи кровообігу, хвороби органів дихання, хвороби органів травлення та травми, отруєння та наслідки дії інших зовнішніх причин.

Інфекційні хвороби посідають провідне місце серед причин передчасної смерті та у структурі тимчасової непрацездатності населення, отже ця група є дуже важливою. Середній показник поширеності захворювань серед населення Херсонської області на деякі інфекційні та паразитарні хвороби у 2014 р. склав 34 випадки на 1000 осіб (у цілому 36419 випадків), що на 16,35% випадків менше, ніж у 2013 р. По даній групі хвороб найбільш поширеними є гострі кишкові інфекції, гепатит, грип та гострі інфекції верхніх дихальних шляхів. Лідерами за поширеністю захворюваності на інфекційні хвороби були Великоолександрівський (46,73 випадків на 1000 осіб) та Нововоронцовський (42,55 випадків на 1000 осіб) райони; аналогічна ситуація з лідерами за первинною захворюваністю. Найнижчі показники за цією групою було зафіксовано у Чаплинському (10,26 випадків на 1000 осіб) та Каховському (15,09 випадків на 1000 осіб) районах; за первинною захворюваністю – у Чаплинському (3,77 випадків на 1000 осіб) та Верхньорогачицькому (6,20 випадків на 1000 осіб) (територіальні особливості варіації показників поширеності хвороб і первинної захворюваності представлено у додатку Л). Загалом, захворюваність на інфекційні та паразитарні хвороби лишається індикатором наявності цілої низки соціально-економічних проблем.

Наступна група нозологій – це новоутворення. Аналіз онкоепідеміологічної ситуації показав, що середній показник поширеності новоутворень у 2014 р. у Херсонській області склав 42,18 випадків на 1000 осіб; первинної захворюваності – 10,11 випадків на 1000 осіб. Показники поширеності та первинності новоутворень зростають щороку, що є результатом поступового погіршення екологічної ситуації, зростання хімізації тощо. Особливістю Херсонської області є те, що вона входить до трійки областей України, в яких первинна реєстрація захворювань на новоутворення

відбувається із запізненням [146], що є свідченням низького рівня або відсутності профілактичних оглядів, дефіциту діагностичного обладнання і недорозвиненість сфери охорони здоров'я загалом. Серед типів новоутворень в регіоні провідні позиції посідають новоутворення шкіри (13,55%); трахеї, бронхів та легенів (11,07%); молочних залоз (10,7% в цілому по населенню і 21,96% - серед жінок); матки (6,4% в цілому по населенню і 12,96% – серед жінок) та шлунку (5,71%). Серед чоловіків найбільш поширеними є новоутворення трахеї, бронхів та легенів (17,70%), шкіри (11,18%), шлунка (6,57%), а також губи, порожнини рота та глотки (6,56%). Для жіночого населення найпоширенішими є новоутворення молочних залоз, шкіри (16,13%) та матки. За поширеністю новоутворень лідерами в області є м. Херсон (55,67 випадків на 1000 осіб), м. Нова Каховка (43,13 випадків на 1000 осіб), Верхньорогачицький (43,88 випадків на 1000 осіб) та Каланчацький (41,93 випадків на 1000 осіб) райони; за первинною захворюваністю – м. Херсон (14,87 випадків на 1000 осіб), м. Нова Каховка (10,36 випадків на 1000 осіб), Нововоронцовський (12,05 випадків на 1000 осіб) та Генічеський (11,14 випадків на 1000 осіб) райони. Найнижчі показники поширеності спостерігалися у Великолепетиському (15,40 випадків на 1000 осіб), Високопільському (22,14 випадків на 1000 осіб) та Горностаївському (23,12 випадків на 1000 осіб) районах. В цих саме районах спостерігались і найнижчі показники первинної захворюваності на новоутворення (територіальні особливості можна побачити на укладених автором картосхемах у додатку Л).

Середні по Херсонській області показники поширеності хвороб системи кровообігу становлять 575,12 випадків на 1000 осіб; первинна захворюваність – 40,21 випадків на 1000 осіб. Серед найбільш значимих захворювань у цій групі варто відмітити гіпертонічну хворобу, гострий та повторний інфаркт міокарду, інсульту у всіх формах. Найпоширенішими захворювання органів кровообігу були у Нижньосірогозькому (680,99 випадків на 1000 осіб), Скадовському (649,92 випадків на 1000 осіб) та Каховському (641,65) районах; найвища первинна захворюваність – у Нижньосірогозькому (62,83 випадків на 1000 осіб) та Нововоронцовському (57,75 випадків на 1000 осіб) районах. Найнижчі

показники за поширеністю спостерігались у Високопільському (468,23 випадків на 1000 осіб) та Великолепетиському (469,35 випадків на 1000 осіб); за первинною захворюваністю – у Горностаївському (22,38 випадків на 1000 осіб) та Високопільському (25,94 випадків на 1000 осіб) районах (Додаток М).

Середні показники поширеності та первинної захворюваності хворобами органів дихання становлять відповідно 301,65 випадків на 1000 осіб та 214,49 випадків на 1000 осіб. Найгірша ситуація за поширеністю ХОД склалася у м. Херсон (366,65 випадків на 1000 осіб), Білозерському (388,03 випадків на 1000 осіб) та Нововоронцовському (353,69 випадків на 1000 осіб) районах; за первинною захворюваністю на ХОД – у м. Херсон (270,33 випадків на 1000 осіб), Білозерському (282,01 випадків на 1000 осіб) та Нововоронцовському (237,43 випадків на 1000 осіб) районах. Найменші показники поширеності ХОД спостерігались у Верхньорогачицькому (171,53 випадків на 1000 осіб) та Каховському (182,65 випадків на 1000 осіб) (Додаток М).

Захворювання органів травлення також знаходяться на одному з провідних місць серед неінфекційних захворювань в регіоні. Причинами, що посилюють ризик загострення цих хвороб є незадовільна якість харчування та якість питної води, низький рівень життя, поширення девіантної поведінки тощо. Середньообласні показники поширеності ХОТ – 191,28 випадків на 1000 осіб, первинна захворюваність становить 22,49 випадків на 1000 осіб. Найгірша ситуація – у Скадовському (255,37 випадків на 1000 осіб) районі, м Херсон (225,87 випадків на 1000 осіб) та м. Нова Каховка (219,31 випадків на 1000 осіб); за первинною захворюваністю в «лідерах» Генічеський (36,56 випадків на 1000 осіб), Новотроїцький (35,44 випадків на 1000 осіб) та Цюрупинський (32,78 випадків на 1000 осіб) райони. Найменша поширеність ХОТ зареєстрована у Високопільському (119,73 випадків на 1000 осіб) та Нижньосірогозькому (120,78 випадків на 1000 осіб); первинна захворюваність найменша у Каланчацькому районі (12,32 випадків на 1000 осіб) та м. Нова Каховка (12,70 випадків на 1000 осіб) (Додаток М).

Поширені у Херсонській області і хвороби сечостатевої системи, що пояснюється, насамперед, низькою якістю питної води. Середні показники

поширеності хвороб сечостатевої системи (ХССС) становлять 98,92 випадків на 1000 осіб, первинної захворюваності – 45,66 випадків на 1000 осіб. За поширеністю найгірша ситуація склалася у м. Херсон (122,98 випадків на 1000 осіб) та Горностаївському районі (122,20 випадків на 1000 осіб), за первинною захворюваністю – у м. Нова Каховка (65,12 випадків на 1000 осіб) та Горностаївському районі (86,51 випадків на 1000 осіб). Традиційно високі показники ХССС реєструються у містах та приморських курортних регіонах, де венеричні хвороби складають досить значну частку у загальній кількості ХССС. Вищі показники захворюваності на ХССС у Горностаївському районі пов'язані з високими показниками народжуваності, зокрема з тим, що у дородовий період у жінок доволі часто фіксуються ХССС, які, в свою чергу, потім стають післяродовими ускладненнями.

Особливе місце у формуванні уявлення про психічне та духовне здоров'я населення посідає захворюваність на розлади психіки та поведінки (РПП). Зокрема, розлади, спричинені вживанням алкоголю та наркотичних речовин, є показовими характеристики деградованості та соціальних негараздів. Найвищі показники поширеності РПП характерні для Нижньосірогозького (86,02 випадків на 1000 осіб) та Високопільського (73,88 випадків на 1000 осіб) районів та м. Нова Каховка (68,70 випадків на 1000 осіб); за первинною захворюваністю найвищі показники у Високопільському (8,38 випадків на 1000 осіб) та Великопетиському (5,90 випадків на 1000 осіб) районах та м. Херсон (5,42 випадків на 1000 осіб), а також у м. Нова Каховка (5,58 випадків на 1000 осіб) (Додаток М). Психічні розлади спричиняють суттєві економічні збитки для значної частини населення даних територій, що зумовлені непрацездатністю і соціальною дезадаптацією хворих та їх родичів, суїцидальною та небезпечною поведінкою, погіршенням якості життя.

Досить значну частку у загальній структурі захворюваності становлять травми, отруєння та інші так звані «зовнішні» причини. Показники по даній групі хвороб є дуже мінливими, адже більша кількість зовнішніх причин є доволі непередбачуваною, тому у різні роки показники можуть кардинально відрізнятись. Тим не менш, як поширеність, так і первинна захворюваність

залишається високою в останні роки у Нововоронцовському (73,76/73,27 випадків на 1000 осіб), Великоолександрівському (55,83/55,83 випадків на 1000 осіб) районах та м. Нова Каховка (57,49/55,32 випадків на 1000 осіб). Середньообласні показники поширеності та первинної захворюваності внаслідок дії зовнішніх причин у 2014 р. становили 40,30 та 36,90 випадків на 1000 осіб відповідно (територіальні особливості – у додатку М).

Групами захворювань, що мають вагомий вплив на формування МДС, є соціально небезпечні хвороби та значна інвалідизація населення. Ці хвороби часто виступають причиною тимчасової чи постійної втрати працездатності значної частини населення. Водночас, статистичні дані щодо соціально небезпечних хвороб в Україні та регіоні не відображають фактичні масштаби ураженості населення. Певною мірою, це пояснюється низькою зацікавленістю населення у знаннях про стан власного здоров'я, недостатньою якістю надання медичної допомоги, низьким рівням контролю з боку держави за станом здоров'я населення та демографічною ситуацією, що призводить до уникнення звернення потенційно хворих до лікувально-профілактичних закладів і відповідної нерепрезентативності статистичних показників.

Характерним індикатором погіршення медико-демографічної обстановки у Херсонській області є захворюваність населення на туберкульоз (регіон вже багато років поспіль посідає перші місця за поширеністю цього небезпечного захворювання). У 2014 р. найгірша ситуація з поширеністю захворюваності на активний туберкульоз склалася у Каховському (172,2 випадки на 100 тис. осіб), Білозерському (116,8 випадки на 100 тис. осіб), Чаплинському (95,4 випадки на 100 тис. осіб) та Цюрупинському (94,2 випадки на 100 тис. осіб) районах (рис. 3.16), де фактично сформувалось центральне ядро ендемії.

Захворюваність на туберкульоз характеризується періодичними спалахами та затуханнями майже в усіх районах області. В більшості районів спостерігається позитивна динаміка зменшення рівня захворюваності, але периферійні райони мають нестабільну ситуацію, що пов'язано з високим рівнем бідності населення та недостатнім розвитком системи охорони здоров'я.

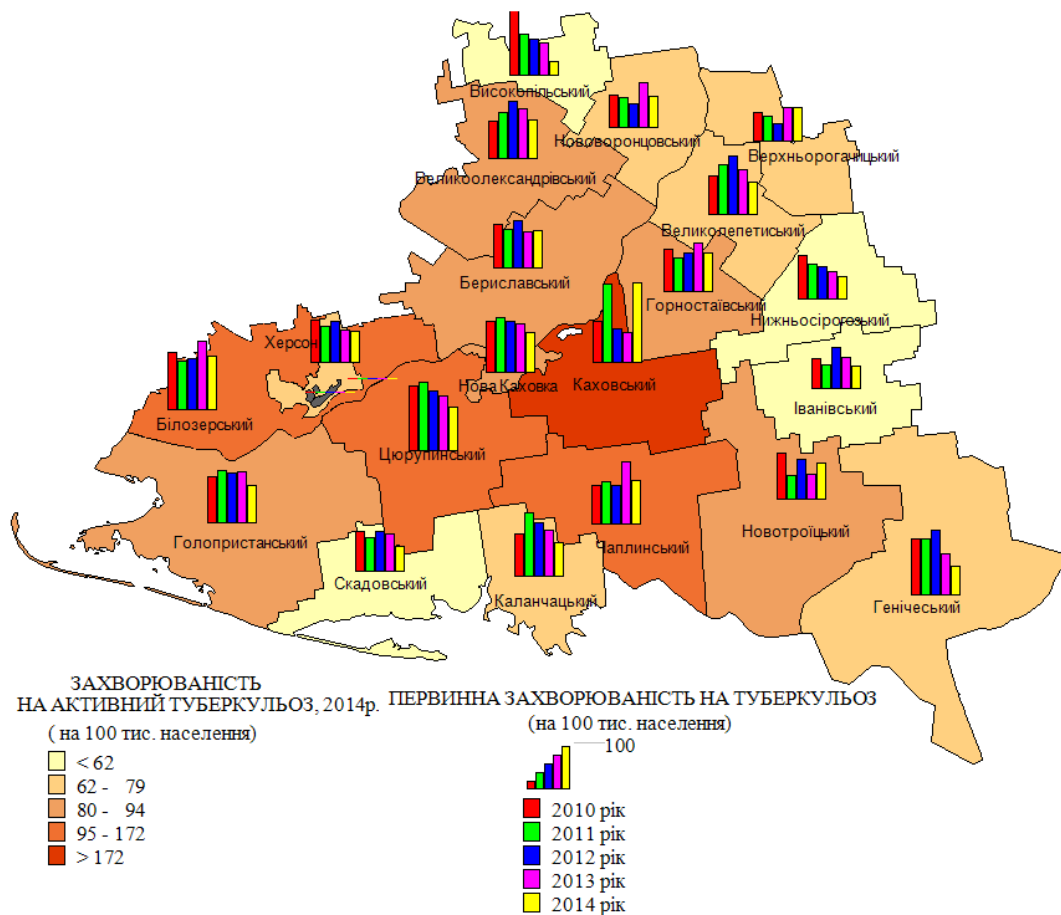


Рис. 3.16. Захворюваність на активний туберкульоз у Херсонській області та її динаміка, 2010-2014 рр. (укладено автором)

Високі показники захворюваності на туберкульоз в окремих центрах регіону і навколо них пояснюються високою концентрацією населення, а також наявністю пенітенціарних закладів, у т.ч. виправних колоній, які традиційно є центрами поширення цієї небезпечної хвороби [2].

За поширеністю ВІЛ-інфекції Херсонська область у 2014 р. посідала п'яте місце в Україні – цей показник у регіоні становив 369,9 осіб/100 тис. осіб (після Одеської (791,7 осіб/100 тис. осіб), Дніпропетровської (751,8 осіб/100 тис. осіб), Миколаївської (658,6 осіб/100 тис. осіб) областей та м. Києва (395,7 осіб/100 тис. осіб) [20]. Така статистика демонструє, що область зазнає впливу сусідніх регіонів, і Південь України в цілому є лідером за темпами поширеності ВІЛ/СНІД, хоча Херсонська та Запорізька області багато років відрізнялися кращою ситуацією. Щодо первинної захворюваності на ВІЛ-інфекцію, показники Херсонської області відповідають середньому показнику по Україні.

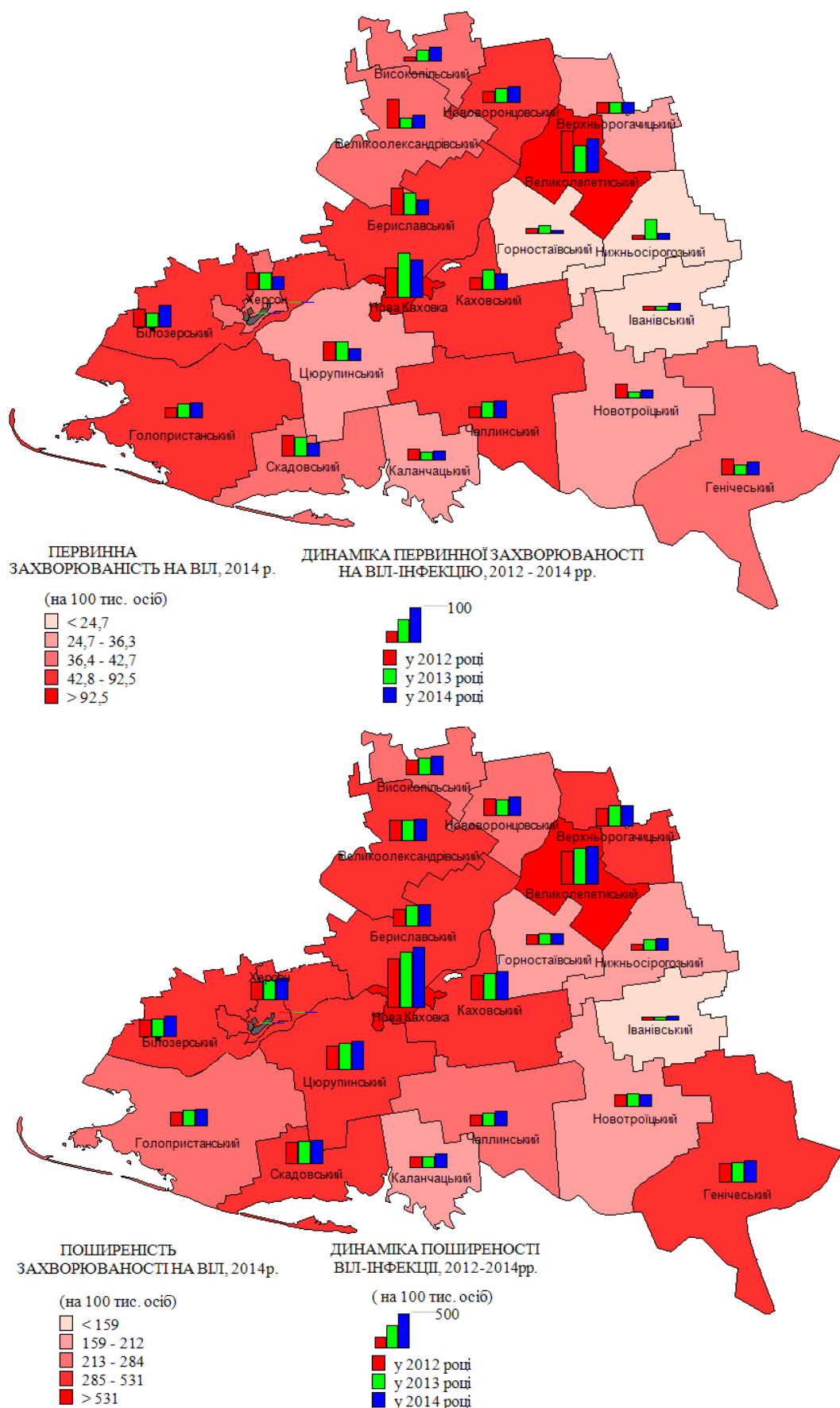


Рис. 3.17. Первинна захворюваність і поширеність захворюваності на ВІЛ-інфекцію у Херсонській області та її динаміка, 2012-2014рр.

(укладено автором)

У територіальному розрізі найвищі показники поширеності захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2014 р. мали м. Нова Каховка (822,6 осіб/100 тис. населення), Великолепетиський (531,8 осіб/100 тис. населення) та Каховський (395,1 осіб/100 тис. населення) райони. Найменше хворих на ВІЛ-інфекцію виявлено у Іванівському (69,4 осіб/100 тис. населення) та Горностаївському (159,2 осіб/100 тис. населення) районах. Аналогічно лідерами за показниками первинної захворюваності у 2014 р. є м. Нова Каховка (103 осіб/100 тис. населення) та Великолепетиський район (92,5 осіб/100 тис. населення), найнижчі показники у Горностаївському районі (9,95 осіб/100 тис. населення) (рис.3.17).

Чинниками, що сприяють поширенню соціально-небезпечних хвороб є суспільно-географічні, біологічні та медико-гігієнічні, зокрема рівень урбанізації, міграційні процеси, поширення безробіття, низький рівень культури, санітарно-гігієнічної та загальної освіченості населення, уклад життя, релігійність, низький рівень системи охорони здоров'я, некомпетентність медичних працівників, помилки в діагностиці тощо.

В інтегральній оцінці здоров'я важливим показником є рівень інвалідизації населення. Висока кількість інвалідів є ознакою незадовільного стану охорони праці на підприємствах, незадовільної екологічної ситуації та наявності величезної кількості ризиків. Втрата працездатності за різних причин є додатковим чинником збільшення і без того високого демографічного та економічного навантаження.

У Херсонській області істотних територіальних відмінностей за показником інвалідизації практично немає. Найвища кількість інвалідів мешкає у Верхньорогачицькому районі (50 осіб/1000 населення) та м. Нова Каховка (48 осіб/1000 населення), а найнижча – у Каховському та Нижньосірогозькому (по 32 особи/1000 населення) (рис. 3.18.).

За групами інвалідності у Херсонській області має місце таке співвідношення: 8,30% - I група, 32,75% - II група, 58,59% - III група та 0,36% - діти-інваліди до 18 років. Найбільша частка інвалідів I групи проживає у м. Нова Каховка (11,07%) та Скадовському районі (10,14%), II групи – у

Горностаївському районі (45,92%), III групи – у Чаплинському районі (66,14%), найвища частка дітей-інвалідів зосереджена в Іванівському (0,85%) та Великолепетиському (0,63%) районах.

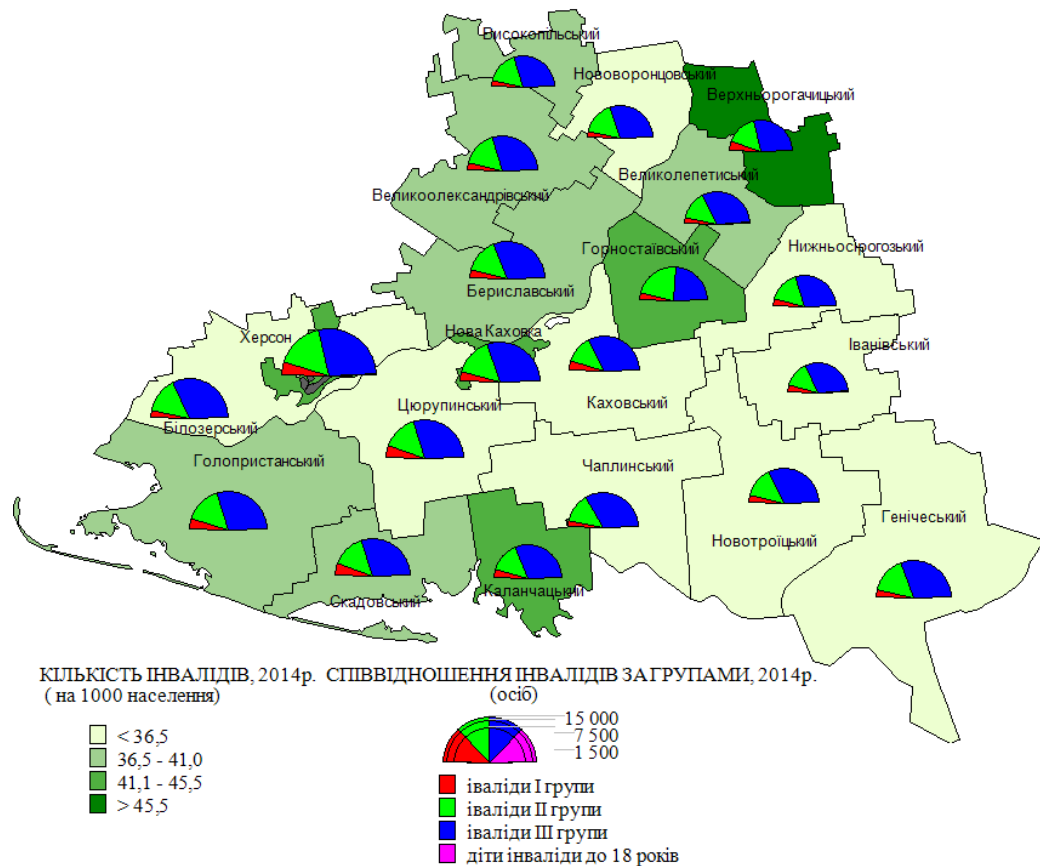


Рис. 3.18. Кількість інвалідів, які перебувають на обліку у Пенсійному фонді у Херсонській області, 2014 р. (укладено автором)

Інші групи хвороб не є визначальними у формуванні МДС, тому їх детальним розглядом у даній роботі можна знехтувати.

Таким чином, за офіційними даними, за останні роки у Херсонській області спостерігається тенденція зростання захворюваності та хворобливості за окремими видами хвороб при позитивній динаміці загальної захворюваності. Найвищі показники захворюваності традиційно фіксуються у містах та урбанізованих районах, найнижчі – у периферійних сільських районах із незадовільним станом медичної інфраструктури.

Високі показники ПІХ притаманні правобережжю та пониззю Дніпра в межах області, що ймовірно пов'язано з використанням ресурсів р. Дніпра та р.

Інгулець та специфікою водокористування. Адже доведено, що 58 % випадків інфекційних захворювань спричинені прісною водою, забрудненою патогенами [209].

За захворюваністю на новоутворення «лідерами» є м. Херсон та м. Нова Каховка, що пояснюється більшими можливостями діагностики даного типу захворювань, а також більшою техногенною небезпечністю міського середовища. Також до групи лідерів за поширеністю онкологічних хвороб входять райони, у яких розташовані склади отрутохімікатів – Каланчацький, Генічеський та Нововоронцовський.

Лідерами за поширеністю хвороб органів дихання є також обласний центр та прилеглі до нього райони, що пояснюється високою концентрацією населення та великими обсягами маятникових добових міграцій.

Лідерами за захворюваністю органів травлення та сечостатевої системи також виступають міста та приморські курортні райони.

Розлади психіки та поведінки поширені більшою мірою в урбанізованих ареалах (м. Херсон та м. Нова Каховка), що пов'язано з більшою стресовістю міського середовища, а також у периферійних депресивних регіонах, де типовими причинами є безробіття, низький рівень благополуччя домогосподарств, алкоголізм і т.д.

Важливою групою захворювань є соціально-небезпечні. За поширеністю туберкульозу область є одним з «лідерів» в Україні, маючи сформоване епідеміологічне ядро в межах Цюрупинського, Білозерського, Каховського районів та м. Херсон. Іншою загрозою є зростаючі темпи поширеності ВІЛ-інфекції, яка інтенсивно мігрує в область із сусідніх регіонів.

В цілому, захворюваність визначається низкою ендегенних та екзогенних чинників. До перших відносяться, крім іншого, демографічні характеристики (вік, стать) конкретної територіальної спільноти. До других – рівень соціально-економічного розвитку території, стан навколишнього природного середовища, розвиток системи охорони здоров'я, клімат, якість питної води тощо.

3.2. Здоров'я населення у контексті якості його життя: аналіз результатів анкетного опитування

Потужним інструментом моніторингу як медико-демографічної ситуації, так і добробуту населення Херсонської області стало залучення у дослідження результатів анкетного опитування населення, яким було охоплено в цілому 63 населених пунктів (рис. 3.19), з них 42 села, 12 смт, 9 міст.

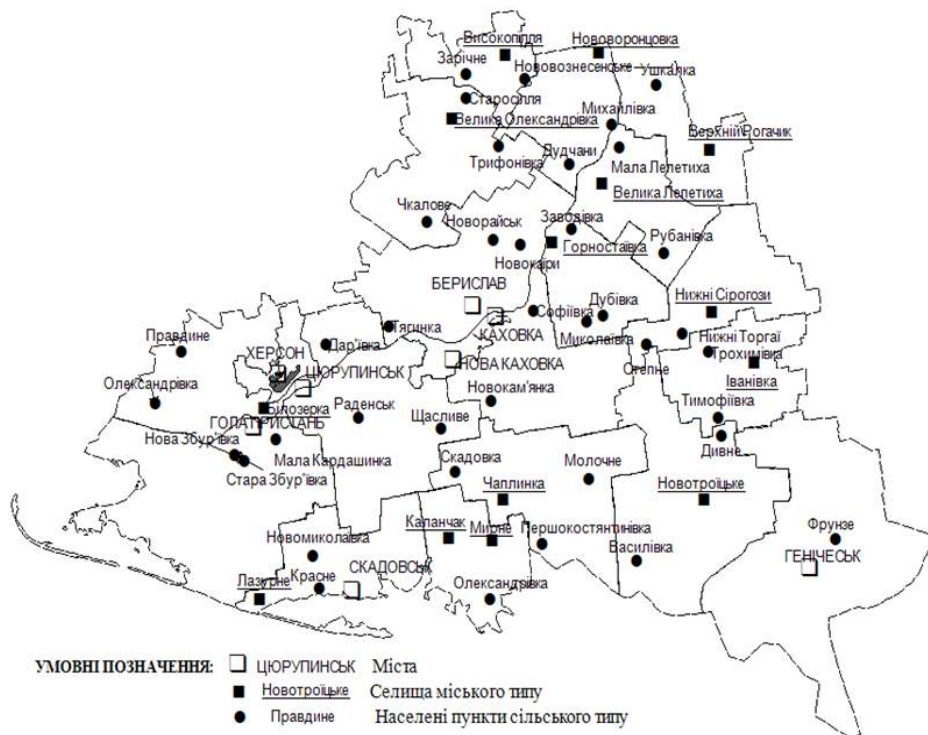


Рис. 3.19. Територіальне охоплення поселень Херсонської області анкетуванням респондентів, початок 2015 р. (укладено автором)

В числі перших питань укладеної анкети, респондентам пропонувалося оцінити стан власного здоров'я від 0 до 4 балів (де: 0 – дуже поганий, 1 – поганий, 2 – задовільний, 3 – добрий, 4 – відмінний). За всіма територіальними одиницями було отримано результати в межах «задовільний (2) – добрий (3)». Найнижчі оцінки населенням рівня свого здоров'я зафіксовано в: Іванівському (2,33 бали), Бериславському (2,36 бали), Нововоронцовському (2,42 бали) районах. Набагато позитивніше оцінено здоров'я у Білозерському (2,77 бали) та Каховському (2,79 бали) районах.

На рис. 3.20 представлено групування адміністративних районів за оцінками респондентами стану суспільного здоров'я. Як й очікувалося, значного зв'язку між офіційними статистичними показниками захворюваності та суб'єктивними оцінками суспільного здоров'я знайдено не було (коефіцієнт кореляції між показниками склав всього 0,04). Це має своє пояснення, адже на стан здоров'я істотно впливає статево-вікова структура населення, спосіб та умови його життя, тобто – соціально-демографічні фактори ризику. Але статистичні дані не відображають цих аспектів, відсутня диференційована оцінка стану здоров'я різними групами населення, яка корелює з їх економічним положенням, освітою, зайнятістю тощо.

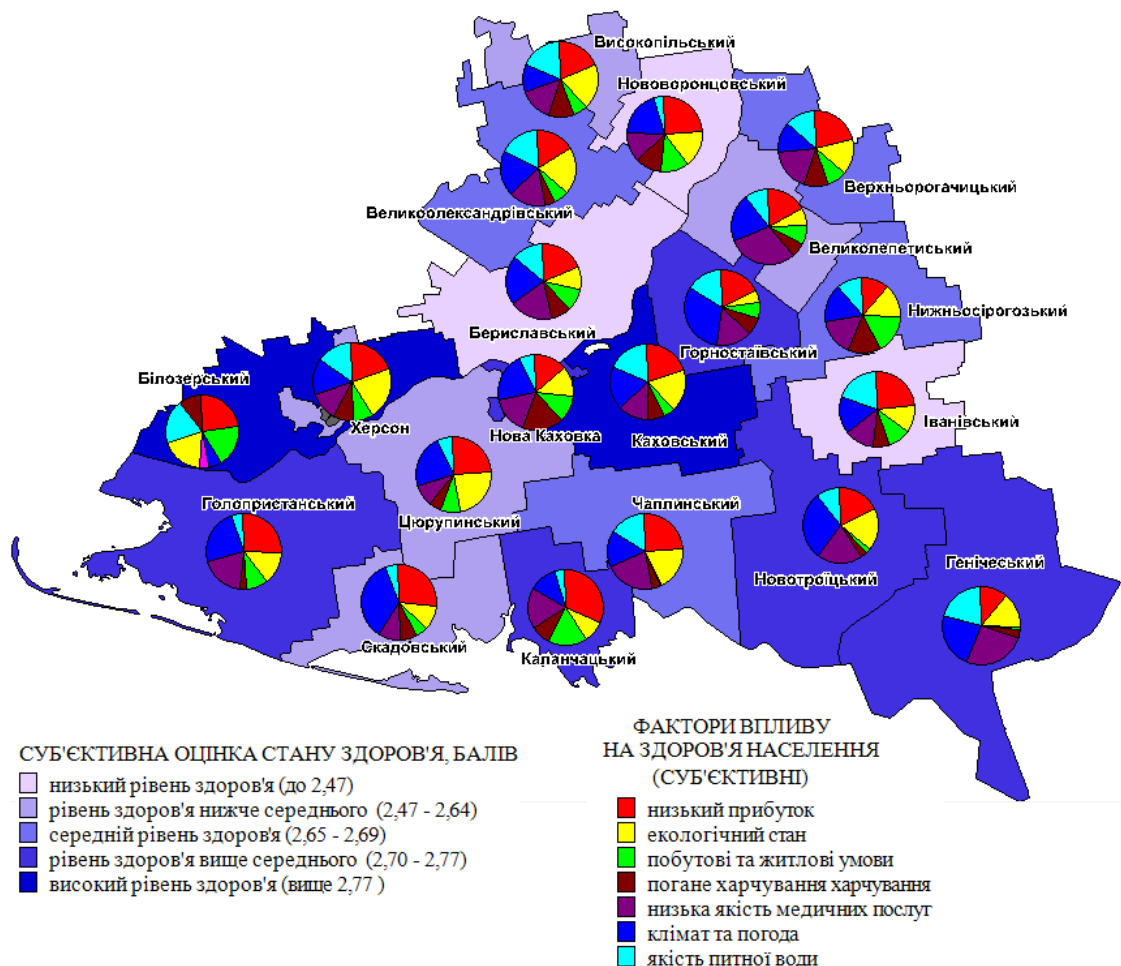


Рис. 3.20. Фактори впливу на стан здоров'я населення Херсонської області (укладено автором за результатами опитування, 2015 р.).

Показником достовірності результатів анкетування є коефіцієнти кореляції між бальною оцінкою здоров'я та кількістю осіб старше 65 років з показниками загальної смертності, що становлять, відповідно, -0,48, та -0,17.

Цим констатується зворотній зв'язок: чим вища частка населення похилого віку, тим нижчою буде бальна оцінка стану здоров'я і, відповідно, вищими – показники смертності.

Також в анкеті респондентам було запропоновано відзначити ті фактори, які, на їх думку, впливають на погіршення їх власного здоров'я (або дописати власний варіант відповіді). На рис.3.20 відображено результати оцінки населенням ролі різних чинників у формуванні суспільного здоров'я. За районами вклад окремих чинників як детермінант здоров'я оцінений по-різному.

Пріоритетним фактором впливу на погіршення здоров'я визначено чинник низьких доходів (а відтак – нездатність повноцінного забезпечення харчуванням, одягом, медикаментами, засобами особистої гігієни тощо). Практично у кожному районі даний фактор оцінений як найбільш вагомий, але у ряді районів він нівельований негативним впливом поганої якості питної води (Великоолександрівський та Генічеський райони) та низькою якістю медичних послуг (Великопетиський, Генічеський та Нижньосірогозький райони). У Каланчацькому районі фактор низького рівня доходів було обрано максимальною кількістю респондентів (31,67%).

Другим за значимістю фактором респонденти вважають вплив погоди та кліматичних умов. У 13-ти районах погода та клімат визначені респондентами як чинники найвагомшого впливу на стан здоров'я. Такі показники пояснюються природним погіршенням самопочуття при різкій зміні погодних умов (наприклад, підвищенням частоти простудних захворювань при зниженні температури, загостренням гіпертонічної хвороби при зростанні температури повітря), а також схильністю певної частини свідомо і несвідомо пов'язувати погіршення самопочуття чи загострення стану здоров'я із впливом, наприклад, надмірної вологості повітря чи перепадами атмосферного тиску.

Екологічний фактор (фактор наявності техногенного пресингу) в якості найвагомшого у впливі на здоров'я було обрано у м. Херсон (20,68%), Цюрупинському (22,15%) та Великоолександрівському районі (19,66%). Цей результат пояснюється добре: у м. Херсон – найвищі показники викидів у

атмосферу та утворення відходів, у Цюрупинському районі, аналогічно, одні з найвищих показників викидів у атмосферу (друге місце за викидами на км² серед районів області після Білозерського району), у Великоолександрівському районі – низька якість питної води та найвищий показник утворення відходів (наявність складів пестицидів) серед районів області.

Вплив незадовільних побутових та житлових умов на здоров'я відзначено у Каланчацькому (16,29%), Нижньосірогозькому (15,89%) та Нововоронцовському (12,17%) районах. Ці результати потребують детального вивчення, оскільки припущення про їх зв'язок з показниками забезпеченості населення житлом не знайшли підтвердження.

Низька якість надання медичних послуг в якості вагомого фактору впливу на стан здоров'я була обрана у семи районах. Згідно з результатами опитування, найгірша ситуація склалася у Великолепетиському (29,2%) та Генічеському (24,71%) районах. Ситуація пояснюється низькою якістю і незабезпеченістю медичними послугами, особливо на селі, де часто відсутні навіть постійні медичні працівники у фельдшерсько-акушерських пунктах.

Погана якість питної води визначена істотним фактором впливу на здоров'я у п'яти районах: Генічеський (21,18% респондентів), Іванівський (20,00%), 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, було виявлено найбільшу кількість порушень нормативних вимог, тому одержані результати закономірні.

Частина питань анкети було присвячено частоті виникнення захворювань у населення (хворобливості). Респондентам було запропоновано обрати серед п'яти варіантів відповідей одну: від 4 балів – «зовсім не хворів протягом року», до 0 – «дуже часто хворів». За відповідями, у 2014 р. 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.3.21).

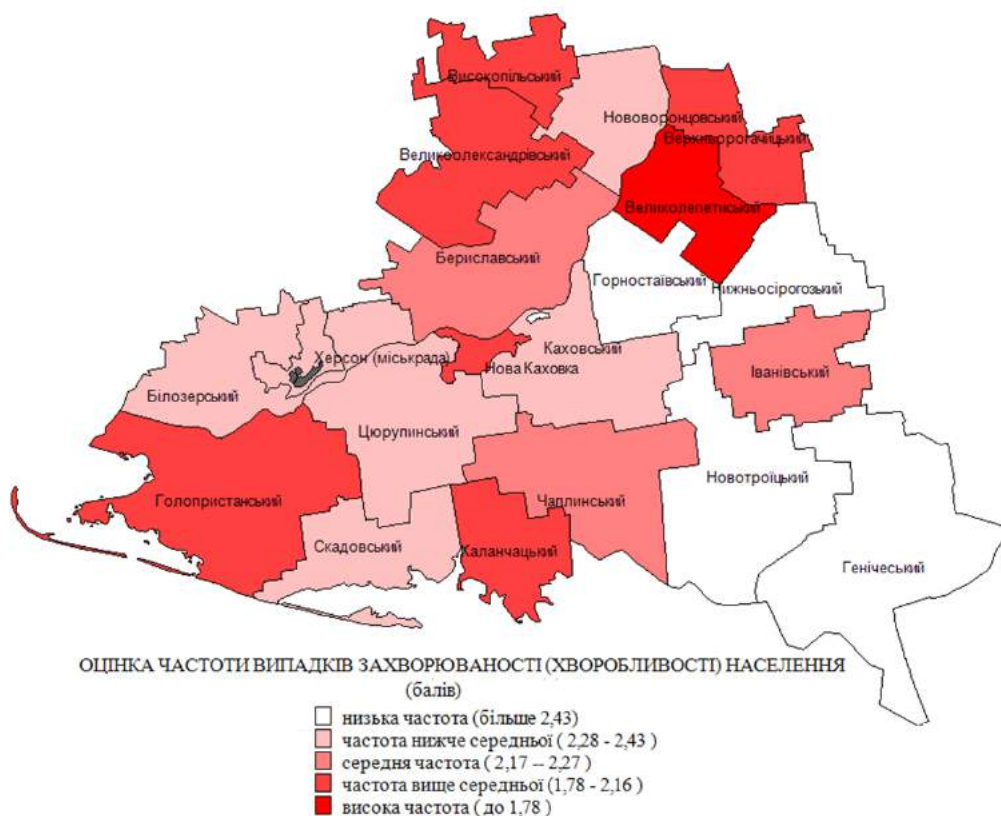


Рис. 3.21. Оцінка респондентами частоти захворюваності протягом року у Херсонській області, 2015 (укладено автором за результатами анкетування)

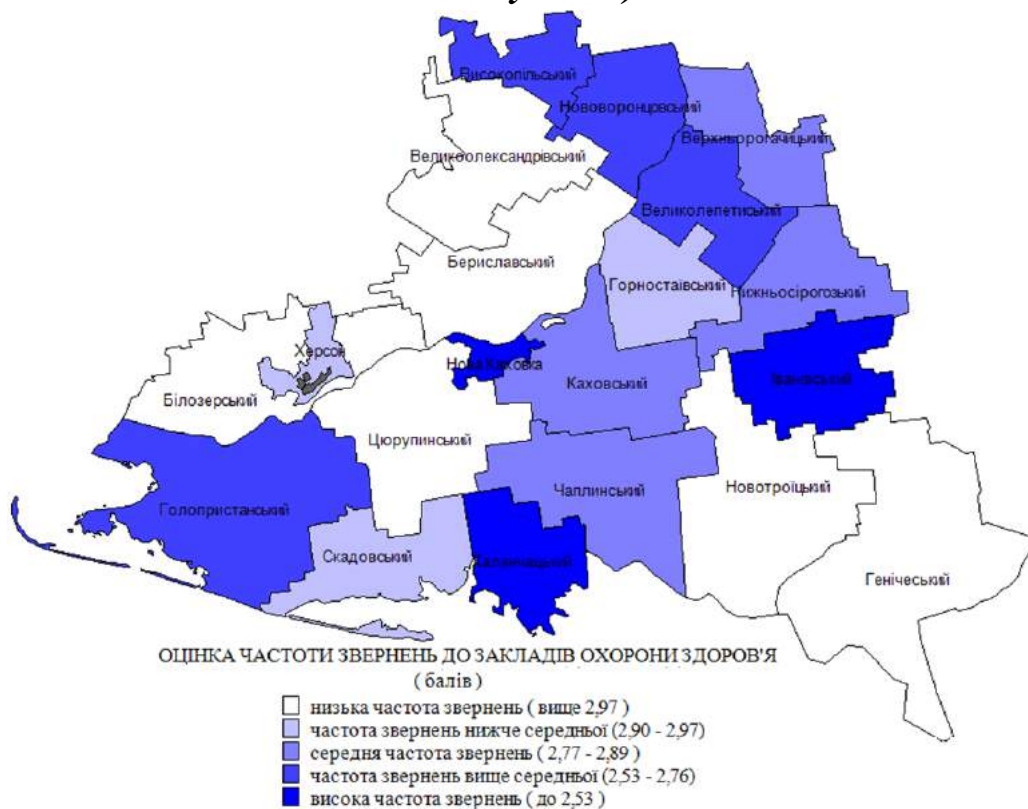


Рис. 3.22. Оцінка респондентами частоти звернень до закладів охорони здоров'я Херсонської області (укладено автором за результатами анкетування)

Цікаві результати надає кореляційний аналіз між оцінками населення частоти захворюваності та офіційною статистикою загальної захворюваності.

Коефіцієнт кореляції склав 0,51, тобто чим нижчою є суб'єктивна оцінка частоти захворюваності, тим вищим є її рівень за офіційними статистичними даними. Це є опосередкованим підтвердженням того, що офіційна статистика загальної захворюваності показує лише ефективність діяльності закладів охорони здоров'я та ступінь довіри до медичних працівників, і досить слабо – стан суспільного здоров'я. В районах, де сфера охорони здоров'я розвинена краще і захворювання вчасно діагностуються, лікуються і попереджаються, реальна картина стійкості населення до захворювань є кращою.

Для перевірки останньої гіпотези респондентам було запропоновано оцінити частоту звернень до закладів охорони здоров'я, від «4 балів – зовсім не звертався» до «0 балів – дуже часто звертався». Найменшу кількість звернень до лікувальних закладів констатували жителі Бериславського (3,20 балів), Великоолександрівського (3,03 бали) та Новотроїцького (3,02 бали) районів, найчастіше – у Каланчацькому (2,30 балів), Іванівському (2,36 балів) районах та м. Нова Каховка (2,38 балів) (рис.3.22).

При наявності двох оцінок – частоти захворюваності та частоти звернень до лікувальних закладів – досить легко знайти різницю між ними, яка вказує на частоту випадків, коли населення переносить захворювання без звернень до медичних закладів (покладається на самолікування).

Найбільша різниця виявлена у Бериславському (0,98 бали), Великоолександрівському (0,94 бали) та Великопетиському (0,94 бали) районах (рис.3.23), тобто в тих районах, де оцінки особистого стану здоров'я населенням були найнижчими. Знову ж таки, доходимо до висновку, що рівень розвитку медичної системи та ступінь довіри до медпрацівників є наріжними каменями у формуванні суспільного здоров'я. Низька якість надання медичних послуг чи віддаленість від них призводить до того, що населення вважає за необхідне звертатись за допомогою лише у крайніх випадках.

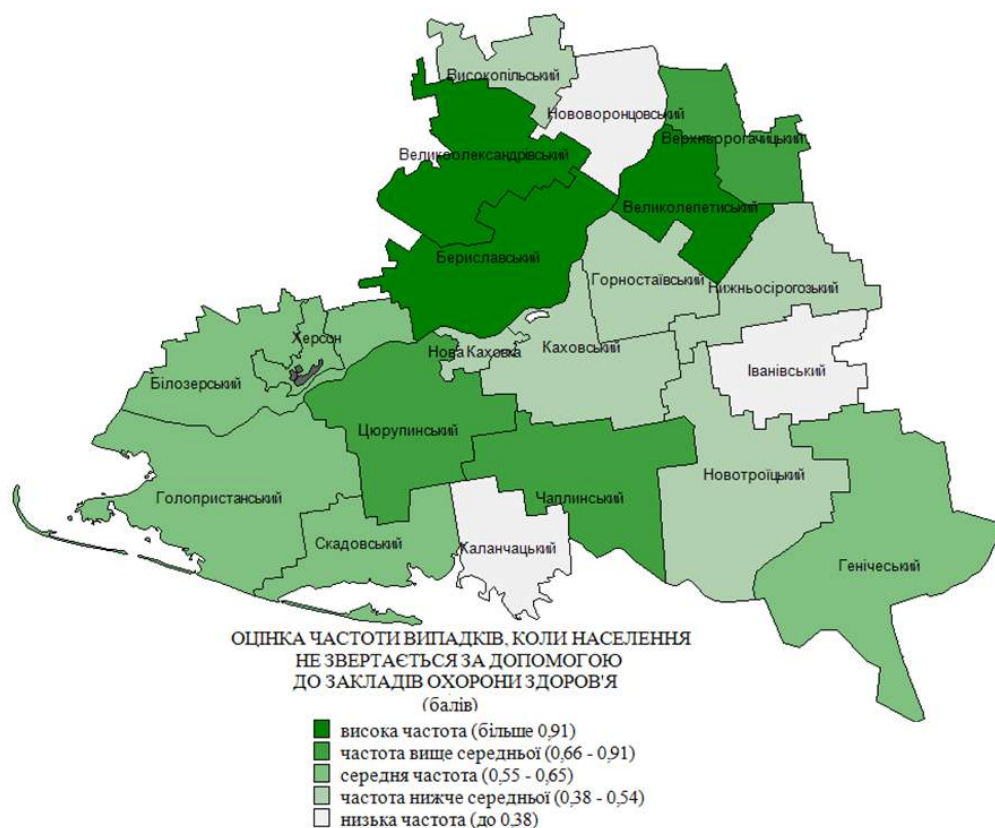


Рис. 3.23. Частота «ігнорування» населенням необхідності звернення до лікувальних закладів при погіршенні здоров'я (укладено автором за результатами анкетування)

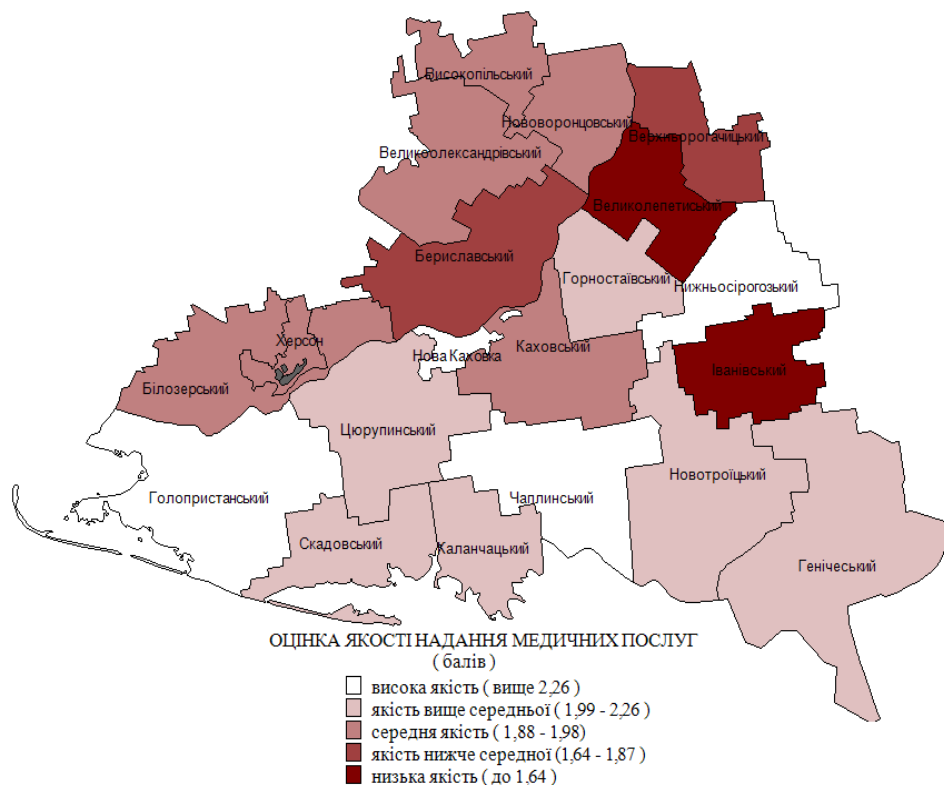


Рис. 3.24. Оцінка респондентами якості надання медичних послуг населенню Херсонської області (укладено автором за результатами анкетування)

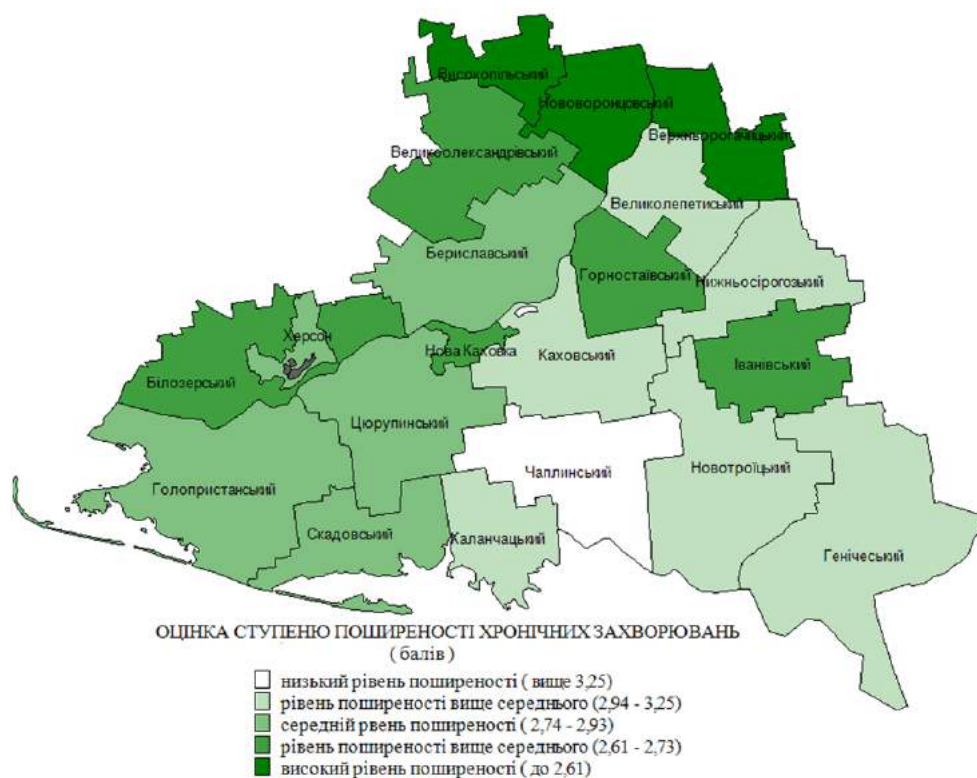


Рис. 3.25. Оцінка респондентами поширеності хронічних захворювань серед населення Херсонської області (укладено автором за результатами анкетування)

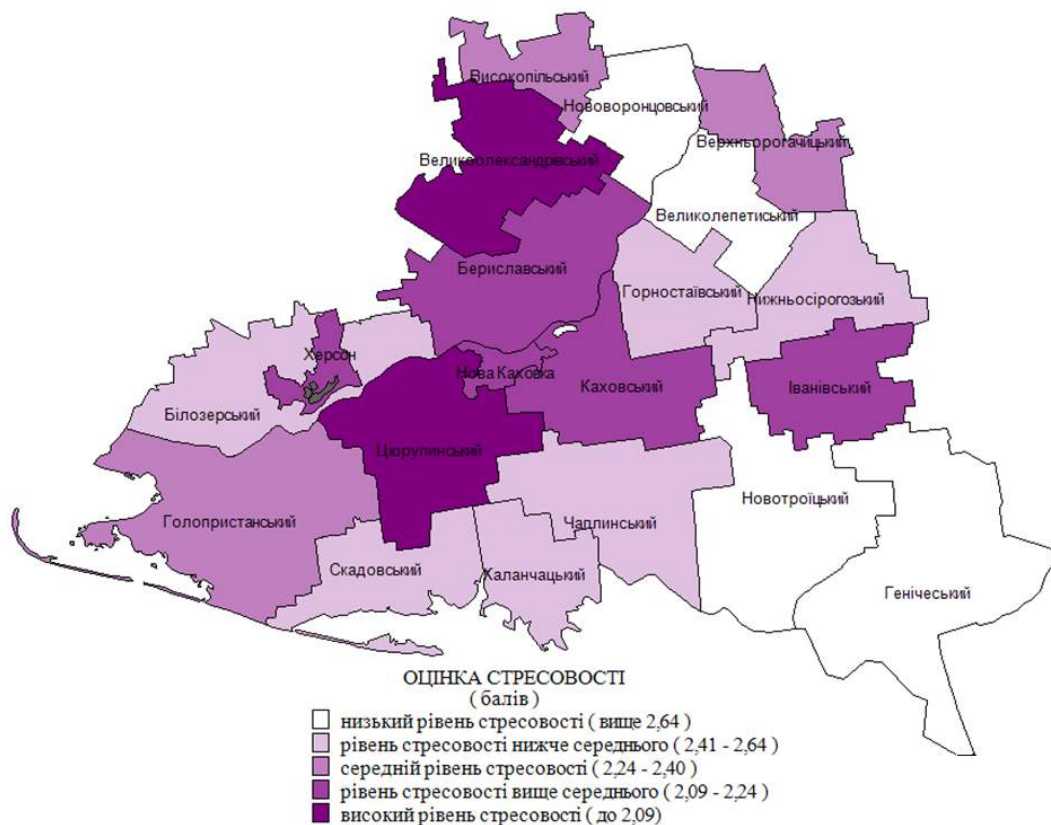


Рис. 3.26. Оцінка рівня стресовості населенням Херсонської області (укладено автором за результатами анкетування)

Наступним етапом стала пропозиція респондентам оцінити якості надання медичних послуг в їх населеному пункті, від «0 – незадовільна» до «4 – відмінна». Знову найнижчі оцінки були одержані в Іванівському (1,47 бали), Великолепетиському (1,54 бали), Бериславському (1,77 бали) та Великолепетиському (1,54 бали) районах (рис.3.24). Це сталося у тих районах, де оцінки особистого стану здоров'я населенням були найнижчими. При кореляційному аналізі між показниками суб'єктивної оцінки стану здоров'я та оцінкою якості надання медичних послуг коефіцієнт склав 0,55, що підтверджує пряму (хоча і не дуже сильну) залежність суспільного здоров'я від рівня розвитку системи охорони здоров'я.

Додатково оцінювалася ступінь поширення хронічних захворювань. Респондентам було запропоновано відповісти на питання «Чи маєте Ви хронічні захворювання?» та обрати один з варіантів відповіді: «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.3.25).

Всі зазначені райони з низькими показниками поширеності хронічних захворювань є приморськими, а, як відомо, морський клімат є сприятливим для лікування хронічних захворювань.

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 (більш холоднішими і континентальнішими за кліматичними характеристиками). Тут можна підтвердити певну залежність з кліматичними характеристиками навіть в межах однієї області. У деяких районах (наприклад, Іванівському) висока частота хронічних захворювань може бути пов'язана з низькою якістю питної води. В м. Нова Каховка та Білозерському районі причиною високих показників хронічних захворювань, серед іншого, є значні об'єми викидів в атмосферу.

Як відомо, причиною багатьох захворювань є висока частота виникнення стресових ситуацій [75]. 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.3.26).

При кореляційному аналізі було виявлено слабкі зв'язки між показниками стресовості та розміром середньомісячної заробітної плати (-0,38), щільністю населення (-0,31) та інтегральною оцінкою соціально-економічного розвитку (-0,27). Хоча коефіцієнти досить низькі і не можна стверджувати наявності залежності, але факт прояву зворотного зв'язку в усіх наведених коефіцієнтах, дозволяє констатувати закономірність, яку можна сформулювати наступним чином: при підвищенні рівня соціально-економічного розвитку збільшується стресове навантаження на суспільство. Знаходить своє підтвердження і теорія залежності суспільного здоров'я від рівня урбанізованості території.

Однією зі складових суб'єктивної оцінки стала оцінка ступеня задоволеності населенням рівнем власного життя. Трійка лідерів з максимальними оцінками сформована Чаплинським (2,67 бали), Генічеським (2,60 бали) та Великоолександрівським (2,69 бали) районами. Райони з найнижчими показниками – Іванівський (1,83 бали), Нововоронцовський (2,10 бали) та Бериславський (2,21 бали) (рис.3.27). Дані результати не співпадають з оцінкою соціально-економічного розвитку районів, здійсненою нами раніше на підставі статистичних показників, але є свідченням наявності просторової специфіки у судженнях людей про рівень життя в тих чи інших районах.

Відсталі в соціально-економічному плані райони представлені як серед лідерів з максимальними оцінками рівня задоволеності рівнем життя, так і серед аутсайдерів. Такі результати свідчать щонайменше про передчасність висновків про рівень життя населення лише за показниками офіційної статистики.

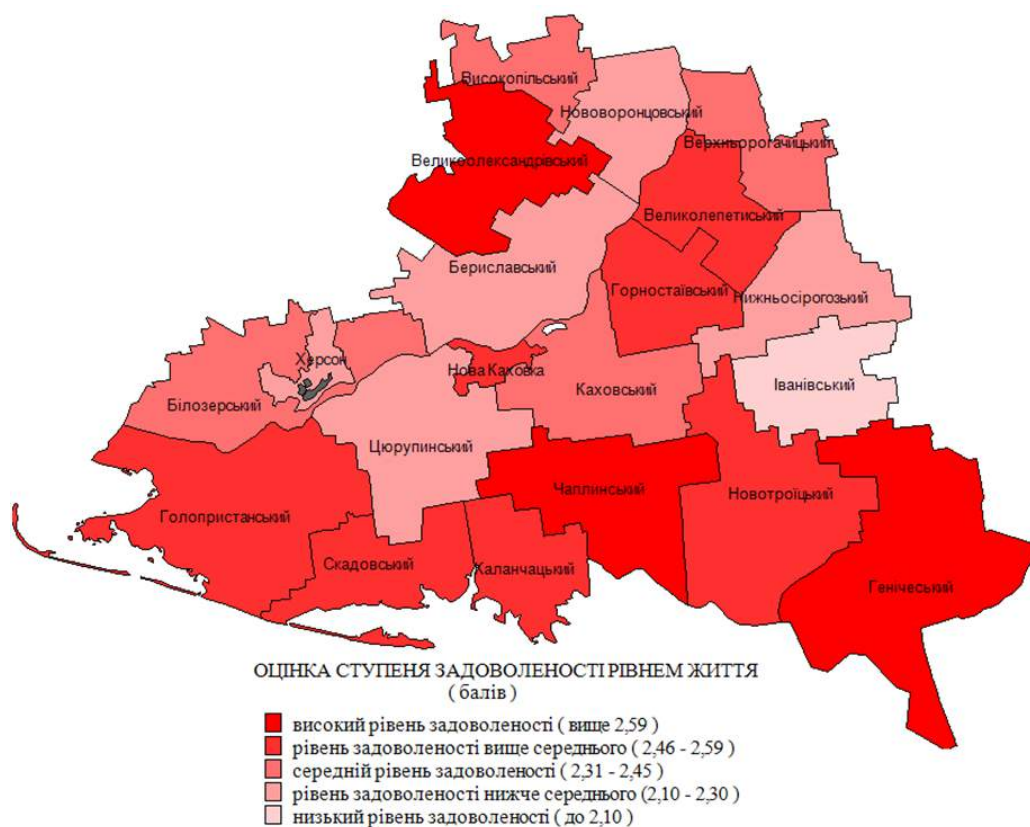


Рис. 3.27. Оцінка ступеня задоволеності рівнем життя населенням Херсонської області (укладено автором за результатами анкетування)

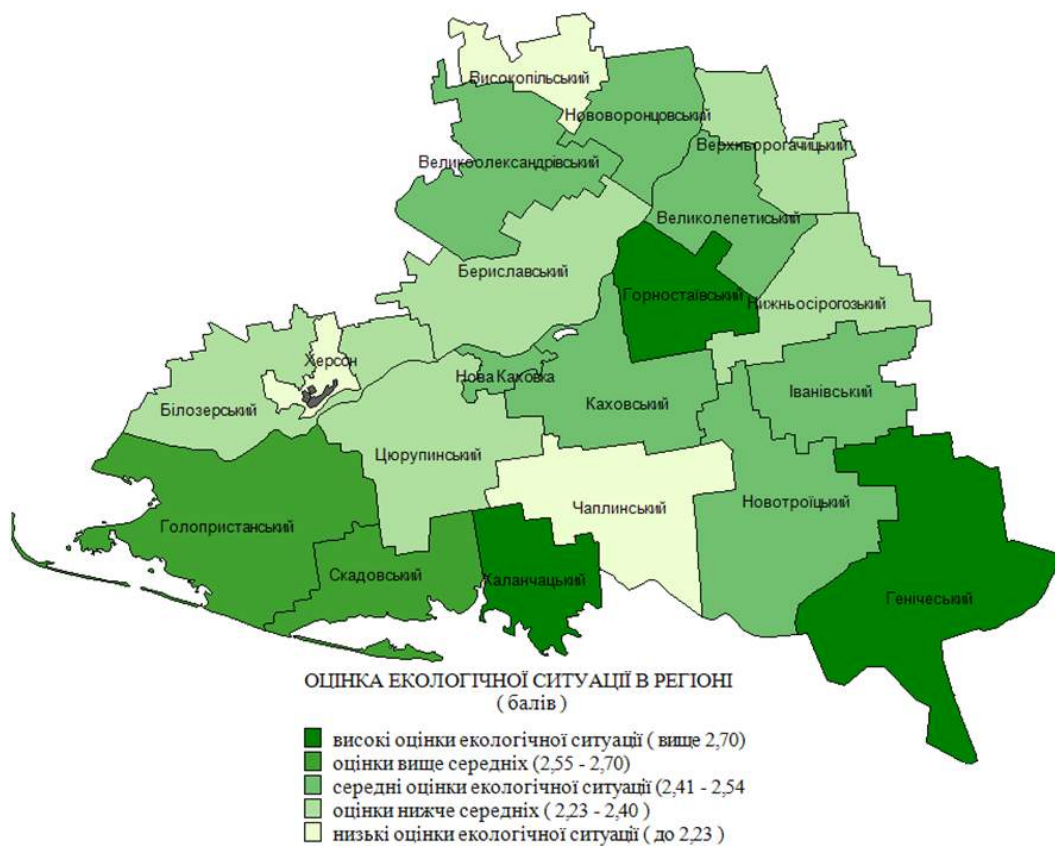


Рис. 3.28. Оцінка місцевої екологічної ситуації населенням Херсонської області (укладено автором за результатами анкетування)

Важливою складовою, яку слід було з'ясувати, була ступінь задоволеності населення екологічною ситуацією у регіоні проживання. Це дозволяє визначити, в яких регіонах екологічні проблеми сприймаються як величезний ризик здоров'ю, а в яких населення не стурбовано ними. Найгірша екологічна ситуація, за оцінками респондентів, склалася у м. Херсоні (2,10 бали), Високопільському (2,14 бали) та Чаплинському (2,17 бали) районах. З рис.3.28, на якому представлена територіальна диференціація в оцінках екологічної ситуації, видно, що найгірша екологічна ситуація склалася біля м. Херсона та у сусідніх районах, оскільки у цьому ареалі міста і передмістя зосереджена більша частина промислових потужностей області. Негативність екологічної ситуації, що констатується мешканцями північних районів області, пояснюється наявністю захоронень великої кількості отрутохімікатів на території Високопільського району та відчутним впливом промислово розвинутої Дніпропетровської області, з якою він межує.

Не менш інформативним є оцінка населенням рівня комфортності природних умов для проживання населення. Як видно з рис.3.29, майже вся територія лівобережної Херсонщини має високі оцінки щодо природної комфортності, окрім Іванівського району (2,01 бали), де низькі оцінки, очевидно, пов'язані з низькою якістю питної води. Найнижчі оцінки характерні майже для всього правобережжя.

Дана закономірність пов'язана більшою мірою посиленням континентальності у напрямку на схід, винятком є Великоолександрівській район, де високі оцінки пов'язані з більшою інертністю погодних характеристик (частина району та смт Велика Олександрівка розміщені у долині р. Інгулець).

Наступною значимою характеристикою стала ступінь задоволеності населення побутовими та житловими умовами (рис.3.30). Слід відзначити, що будь-яких залежностей між оцінками у відповідях і різними статистичними показниками (якщо показники газифікації населених пунктів, наявності централізованого опалення, водопостачання, каналізації тощо) не виявлено.

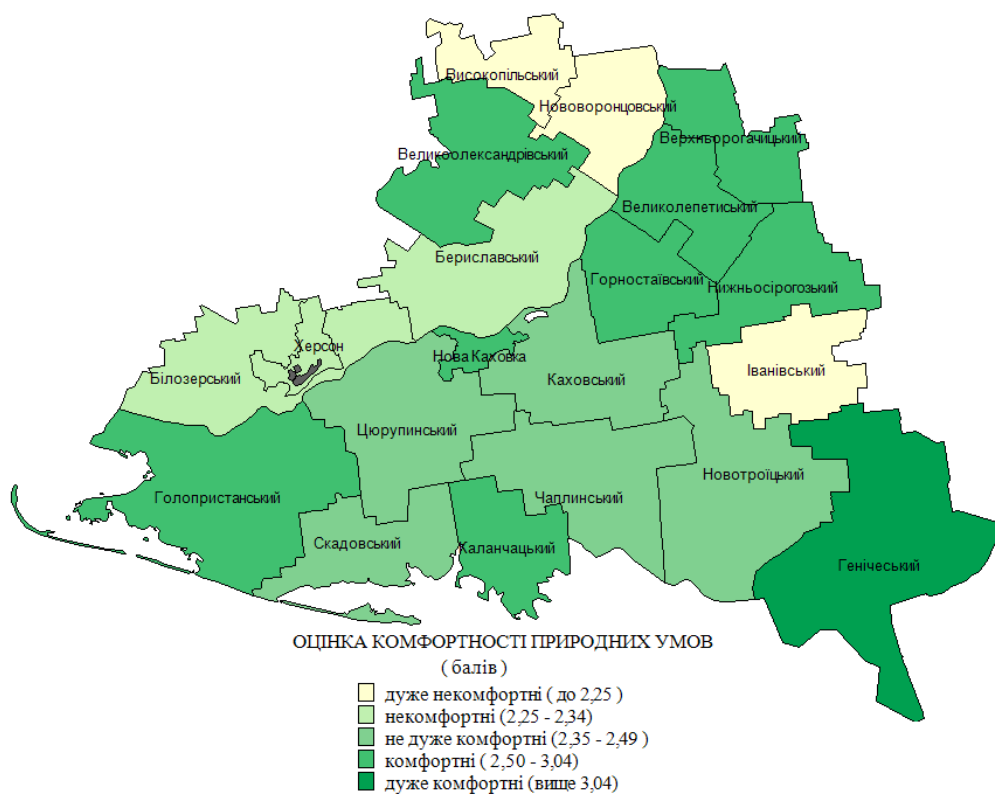


Рис. 3.29. Оцінка комфортності природних умов населенням Херсонської області (укладено автором за результатами анкетування)

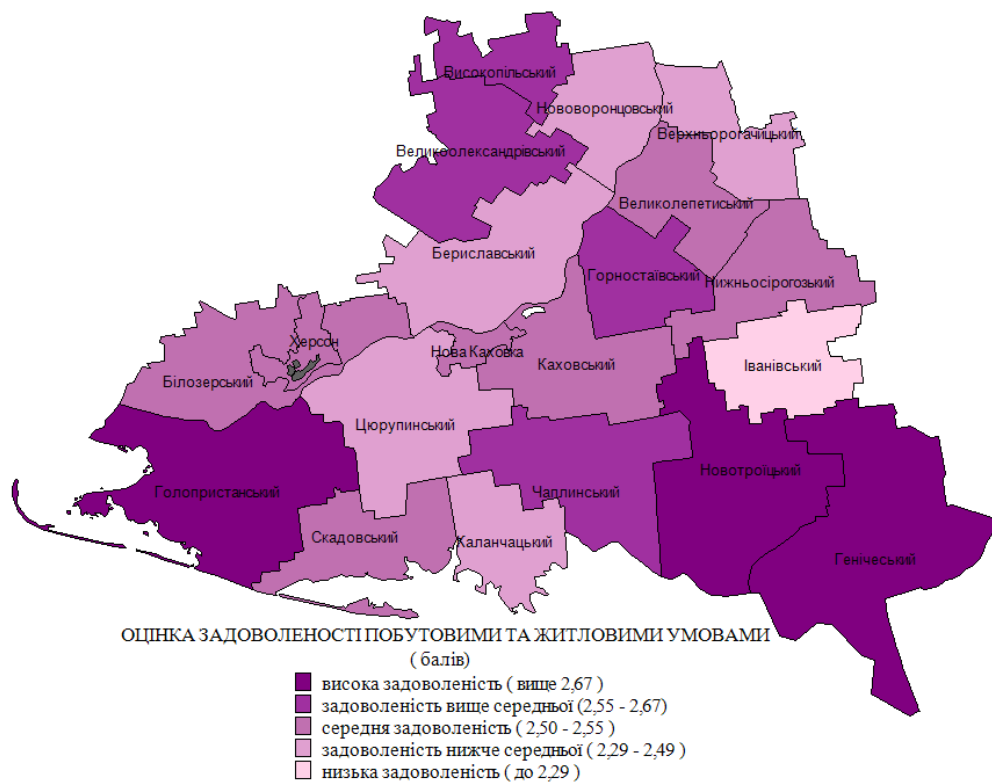


Рис. 3.30. Оцінка задоволеності населення Херсонської області житловими та побутовими умовами (укладено автором за результатами анкетування)

Задоволеність житловими та побутовими умовами є якісною характеристикою і може досить сильно різнитись навіть у населення з однаковим рівнем доходів, особливо така диференціація проявляється між сільськими та міськими жителями. Найвищі показники задоволеності населення умовами побуту і житла показали Генічеський (2,81 бали), Голопристанський (2,68 бали) та Новотроїцький (2,67 бали) райони, найнижчі – Іванівський (1,97 бали) та Нововоронцовський (2,29 бали) райони.

Складною останнім часом стає оцінка збалансованості та повноцінності харчування. Традиційно (статистично) у звітах розраховується скільки продуктів (м'ясо, молоко, яйця, хліб тощо) споживає в середньому одна особа або домогосподарство за місяць, звідси робляться висновки про збалансованість харчування. На сьогодні оцінка ускладнюється, особливо у містах, де поширені заклади швидкого харчування, які спотворюють традиційну сімейну картину споживання. Тому респондентів питали і на предмет повноцінності їх харчування. Як видно з рис. 3.31, найвищі оцінки характерні для південної частини області, а найнижчі – для північної.

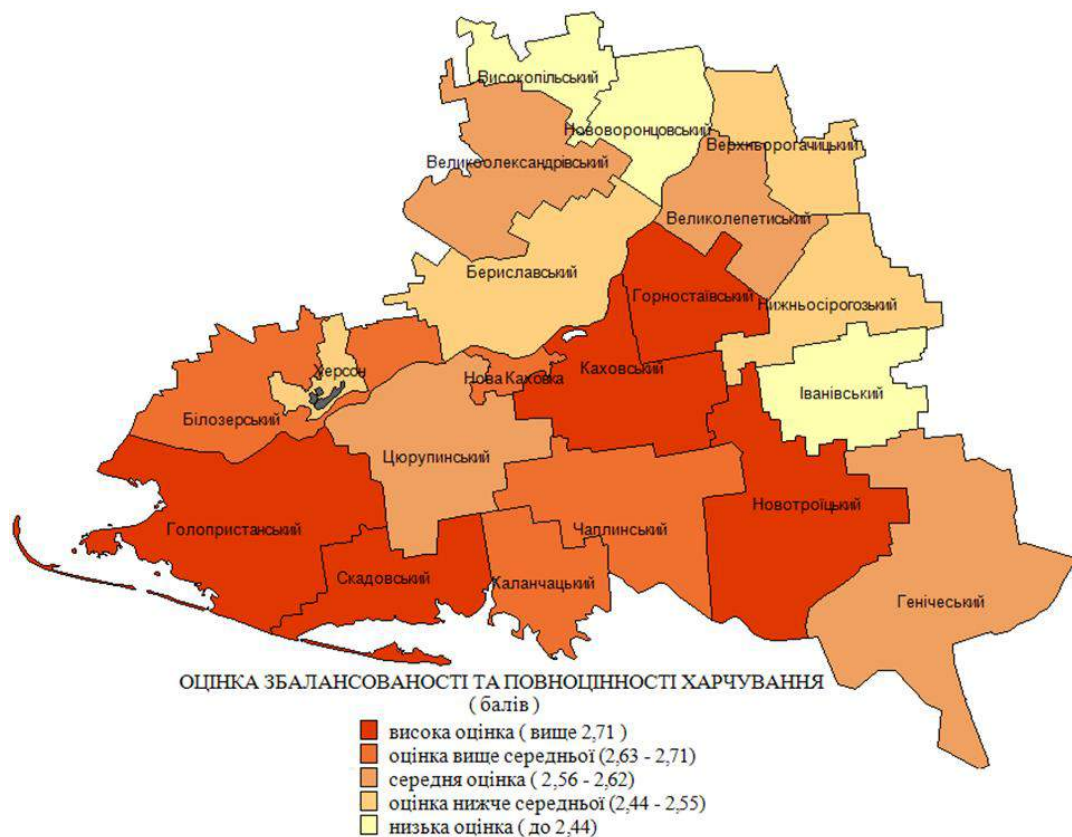


Рис. 3.31. Оцінка збалансованості та повноцінності харчування населенням Херсонської області (укладено автором за результатами анкетування)

Така ситуація пояснюється наступними моментами:

1) у південних районах розміщена розвинута система зрошуваних каналів, яка дозволяє розвивати різні галузі агровиробництва, зокрема овочівництво і плодово-ягідне господарство. А достатня кількість «вітамінної їжі» у раціоні є показником раціонального харчування;

2) в обласному центрі низькі показники оцінки збалансованості харчування спричиненні поширенням міського способу життя і супроводжуваними проблемами нестачі часу, забрудненості, перевантаженості;

3) північні райони є депресивними у соціально-економічному плані, тому і купівельна спроможність населення (у т.ч. харчових продуктів) нижча.

Найвищі бали за збалансованістю та повноцінністю харчування отримали Голопристанський (2,85 бали) і Скадовський (2,75 бали) райони, які займають друге та третє місця в області за площею зайнятих під овоче-баштанними культурами земель. Найнижчі бали – в Іванівському (2,22 бали) та Нововоронцовському (2,32 бали) районах.

Як було зазначено, рівень середньої заробітної плати є малоінформативним при характеристиці реальних доходів і витрат населення. Для оцінки більш реального рівня доходів, респондентом було запропоновано відповісти на питання: «Яке з наступних суджень найбільш точно підходить для Вас (Вашої сім'ї)?», з варіантами відповіді: 1-не вистачає грошей навіть на їжу; 2-на їжу вистачає, але купівля одягу викликає утруднення; 3-доходів вистачає лише на їжу та одяг, покупка речей тривалого використання (телевізор, холодильник, меблі тощо) викликає ускладнення; 4- для нас придбання речей тривалого користування не проблема, а от дійсно дорогі речі – машина, дача, складні для придбання; 5- ми можемо собі дозволити придбати все, що забажаємо.

Опитування показало наступне. В цілому по області (рис.3.32) 3% населення перебуває на межі бідності, 25% населення можуть собі дозволити лише більш-менш забезпечувати себе їжею. Такий розподіл оцінок свідчить про тотально низький рівень життя населення області.

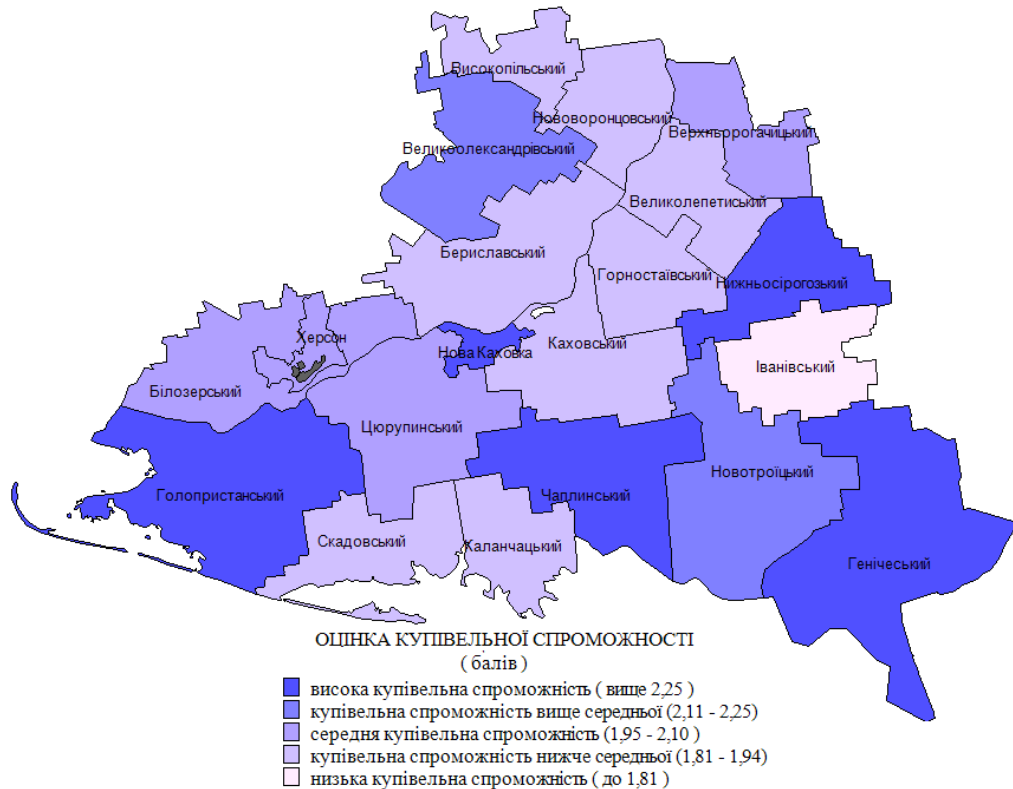


Рис. 3.32. Суб'єктивна оцінка купівельної спроможності населення Херсонської області (укладено автором за результатами анкетування)

В територіальному аспекті найкраща ситуація склалась у м. Нова Каховка (2,44 бали), Нижньосірогозькому (2,44 бали) та Чаплинському (2,35 бали) районах. Високі оцінки зафіксовано у Генічеському районі (2,33 бали), який має високі прибутки від туристичної галузі; Голопристанському районі (2,25 бали), що має доходи від розвиненого овоче-баштанного господарства. Найнижчі бали має Іванівський район (1,55 бали). Порівнюючи отримані показники з офіційними показниками середньої заробітної плати, вдалось отримати коефіцієнт кореляції лише 0,27, що свідчить про слабкий зв'язок між офіційними даними про доходи і отримані дані з опитування.

На підставі інтеграції (агрегування) відповідей на 12 сформульованих питань щодо суспільного здоров'я та якості життя населення і обчислення середнього балу було встановлено наступне. Найвища оцінка зафіксована у Генічеському (2,67 бали), Новотроїцькому (2,58 бали) та Чаплинському (2,55 бали) районах, які формують південно-східну частину області. Найнижча – у Іванівського (2,09 бали), Високопільського (2,26 бали) та Нововоронцовського

(2,30 бали) районів (рис.3.33). Показники Іванівського району цілком закономірні, оскільки район входить в десятку аутсайдерів за інтегральним рангом розвитку серед районів Приморського регіону України [127, с.180]. М. Херсон, за оцінками, посідає лише 15 місце, що досить добре демонструє проблеми сучасного міста, не забуті його мешканцями.

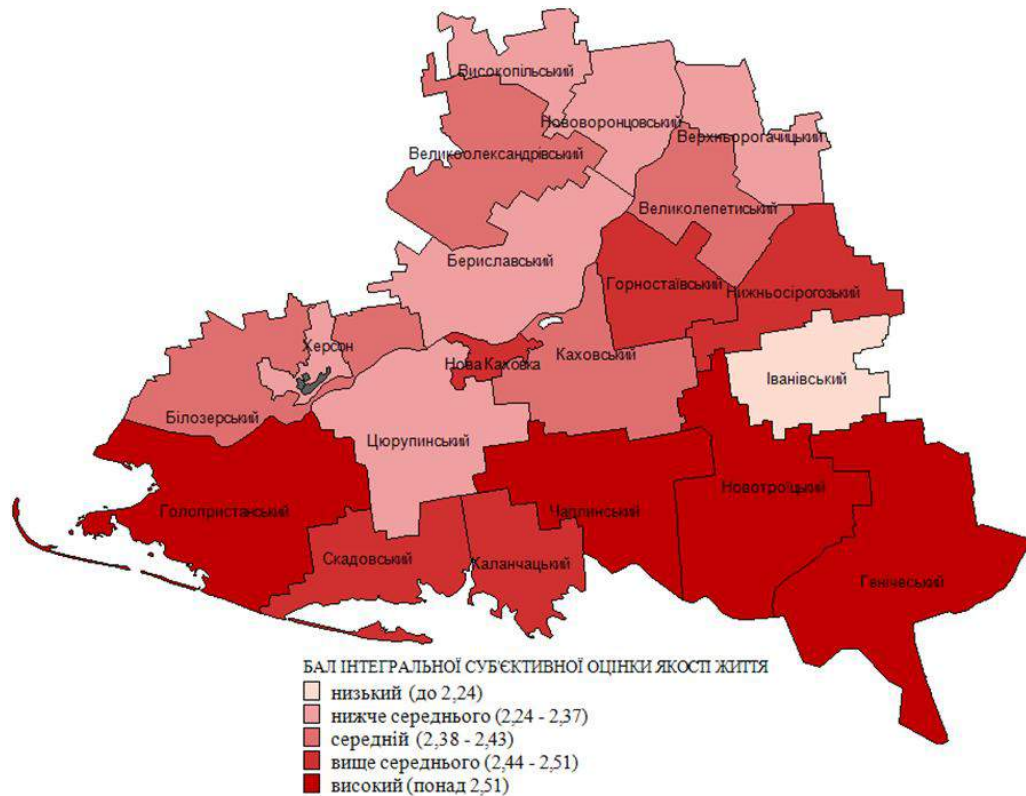


Рис. 3.33. Оцінка населенням якості життя населення Херсонської області з опорою на показники суспільного здоров'я (укладено автором за результатами анкетування)

Загалом, за результатами анкетного опитування вдалося встановити, що існує досить значна диференціація показників суспільного здоров'я та якості життя населення за районами Херсонської області. Більшість виявлених тенденцій досить добре пояснюються суспільно-географічними особливостями розвитку тих чи інших районів області. Водночас стає більш зрозумілим факт, що офіційна статистика не надає повної і однозначної картини про стан здоров'я, наявність тих чи інших залежностей. Тому для інтегральної оцінки стану здоров'я населення доцільний комплексний підхід, який базується на поєднанні соціологічних і офіційних статистичних даних.

3.3. Типізація адміністративних районів області за рівнем суспільного здоров'я та особливостями медико-демографічної ситуації

Картина нозологій та поширеності хвороб на окремих територіях описується як агрегованими інтегральними індексами «рівня» здоров'я, так і спеціальними комплексними індикаторами, що репрезентативно описують сучасну медико-демографічну ситуацію. Серед останніх нами було обрано індикатори ризику смертності за основними причинами хвороб, які також являються і основними її причинами. Техніку їх розрахунку наведено у параграфі 1.3 – формула (1.2).

Результати обчислень даних індикаторів за групам хвороб наведено у таблиці 3.1. і на картосхемах, представлених у Додатку Н. Встановлено, що найвищі показники ризиків смертності від новоутворень мають: Чаплинський, Новотроїцький, Іванівський райони та м. Херсон та Нова Каховка. У районах ризику зумовлені низькою якістю питної води, а у містах ризику є закономірним результатом несприятливої екологічної ситуації.

Серед районів, що підданні ризикам смертності від інфекційних та паразитарних хвороб, варто відмітити Каховський, Голопристанський, Цюрупинський райони та м. Херсон та Нова Каховка. Ризики тут зумовлені поширеним використанням води з р. Дніпро, високим рівнем загрози природно-вогнищевих хвороб та високим епідеміологічним рівнем поширення туберкульозу у даній місцевості.

Райони з найвищими ризиками смертності від хвороб системи кровообігу це: Великолепетиський, Великолександрівський, Генічеський та Нижньосірогозький. Високі ризики у даних районах спричинені низькою якістю надання медичних послуг населенню та незадовільною профілактичною роботою медичних закладів. Загалом, практично у всіх периферійних районах спостерігаються високі ризики смертності від захворювань системи кровообігу.

Іванівський, Нововоронцовський та Голопристанський райони мають високі показники ризиків смертності від хвороб органів дихання. Причинами високих ризиків тут є також здебільшого низька якість надання медичних послуг населенню.

Таблиця 3.1.

Комплексні індикатори оцінки смертності з урахуванням поточного рівня захворюваності населення Херсонської області за 2014 р.*

№ п/п	Адміністративні одиниці	Комплексний індикатор ризику смертності від новоутворень, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від інфекційних та паразитарних хвороб, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від хвороб системи кровообігу, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від хвороб органів дихання, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від хвороб органів травлення, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від зовнішніх причин, на 100 тис.
	Херсонська область	46,64	19,01	64,95	17,14	7,61	103,65
1	Бериславський	23,92	18,40	56,08	21,13	8,08	105,40
2	Білозерський	32,70	6,86	48,98	26,16	10,86	134,94
3	Великопетиський	44,95	17,63	91,82	14,06	7,71	126,16
4	Великоолександрівський	33,29	22,04	83,35	7,02	8,57	99,20
5	Верхньорогачицький	14,01	4,76	60,58	20,81	3,31	60,98
6	Високопільський	35,78	14,86	52,19	5,06	14,14	73,03
7	Генічеський	50,04	8,48	83,53	8,17	10,51	113,29
8	Голопристанський	38,15	40,15	61,85	26,21	8,75	105,20
9	Горностаївський	21,73	8,09	34,65	6,75	9,53	146,17
10	Іванівський	52,20	13,21	72,06	48,62	10,47	89,09
11	Каланчацький	25,70	7,46	63,86	11,14	7,61	178,18
12	Каховський	36,91	43,72	48,42	11,77	5,79	103,22
13	Нижньосірогоський	32,59	12,46	82,58	19,83	18,13	98,59
14	Нововоронцовський	48,72	18,84	74,69	34,17	11,71	96,45
15	Новотроїцький	52,45	10,65	61,04	8,91	8,73	115,13
16	Скадовський	43,98	5,81	60,84	12,34	3,33	78,46
17	Цюрупинський	36,02	19,13	69,93	8,86	8,53	93,84
18	Чаплинський	75,58	4,15	69,95	2,08	7,07	112,82
21	Нова Каховка(міськрада)	52,36	21,59	63,26	22,40	5,81	106,33
22	Херсон (міськрада)	50,40	22,24	64,12	19,76	5,88	95,03

*розраховано автором

У Нижньосірогоському, Високопільському та Нововоронцовському районах мають місце найвищі показники ризиків смертності від хвороб органів травлення. Головна причина – недостатній рівень розвитку системи охорони здоров'я на периферії області.

Ризики смертності від зовнішніх причин у 2014 р. були найвищими у Каланчацькому та Білозерському районах, що пов'язано із високими ризиками травмування у ДТП, так як через Білозерський район пролягають всі під'їзні

шляхи до обласного центру, а Каланчацький район є транзитним транспортним мостом до АР Крим.

Інтегральна оцінка стану здоров'я населення в адміністративних районах та міськрадах Херсонської області передбачала розрахунок рангового індексу здоров'я, а також кластеризацію районів за особливостями МДС. На цій основі здійснено їх типізацію. Результати висвітлені у табл. 3.2 і на рис. 3.34–3.36.

Таблиця 3.2.

**Двомірна систематика адміністративних районів Херсонської області
за стимуляторами та дестимуляторами стану здоров'я**

		Дестимулятори			
		Групи	1	2	3
Стимулятори	1	Горностаївський Каховський Чаплинський	Бериславський Білозерський Високопільський Каланчацький		
	2	Цюрупинський	Новотроїцький м. Херсон	Великоолександрівський Голопристанський	
	3	Скадовський	Верхньорогачицький Генічеський	Великопетиський Іванівський Нижньосірогоський Нововоронцовський м. Нова Каховка	

За ранговим індексом здоров'я населення (розрахованим як сума рангів обраних за методикою 25 показників) *найкраща ситуація* склалася у Горностаївському, Каховському та Чаплинському районах, *найгірша* – у Великопетиському, Іванівському, Нижньосірогоському, Нововоронцовському районах та м. Нова Каховка. Додатково, за *факторами-стимуляторами найкраща медико-демографічна ситуація* має місце у Каховському, Горностаївському, Чаплинському, та Каланчацькому районах, *найгірша* – у Верхньорогачицькому, Нижньосірогоському, Іванівському та Нововоронцовському районах. За *показниками-дестимуляторами найкраща медико-демографічна ситуація* сформувалась у Каховському та Скадовському районах, а *найгірша* – у Великоолександрівському, Великопетиському, Іванівському та Нововоронцовському районах.

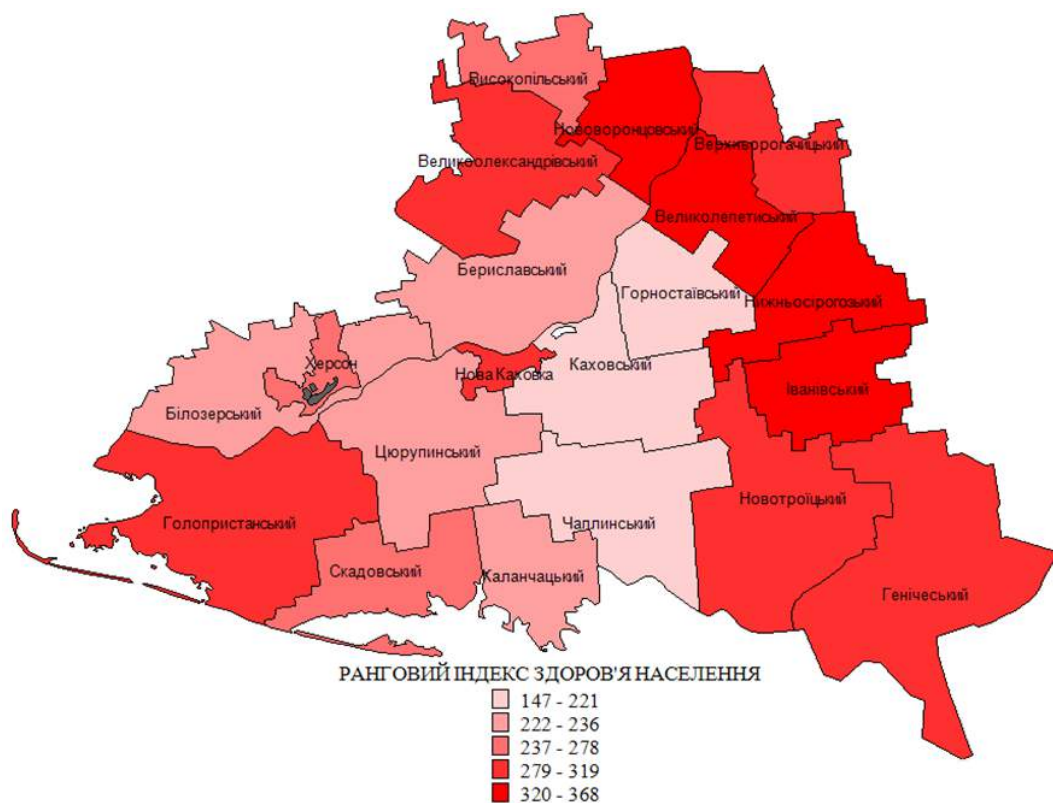


Рис. 3.34. Групування адміністративних районів Херсонської області за ранговим індексом здоров'я населення, 2014 р. (укладено автором)

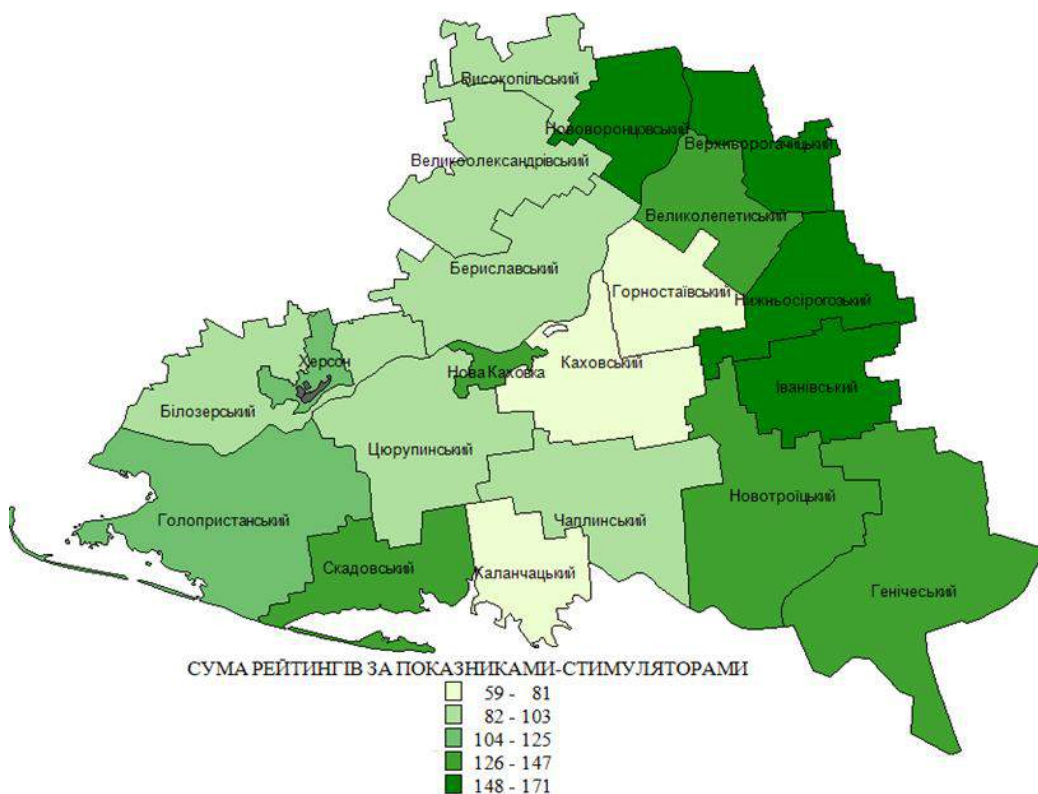


Рис. 3.35. Групування адміністративних районів Херсонської області за сумою рейтингів (рангів) показників-стимуляторів МДС, 2014 р. (укладено автором)

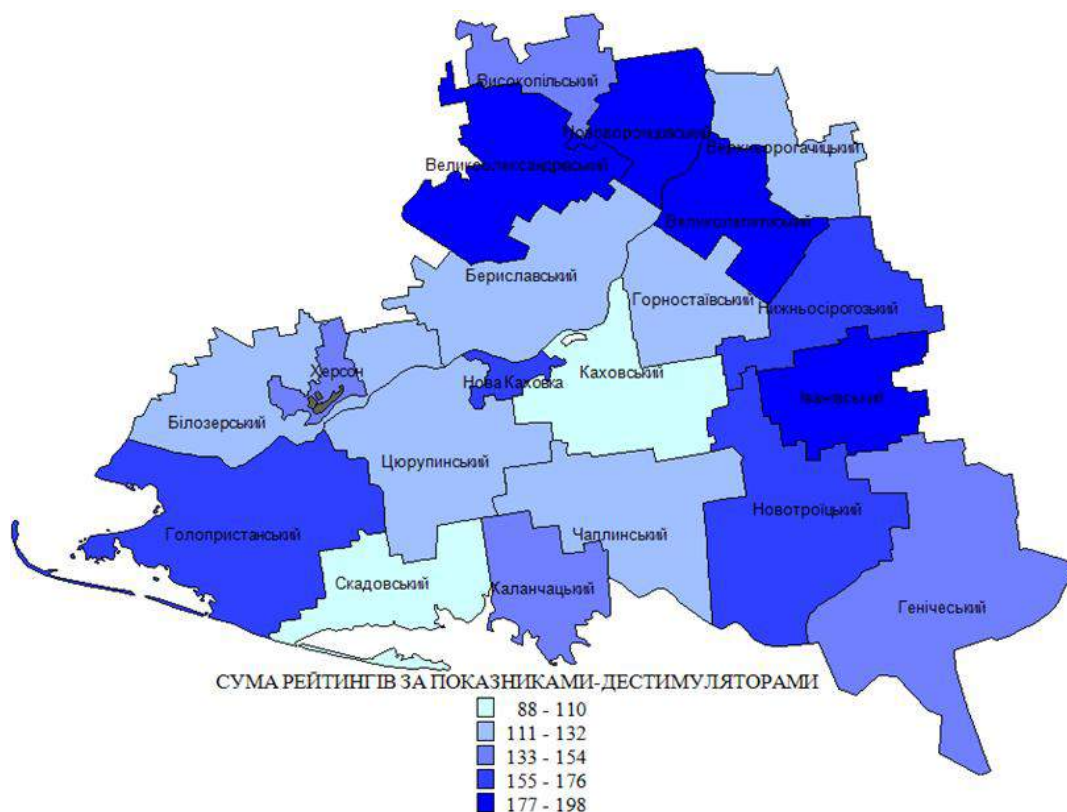


Рис. 3.36. Групування адміністративних районів Херсонської області за сумою рейтингів (рангів) показників-дестимуляторів МДС, 2014 р.

(укладено автором)

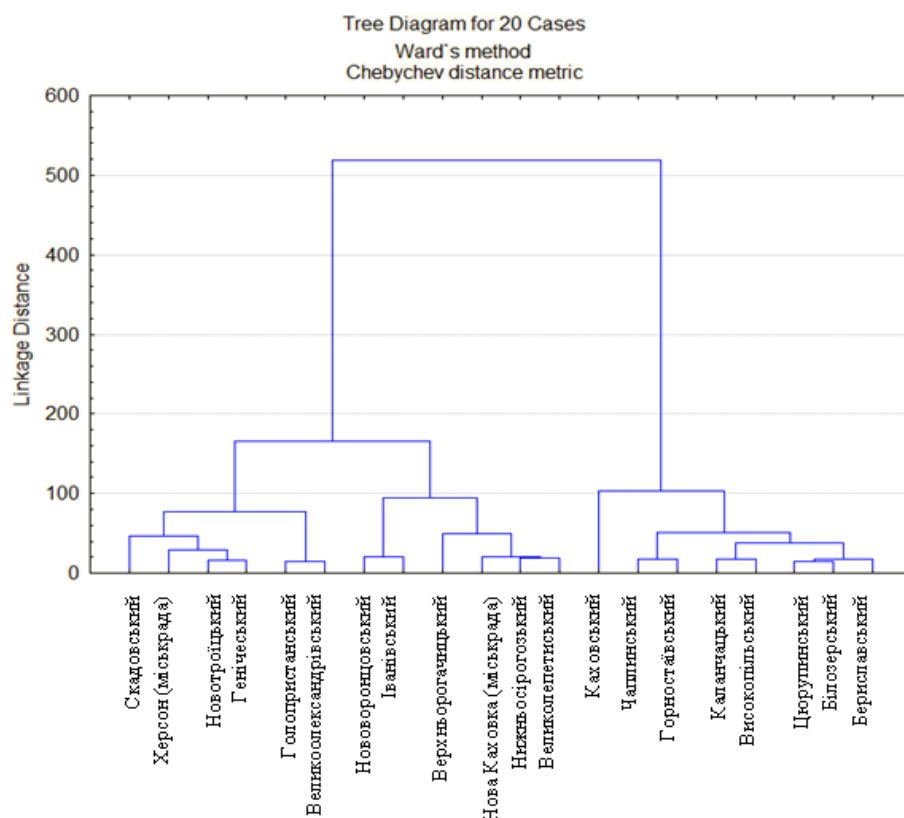


Рис.3.37. Кластеризація адміністративних районів Херсонської області за показниками МДС

За допомогою методу багатомірної кластеризації (рис. 3.37–3.38. та Додаток П) було здійснено типізацію адміністративно-територіальних одиниць Херсонської області за особливостями МДС у 2014 р. Інтерпретацію виділених типів подано нижче.

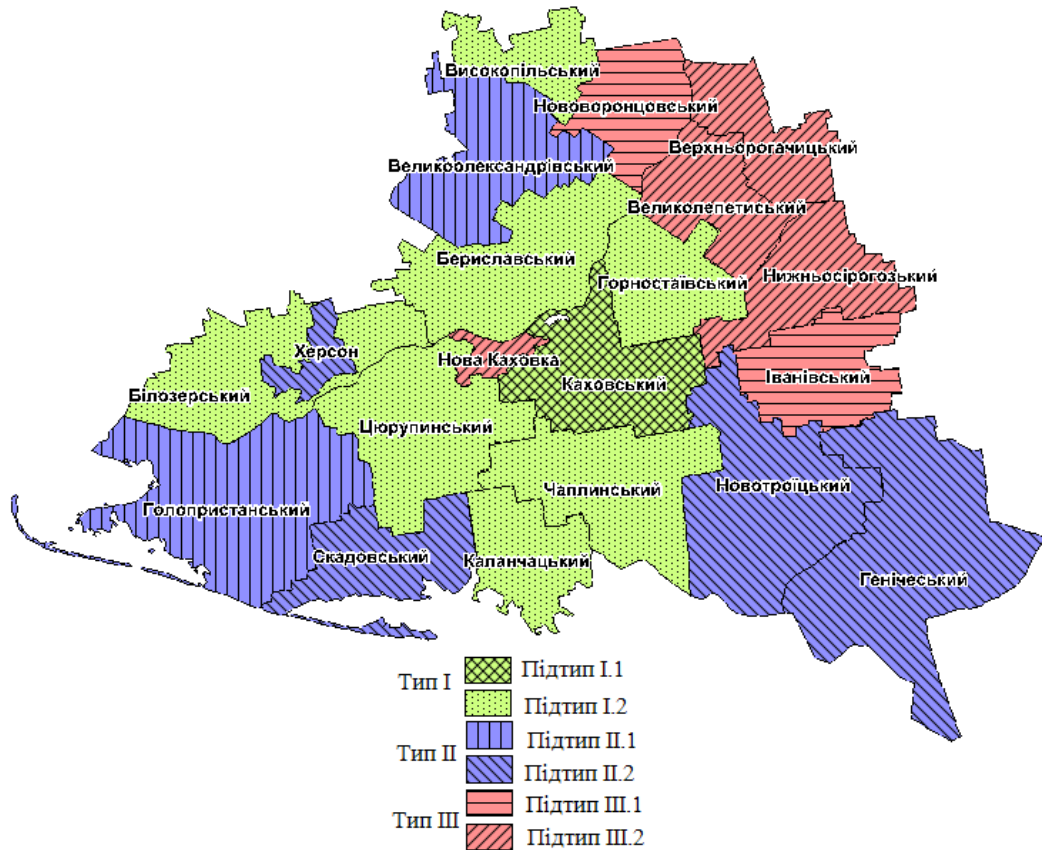


Рис. 3.38. Типізація адміністративних одиниць Херсонської області за особливостями медико-демографічної ситуації (укладено автором)

Тип I. «Центральна вісімка». До складу даного типу входять Каховський, Бериславський, Білозерський, Горностаївський, Високопільський, Каланчацький, Цюрупинський та Чаплинський райони. Даний тип характеризується найкращими показниками МДС. Характерними є високі показники народжуваності, як в сільській місцевості, так і у міських поселеннях, нижчим за середньообластне значення є природне скорочення населення. У віковій структурі високою є частка дітей та нижчою за середньообласний рівень частка населення віком старше 65 років. Даному типу притаманні нижчі за середні показники поширеності захворювань та низькі ризики смертності від новоутворень, але високі ризики смертності від хвороб

органів травлення. У цьому типі виділено два підтипи, але оскільки до першого підтипу входить лише один Каховський район, то основними його відмінними рисами є: мінімальні показники природного скорочення у сільській місцевості, високі ризики смертності від інфекційних та паразитарних хвороб, нижча частота захворюваності та поширеності хронічних хвороб за оцінками населення.

Тип II. «Полюсно-крайовий». До нього відносяться Голопристанський, Великоолександрівський, Генічеський, Скадовський, Новотроїцький райони та м. Херсон. Для даного типу характерні наступні ознаки формування МДС: близькі до середнього по області показники загальної народжуваності, але від'ємний загальний природний приріст; більші або близькі до середньообласних показники загальної смертності населення. Для типу характерна внутрішня диференціація, яка дозволила виділити підтипи.

Підтип II.1. До його складу входять Голопристанський та Великоолександрівський райони. Для підтипу характерні вищі за середньообласні показники народжуваності, як в сільській місцевості так і в міських поселеннях, але і дуже високі показники смертності. У віковій структурі високою є частка дітей, але нижчими за середньообласні показники кількість населення у віці 15-65 років та 65 і старше. Переважає інтенсивний міграційний відтік. Стан здоров'я самим населенням був оцінений вище за середньообласні показники. Спостерігаються нижчі за середні показники поширеності захворюваності та низькі ризики смертності від новоутворень, але досить високі ризики смертності від інфекційних та паразитарних хвороб та хвороб органів травлення. Населення даних районів хворіє частіше та має вищі показники поширеності хронічних захворювань.

Підтип II.2. До його складу входять Генічеський, Скадовський, Новотроїцький райони та м. Херсон. Підтип характеризується близьким до середньообласного рівнем народжуваності, але і високим або середнім рівнем смертності, що в сукупності призводить до вищого за середньообласний показник природного зменшення населення, особливо інтенсивна депопуляція – у сільській місцевості. У віковій структурі спостерігаються середні або вищі за

середні показники кількості населення у віці 15-65 років. За оцінками хронічності та частоти захворювань у даному підтипі склалася краща ситуація, ніж у середньому по області.

Тип III. «Новокаховсько-Північно-Східний». До його складу входять Нововоронцовський, Іванівський, Великолепетиський, Верхньорогачицький, Нижньосірогозький райони та м. Нова Каховка. За результатами оцінки МДС дані регіони демонструють найгірші показники. Тип характеризується: низькими показниками народжуваності та дуже високими показниками смертності (особливо у міській місцевості за виключенням м. Нова Каховка), що, в свою чергу, призводить до інтенсивного природного зменшення населення. Характерним є значний міграційний відтік населення. Специфічною рисою даного типу є й високі показники дитячої смертності та низькі ризики смертності від інфекційних та паразитарних хвороб. Для типу також характерна внутрішня неоднорідність, чим зумовлено виділення двох підтипів:

Підтип III.1. До його складу входять найбільш депресивні у соціально-економічному плані Іванівський та Нововоронцовський райони. Особливістю підтипу є низькі оцінки населенням стану власного здоров'я, високі ризики смертності від новоутворень, хвороб органів системи кровообігу та травлення, а також дуже високі ризики смертності від хвороб органів дихання. В суб'єктивній оцінці виділяється оцінка самим населенням високої поширеності хронічних захворювань.

Підтип III.2. До його складу входять Великолепетиський, Верхньорогачицький, Нижньосірогозький райони та м. Нова Каховка. Серед особливих ознак даного підтипу є низькі показники поширеності захворюваності та низькі ризики смертності від новоутворень.

Для уточнення типізації і рангового індексу рівня здоров'я, нами було розраховано також індекс демографічної напруженості (ІДН) – про техніку обчислення цього індексу йшлося у параграфі 1.3. ІДН відображає динамічні зміни МДС, а отже – слугує індикатором «усталеності» тієї чи іншої ситуації. Розрахунок ІДН проводився за останні 5 років за районами та міськрадами Херсонської області (Додаток Р і рис.3.39):

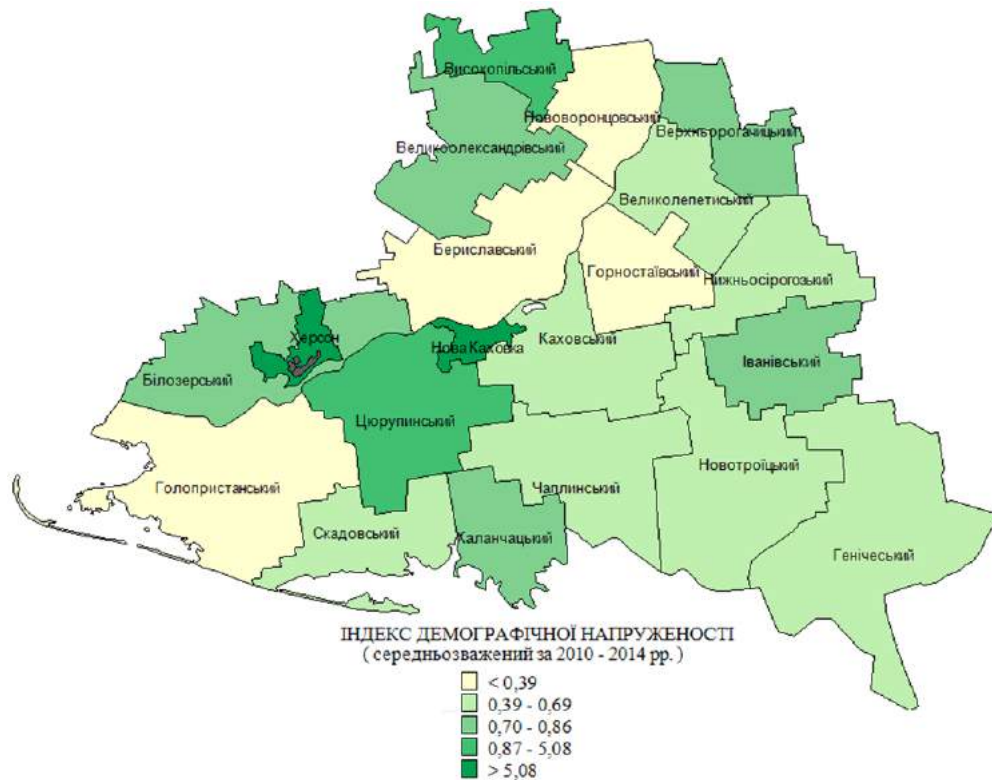


Рис. 3.39. Індекс демографічної напруженості за адміністративними районами Херсонської області, 2010 – 2014 рр. (укладено автором)

Аналіз показав, що найвищий ІДН декілька років поспіль характерний для м. Херсон, м. Нова Каховка, Цюрупинського, Верхньорогачицького та Високопільського районів, найнижчий ІДН – у Голопристанському, Горностаївському, Нововоронцовському та Бериславському районах. Порівнюючи дані результати з результатами якісної оцінки МДС, варто відмітити, що у обох випадках найгірші результати притаманні м. Нова Каховка та Верхньорогачицькому району, а найкраща ситуація склалась у Горностаївському та Бериславському районах, що стало підтвердженням «полюсності» у стані здоров'я та особливостях медико-демографічної ситуації.

Отже, як статистичні показники, так й інтегральні підтверджують відносно сприятливу медико-демографічну ситуацію у центральних районах області, і значно гіршу – на північно-східній периферії. Така залежність підтверджена аналізом рівня соціально-економічного розвитку адміністративних районів, який впливає на стан здоров'я населення. Індекс демографічної напруженості більшою мірою підкреслив фактор впливу різниці у способі та умовах життя міського і сільського населення.

3.4. Пріоритетні напрями забезпечення збереження здоров'я і поліпшення медико-демографічної ситуації у Херсонській області

В Україні в цілому і Херсонській області зокрема склалася дуже непроста демографічна ситуація, пов'язана з низьким рівнем народжуваності, високими темпами зростання смертності, низькою тривалістю життя, високим ризиком смертності чоловіків у працездатному віці, високим рівнем дитячої смертності та значним міграційним відтоком молодого населення, що ще більше ускладнює демовідтворювальні процеси.

Як і в багатьох інших державах світу, державна політика України в галузі охорони здоров'я та її державна демографічна політика мають являти собою загальний напрям, що визначає дії держави щодо збереження та зміцнення здоров'я громадян і людського потенціалу загалом. З іншого боку, державна політика у сфері охорони здоров'я має сприяти формуванню у людей цінностей здоров'я і гармонійного розвитку, здорового способу життя у широкому розумінні, що передбачає відповідну культуру праці, відпочинку, харчування, спілкування тощо.

Запровадження здорового способу життя спирається на ґрунтовне міжнародне законодавче забезпечення, яке напрацьовано протягом останніх 50 років у рамках ООН. Одним з найважливіших документів стала Хартія сприяння здоров'ю (Оттавська Хартія), прийнята після I Міжнародної конференції з питань сприяння розвитку здоров'я, де було визначено, що «сприяння здоров'ю є обов'язком не тільки для сектора охорони здоров'я, воно також охоплює здоровий спосіб життя та добробут кожної людини». Пізніше відбулося ще декілька конференцій з цієї проблематики, і у 2005 р. у Бангкогу була затверджена «Бангкокська Хартія сприяння здоров'ю в глобалізованому світі», якою фактично було завершено обговорення зобов'язань, необхідних для того, щоб впливати на детермінанти здоров'я у глобалізованому світі, який швидко змінюється і впливає на трансформацію умов праці, середовища навчання, структуру сім'ї, культурні характеристики населення. Еволюція показників здоров'я і демографічні переміщення також сприяють цим змінам, які по-різному торкаються жінок і чоловіків, представників різних вікових груп

тощо. Щоб впоратися з викликами глобалізації, політика має бути послідовною на всіх рівнях урядів країн, ООН та інших організацій, включаючи приватний сектор і громадські організації. В свою чергу, міжнародні документи беруться за основу при розробці національних і регіональних стратегічних програм у сфері охорони здоров'я.

Особливу роль у формуванні пріоритету цінностей здоров'я відіграє освіта завдяки своїй спроможності забезпечувати навчання різних груп населення впродовж усього життя, а також фахівців різних сфер (у т.ч. медичної). Доцільно розуміти поняття освіти не тільки як освіту валеологічну, а значно ширше – як освіту загалом. Чим ширшим є знання основних природничих, економічних, філософських, гуманітарних положень, тим більше можливостей створювати у суспільстві системне уявлення про проблему збереження здоров'я взагалі.

Зазначимо, що питання поліпшення медико-демографічної ситуації в Україні, висвітлені у Стратегії сталого розвитку «Україна – 2020», затвердженої 12 січня 2015 р. В рамках даної стратегії формулюються програми здорового способу життя та довголіття, популяризації фізичної культури та спорту, а також підстави реформи системи охорони здоров'я та реформи у сфері забезпечення безпечності та якості харчових продуктів. За багатьох причин, у т.ч. через поглиблення кризових процесів і зовнішнього тиску, а також наявність зон військового конфлікту, даний найважливіший регуляторний документ продовжує залишатися «на папері».

Як відомо, з метою поліпшення демографічної ситуації, у 2006 р. було затверджено Стратегію демографічного розвитку до 2015 р., основними завданнями якої стали:

- підвищення рівня народжуваності та розвиток сім'ї;
- поліпшення здоров'я, зниження рівня смертності та збільшення тривалості життя населення;
- регулювання міграційних процесів;
- подолання негативних наслідків старіння населення;
- демографічний розвиток регіонів [136].

Термін Стратегії закінчився, але певні позитивні зрушення від її реалізації були. Оновленої демографічної стратегії прийнято не було, хоча в останні роки було чимало серйозних наукових розробок і громадських підстав її створити. Тим не менш, на сферу суспільного здоров'я нації були спрямовані вагомі нормативно-правові документи, такі як, наприклад, Загальнодержавна програма «Здоров'я – 2020: український вимір», схвалена у 2011 р. Програма була спрямована на:

- профілактику неінфекційних захворювань та формування усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки населення України, скорочення нерівності, проведення заходів, спрямованих на зниження основного тягаря хвороб, посилення потенціалу системи охорони здоров'я;

- формування міжсекторального підходу для підвищення ефективності заходів з їх профілактики та формування здорового способу життя;

- оптимізацію організації та фінансування системи охорони здоров'я [137].

Визначені у вищезазначених документах загальнодержавні пріоритети стосуються і Херсонської області, оскільки питання збереження та зміцнення здоров'я, зниження показників інвалідності і захворюваності, а також смертності населення, особливо від серцево-судинних, онкологічних захворювань і туберкульозу в контексті якості життя, якості та ефективності надання медичної допомоги є надзвичайно актуальними для регіону. Водночас, питання розвитку сфери охорони здоров'я не можуть йти окремо від програм соціально-економічного розвитку і окреслення чітких стратегій, що визначають місце, роль і перспективи Херсонської області серед інших регіонів України.

Програми регіонального розвитку можуть бути більш конкретними, а іноді і більш оперативними у вирішенні медико-демографічних проблем, тим більше, що їх розробка, а головне – успішна реалізація, є вагомим аргументом у запровадженні реформ децентралізації влади. Херсонська область є досить неоднорідною як за демографічними процесами, так і за рівнем суспільного здоров'я та якості надання медичних послуг населенню, тому регіональні

стратегії розвитку покликані зменшити внутрішньообласні диспропорції, насамперед, за рахунок реформування системи охорони здоров'я. Водночас, відсутність фінансування і належного управління галуззю в Україні в цілому гальмує процес створення нових центрів медичної допомоги, оптимізацію ліжкового фонду, реформування екстреної медичної допомоги тощо. Наявна модель фінансування системи охорони здоров'я не здатна забезпечувати належну віддачу системи (надання медичних послуг прийнятної якості в необхідному обсязі та фінансовий захист населення від витрат у випадку хвороби) навіть до того обсягу коштів, що цією системою споживається, отже система фінансування потребує докорінної модернізації.

У відповідності до державних стандартів було розроблено і чинну Стратегію розвитку Херсонської області на період до 2020 року. У рамках даної стратегії визначено головною стратегічну ціль – *розвиток та збереження населення*, у межах якої виокремлено операційну ціль – «територія здорового життя». Основні її завдання:

1. Створити умови для надання невідкладної (екстреної) медицини протягом нормативного часу (підготовка волонтерських груп з надання першої медичної допомоги; формування мережі центрів екстреної медицини на території області відповідно до соціальних потреб; оснащення реанімобілів для надання невідкладної допомоги; розвиток пересувних діагностичних пунктів);

2. Забезпечити розвиток госпітальних округів, високоспеціалізованої медичної допомоги (формування госпітальних округів на території Херсонської області; створення умов для надання медичної допомоги в рекреаційних зонах; створення умов для розвитку високоспеціалізованої медичної допомоги; впровадження страхової медицини; впровадження інтегрованої моделі медичної допомоги населенню);

3. Розвивати систему допомоги сімейних лікарів (створення умов для молодих спеціалістів в сільській місцевості; забезпечення підготовки власних кадрів за участю територіальних громад);

4. Забезпечити впровадження здорового способу життя, профілактику захворюваності (створення мережі санітарної освіти та підготовка волонтерів

для надання такої інформації; взаємодія шкільництва і медичних закладів для профілактики захворюваності; розвиток спортивних досягнень Херсонщини; утвердження здорового способу життя через розвиток масового спорту) [172].

Індикатором результатів впроваджених реформ має стати підвищення ОТЖ в області з 70,2 років до 72 років. Незважаючи на те, що даний показник є дуже важливим, він не може взятий в якості відправного в оперативному моніторингу змін. Доцільним є щоквартальний регіональний моніторинг впродовж всього періоду функціонування стратегії розвитку області, для виявлення ефективності змін та можливого ефективного реагування. Серед найінформативніших показників регіонального медико-географічного моніторингу слід виділити:

1. Показники забезпеченості лікарями загальної/сімейної практики. Один сімейний лікар в сільській місцевості повинен обслуговувати не більше 1100 – 1200 осіб, а центр первинної медичної допомоги населенню, що є основним медичним закладом в сільській місцевості, створюється при наявності не менше 3-х лікарів сімейної медицини, тобто при кількості населення починаючи з 3300-3600 осіб [135]. В Херсонській області нормативні вимоги явно не додержані, тому дана проблема потребує першочергового вирішення. Вчасне професійне виявлення хвороб є найбільш дієвим заходом у підвищенні тривалості життя населення.

2. Загальна смертність населення на території обслуговування сімейними лікарями. Даний показник в динаміці відображає ефективність роботи лікарів сімейної медицини.

3. Первинний вихід на інвалідність осіб працездатного віку, хворих на туберкульоз та смертність від туберкульозу. Оскільки Херсонська область є лідером серед регіонів України за поширеністю захворюваності на туберкульоз, то і постійний контроль є необхідним.

4. Первинна захворюваність на онкологічну патологію та дорічна летальність серед онкологічних хворих. Чи не найбільш інформативним з точки зору підвищення якості роботи медичних закладів є вчасна фіксація онкопатологій у населення на ранніх етапах. В сучасних умовах в області

підвищуються показники смертності та захворюваності на новоутворення, знижуються показники виявлених випадків захворюваності на ранніх стадіях та ефективності лікування онкопатологій.

5. Захворюваність на гострий інфаркт міокарда та на всі форми інсультів, а також смертність від хвороб серцево-судинної системи та окремо від інсультів. Серцево-судинні патології є найвагомими причинами смертності населення, особливо гостро дане питання відноситься до чоловічого населення працездатного віку.

6. Вагомою проблемою в області є здоров'я матері та дитини, якому не приділено окремої уваги у стратегії розвитку. В сільських регіонах досить часто спостерігається сплеск малюкової смертності, що є свідчення незадовільної роботи перинотальної служби та дитячих педіатрів. Тому однією з основних цілей у сфері демографічної політики області є удосконалення роботи районних перинатальних відділень та постійний моніторинг здоров'я новонароджених. Вирішення даних питань дозволить скоротити темпи депопуляції населення.

7. Посилення уваги щодо поширення в області ВІЛ-інфекції, що поступово набуває вигляду епдемії.

Запровадження принципів сталого (збалансованого) розвитку передбачає, крім іншого, згладжування *територіальних диспропорцій між регіонами та в їх межах* і забезпечення безперервного поліпшення як соціально-економічних, так і демографічних показників. З існуючою істотною відмінністю територій у рівнях соціально-економічного, особливостях соціокультурного розвитку, постає проблема пошуку механізмів забезпечення такої врівноваженості та вибору пріоритетних цілей та напрямів розвитку для кожної конкретної території.

У цьому зв'язку, регіональна медико-географічна оцінка слугує фундаментом у діагностиці не тільки просторових особливостей демографічного розвитку і стану здоров'я населення, але і характеристик рівня та якості життя населення, трансформації господарства регіону. У Херсонській області наявні значні диспропорції у розвитку адміністративних територій. Вони проглядаються як між центрально-південно-західними районами (що

розташовані у безпосередній близькості від обласного центру) та більш відсталим периферійним «півмісяцем», так і між півднем із домінуванням зрошувального землеробства і північчю із зерною спеціалізацією господарства. Якісно-кількісні зміни в плані інтеграції адміністративних районів області в єдиний регіональний соціально-економічний простір можливі лише за умови впровадження галузевих реформ як на загальнодержавному рівні, так і при опрацюванні регіональних програм та стратегій розвитку. Першочергової уваги заслуговують найгостріші проблеми регіонів, пов'язані з ризиками для населення. Чи не найпроблемнішою є саме медико-демографічна ситуація, адже зайвим буде розмірковувати над шляхами покращення економічної ситуації, коли покращувати її вже буде нікому, враховуючі поточні показники депопуляції та погіршення багатьох показників здоров'я.

Проведене медико-географічне дослідження стану здоров'я населення Херсонської області дозволяє проставити першочергові акценти, на які варто звернути увагу при впровадженні заходів зміцнення здоров'я в окремих типах адміністративних районів, окреслених нами у попередніх параграфах. Виявлення найбільш суттєвих проблем відповідно урегульовує і специфіку потреб конкретних територій. У Херсонській області було виділено три основні типи адміністративних районів за інтегральним індексом здоров'я й особливостями медико-демографічної ситуації, водночас впровадження комплексних заходів потрібно здійснювати і незалежно від специфікацій території (проблеми є подібними для багатьох районів), а от відносна гострота проблем в межах регіону дещо відрізняється. Нами запропоновані наступні орієнтовні пріоритетні заходи мінімізації медико-демографічних проблем у регіонах окреслених типів (табл. 3.8).

Розробкою стратегії поліпшення як демографічної ситуації, так і здоров'я населення займаються державні установи, неурядові і міжнародні організації, які формулюють загальні рекомендації. Спираючись на цей досвід, а також на результати нашого дослідження, до загальних шляхів і напрямів поліпшення МДС у Херсонській області варто віднести:

Таблиця 3.3.

Пріоритетні заходи подолання медико-демографічних проблем у регіонах з різною специфікою МДС

Тип за специфікацією МДС	Адміністративні одиниці, що віднесені до типу	Пріоритетні напрямки та заходи щодо поліпшення МДС
I тип. «Центральна вісімка»	Каховський Бериславський Білозерський Горностаївський Високопільський Каланчацький Цюрупинський Чаплинський	<ul style="list-style-type: none"> - зниження травмонебезпечності середовища (посилення контролю на транспортних розв'язках, укріплення зсувонебезпечних ділянок, роз'яснювальна робота служб МНС щодо поведження на воді та збору грибів); - посилення моніторингу причин смертності шляхом реорганізації паталогоанатомічної служби та створення при ній відділу прижиттєвого паталогістологічного контролю з особливою увагою до хвороб органів травлення; - забезпечення оперативного транспортного зв'язку районних онкокабінетів з лабораторіями, з можливістю оперативного доправлення біоматеріалів для перевірки на онкомаркери; - забезпечення мобільних діагностичних бригад спеціалістами психологами з метою попередження випадків навмисного самоушкодження і проявів девіантної поведінки; - посилення пульманологічного контролю шляхом підсилення флюорографічних досліджень та профілактичної терапії.
II тип. «Полісно-крайовий»	Голопристанський В.Олександрівський Генічеський Скадовський Новотроїцький м. Херсон	<ul style="list-style-type: none"> - поліпшення екологічної ситуації у містах та приморських районах області; - профілактика природно-вогнищевих інфекцій, вакцинація і роз'яснювальна робота; - впровадження заходів економічної стимуляції народжуваності у міських домогосподарствах шляхом запровадження програм допомоги сім'ям при народженні дитини, орієнтованих на грошову допомогу і видачу соціальних карток з можливістю їх використання у торговельній мережі дитячих товарів тощо; - введення обов'язкових кардіологічних, мамологічних та онкогемогістологічних скринінгових досліджень при проходженні річних медичних оглядів працівниками установ та підприємств; - створення загальнообласного інформаційно-контактного центру (на базі м. Херсон) з можливістю он-лайн реєстрації на огляди та обстеження, та базою інформаційних матеріалів щодо попередньої самодіагностики на основі найбільш поширених симптомів захворювань (особливо онкологічних та туберкульозу), порад вагітним, імунопрофілактики і т.д.; - розвиток та посилення діяльності геріатричних служб та служб підтримуючої терапії (особливо у міських населених пунктах з регресивною віковою структурою).
III тип. «Новокаховсько-Північно-Східний»	Нововоронцовський Іванівський Великолепетиський Верхньорогачицький Нижньосірогоський м.Нова Каховка	<ul style="list-style-type: none"> - підвищення рівня життя, створення нових робочих місць, розвиток транспортної мережі і системи комунікацій (мобільний зв'язок та Інтернет) з метою запобігання відтоку населення, його постаріння та забезпечення доступу до послуг та інформації; - запобігання дитячій смертності шляхом посилення акушерської і педіатричної служби, подолання дефіцитів у забезпеченості лікарями неонатологами, акушерами-гінекологами, педіатрами, дооснащення необхідною апаратурою родових відділень і ФАПів; - оптимізація територіальної структури медичної сфери шляхом створення різнопрофільного медичного центру у північно-східній частині області, який би вирівняв ситуацію з обмеженою транспортною доступністю до висококваліфікованої медичної допомоги; - створення мобільних груп для періодичних добровільних медичних оглядів у сільській місцевості (зокрема флюорографічного, кардіологічного, мамологічного та простого скринінгового (на рак травного тракту, рак шкіри) обстежень); - забезпечення взаємодії ФАПів та аптечних мереж з метою доставки медпрепаратів населенню (на основі використання ресурсу Укрпошти, Нової Пошти тощо, що практично знівелює транспортні витрати); - профілактика хронічних неінфекційних захворювань, у т.ч. подолання йододефіциту тощо; - поліпшення санітарно-епідеміологічної ситуації у сільській місцевості (особливо це стосується підвищення якості питної води (будівництво водогонів, очистка скважин та встановлення фільтрів) та вирішення питань із захороненнями отрутохімікатів).

1) істотне посилення ролі програмних комплексних заходів, що спрямовані на спільне вирішення демографічних та медичних проблем у стратегіях соціально-економічного розвитку регіону;

2) впровадження методів прогнозування та планування тенденцій демографічних змін (основні тенденції структури та динаміки чисельності населення) в ув'язці із заходами постійного медичного моніторингу результатів медичного і соціально-економічного реформування;

3) зростання рівня і покращення якості життя та зменшення соціально детермінованих складових у захворюваності й смертності населення;

4) поліпшення санітарно-епідеміологічної ситуації у сільській місцевості та екологічної – у містах (в першу чергу, актуальними є вирішення проблем з питним водопостачанням та утилізацією отрутохімікатів на території області);

5) комплексне реформування системи охорони здоров'я, застосування організаційних та профілактичних заходів зміцнення здоров'я шляхом:

- організації мережі центрів з надання висококваліфікованої допомоги, без опори на існуючу адміністративну систему, оскільки більша частина районів області знаходиться в практичній недосяжності для користування якісними медичними послугами обласного центру;

- переорієнтації системи охорони здоров'я на профілактику захворювань, характерних для області, зокрема хронічних, інфекційних, онкологічних тощо;

- підвищення ролі первинної медико-санітарної допомоги, зокрема на засадах сімейної медицини, особливо у сільській місцевості:

б) збільшення очікуваної тривалості життя населення шляхом зниження передчасної смертності, передусім, у дитячому віці, серед підлітків і осіб працездатного віку, скорочення захворюваності, травматизму й інвалідності.

Запровадження системи таких заходів є досить складним завданням в сучасних українських реаліях, але має стати обов'язковим кроком на шляху до збалансованого розвитку України та окремих її регіонів.

Висновки до розділу 3

1. В останні десятиріччя у Херсонській області поступово зменшується чисельність населення, що є наслідком як природних, так і міграційних процесів. Незважаючи на уповільнення зменшення в останні роки, відбувається інтенсивне скорочення сільського населення і населення периферійних районів області (особливо північно-східних). Є райони (зокрема, Іванівський район), де зменшення населення в останнє десятиріччя було значною мірою спровоковано фактором незадовільного стану якості питної води. Найбільш значимою проблемою є доволі високий рівень смертності населення, особливо на віддаленій від міст периферії області, а також рівень смертності чоловіків у працездатному віці. В структурі смертності останнім часом зростає частка смертей від хвороб системи кровообігу і, особливо інтенсивно, від новоутворень. Особливу небезпеку становлять інфекційні і паразитарні хвороби, які частіше стають причиною смерті у міських поселеннях і густо заселених районах області, що пояснюється високою контактністю населення і швидким поширенням інфекцій.

2. З початку 1990-х рр., первинна захворюваність населення у Херсонській області невпинно зростала, сягнувши максимуму у 1999 р. (789,3 тис. випадків). Далі спостерігається зменшення захворюваності, водночас в останні роки показники зростали у Білозерському, Великоолександрівському, Іванівському, Нововоронцовському, Скадовському та Чаплинському районах області. Структура захворюваності області відрізняється від структури захворюваності України за основними групами хвороб: нижчою є захворюваність органів дихання, що пов'язано з приморським положенням регіону і з меншою контактністю населення у зв'язку із поширенням сільського способу життя і діяльності; вищою є захворюваність шкіряними хворобами, що пояснюється надмірними дозами еритемної сонячної радіації і тривалішим терміном перебування населення «під активним сонцем». В онкозахворюваності слід відзначити значну частку раку шкіри; вищими є

показники захворюваності сечостатевої системи, що є результатом низької якості питної води в багатьох адміністративних районах області.

3. Групи хвороб, які стають першочерговими причинами смертності населення у Херсонській області, це: інфекційні та паразитарні хвороби, новоутворення, хвороби системи кровообігу, органів дихання, органів травлення та травми, отруєння та наслідки дії інших зовнішніх причин. Провідне місце *інфекційних хвороб* в структурі смертей є індикатором соціально-економічних негараздів в ряді районів області, насамперед, Великоолександрівському та Нововоронцовському. За первинною захворюваністю і поширеністю *новоутворень* найгірша ситуація у м. Херсон та Нова Каховка, сюди слід додати ще Каланчацький, Генічеський та Нововоронцовський райони, які характеризуються низкою екологічних проблем, зокрема наявністю складів отрутохімікатів. Лідерами за поширеністю *хвороб органів дихання* є обласний центр та прилеглі до нього райони, що пояснюється високою концентрацією населення та великими обсягами маятникових добових міграцій. Лідерами за захворюваністю *органів травлення та сечостатевої системи* є міста та приморські курортні райони області. *Розлади психіки та поведінки* поширені більшою мірою в урбанізованих ареалах (м. Херсон та м. Нова Каховка), що пов'язано з підвищеною стресовістю міського середовища, а також у периферійних регіонах, де вищим є рівень безробіття, поширеність алкоголізму, нижчим – рівень доходів. За *поширеністю туберкульозу* область займає лідируючі позиції в Україні, зі сформованим епідеміологічним ядром в межах Цюрупинського, Білозерського, Каховського районів та м. Херсона. Іншою загрозою є зростаючі темпи *поширеності ВІЛ-інфекції*, яка інтенсивно мігрує в область із сусідніх регіонів.

Загалом територіальні особливості поширення захворюваності (хворобливості) населення і первинної захворюваності населення багато у чому схожі. І за одним, і за іншим загальним показником у «лідерах» – м. Херсон і Нововоронцовський район із найвищими показниками, найнижчі показники – в Верхнорогачицькому, Високопільському районах. Водночас найбільший «збіг»

високих показників захворюваності і негативних демографічних характеристик у 2014 р. характерний для Іванівського району. Дуже велике занепокоєння викликають висока частка смертності населення від неуточнених та невідомих причин, частка якої в окремих районах сягає 20% і більше.

4. Анкетне опитування показало, що оцінка стану здоров'я мешканцями Херсонської області відрізняється від офіційних показників захворюваності в адміністративних районах. Найкраща ситуація щодо стану здоров'я констатована мешканцями Новотроїцького, Генічеського та Голопристанського районів. Іванівський район виявився аутсайдером щодо суб'єктивної оцінки рівня здоров'я. На низьких позиціях в оцінці і м. Херсон, яке посідає лише 15 місце, що досить добре демонструє проблеми сучасного міста, не забуті його мешканцями. Найкраще оцінюють ситуацію зі здоров'ям та якістю життя загалом мешканці приморських районів.

Серед пріоритетних факторів впливу на стан здоров'я населенням відзначені низький рівень доходів (21%), клімат та погода (20%), низька якість медичних послуг та екологічний стан (по 15%). В північно-східних районах до цих факторів додається і незадовільна оцінка населенням якості харчування.

5. Зведення комплексних статистичних показників МДС і відібраних оцінок здоров'я самим населенням у ранговий індекс здоров'я населення Херсонської області і наступна типізація адміністративних районів засвідчили, що:

- Найвищі показники індексу здоров'я і найкращі структурні показники МДС характерні для Каховського, Горностаївського, Чаплинського, Цюрупинського, Білозерського та Бериславського районів, які у типізації відповідають районам I типу («Центральна вісімка»);

- середні показники сприятливості МДС характерні для районів, об'єднаних у так званий «Полусно-крайовий тип» (тип II), до якого увійшли віддалені райони з центрами – невеликими містами (Голопристанський, Скадовський, Генічеський). До даного типу включений Великоолександрівський район, який є на депресивному «фоні» сусідніх

районів є більш розвиненим. Новотроїцький район віднесений до II типу через його зв'язки із Генічеським районом. До даної групи потрапив і обласний центр – м. Херсон, медико-демографічні показники в якому багато у чому повторюють середньообласні;

- найгірша медико-демографічна ситуація склалася у Нововоронцовському, Іванівському, Великолепетиському, Верхньорогачицькому, Нижньосірогозькому районах («Північно-східному периферійному півмісяці») та м. Нова Каховка, що виокремлено у тип III.

Індекс демографічної напруженості, який розраховувався для перевірки «сталості» медико-демографічних тенденцій у 2010-2014 рр. підтвердив їх сприятливість у Горностаївському, Каховському та Бериславському районах, та надмірну напруженість МДС у Високопільському, Іванівському, Верхньорогачицькому районах та, особливо у м. Нова Каховка.

6. Стратегічно важливим, особливо зважаючи на досить складну специфіку ситуації у північно-східних районах області, є розробка напрямів та заходів щодо вирішення медико-демографічних проблем, скорегованих відповідно до типів МДС.

Для регіонів I типу із більш-менш сприятливою МДС запропоновані заходи збереження здоров'я пов'язуються, насамперед, із вдосконаленням моніторингу причин смертності, зниженням травмонебезпечності середовища, посиленням пульманологічного нагляду і профілактичної терапії у групах ризику, забезпеченням оперативного зв'язку районних онкокабінетів з лабораторіями для вчасної діагностики онкозахворювань, посиленням моніторингу по групі хвороб органів травлення.

Для регіонів II типу із середніми показниками стану здоров'я і негативними демографічними показниками пріоритетними заходами є: поліпшення екологічної ситуації, особливо у містах і приморських районах, запровадження різних програм сприяння народжуваності, і, одночасно, створення геріатричних служб допомоги населенню похилого віку, введення

обов'язкових превентивних скринінгових досліджень для працівників установ та підприємств, а також профілактика природно-вогнищевих інфекцій.

Для регіонів III типу із найгіршою ситуацією зі станом здоров'я перелік заходів найбільш широкий і має стосуватися не тільки забезпечення власне профілактики та якісного оновлення системи охорони здоров'я, у т.ч. створення регіонального багатопрофільного медичного центру в одному з районів північно-східної периферії, але й створенням мобільних груп для періодичних добровільних медичних оглядів населення, покращенням соціально-економічної ситуації і структурних складових якості життя населення загалом. Важливим заходом є прицільне запобігання дитячій смертності шляхом посилення педіатричної та акушерської служб на всіх рівнях, дооснащення існуючих лікарень і ФАПів необхідною апаратурою обстеження. Велике значення також слід приділити інформаційному і транспортному сполученню периферійних районів, у т.ч. розвитку транспортної мережі, мобільного зв'язку та Інтернет з метою покращення доступу до медичних послуг та інформації населення, особливо у сільській місцевості.

ВИСНОВКИ

На основі виконаного дослідження вирішене важливе наукове завдання: обґрунтовані теоретико-методичні засади медико-географічного дослідження стану здоров'я населення регіону і здійснено компонентну та інтегральну його оцінку на рівні адміністративних районів Херсонської області у зв'язку із основними сучасними чинниками впливу. Це дало підстави сформулювати наступні висновки:

1. Встановлено, що на сучасному етапі розвитку суспільної географії медико-географічні дослідження являють собою інтеграційний напрям, що сформувався на основі еволюції досліджень у межах щонайменше двох дисциплін, пов'язаних із вивченням населення – геодемографії та традиційної медичної географії (з її акцентами на причинній географічній зумовленості захворюваності). Аналіз досвіду напрацювань за даними напрямками дозволив здійснити «наскрізну» періодизацію досліджень з окресленням знакових проблем і рушійних сил змін у проблематиці досліджень і підходах до оцінки здоров'я населення. Виділено і схарактеризовано чотири етапи досліджень, протягом яких відбувалось становлення сучасної медичної географії в Україні.

2. У роботі відзначено особливу роль категорії «суспільне здоров'я» у дослідженні популяційних (не індивідуальних) характеристик стану здоров'я, під яким розуміємо *основу властивість людської спільноти, її природний стан, що відображає індивідуальні пристосувальні реакції кожної людини і здатність всієї спільноти в конкретних умовах найбільш ефективно здійснювати свої соціальні та біологічні функції.*

Для характеристики актуального стану здоров'я населення у регіоні обґрунтовано категорію медико-демографічна ситуація. Вона визначена як *просторово-часовий стан демографічних процесів у причинно-наслідковому взаємозв'язку з якісними характеристиками населення, його здоров'я в рамках багатofакторної обумовленості.* Доцільність використання категорії «медико-демографічна ситуація» у медико-географічному дослідженні пояснюється конструктивною пов'язаністю показників захворюваності і хворобливості

населення з показниками, що характеризують його відтворення, кращою репрезентативністю комплексних індексів ризику смертності населення від окремих хвороб, індексу демографічної напруженості в оцінці здоров'я населення тих чи інших територій.

3. Основними принципами медико-географічного дослідження визначено: принципи цілеспрямованості, послідовності, цілісності, структурності, ієрархічності, функціональності, комплексності. Методика регіонального медико-географічного дослідження стану здоров'я, включає п'ять етапів робіт: 1) збір та опрацювання даних щодо стану здоров'я, відтворення населення у регіоні дослідження, включаючи підготовку і проведення анкетного опитування респондентів – мешканців області; 2) систематизація даних за блоками показників, аналіз динамічних рядів, картографічне представлення інформації і опрацювання укладених картосхем; 3) систематизація і аналіз трьох груп чинників впливу на здоров'я населення (природні та екологічні фактори, соціально-економічні умови й якість життя населення); 4) компонентна та інтегральна оцінка стану здоров'я населення, яка включає розрахунок рангового індексу здоров'я населення на основі попереднього ранжування адміністративних районів за 25 відібраними показниками (стимуляторами і дестимуляторами) та їх наступного сумування, а також типізацію районів на основі багатомірного кластерного аналізу й опис виділених типів; 5) формулювання пріоритетних напрямів збереження здоров'я населення і поліпшення МДС у регіоні дослідження.

4. За допомогою кореляційного аналізу доведено, що стан здоров'я населення Херсонської області детермінований низкою факторів і передумов.

У групі *природних чинників* виділено: аномалії магнітного поля, еритемна сонячна радіація, висока здатність атмосфери до самоочищення, приморське положення територій, наявність осередків природно-вогнищевих хвороб, зокрема туляремії, лептоспірозу та кишкового ієрсиніозу. Серед *екологічних чинників та природно-техногенних небезпек* відзначено: викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря, низьку якість питної води та наявність сховищ

отрутохімікатів на території регіону. Встановлено, що найпріоритетнішим фактором формування сучасної медико-демографічної ситуації є *рівень соціально-економічного розвитку* окремих районів. Вагомий вплив привносить фактор *урбанізації*, який фіксує відмінності у забезпеченості медичними послугами населення міст і жителів сільської місцевості, різницю у способі та якості їх життя. Важливим фактором є *рівень розвитку системи охорони здоров'я*, з такими характеристиками як забезпеченість лікарями, середнім медичним персоналом і кількістю лікарняних ліжок.

5. Проведено просторову (територіальні тенденції) та часову (динаміка змін) оцінку складових медико-демографічної ситуації на рівні адміністративних районів Херсонської області.

Встановлено, що найбільш регресивними за більшістю демографічних ознак є північно-східні периферійні райони (Іванівський, Верхньорогачицький та Нижньосірогозький райони). Ризик погіршення ситуації присутній на територіях, де у віковій структурі переважає населення пенсійного віку, а саме – у Верхньорогачицькому, Новотроїцькому районах, мм. Херсон та Нова Каховка.

Територіальні особливості поширення захворюваності (хворобливості) населення і первинної захворюваності населення у Херсонській області подібні. За обома загальними показниками у «лідерах» – м. Херсон і Нововоронцовський район, найнижчі показники – у Верхньорогачицькому, Високопільському районах. Найбільший «збіг» високих показників захворюваності і негативних демографічних характеристик спостерігається в Іванівському районі. Занепокоєння викликає висока смертність населення від невстановлених причин, частка якої в окремих районах сягає 20% і більше.

Аналіз даних анкетного опитування показав, що оцінка стану здоров'я мешканцями Херсонської області відрізняється від офіційних показників захворюваності. Найкраща ситуація щодо стану здоров'я відзначається мешканцями Новотроїцького, Генічеського та Голопристанського районів. Іванівський район виявився аутсайдером щодо суб'єктивної оцінки населенням

рівня свого здоров'я. На низьких позиціях в оцінці і м. Херсон. Найкраще оцінюють ситуацію зі здоров'ям та якістю життя мешканці приморських районів.

6. Здійснено інтегральну оцінку стану здоров'я населення шляхом агрегування 25 відібраних статистичних показників, отриманих через анкетування даних, а також розрахованих автором комплексних індикаторів ризику смертності від окремих хвороб у *ранговий індекс здоров'я населення*, і типізації адміністративних районів. Результати оцінки показали, що:

- найвищі показники індексу здоров'я і найкращі складові характеристики МДС відзначені у Каховському, Горностаївському, Чаплинському, Цюрупинському, Білозерському та Бериславському районах, які у типізації відповідають районам *I типу* («Центральна вісімка»);

- середні показники сприятливості МДС характерні для районів, об'єднаних у «Полюсно-крайовий тип» (*тип II*), до якого увійшли віддалені райони з центрами – невеликими містами (Голопристанський, Скадовський, Генічеський). До даного типу включений Великоолександрівський район, який на «фоні» сусідніх районів виглядає більш розвиненим. Новотроїцький район віднесений до II типу через його зв'язки із Генічеським районом. До II типу віднесено і м. Херсон, медико-демографічні показники в якому багато у чому повторюють середньообласні;

- найгірша медико-демографічна ситуація склалася у Нововоронцовському, Іванівському, Великолепетиському, Верхньорогачицькому, Нижньосірогозькому районах («Північно-східному периферійному півмісяці») та м. Нова Каховка, що виокремлено у *тип III*.

7. Обґрунтовано ряд заходів щодо збереження здоров'я і вирішення медико-демографічних проблем, скорегованих відповідно до виділених типів районів за особливостями МДС у Херсонській області. Для регіонів I типу запропоновані заходи збереження здоров'я пов'язуються, насамперед, із вдосконаленням моніторингу причин смертності, зниженням травмонебезпечності середовища, посиленням пульманологічного нагляду і

профілактичної терапії у групах ризику, забезпеченням оперативного зв'язку районних онкокабінетів з лабораторіями для вчасної діагностики онкозахворювань, посиленням моніторингу по групі хвороб органів травлення.

Для регіонів II типу пріоритетними заходами є: поліпшення екологічної ситуації, особливо у містах і приморських районах, запровадження програм сприяння народжуваності, створення геріатричних служб допомоги населенню похилого віку, введення обов'язкових превентивних скринінгових досліджень для працівників установ та підприємств, а також профілактика природно-вогнищевих інфекцій.

Для регіонів III типу із найгіршою ситуацією зі станом здоров'я перелік заходів стосується не тільки забезпечення профілактики та якісного оновлення системи охорони здоров'я, але й покращення соціально-економічної ситуації і структурних складових якості життя населення загалом. Важливим заходом є прицільне запобігання дитячій смертності шляхом посилення педіатричної та акушерської служб на всіх рівнях, дооснащення існуючих лікарень і фельдшерсько-акушерських пунктів необхідною апаратурою обстеження. Велике значення також слід приділити інформаційному і транспортному сполученню периферійних районів, у т.ч. розвитку транспортної мережі, мобільного зв'язку та Інтернет з метою покращення доступу до медичних послуг та інформації, особливо у сільській місцевості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авдотьин Л.Н. Градостроительное проектирование / Л.И. Авдотьин, И.Г. Лежава, И.М. Смоляр. - М. 1989. – 432 с.
2. Авербух Л.Г. Туберкулез: этапы борьбы, обретения и потери / Л.Г. Авербух. - Одесса: Оптимум, 2005. — 352 с.
3. Авцын А.П. Введение в географическую патологию/ А.П. Авцин // АМН СССР. - М. : Медицина, 1972. - 327 с.
4. Баранова И.П. Факторы риска синдрома внезапной смерти детей грудного возраста / И.П. Баранова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 1999. – №6. – С.15-17.
5. Барановський В. А. Екологічний атлас України / В.А. Барановський. – К.: Географіка, 2000. – 42 с.
6. Баркова Г.А. Територіальна організація медичної системи Харківської області та шляхи її вдосконалення: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук : спец. 11.00.02 «Економічна та соціальна географія» / Г.А. Баркова. – К., 2007. – 20 с.
7. Батиченко С.П. Суспільно-географічне дослідження соціально-економічних факторів захворюваності населення України.// Економічна та соціальна географія. – 2013. – вип. 2 (67). – С.82-88.
8. Бедный М.С. Медико-демографическое изучение народонаселения / М.С. Бедный. – М., 1979. – 224 с.
9. Бодасюк А.В. Особливості демогеографічної ситуації Київського столичного регіону / А.В. Бодасюк // Сучасні проблеми географії населення в Україні. Тези доп. I Всеукр. семінару з геогр. населення. – Луцьк. – 1993. – С. 141-143.
10. Большая советская энциклопедия (в 30 томах) / [гл. ред. А.М. Прохоров]. – Изд. 3-е. – 1972. – Т. 9. – 442 с.
11. Большой энциклопедический словарь / [ред. А. М. Прохоров]. – 2.изд., перераб. и доп. – М. : Большая Российская энциклопедия, 1998. – 1456 с.

12. Бондаренко К. Довідник з історії України / К.Бондаренко, В. Гордієнко, Я. Грицак та ін. в 3 т. / Інститут історичних досліджень Львівського держ. ун-ту ім. Івана Франка. – К.: Генеза, 1993. –Т.2. (К -П). – 435 с.
13. Борзунова Е.А. Оценка влияния качества питьевой воды на здоровье населения / Е.А. Борзунова, С.В. Кузьмин, Р.Л. Акрамов и др. // Гигиена и санитария. –2007. –№3 –С. 32-34.
14. Борисов В.А. Демография. / В.А. Борисов. - М.: Издательский дом NOTA BENE, 1999. – 272 с.
15. Буянтуев А.Б. Геосистемы и эколого-географические ситуации приселенгинских котловин Забайкалья: автореф. дис. на соискание ученой степени кандидата географических наук. –Иркутск, 1996. – 23 с.
16. Васюкова Г.Т. Екологія: підручник / Г. Т. Васюкова, О. І. Грошева. – К.: Кондор, 2009. – 524 с.
17. Ватлина Т.В. Медико-географический атлас-монография Смоленской области /По ред. С.П. Евдокимова, С.М. Малхазовой, Е.И. Каманина. – Смоленск, 2011. – 104 с.
18. Венедиктов Д.Д. Социально-философские проблемы здравоохранения / Д.Д. Венедиктов // Вопросы философии. – 1980. – № 4. – С. 14 – 24.
19. Венедиктов Д.Д. Общественное здоровье: пути оценки и прогнозирования / Д.Д. Венедиктов // Общественные науки и здравоохранение. – М.: Наука, 1987. – С. 68-79.
20. ВІЛ-інфекція в Україні: інформаційний бюлетень бюлетень. – №44. – Київ, 2015. – 156 с.
21. Воейков А.И. Исследования климатов для целей климатического лечения и гигиены. Избранные статьи / А.И. Воейков. СПб., 1957. – Т.4. –С.45-61.
22. Воловик Л.М. Демографічна ситуація та міграційна активність населення Столичного регіону (на прикладі Київської області) / Л.М. Воловик // Регіональні проблеми України: Географічний аналіз та пошук шляхів вирішення. Зб. наук. праць. – Херсон: ПП Вишемирський, 2013.–С.33-39.
23. Волчецкая Т.С. Криминалистическая ситуалогия / [Под ред.

- проф. Н.П. Яблокова]. – М. – Калининград, 1997. – С. 93.
24. Воронеж: среда обитания и зоны экологического риска / [С.А.Куролап, С.А.Еприцев, О.В. Клепиков, и др.]. – Воронеж: издательство «Истоки», 2010. – 207 с.
 25. Воронянський О.В. Історія України: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. / О.В. Воронянський. – Харків, 2005. – 544с.
 26. Географи Київського Університету: Довідник / [Я.Б. Олійник, С.Ю. Бортник, М.Д. Гродзинський, В.О. Гуцал та ін.] - К., 2003.- 172 с.
 27. Географічна енциклопедія України: В 3-х т. / Редкол.: О.М.Маринич (відп.ред.) та ін. – К.: «Українська Радянська Енциклопедія» ім. М.П.Бажана, 1990. – Т.2: 3-О. – С.334.
 28. Гичев Ю.П. Экологическая обусловленность нарушений состояния здоровья детей. Гл. 7. / Загрязнение окружающей среды и здоровье человека (печальный опыт России) / Ю.П. Гичев. – Москва – Новосибирск, 2002. – С. 106 - 129.
 29. Голиков А.П. Географічні аспекти сучасної демографічної ситуації Харківської області / А.П. Голиков, С.О. Юрченко // Сучасні проблеми географії населення в Україні. - Тези доп. I Всеукр. семінару з геогр. населення. – Луцьк, 1993. – С. 150-151.
 30. Голубець М.А. Вступ до геосоціосистемології / М.А. Голубець. – Львів: Поллі, 2005. – 199 с.
 31. Гоманюк М.А. Інтерв'юер у масовому опитуванні. Кишеньковий навчально-методичний посібник / М.А. Гоманюк. – Херсон: Гілея, 2013. – 88 с.
 32. Гречко Т.К. Публічне управління в забезпеченні сталого (збалансованого) розвитку : [навч. посіб.] / Т.К. Гречко, С.А. Лісовський, С.А. Романюк, Л.Г. Руденко. – Херсон : Грінь Д.С., 2015. – 264 с.
 33. Грушка В.В. Зміни демографічної ситуації Дніпропетровського регіону в сучасних екологічних умовах / В.В. Грушка, О.В. Ткаченко // Регіональні проблеми України: Географічний аналіз та пошук шляхів вирішення. Зб.

- наук. праць. – Херсон: ПП Вишемирський, 2013. – С.48-55.
34. Гукалова І.В. Іригація степових регіонів України: географічні особливості коадаптації природи і суспільства (на прикладі Херсонської області) / І.В. Гукалова, Д.С. Мальчикова, І.О. Пилипенко // Науковий вісник Чернівецького національного університету імені Ю. Федьковича: Географія: зб. наук. пр. / Чернівецький нац. ун-т ім. Ю. Федьковича. – Чернівці: 2015. – Вип. 762-763. – С.15-23.
 35. Гукалова І.В. Якість життя населення України: суспільно-географічна концептуалізація / І. В. Гукалова. – К. : 2009. – 347 с.
 36. Гуцуляк В.М. Загальна медична географія світу: Монографія / В.М. Гуцуляк, Г.Л. Нечипоренко, В.О. Шевченко. – Київ, 1998. – 178 с.
 37. Гуцуляк В.М. Історія розвитку та сучасний стан медико-географічних досліджень / В.М.Гуцуляк, К.П. Муха // Вісник Львів. університету. – 2009. – Серія геогр. – Вип. 36. – С. 115-121.
 38. Гуцуляк В.М. Медико-екологічна оцінка ландшафтів Чернівецької області / В.М. Гуцуляк, К.П. Наконечний. – Чернівці : Чернівецький нац. ун-т, 2010. – 200 с.
 39. Гуцуляк В.М. Медична географія (екологічний аспект) / В.М. Гуцуляк. – Чернівці: Рута, 1997. – 72 с.
 40. Даценко И.И. Воздушная среда и здоровье / И.И. Даценко –Львов: Высш. шк., 1981. – 248 с.
 41. Девятко И.Ф. Методы социологического исследования / И.Ф. Девятко.— Екатеринбург: Изд-во Урал, ун-та, 1998. – 208 с.
 42. Демографический энциклопедический словарь/ [Гл. ред. Д.И. Валентей]. — М.: Сов. энцикл., 1985. – 608 с.
 43. Демографічна ситуація в Карпатському регіоні: реальність, проблеми, прогнози на ХХІ століття: [Матер. Міжнар. наук.-практ. конф. / за ред. М.І. Пірен]. – Чернівці : Чернів. держ. ун-т, 1996. – 555 с.
 44. Джаман В.О. Демогеографічна ситуація в Україні /В.О. Джаман. – Чернівці: Рута, 2005. – 24 с.

45. Джаман В.О. Демогеографія / В.О. Джаман. – Чернівці: Рута, 2002. – 160с.
46. Допомога при народженні дитини в Україні: етапи запровадження. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://demostudy.blogspot.com/2012/12/blog-post_5.html.
47. Дослідження проблем Чорнобильської катастрофи в Інституті географії НАН України / Балабанов Г.В., Горленко І.О., Давидчук В.С. та ін. // Укр. геогр. журнал. – 1993. - №2. – С.36-43.
48. ДСанПіН 2.2.4-171-10 «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною». Затверджені наказом МОЗ України від 12.05.2010 № 400, зареєстровано в Мін'юсті України наказом від 01.07.2010 за № 452/17747.
49. Думанська В.П. Освіченість та народжуваність: взаємодія у соціодемографічному просторі / В.П. Думанська // Демографія та соціальна економіка: Науково-економічний та суспільно-політичний журнал. – 2009. – № 1. – С. 152-160.
50. Екологічний атлас України. – К.: «Центр екологічної освіти та інформації», 2009.– 104 с.
51. Енциклопедія історії України [Текст] / голова ред. кол. В.А. Смолій [та ін.] ; Нац. акад. наук України, Ін-т історії України. - К. : Наукова думка. - Т. 7 : Мл - О. - 2010. - 713 с.
52. Енциклопедія Українознавства. в 10 т. / Гол. ред. В.Кубійович.- Париж; Нью-Йорк: Молоде Життя, 1954–1989. — 4016 с.
53. Енциклопедія Українознавства. Словникова частина. — Т. 6.Перевидання в Україні. - Львів, 1996. - С.2000-2400.
54. Жупанський Я.І. Історія географії в Україні: Навч. посібн. / Я.І. Жупанський.- Львів, 1997. – 237 с.
55. Журба О.І. Туманський Ф.Й. / О.І. Журба // Український історичний журнал. – 05/2003. – №3 . – С.124-137.
56. Залеський І.І. Екологія людини / І.І. Залеський, М.О. Клименко. – Рівне:

- НУВГП, 2013. – 385 с.
57. Заставний Ф.Д. Населення України / Ф.Д. Заставний. — Львів: МП «Край», 1993. – 224 с.
 58. Заставний Ф.Д. Географія України: У 2-х книгах / Ф.Д. Заставний. – Львів: Світ, 1994. – 472 с.
 59. Заставний Ф.Д. Проблеми репресивності в Україні (соціально-економічної, екологічної, демографічної) / Ф.Д. Заставний. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 348 с.
 60. Захаренков В.В. Негативные связи показателей здоровья населения с уровнем безработицы в г. Новокузнецк / В.В. Захаренков, И.В. Вибляя // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2010. – № 4. – С. 169-172.
 61. Захарова О.Д. Исследования демографических процессов и детерминации рождаемости / О.Д. Захарова // Социология в России. /Ред. В.А. Ядова. - М.: Издательство "На Воробьевых", 1996. – С.119-146.
 62. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех 133 в Европейском регионе ВООЗ / Европейская серия по достижению здоровья для всех. - № 6. – Копенгаген : ВООЗ, Европ. регион. бюро, 1999. – 310 с.
 63. Зеленська Л.І. Екологія людини: Медико-екологічний атлас Дніпропетровської області / Л.І. Зеленська, Ю.О. Агєєв, Т.Л. Васильєва. – К. – Дніпропетровськ: «Відродження», 1997. – 24 с.
 64. Иванов Б.Я. Заболеваемость населения, связанная с загрязнением атмосферного воздуха в Запорожье / Б.Я. Иванов, Т.И. Токаренко, Т.Е. Куликова // Гигиена и санитария. – 1993 – №6 – С.11-13.
 65. Игнатьев Е.И. Принципы и методы медико-географического изучения природных компонентов географической среды / Е.И. Игнатьев // Медицинская география. Итоги и перспективы.- Иркутск: Изд.-во АН СССР, 1964. – С. 20-42.
 66. Исаченко А.Г. Теория и методология географической науки: /

- А.Г. Исаченко. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 400 с.
67. Індекс глобальної конкурентоспроможності 2013: Забезпечення сталого зростання та формування стійкості. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://www.feg.org.ua/uploadfiles/reports/files/3_chapter1_ukr.pdf.
 68. Інструменти та механізми забезпечення сталого розвитку приморських регіонів України: аналітична доповідь, матер. круглого столу (20 грудня 2013 року, м. Одеса). – Одеса : Фенікс, 2014. – 110 с.
 69. Іщейкіна Ю.О. Захворюваність населення на інфаркт міокарда у регіонах із різною екологічною та соціально-економічною ситуацією / Ю.О. Іщейкіна, О.В. Гапон // Світ медицини та біології. – 2011. – № 4. – С. 91-94.
 70. Карта «Загрози природно-вогнищних інфекцій» / Автор: К.А. Поливач, укладач: М.М. Вишня // Атлас природних, техногенних і соціальних небезпек та ризиків виникнення надзвичайних ситуацій в Україні [Електронний ресурс]. – К.: Інститут географії НАНУ, 2014. CD-ROM
 71. Карта обращаемости за земской врачебной помощью сельского населения Херсонского уезда в 1887 г. [Карты] / Сост. на основании материаловкарточной регистрации больных (67 тыс.)... . - 1:[252 000]; [6 верст в дюйме]. - Б. м. : Б. изд-ва, [188-?]. - 1 к. : 2 цв., список волостей; 54x69 см.
 72. Карта обращаемости за земской врачебной помощью сельского населения Херсонского уезда в 1894 г. [Карты] / Сост. на основании материаловкарточной регистрации больных (117,5 тыс.)... . - 1:[252 000] ; [6 верст в дюйме]. - Б. м. : Б. изд-ва, [189-?]. - 1 к. : 2 цв., список волостей, печать ; 54x69 см.
 73. Карты Херсонской области. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://gazeta-dikari.narod.ru/maps/herson_map.gif.
 74. Келлер А.А. Медицинская экология / А.А. Келлер, В.И. Кувакин. – СПб.: «Петроградский и К^о», 1998. – 256 с.
 75. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. Психологическая антропология

- стресса / Л.А. Китаев-Смык.- М.: Академический Проект, 2009. — 943 с.
76. Ковалев С.А. География населения СССР / С.А Ковалев, Н.Я. Ковалевская. – М.: Издательство МГУ, 1980 г. - 287 с.
77. Козловець А.О. Просторова диференціація особливостей статево-вікової структури населення Херсонської області / А.О. Козловець, І.О. Пилипенко, Д.С. Мальчикова // Наукові записки Херсонського відділу Українського географічного товариства. Зб. наук. праць. – Вип. 1. – Херсон. ПП Віноградов Г.О. , 2005. - С. 67-76.
78. Комаренко А.С. Медико-географические аспекты в атласе рационального природопользования и охраны природы УССР / А.С. Комаренко, Е.Е. Маркова, Г.О. Пархоменко, Л.Г. Руденко // Тезисы докладов IV Всесоюзного научного совещания по проблемам медицинской географии. 28-30 ноября 1973 г. Географическое общество АН СССР, Ленинград, 1973. – С.188-189.
79. Коротева О.В. Социальное самочувствие как критерий психического и духовного здоровья населения : дисс. ... канд. псих. наук : спец. 19.00.13 «Психология» / О.В. Коротева. – М., 1998 – 152 с.
80. Крыцын Д.И. Влияние переменных магнитных излучений на динамику роста микроорганизмов: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. физ.-мат. наук: специальность 03.00.16 «Экология» / Д.И. Крыцын. - Краснодар: 2009. - 15 с.
81. Кулешова Г.О. Суспільно-географічні особливості регіональних досліджень / Г.О. Кулешова, Л.В. Ключко, К.Ю. Сегіда, В.В Панкратьєва // Часопис соціально-економічної географії.– Х. : Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна. – 2009.–№ 6 (1).–С. 20-31.
82. Кучер Т.В. Медицинская география /Т.В. Кучер, И.Ф. Колпащикова. – М.: Просвещение, 1996. – 160 с.
83. Лаппо Г.М. География городов / Г.М. Лаппо.— М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 480 с.
84. Левчук Н. М. Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в

- Україні / Н. М. Левчук // Демографія та соц. економіка. - 2007. - № 1. - С. 12-27.
85. Лисицин Ю.П. Здоровье населения и современные теории медицины / Ю.П. Лисицин. –М.: Медицина, 1982. – 328 с.
86. Лисицин Ю.П. Факторы риска. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / Ю.П. Лисицин, Ю.М. Комаров. – М.: Наука, 2006. – 156с.
87. Лібанова Е.М. Смертність населення України у трудоактивному віці / Е.М. Лібанова, Н.М. Левчук, Н.О. Ригач та ін. — К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. — 211 с.
88. Лямец В.И. Основы общей теории систем и системный анализ. / В.И. Лямец, В.И. Успенко.– Харьков: «БУРУН и К», Киев: ООО«КНТ», 2015. – 304с.
89. Майстер А.А. Сучасна геодемографічна ситуація в Маневицькому районі Волинської області / А.А. Майстер, В.Й. Лажнік // Науковий вісник Волинського нац. ун-ту ім. Л. Українки. – 2010. – № 15.– С. 66–77.
90. Малхазова С.М. Медико-географический анализ территории: картографирование, оценка, прогноз / С.М. Малхазова. – М.: Научный мир, 2001. – 240 с.
91. Мальчикова Д.С. Вплив інтенсивності використання сільськогосподарських земель на формування систем розселення / Д.С. Мальчикова, І.О. Пилипенко, О.В. Щербій // Теорія і практика сучасного природознавства. Зб. наук. праць. – Херсон: Terra, 2003. – С. 105-107.
92. Мартусенко І.В. Територіальна організація медичного комплексу Вінницької області: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук : спец. 11.00.02 "Економічна та соціальна географія" / І.В. Мартусенко. – К., 2005. – 24 с.
93. Махорін Г.Л. Основы демографии. Курс лекций. / Г.Л. Махоркин. - Житомир: Вид-во “Волинь”, 2009. – 96 с.

94. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: 2012. – 288 с.
95. Медико-географічний атлас України / В.А. Барановський, К.Г. Пироженко, В.О. Шевченко. – К.: Зелений світ, 1995. – Вип.1. – 32 с.
96. Мезенцева Н.І. Депопуляція населення Кіровоградської області: сучасний стан та наслідки / Н.І. Мезенцева, І.О. Мостова // Регіональні проблеми України: Географічний аналіз та пошук шляхів вирішення. Зб. наук. праць. – Херсон: ПП Вишемирський, 2013. – С.133-139.
97. Мезенцева Н.І. Суспільно-географічне дослідження захворюваності населення: теоретичні і методичні основи / Н.І. Мезенцева, С.П. Батиченко // Економічна і соціальна географія. 2012. – Вип.65. – С. 45-52.
98. Мезенцева Н.І. Суспільно-географічний аналіз захворюваності населення регіонів України / Н.І. Мезенцева, С.П. Батиченко // Часопис соціально-економічної географії: міжрегіональний зб. наукових праць. – Харків: ХНУ ім. В.Н. Каразіна, 2009. – Вип. 7. – С. 130-134.
99. Мекшун Л. Роль української земської статистики у створенні групових та комбінаційних таблиць у кінці ХІХ ст. / Л. Мекшун // Сіверянський літопис. – 2002. – № 6. – С. 145-148.
100. Меринов Ю.Н. Эколого-социальная комфортность городской среды: факторы и территориальные закономерности (на примере г.Ростов-на-Дону): автореф. дисс. на соискание ученой степени канд. геогр. наук: спец. 11.00.11 / Ю.Н. Меринов. - Ростов-на-Дону, 2000. – 20 с.
101. Методичні рекомендації щодо оцінки рівня економічної безпеки України / [за редакцією академіка НАН України С.І.Пирожкова]. – К., НІПМБ, 2003. – 42 с.
102. Методологические основы медицинской географии: Зб.ст. /Отв.ред. В.Я.Подольян. – Ленинград: ГОСССР, 1983. – 163 с.
103. Мордвінов О.Г. Тенденції в демографічній ситуації Чернігівської області/ О.Г. Мордвінов // Сучасні проблеми географії населення в

- Україні. - Тези доп. I Всеукр. семінару з геогр. населення. – Луцьк. – 1993. – С. 149-150.
104. Москаленко В.Ф. Особливості харчування населення України та їх вплив на здоров'я / В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева, Л.І. Галієнко // Науковий вісник Національного медичного університету імені О.О.Богомольця. 2009. – №3. – С.64 – 73.
105. Мочалов И.И. В.И. Вернадский: Наука. Философия. Человек / И.И. Мочалов, В.И. Оноприенко. – М.: ИИЕТ им. С. И. Вавилова РАН, 2008. – 411с.
106. Муха К.П. Медико-екологічна оцінка поселенських геосистем Чернівецької області: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук : спец. 11.00.11 «Конструктивна географія і раціональне використання природних ресурсів» 11.00.11 / К.П. Муха. – Чернівці, 2008. – 20 с.
107. Назаревский О.Р. Карта оценки природных условий жизни населения СССР / О.Р. Назаревский// Ресурсы, среда, расселение. – М.: 1974. – С. 189-198.
108. Наказ Міністерства культури України від 13 березня 2015 р. № 126 «Щодо підготовки та затвердження статистичного та інформаційного звітів за 2014 р. з питань релігій та державно-конфесійних відносин» [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://mincult.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art_id=244950863.
109. Наконечна Г. Демографічна ситуація як чинник і результат економічної безпеки / Г. Наконечна // Наукові записки ТНПУ. Серія: Географія. – Тернопіль: СМП “Тайп”. – №2 (випуск 30). – 2011. – С. 100-105.
110. Науки про Землю в Одеському (Новоросійському) університеті: / [Є.А. Черкез, Я.М. Біланчин, Є.Н. Красеха та ін.]; наук. ред. : М.О. Подрезова, О.Г. Топчієв. – Одеса: Астропринт, 2010. – 104с.
111. Національна доповідь про якість питної води та стан питного водопостачання в Україні в 2012 р. [Електронний ресурс]. Режим

- доступу:<http://old.minregion.gov.ua/attachments/content-attachments/1185.pdf>.
112. Національна система індикаторів розвитку інформаційного суспільства в Україні. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.ecsor.com.ua/files/indicator_r2.pdf.
 113. Національний атлас України / ред. кол.: Б.Є.Патон (голова ред. кол.), А.П.Шпак, Л.Г.Руденко та ін., уч.секр. ред. А.І.Бочковська: ДНВП «Картографія», 2007. – 440 с.
 114. Немець К.А. Особливості соціогеосистеми як об'єкта соціально-економічної географії / К.А. Немець, Л.М. Немець // Часопис соціально-економічної географії: Міжрегіональний збірник наукових праць. – Харків, 2012. – Вип. 12(1). – С.39-42.
 115. Немець Л.М. Медична галузь Харківської області: територіальні особливості, проблеми та шляхи удосконалення (суспільно-географічні аспекти): монографія / Л.М. Немець, Г.А. Баркова, К.А. Немець. – К.: Четверта хвиля, 2009. – 224 с.
 116. Никифорова В.Г. Якість життя населення регіону: аналіз, прогнозування, соціальна політика. / В.Г. Некифорова. – Одеса, 2012. – 316 с.
 117. Обласна програма «Питна вода Херсонщини» на 2012-2020 роки [Електронний ресурс]. - Режим доступу: www.oblrada.ks.ua/index.php?id=13837.
 118. Общественное здоровье и экономика / Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова; под ред. Б.Б. Прохорова. – М.: МАКС Пресс, 2007. – 292 с.
 119. Палко А.І. Особливості харчування населення Закарпатської області та їх вплив на розвиток патології органів травлення /А.І. Палко, А.О. Керецман // Науковий вісник Ужгородського університету. Сер.: Медицина – 2013. –Вип.1. – С.171-174.
 120. Парамонов И.М. Геоситуационный и программно-целевой подходы в

- экономико-географических исследованиях / И.М. Парамонов // Пространство и время в географии. Тезисы научно-практической конференции Татарского филиала ГР СССР. – Казань, 1987. – С.50-51.
121. Петравчук Л.В. Медико-демографічні показники здоров'я населення м. Києва / Л.В. Петравчук, Н.Г. Першина, Л.А. Іванова / Демографічна та медична статистика України у ХХІ столітті. Медичні інформаційні системи у статистиці: матеріали конференції / [голов. ред. В.П. Неділько]. – К., 2004. – С. 70-72.
122. Петрук С.Л. Демографічна ситуація в Житомирській області: її вплив на розвиток малих міст / С.Л. Петрук// Науковий вісник Чернівецького університету: Збірник наукових праць. – Вип. 480-481: Географія. – Чернівці: Рута, 2009. – С.142-145.
123. Петрушина И.Ю. Субъективные индикаторы качества жизни в социологии США: обзор современных интерпретаций / И.Ю. Петрушина //Социологические исследования. – 1981. – №1. – С.111-114.
124. Пилипенко І.О. Аналіз формування чисельності населення Херсонської області (методи та підходи) / І.О. Пилипенко // Наукові записки Херсонського відділу Українського географічного товариства. – Херсон, 2007. – Вип. 3. – С.68-79.
125. Пилипенко І.О. Географія Херсонщини: навчальний посібник / [І.О. Пилипенко, Д.С. Мальчикова, С.Л. Єрмакова, М.М. Руденко та ін.]. – Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2007. – 221 с.
126. Пилипенко І.О. Методи та методики суспільно-географічних досліджень / І.О. Пилипенко, Д.С. Мальчикова.– Херсон: ПП Вишемирський В.С., 2009. – 156 с.
127. Пилипенко І.О. Суспільно-географічна периферія: концепція, параметризація і делімітація / І.О. Пилипенко. – Херсон: Грінь Д.С., 2015. – 264 с.
128. Питюренко Е.И. Исследование географических проблем населения Украинсой ССР / Е.И. Питюренко, Н.И. Фащевский, А.Г. Старостенко //

- Развитие географической науки в Украинской ССР: Сб. науч. тр. / АН УССР. Геогр. о-во УССР; Редкол.: А.М. Маринич, М.М. Паламарчук (отв. ред.). – К.: Наукова думка, 1990. – С.101- 105.
129. Платонов Ю.П. Народы мира в зеркале геополитики (структура, динамика, поведение). / Ю.П. Платонов. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2000. – 432 с.
130. Подолинський С.А. Життя і здоров'я людей на Україні / С.А. Подолинський. – К., 1879. – 244 с.
131. Покшишевский В.В. География населения СССР / В.В. Покшишевский, С.А. Ковалев. – М.: Гос. изд-во геогр. лит-ры, 1962. – 227 с.
132. Поп С.С. Оцінка сучасної медико-географічної ситуації у Закарпатській області / С.С. Поп, О.В. Брацько // Український географічний журнал. – 2013. – №1. – С.45-52.
133. Прибиткова І.М. Демографічна ситуація в Україні у дзеркалі Всеукраїнського перепису населення 2001 року / І.М. Прибиткова // Соціологія: теорія, методи, маркетинг. – 2002. – № 3. – С. 133-142.
134. Прицюк Н.І. Демогеографічна ситуація українсько-польського пограниччя: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец 11.00.02 «Економічна та соціальна географія»/ Н. І. Прицюк. – Л., 2005. – 20 с.
135. Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги: Наказ МОЗ України від 23.02.2012 № 129 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/hsr_reformlaw/.
136. Про затвердження Стратегії демографічного розвитку в період до 2015 року. Кабінет Міністрів України; Постанова, Стратегія від 24.06.2006 № 879. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/879-2006-%D0%BF>.
137. Проект Закону України «Про затвердження Загальнодержавної програми "Здоров'я - 2020: український вимір» [Електронний ресурс]. – Режим

- доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20120316_1.html.
138. Прокопов В.О. Вплив мінерального складу питної води на стан здоров'я населення / В.О. Прокопов, О.Б. Липовецька // Гігієна насел. місць. – К., 2012. – Вип.59. – С. 63-74.
 139. Професор Володимир Кубійович / [Упорядн. проф. О.І. Шаблій]. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006 – 378 с.
 140. Прохоров Б.Б. Медико-географическая информация при освоении новых районов Сибири / Б.Б. Прохоров. – Новосибирск: Наука, 1979. – 200 с.
 141. Прохоров Б.Б. Медико-демографическая классификация регионов России / Б.Б. Прохоров, В.С. Тикунов // Проблемы прогнозирования. – 2005. – №5. – С. 142-151.
 142. Прохоров Б.Б. Медико-демографическое прогнозирование: / Б.Б. Прохоров, Е.И. Иванова, Д.И. Шмаков, Е.М. Щербакова. – М.: МАКС Пресс, 2011. – 360 с.
 143. Прохоров Б.Б. Экология человека: социально-демографические аспекты / Б.Б. Прохоров. – М.: Наука, 1991. – 112 с.
 144. Прушківська Е. Походження, сутність та розвиток людського капіталу в умовах сучасних ринкових перетворень / Е.Прушківська, А.Переверзева // Актуальні проблеми економіки. – 2008. – №1(79). – С. 196-201.
 145. Пушміна Ю.М. Демографічна ситуація Чернігівщини / Ю.М. Пушміна // Сучасні проблеми географії населення в Україні. – Тези доп. I Всеукр. семінару з геогр. населення. – Луцьк. – 1993. – С. 138-139.
 146. Рак в Україні, 2012-2013. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень національного канцер-реєстру України. – №15. – Київ, 2014. – 124 с.
 147. Регіональна доповідь про стан навколишнього природного середовища у Херсонській області у 2013 році. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.menr.gov.ua/docs/activity-dopovidi/regionalni/rehionalni-dopovidi-u-2013-rotsi/herson_2013.pdf.
 148. Регіональна доповідь про стан навколишнього природного середовища у

- Херсонській області у 2014 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ecology.ks.ua/inc/editor/spaw2/uploads/files/Dopovid_Khersonska.pdf
149. Реймерс Н.В. Природопользование: Словарь-справочник / Н.В. Реймерс. – М.: Мысль, 1990. – 637 с.
150. Релігійні вподобання населення України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://infolight.org.ua/content/religiyni-vpodobannya-naselennya-ukrayiny>.
151. Рогожин О.Г. Соціально-економічний механізм формування медико-географічної ситуації в селах України: / О.Г. Рогожин. – К., 2009. – 200 с.
152. Рогозинская Н.С. Комплексные индикаторы для анализа причин смертности населения [Електронний ресурс]. - Режим доступу: http://uacm.kharkov.ua/download/2013_10/108-116_Kozak_Rogozynska_10_color_sc_P.pdf.
153. Романів О.Я. Медико-географічні основи здоров'я дитячого населення (на матеріалах Хмельницької області) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук : спец. 11.00.02 «Економічна та соціальна географія» / О.Я. Романів. – Львів, 2003. – 16 с.
154. Романовская Е.С. Социокультурные факторы и институциональные субъекты, детерминирующие здоровья населения / Е.С. Романовская // Вестник Челябинского государственного университета. – 2011. – № 30 (245). Философия. Социология. Культурология. – Вып. 22. – С. 153–160.
155. Рудько Г.І. Геоєкологічна оцінка підземних вод України / Г.І. Рудько, Н.І. Шайдюк // Актуальні питання якості води в Україні: матер. наук.-практ. семінару. – К., 2004. – С. 23-31.
156. Рыжиков Г.В. Влияние геомагнитного поля на некоторые показатели психической деятельности/ Г.В. Рыжиков, О.С. Раевская // Психологический журнал. – 1982. – № 6. – С. 73-75.
157. Рылова Н.В. Прогнозирование, ранняя диагностика и коррекция гастродуоденальной патологии у детей, употребляющих сильноминерализованную питьевую воду с высоким содержанием

- сульфатов: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.09, 14.00.07 / Н.В. Рылова. – Казань, 2002. – 20 с.
158. Савюк О.Ю. Методика суспільно-географічної оцінки якості життя сільського населення регіону: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 «Економічна та соціальна географія» / О.Ю. Савюк. – Одеса, 2009. – 20 с.
159. Салякин И.Е. Оценка комфортности проживания населения на территории региона (на примере Владимирской области): автореф. дис. на соискание ученой степени канд. биол. наук : спец. 03.02.08 «Экология (биологические науки)» / И.Е. Салякин. - Владимир, 2011. - 23 с.
160. Сдасюк Г.В. Эколого-географические ситуации и необходимость перехода к устойчивому развитию / Г.В. Сдасюк, А.С. Шестаков // Изв. Росс. АН. Сер.геогр. – 1994. – №1. – С. 56–63.
161. Сегіда Е.Ю. Соціально-демографічні особливості Харківського регіону / Е.Ю. Сегіда, Л.Н. Немец // Регіональні проблеми України: Географічний аналіз та пошук шляхів вирішення. Зб. наук. праць. – Херсон: ПП Вишемирський, 2013. – С.182-186.
162. Сегіда К.Ю. Передумови та чинники демографічного розвитку регіональної соціогеосистеми / К.Ю. Сегіда // Часопис соціально-економічної географії: Міжрегіональний збірник нау-кових праць. – Харків, 2009. – Вип. 9(2). – С. 185-191.
163. Селегей Т.С. Потенциал рассеивающей способности атмосферы / Т.С. Селегей, И.П. Юрченко // География и природные ресурсы. – 1990. – № 2. – С.132-138.
164. Серпов В.Ю. Влияние естественных магнитных полей на безопасность жизнедеятельности человека в зонах геофизических аномалий Европейской части России : дис. ... доктора медицинских наук : 14.00.07 / В.Ю. Серпов. – Санкт-Петербург, 2007. – 321 с.
165. Смик О. Вплив соціально-економічних умов на стан здоров'я населення / О.Смик // Вчені записки Таврійського національного університету імені

- В.І. Вернадського. Серія «Географія». – Сімферополь. – Том 10, вип. 2. – 2014. – С. 239–242.
166. Солодухо Н.М. Методология ситуационного подхода в научном познании / Н.М. Солодухо // *Фундаментальные исследования: Научно-теоретический журнал Рос. Акад. естествознания.* – М., 2005. – № 8. – С.85-88.
167. Социальная политика, уровень и качество жизни. Словарь. – М. ВЦУЖ, 2001. – 288 с.
168. Социологическая энциклопедия в двух томах / [под ред. Г.Ю. Семигина]. – М.: Мысль, 2003. –Том 1. – С. 370-371.
169. Статистика ДТП у 2014 році: де та чому. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://infolight.org.ua/content/statystyka-dtp-u-2014-roci-de-ta-chomu>.
170. Статистичний щорічник України за 2014 рік / [За ред. І.М. Жук. Київ]: Державна служба статистики України. – 2015. – 586 с.
171. Статистичний щорічник Херсонської області за 2014 рік: стат. зб. Херсон: Гол. упр. стат. у Херсон. обл., 2015. – 503 с.
172. Стратегія розвитку Херсонської області на період до 2020 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://khoda.gov.ua/strategiya-rozvitku-2020/>.
173. Тавокин Е.П. Основы методики социологического исследования / Е.П. Тавокин. – М.: ИНФРА-М, 2009. – 239 с.
174. Топчієв О.Г. Основи суспільної географії: підручник для студ. географ. спеціальностей вищих навч. закладів / О.Г. Топчієв. – Одеса: Астропринт, 2009. – 544 с.
175. Топчієв О.Г. Суспільно-географічні дослідження: методологія, методи, методики / О.Г. Топчієв. – Одеса: Астропринт, 2005. – 632 с.
176. Трифонова Т.А. Региональное медико-экологическое зонирование / Т.А. Трофимова, Н.В. Селиванова, А.Н. Краснощекова, О.Н. Сахно. – Владимир: ООО «ВладимирПолиграф». 2007. – 80 с.

177. Трофимов А.М. Проблема дифференциации географической среды и размытость географических границ / А.М. Трофимов, Р.Г. Хузеев // Территориальные социально–экономические системы Урала. - Пермь, 1987. -С. 20-21.
178. Тюков Ю.А. Официальная медицинская статистика как основа управления здоровьем населения / Ю.А. Трюков, Е.В. Ползик // Экономика здравоохранения. 2000. – №7. – С.33-39.
179. Україна. Еколого-географічний атлас. / [Барановський В.А. та інші.]. – К.:Варта, 2006. – 220 с.
180. Фащевский Н.И. Территориальная организация жизнедеятельности населения / Н.И. Фащевский, Т.М. Палий, М.П. Немченко, А.Г. Старостенко.– К.: Наук. думка, 1992. – 136 с.
181. Фащевський М.І. Геодемографічна ситуація в Україні // Сучасні проблеми географії населення в Україні. - Тези доп. І Всеукр. семінару з геогр. населення. - Луцьк. - 1993. - С. 118-120.
182. Федоров Г.М. Научные основы концепции геодемографической обстановки / Г.М. Федоров. – Л.: ЛГУ, 1991. – 177 с.
183. Федюк О.М. Українська суспільна географія: друга половина ХХ – початок ХХІ століття / О.М. Федюк. – К.: ТОВ «Бланксервіс-Плюс», 2014. – 208с.
184. Херсонская область в интернете: цифры и факты Июнь 2015. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://download.yandex.ru/company/Yandex_onSearch_Kherson_06_2015.pdf
185. Хомра А.У. Воспроизводство населения (территориально-организационный аспект) / А.У. Хомра. – Київ: Наукова думка, 1990 . – 173 с.
186. Хорев Б.С. Проблемы городов / Б.С. Хорев. – М.: Мысль, 1975. – 428 с.
187. Царегородцев Г.И. Общая патология человека и методология медицины / Г.И. Царегородцев // Вестник РАМН. – 1998. – № 10. – С.41–45.
188. Чаклин А.В. География здоровья. / А.В. Чаклин. – М.: Знание, 1986. –

- 149с.
189. Чепіжко О.В. Еколого-гігієнічні основи життєдіяльності: Конспект лекцій / О.В. Чепыжко. – Одеса: ОДЕКУ, 2007. – 86 с.
 190. Черковец М.В. Роль социально-экономических факторов в формировании здоровья населения Центральной России: дис. ... канд. геогр. наук: 25.00.24 / Марина Владимировна Черковец. – М., 2003. – 180с.
 191. Чистобаев А.И. Медико-географические научные школы в СССР и постсоветских странах / А.И. Чистобаев, З.А. Семенова // География и природные ресурсы. – 2012. – № 2. – С.155-160.
 192. Шаблій О.І. Валентин Садовський як український економіко-географ / О.І. Шаблій //Український географічний журнал. – 1997. – №1. – С.51-55.
 193. Шарыгин М.Д. Поиск новых направлений географических исследований. / М.Д. Шарыгин, В.В. Резвых// Пространство и время в географии. Тезисы научно-практической конференции Татарского филиала ГР СССР. – Казань, 1987. – С. 160-163.
 194. Шевченко В.О. Теоретико-методичні основи медико-географічного аналізу території України: дис. ... доктора геогр. наук: 11.00.11 / В.О. Шевченко. – К., 1997. – 297 с.
 195. Шевчук Л.Т. Медико-соціальні аспекти використання трудового потенціалу: регіональний аналіз і прогноз / Л.Т. Шевчук. – Львів, 2003. – 489 с.
 196. Шелестов Д.К. Демография: История и современность. / Д.К. Шелестов. — М.: «Финансы и статистика», 1983. — 271 с.
 197. Шестаков А.С. Принципы классификаций эколого-географических ситуаций / А.С. Шестаков //Изв. Русс. геогр. об-ва. – 1992. – Вып.3. – С.124–135.
 198. Шошин А.А. Основы медицинской географии \ А.А. Шошин. – М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1962. – 147 с.

199. Шувалов Е.Л. География населения/ Е.Л. Шувалов. – М.: Просвещение, 1985. – 176 с.
200. Щербак О.В. Метаморфізація питних підземних вод на території Херсонської області / О.В. Щербак // Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Геологія – Географія – Екологія. – 2014. – № 1128. Вип. 41. – С.96-100.
201. Экология города / [Ф.В. Стольберг, В.Н. Ладыженский, В.А. Маляренко и др.]. – К.: Либра, 2000. – 464 с.
202. Экономическая и социальная география СССР: история и современность. / [сост. Т.Е. Губанова]. – М.: Просвещение, 1987. – 542 с.
203. Яворська В.В. Основні категорії та поняття геодемографічного процесу / В.В. Яворська // Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету. Серія географія. – Тернопіль, 2008. – № 2. – С. 57-62.
204. Яворська В.В. Регіональні геодемографічні процеси в Україні / В.В. Яворська. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2013. – 384 с.
205. Яворська В.В. Регіональні геодемографічні процеси в Україні: теоретико-методологічні аспекти : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора геогр. наук: спец 11.00.02 «Економічна та соціальна географія» / В.В. Яворська. – Одеса, 2014 . – 40 с.
206. Якість життя населення регіону: аналіз, прогнозування, соціальна політика Монографія / [під ред. В.Г. Никифорова]. – Одеса, 2012. – 316с.
207. A community for measuring health outcomes using SF tools. [Electronic resource] - Access mode: <http://www.sf-36.org/>.
208. Brown T. A Companion to Health and Medical Geography / Tim Brown. - Wiley-Blackwell, 2010. – 640 p.
209. Burden of disease and cost-effectiveness estimates. [Electronic resource] - Access mode: http://www.who.int/water_sanitation_health/diseases/burden/en.
210. Hunt, Sonja M.; McKenna, S.P.; McEwen, J.; Williams, Jan; Papp, Evelyn

- (1981). The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations. [Electronic resource] – Access mode: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1052513/>.
211. OECD Better Life Index. [Electronic resource] – Access mode: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>.
212. Supplement to the Standard of Building Biology Testing Methods SBM-2008. BUILDING BIOLOGY EVALUATION GUIDELINES FOR SLEEPING AREAS [Electronic resource] – Access mode: http://www.otava.ua/files/BUILDING_BIOLOGY_EVALUATION_GUIDELINES.pdf.
213. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). [Electronic resource] - Access mode: http://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en.
214. World Suicide Report. Preventing suicide: a global imperative. – Geneva: World Health Organization; 2014. – 92 p.

ДОДАТКИ



ХЕРСОНСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
вул. 295 Стрілецької дивізії, 21, м. Херсон, 73000, тел./факс 42-03-59,
e-mail: dp-health@khoda.gov.ua Код ЄДРПОУ 02013202

№ _____ На № _____ від _____

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Молікевича Романа Сергійовича

У результаті проведення дисертаційного дослідження «Стан здоров'я населення Херсонської області (медико-географічне дослідження)» Р.С.Молікевичем було обґрунтовано та апробовано авторську методику інтегральної оцінки стану здоров'я населення із залученням статистичних даних, комплексних індикаторів і даних анкетного опитування мешканців адміністративних територій області. Представлені автором кандидатської дисертації матеріали, у т.ч. укладені ним картосхеми, результати проведеного соціологічного опитування були використані Департаментом охорони здоров'я Херсонської обласної державної адміністрації у звітних матеріалах та з метою вдосконалення моніторингу стану здоров'я населення Херсонської області.

Заступник директора Департаменту

Л.В.Бондарева

Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації
04-08-449/0/16/024.1.2 від 02.08.2016



ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор Херсонського
державного університету, професор
В.М. Стратонов

« 11 » 07 2016 р.

АКТ

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
асистента кафедри соціально-економічної географії Молікевича Романа Сергійовича на
тему: «Стан здоров'я населення Херсонської області (медико-географічне дослідження)»,
поданої на здобуття наукового ступеня кандидата географічних наук за спеціальністю
11.00.02 – економічна та соціальна географія.

Комісія у складі:

Голова - проректор з наукової роботи, професор Федяєва В.Л.;

Члени комісії – керівник відділу з питань інтелектуальної власності, доцент Блах В.С.,
декан факультету біології, географії і екології, доцент Пилипенко І.О., завідувач
кафедри соціально-економічної географії, доцент Мальчикова Д.С.

цим Актом засвідчує, що результати дисертаційного дослідження Молікевича Романа
Сергійовича, представленого на здобуття наукового ступеня кандидата географічних наук,
використані у роботі кафедри соціально-економічної географії Херсонського державного
університету. Результати, висновки та пропозиції дисертації використовувалися:

- 1) під час підготовки і викладання курсів лекцій, розробки навчально-методичного
забезпечення дисциплін «Географія населення», «Соціальна географія», «Геостатистика»
(2013-2015 рр.).
- 2) з метою оптимізації навчально-методичного забезпечення освітнього процесу (постійно
для удосконалення навчальних програм);
- 3) для складання програм навчально-польових практик з суспільно-географічних
дисциплін (2014-2015 н.р.).

Комісія дійшла висновку, що використання зазначених результатів дозволило
підвищити ефективність навчального процесу і методичного забезпечення на факультеті
біології, географії і екології, удосконалити систему викладання дисциплін «Географія
населення», «Соціальна географія», «Геостатистика».

Голова комісіїПроректор з наукової роботи,
доктор педагогічних наук, професор

В.Л. Федяєва
Члени комісії:Керівник відділу з питань
інтелектуальної власності,
кандидат педагогічних наук, доцент

В.С. Блах
Декан факультету біології, географії і екології,
доктор географічних наук, доцент

І.О. Пилипенко
Завідувач кафедри
соціально-економічної географії,
доктор географічних наук, доцент

Д.С. Мальчикова

Перша сторінка анкети:

ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет біології, географії і екології
Кафедра соціально-економічної географії

Україна, 73000, м. Херсон, вул. 40 років Жовтня, 27
 тел.:(0552) 32-67-17
 E-mail: esgeogr@ksu.ks.ua

Анкета №
на тему:
« Суспільне здоров'я та якість життя населення »

Шановний добродію, шановна добродійко!

Ми просимо Вас взяти участь у проведенні дослідження та відповіді на запитання запропонованої анкети, у відповідності до супроводжуючих інструкцій. Опитування цілком анонімне. Тобто Ваші відповіді будуть використані лише для аналізу в узагальненому вигляді разом з відповідями інших респондентів.

Ми сподіваємося на Ваші відверті, об'єктивні і зацікавлені відповіді. Від них у великій мірі будуть залежати висновки і узагальнення проведеного дослідження.

1. Місце проживання _____

2. Вік: _____ **3. Стать:** _____

4. Оцініть стан Вашого здоров'я від 0 до 4 балів (обвести потрібне)

0 дуже поганий	1 поганий	2 задовільний	3 добрий	4 відмінний
-------------------	--------------	------------------	-------------	----------------

5. Скільки разів Ви хворіли за минулий рік (обвести необхідну кількість балів від 0 до 4)?

4 Не хворів(-ла)	3 1 раз	2 2-3 рази	1 4-5 разів	0 Дуже часто
---------------------	------------	---------------	----------------	-----------------

6. Як часто Ви звертались в лікарню/фельдшерсько-акушерський пункт за минулий рік?(обвести необхідну кількість балів від 0 до 4)?

4 Не звертався (-лась)	3 1 раз	2 2-3 рази	1 4-5 разів	0 Дуже часто
---------------------------	------------	---------------	----------------	-----------------

7. Чи маєте Ви хронічні захворювання (обвести потрібне)?

0 Так, з частими загостреннями	1 Так, з рідкими загостреннями	2 Так, але постійно роблю профілактику	3 Мав(-ла) але вилікувався (-лася)	4 Не маю
-----------------------------------	-----------------------------------	---	---------------------------------------	-------------

8. Наскільки ви задоволені власним рівнем життя (обвести потрібне)?

0 Зовсім не задоволений (-на)	1 Не дуже задоволений (-на)	2 Можу миритися	3 Загалом задоволений (-на)	4 Дуже задоволений (-на)
----------------------------------	--------------------------------	--------------------	--------------------------------	-----------------------------

Продовження додатку Б

Друга сторінка анкети:

9. Які причини зазвичай впливають на погіршення Вашого здоров'я (обвести потрібне):

1	низький прибуток/зарплата/пенсія
2	екологічний стан
3	побутові та житлові умови
4	погане харчування
5	низька якість медичних послуг
6	клімат, погода
7	якість питної води
Інше (вписати)	

10. Оцініть екологічний стан у вашому регіоні (обвести потрібне):

0 дуже поганий	1 поганий	2 середній	3 добрий	4 відмінний
-------------------	--------------	---------------	-------------	----------------

11. Наскільки задоволені Ви своїми побутовими і житловими умовами (обвести потрібне)?

0 Зовсім не задоволений (-на)	1 Не дуже задоволений (-на)	2 Можу миритися	3 Загалом задоволений (-на)	4 Дуже задоволений (-на)
----------------------------------	--------------------------------	--------------------	--------------------------------	-----------------------------

12. На скільки Ваше харчування збалансоване і достатнє (обвести потрібне)?

0 Дуже погане	1 Погане	2 Задовільне	3 Добре	4 Відмінне
------------------	-------------	-----------------	------------	---------------

13. Оцініть якість надання медичних послуг у вашому місті/смі/селі (обвести потрібне):

0 незадовільна	1 погана	2 задовільна	3 добра	4 відмінна
-------------------	-------------	-----------------	------------	---------------

14. Наскільки для Вас комфортні природні умови у Вашому місці проживання (обвести потрібне)?

0 Дисконфортні	1 Не дуже комфортні	2 Нормальні	3 Комфортні	4 Дуже комфортні
-------------------	------------------------	----------------	----------------	---------------------

15. Як часто у Вас виникають стресові ситуації (обвести потрібне)?

0 Дуже часто (декілька разів на тиждень, кожен день)	1 часто (1-2 рази в тиждень)	2 рідко (1-2 рази на місяць)	3 дуже рідко (декілька разів на рік)	4 Не виникають
---	---------------------------------	---------------------------------	---	-------------------

16. Яке з наступних суджень найбільш точно підходить для Вас (Вашої сім'ї) (обвести потрібне)?

1	Не вистачає грошей навіть на їжу
2	На їжу вистачає, але купівля одягу викликає утруднення
3	Доходів вистачає тільки на їжу та одяг, покупка речей тривалого користування (телевізор, холодильник, меблі тощо) важкодоступна
4	Для нас придбання речей тривалого користування не проблема, а от дійсно дорогі речі – машина, дача, складні для придбання
5	Ми зараз можемо собі дозволити придбати все, що хочеться

Дякуємо Вам за участь в опитуванні!

Залишити будь-ласка Ваш номер телефону для можливих уточнень: _____ (за бажанням).

З приводу будь-яких питань звертайтеся за номером: 0665981860- Молікевич Роман Сергійович.

Додаток В

Статистична квотна вибірка респондентів для проведення соціологічного опитування населення Херсонської області щодо здоров'я та якості життя (теоретична)*

ОТО	Кількість опитаних, осіб	Міське населення, осіб										Сільське населення, осіб											
		Всього міське	Жінки					Чоловіки					Всього сільське	Жінки					Чоловіки				
			всього жінок	10-15 років	16-35 років	36-64 років	65 років і старше	всього чоловіків	10-15 років	16-35 років	36-64 років	65 років і старше		всього жінок	10-15 років	16-35 років	36-64 років	65 років і старше	всього чоловіків	10-15 років	16-35 років	36-64 років	65 років і старше
Бериславський	100	35	19	3	6	7	3	16	2	6	6	2	65	34	5	12	12	5	31	5	11	11	4
Білозерський	100	15	8	1	3	3	1	7	1	3	2	1	85	44	7	15	16	6	41	7	15	14	5
Великолепетиський	100	49	26	4	9	9	4	23	4	8	8	3	51	26	4	9	9	4	24	4	9	8	3
Великоолександрівський	100	38	20	3	7	7	3	18	3	6	6	3	62	33	6	11	11	5	29	5	10	10	4
Верхньорогачицький	100	48	25	4	8	9	4	23	4	8	8	3	52	28	4	9	10	5	24	4	8	8	4
Високопільський	100	41	22	4	7	8	3	19	3	7	6	3	59	31	5	10	11	5	28	5	10	9	4
Генічеський	100	56	30	5	10	11	4	26	4	9	9	4	44	24	4	8	9	3	20	3	7	7	3
Голопристанський ¹	100	25	14	2	5	5	2	11	2	4	3	2	75	39	7	13	14	5	36	6	13	12	5
Горностаївський	100	34	18	3	6	6	3	16	3	6	5	2	66	34	6	12	12	4	32	6	11	11	4
Іванівський	100	32	17	3	6	6	2	15	2	5	5	3	68	36	6	12	13	5	32	5	11	11	5
Каланчацький	100	52	28	5	9	10	4	24	4	8	8	4	48	25	4	8	9	4	23	4	8	8	3
Каховський	100	58	32	5	11	11	5	26	4	9	9	4	42	22	4	7	8	3	20	3	7	7	3
Нижньосірогоський	100	31	16	3	5	6	2	15	2	6	5	2	69	37	6	13	13	5	32	5	11	11	5
Нововоронцовський	100	30	16	3	5	6	2	14	2	5	5	2	70	37	6	12	13	6	33	5	12	11	5
Новотроїцький	100	42	22	3	8	8	3	20	3	7	7	3	58	31	4	11	11	5	27	4	10	9	4
Скадовський	100	45	24	4	9	8	3	21	3	8	7	3	55	29	5	10	10	4	26	4	9	9	4
Цюрупинський	100	51	27	4	9	10	4	24	4	9	8	3	49	26	4	9	9	4	23	4	8	8	3
Чаплинський	100	36	19	4	6	7	2	17	3	6	6	2	64	34	6	12	12	4	30	6	10	10	4
Херсон (міськрада)	400	386	212	29	75	75	33	174	24	62	61	27	14	8	1	3	3	1	6	1	2	2	1
м. Нова Каховка	100	91	50	7	18	18	7	41	6	15	15	5	9	5	1	1	2	1	4	1	1	1	1
Херсонська область	2300	1195	645	99	222	230	94	550	83	197	189	81	1105	583	95	197	207	84	521	87	183	177	74

*розроблено та розраховано автором

Додаток Г

**Ранжування адміністративних одиниць Херсонської області
за показниками-стимуляторами медико-демографічної ситуації**

№ п/п	Адміністративні одиниці	Показники-стимулятори МДС										
		Статистичні показники МДС										Суб'єктивні показники МДС
		Кількість живонароджених і природний приріст населення, на 1000 осіб						Частка вікових груп у населенні			Міграційний приріст населення, на 1000 осіб	Оцінка стану здоров'я, балів
		міські та сільські поселення		міські поселення		сільські поселення		населення у віці, %				
		Народжуваність	Природний приріст	Народжуваність	Природний приріст	Народжуваність	Природний приріст	0-14	15-65	65 і старше		
1	Бериславський	7	5	5	9	7	5	9	12	12	5	19
2	Білозерський	9	7	13	10	13	10	11	2	16	2	2
3	Великолепетиський	10	17	10	17	11	11	10	13	6	16	16
4	В.Олександрівський	5	9	6	6	5	13	4	19	9	14	11
5	Верхньорогачицький	19	18	18	16	20	16	15	16	1	17	12
6	Високопільський	3	8	2	3	3	14	2	20	3	8	17
7	Генічеський	15	14	14	11	17	17	12	4	15	12	8
8	Голопристанський	8	10	7	18	12	6	7	8	18	11	6
9	Горностаївський	4	3	8	2	1	4	3	14	17	10	7
10	Іванівський	13	20	15	19	15	20	16	6	8	19	20
11	Каланчацький	1	4	1	5	4	7	5	18	11	13	3
12	Каховський	6	1	4	1	8	2	6	3	20	7	1
13	Нижньосірогоський	16	19	11	20	19	15	17	7	7	15	9
14	Нововоронцовський	17	16	12	13	18	19	13	15	4	6	18
15	Новотроїцький	12	12	9	7	16	18	18	10	5	18	5
16	Скадовський	14	13	19	15	14	9	14	9	13	4	13
17	Цюрупинський	11	6	16	8	6	3	8	11	14	1	15
18	Чаплинський	2	2	3	4	2	1	1	17	19	20	10
19	м.Нова Каховка	20	15	20	14	9	12	20	1	10	9	4
20	м.Херсон	18	11	17	12	10	8	19	5	2	3	14

Продовження додатку Г

**Ранжування адміністративних одиниць Херсонської області
за показниками-дестимуляторами медико-демографічної ситуації**

№ п/п	Показники-дестимулятори МДС														РАНГОВИЙ ІНДЕКС ЗДОРОВ'Я	СУМА РАНГІВ ПОКАЗНИКІВ СТИМУЛЯТОРІВ	СУМА РАНГІВ ПОКАЗНИКІВ ДЕСТИМУЛЯТОРІВ
	Статистичні показники МДС												Суб'єктивні показники МДС				
	Кількість померлих, на 1000 осіб			Дитяча смертність, на 1000 осіб	Демографічне навантаження на населення у віці 15-64 років, на 1000 осіб	Поширеність захворюваності, на 1000 осіб	Комплексний індикатор ризику смертності від новоутворень, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від інфекційних та паразитарних хвороб, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від хвороб системи кровообігу, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від хвороб органів дихання, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від хвороб органів травлення, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від зовнішніх причин, на 100 тис.	Оцінка частоти захворювань за рік, балів	Оцінка ступеню поширеності хронічних захворювань, балів			
	міські та сільські поселення	міські поселення	сільські поселення														
1	7	13	4	4	12	10	3	13	5	15	9	12	11	12	225	95	130
2	8	4	9	9	2	11	6	4	3	17	17	18	6	14	223	95	128
3	19	17	11	17	13	2	13	12	20	11	8	17	20	3	320	137	183
4	14	9	19	13	19	9	7	17	18	4	11	9	14	17	281	101	180
5	12	16	6	20	16	3	1	2	6	14	1	1	15	18	299	168	131
6	17	12	20	1	20	1	8	11	4	2	19	2	16	20	236	83	153
7	10	6	15	5	4	15	15	7	19	5	16	15	2	5	278	139	139
8	16	20	5	2	9	13	11	19	9	18	13	11	18	11	286	111	175
9	5	1	13	16	15	5	2	6	1	3	14	19	3	13	189	73	116
10	20	18	18	19	7	6	17	10	15	20	15	4	13	15	368	171	197
11	15	15	16	7	18	4	4	5	11	8	7	20	17	4	223	72	151
12	1	2	1	6	3	8	10	20	2	10	3	10	5	7	147	59	88
13	18	19	10	15	6	14	5	9	17	13	20	8	4	6	319	155	164
14	13	14	12	12	14	19	14	14	16	19	18	7	7	19	349	151	198
15	11	7	17	18	11	18	19	8	8	7	12	16	1	2	285	130	155
16	9	10	7	3	8	16	12	3	7	9	2	3	9	8	243	137	106
17	2	3	3	14	10	12	9	15	13	6	10	5	10	10	221	99	122
18	4	11	2	11	17	7	20	1	14	1	6	14	12	1	202	81	121
19	6	8	14	8	1	17	18	16	10	16	4	13	19	16	300	134	166
20	3	5	8	10	5	20	16	18	12	12	5	6	8	9	256	119	137

Додаток Д

**Результати дослідження якості питної води за
централізованими джерелами водопостачання (комунальні водопроводи) Херсонської області***

Назва адміністративної одиниці	Загальна жорсткість, мг/л	Відсоток перевищення норми за показником загальної жорсткості	Сухий залишок	Відсоток перевищення норми за показником сухого залишку	Хлориди, мг/л	Відсоток перевищення норми за показником вмісту хлоридів	Сульфати, мг/л	Відсоток перевищення норми за показником вмісту сульфатів	Залізо загальне, мг/л	Відсоток перевищення норми за показником вмісту загального заліза	Мідь, мг/л	Фтор, мг/л	Марганець, мг/л	pH	Азот нітратів, мг/л	Окисність (інтегральний показник)	Сумарний відсоток перевищення норм якості питної води
Білозерський	14,60	108,57	1887,00	88,70	650,00	160,00	602,00	140,80	0,12		0,02	0,15	0,01	8,10	7,70	1,10	498,07
Бериславський	7,40	5,71	775,00		134,00		121,00		0,11		0,57	0,03	0,01	7,30	12,00	2,10	5,71
В.Олександрівський	17,60	151,43	1766,00	76,60	498,00	99,20	245,00		0,23	15,00	0,23	0,40	-	7,90	9,80	3,60	342,23
В. Лепетихський	11,60	65,71	1545,00	54,50	317,00	26,80	374,00	49,60	0,13		0,06	0,58	0,01	7,80	18,00	1,40	196,61
В. Рогачинський	6,80		1100,00	10,00	246,00		233,00		0,14		0,15	-	-	7,00	5,00	1,80	10,00
Високопільський	18,50	164,29	1882,00	88,20	490,00	96,00	443,00	77,20	0,29	45,00	0,09	0,37	0,01	7,70	34,00	2,70	470,69
Генічеський	4,60		598,00		200,00		67,00		0,10		0,01	0,77	-	7,90	0,10	1,50	0,00
Голопристанський	3,30		325,00		57,00		51,00		0,12		0,09	0,38	0,01	7,30	11,00	2,20	0,00
Горноставський	15,00	114,29	1836,00	83,60	311,00	24,40	503,00	101,20	0,14		0,01	0,52	0,01	7,40	2,30	1,80	323,49
Іванівський	21,20	202,86	3083,00	208,30	683,00	173,20	878,00	251,20	0,22	10,00	0,04	0,50	0,01	7,80	9,00	2,50	845,56
Каланчацький	4,40		815,00		205,00		143,00		0,16		0,02	0,60	0,01	7,70	1,40	2,20	0,00
Н. Воронцовський	15,00	114,29	1670,00	67,00	221,00		579,00	131,60	0,16		0,01	0,62	0,01	7,30	8,70	2,20	312,89
Н. Сірогосзький	13,00	85,71	1659,00	65,90	505,00	102,00	322,00	28,80	0,27	35,00	-	-	-	7,20	13,00	-	317,41
Н. Троїцький	19,00	171,43	1490,00	49,00	600,00	140,00	810,00	224,00	0,12		0,01	0,01	-	-	13,00	2,50	584,43
Скадовський	3,20		192,00		55,00		45,00		0,14		0,02	0,43	0,01	7,80	0,99	1,50	0,00
Цюрупинський	7,80	11,43	525,00		108,00		75,00		0,11		0,01	0,14	-	8,10	35,00	1,50	11,43
Каховський	6,20		540,00		110,00		88,00		0,15		0,02	0,12	0,01	7,50	5,80	2,20	0,00
Чаплинський	16,60	137,14	1790,00	79,00	385,00	54,00	710,00	184,00	0,12		0,12	0,33	0,01	7,40	22,00	1,50	454,14
м. Н. Каховка	6,90		736,00		118,00		162,00		0,13		0,02	0,13	0,01	7,70	14,00	1,10	0,00
м. Херсон (середнє по районам)	8,74	24,86	1026,16	2,62	282,24	12,90	178,60		0,20		0,01	0,57	0,01	7,59	7,38	1,58	40,37
Санітарно-хімічні показники безпеки за ДержСанПіНу 2.2.4-171-10 (безпечний рівень для здоров'я)	≤ 7,0	0,00	≤ 1000	0,00	≤ 250	0,00	≤ 250	0,00	≤ 0,2	0,00	≤ 1,0	≤ 1,2	≤ 0,05	6,5 – 8,5	≤ 50,0	≤ 5,0	0

* упорядковано та розраховано автором за даними Державного управління охорони навколишнього середовища у Херсонській області

Продовження додатку Д

**Результати дослідження якості питної води за
централізованими джерелами водопостачання (відомчі та сільські водопроводи) Херсонської області***

Назва адміністративної одиниці	Загальна жорсткість, мг/л	Відсоток перевищення норми за показником загальної жорсткості	Сухий залишок	Відсоток перевищення норми за показником сухого залишку	Хлориди, мг/л	Відсоток перевищення норми за показником вмісту хлоридів	Сульфати, мг/л	Відсоток перевищення норми за показником вмісту сульфатів	Залізо загальне, мг/л	Відсоток перевищення норми за показником вмісту загального заліза	Мідь, мг/л	Фтор, мг/л	Марганець, мг/л	Відсоток перевищення вмісту марганцю	pH	Азот нітратів, мг/л	Окисненість (інтегральний показник)	Сумарний відсоток перевищення норм якості питної води
Білозерський	16,00	128,57	1355,00	35,50	410,00	64,00	302,00	20,80	0,11		0,08	0,42	0,01		7,90	5,60	1,30	248,87
Бериславський	9,90	41,43	993,50		172,00		236,00		0,17		0,04	0,33				31,00		41,43
В.Олександрівський	11,00	57,14	1764,00	76,40	483,00	93,20	265,00	6,00	0,17		0,56	0,60	0,01		7,20	6,40	4,30	232,74
В.Лепетихський	12,70	81,43	1293,00	29,30	303,00	21,20	403,00	61,20	0,10		0,02	0,61			7,90	18,50	1,41	193,13
В.Рогачинський	8,00	14,29	1063,00	6,30	231,00		289,00	15,60	0,10				0,01		7,00	3,20		36,19
Високопільський	29,00	314,29	3405,00	240,50	1025,00	310,00	1300,00	420,00	0,30	50,00	0,07	0,14	0,01		7,00	3,00		1334,79
Генічеський	7,80	11,43	677,00		277,00	10,80	201,00		0,10		0,01	1,05	0,01		7,90	2,20	1,80	22,23
Голопристанський	3,40		325,00		69,00		78,00		0,11		0,20	0,37	0,01		7,50	12,00	2,40	0,00
Горностаєвський	12,90	84,29	1842,00	84,20	379,00	51,60	489,00	95,60	0,15		0,02	0,50	0,01		7,50	36,00	1,80	315,69
Іванівський	3,50		338,50		105,30		68,00		0,10		0,03	0,22	0,01			0,10	3,70	0,00
Каланчацький	4,80		805,00		178,00		207,00		0,10		0,04	0,55	0,01		7,50	0,30	1,90	0,00
Н.Воронцовський	14,70	110,00	1871,00	87,10	277,00	10,80	689,00	175,60	0,15		0,02	0,75	0,01		7,70	42,00	2,70	383,50
Н.Сірогозький	8,70	24,29	1277,00	27,70	287,00	14,80	234,00		0,29	45,00					7,00	8,10		111,79
Н.Троїцький	25,00	257,14	2245,00	124,50	735,00	194,00	1056,00	322,40	0,15		0,07	0,12	0,02			13,00	2,20	898,04
Скадовський	3,50		177,00		54,00		28,00		0,15		0,02	0,39	0,01		7,90	1,60	1,20	0,00
Цюрупинський	3,80		278,00		44,00		43,00		0,10		0,01	0,20			8,00	23,00	1,50	0,00
Каховський	16,00	128,57	1455,00	45,50	567,00	126,80	440,00	76,00	0,12		0,00	0,36	0,01		7,20	11,90	2,80	376,87
Чаплинський	25,00	257,14	2620,00	162,00	310,00	24,00	602,00	140,80	0,10		0,02							583,94
м. Н. Каховка	6,10		458,00		73,00		123,00		0,10		0,02	0,24	0,06	20,00	7,60	12,00		20,00
м.Херсон(середнє по районам)	9,32	33,14	1165,10	16,51	300,76	20,30	262,60	5,04	0,20		0,03	0,40	0,01		7,80	32,10	1,50	75,00
Санітарно-хімічні показники безпеки за ДержСанПіНу 2.2.4-171-10 (безпечний рівень для здоров'я)	≤ 7,0	0,00	≤ 1000	0,00	≤ 250	0,00	≤ 250	0,00	≤ 0,2	0,00	≤ 1,0	≤ 1,2	≤ 0,05		6,5 – 8,5	≤ 50,0	≤ 5,0	

* у порядку та розраховано автором за даними Державного управління охорони навколишнього середовища у Херсонській області

Додаток Е

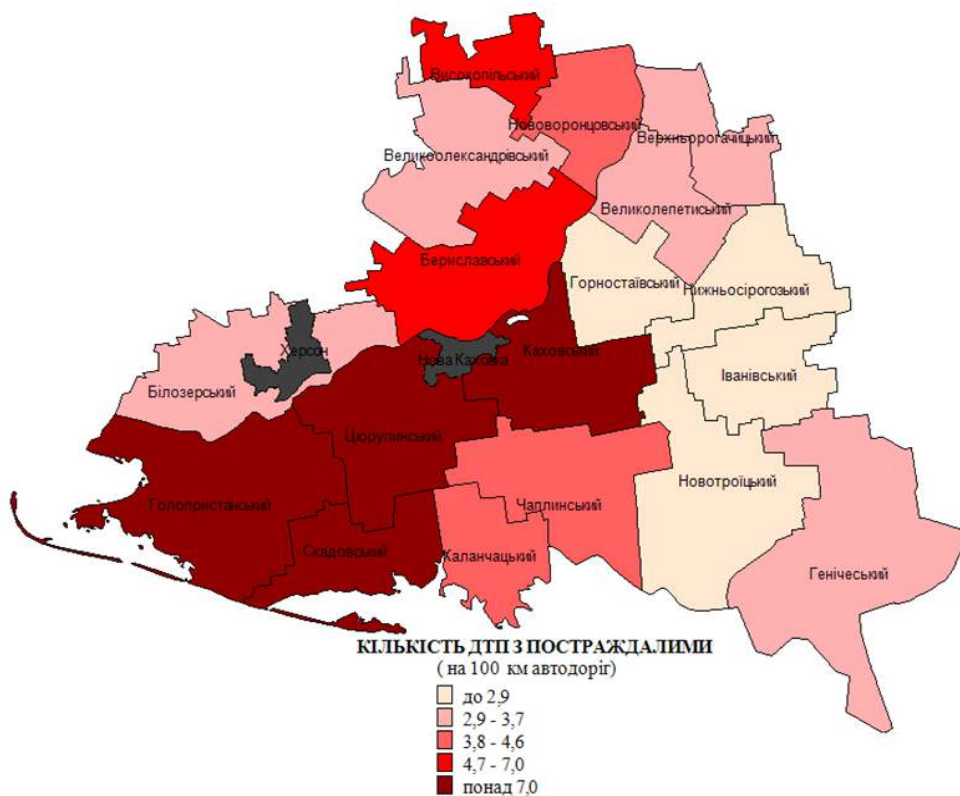
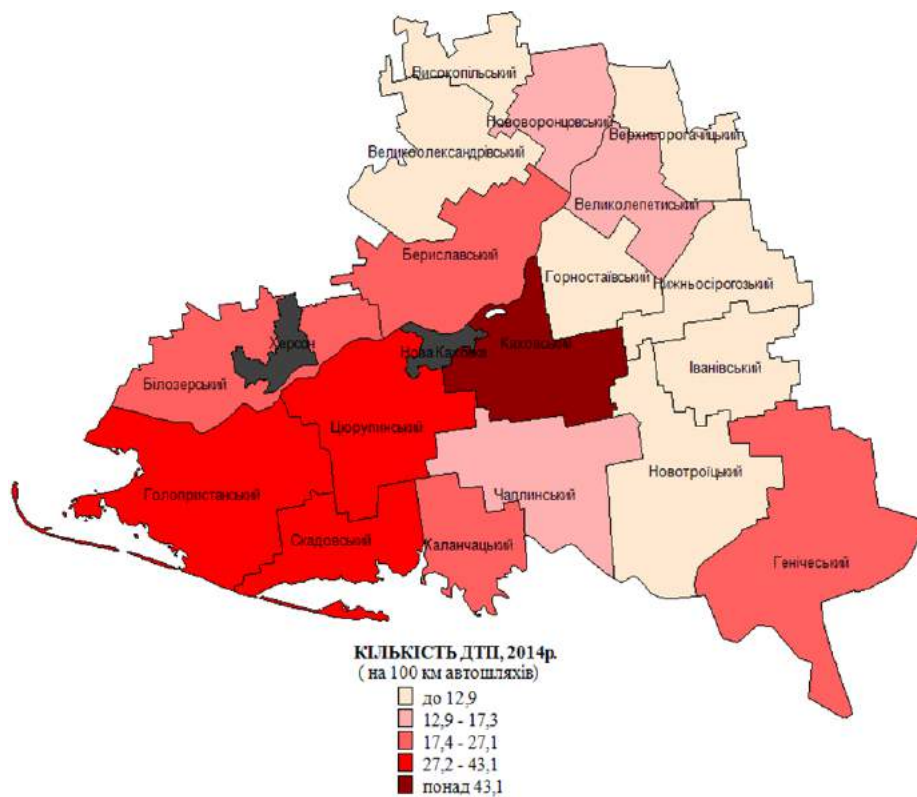
**Інтегральна оцінка рівня соціально-економічного розвитку
адміністративних районів Херсонської області, 2014 р. ***

№	Назва району	Коефіцієнт середньомісячної номінальної заробітної плати	Коефіцієнт забезпеченості населення житлом	Коефіцієнт капітальних інвестицій	Коефіцієнт безробіття скорегований	Коефіцієнт роздрібного товарообороту	Коефіцієнт забезпеченості лікарями	Коефіцієнт забезпеченості середнім мед. персоналом	Σ	Індекс рівня СЕР	Ранг адміністративної одиниці
1	Бериславський	0,85	0,83	0,24	0,60	0,16	0,56	1,00	4,24	0,61	6
2	Білозерський	0,84	1,00	0,27	0,75	0,18	0,46	0,58	4,08	0,58	7
3	Великопетиський	0,76	0,93	0,12	0,30	0,13	0,72	0,90	3,87	0,55	9
4	Великоолександрівський	0,75	0,94	0,09	0,54	0,10	0,49	0,92	3,83	0,55	10
5	Верхньорогачицький	0,70	0,73	0,17	0,11	0,12	0,57	0,88	3,28	0,47	20
6	Високопільський	0,82	1,00	0,23	0,11	0,05	0,66	0,83	3,70	0,53	14
7	Генічеський	0,81	0,73	0,20	0,52	0,30	0,69	1,03	4,27	0,61	4
8	Голопристанський	0,86	0,98	0,20	0,35	0,20	0,44	0,75	3,78	0,54	11
9	Горностаївський	0,76	0,75	0,34	0,42	0,09	0,60	0,81	3,77	0,54	12
10	Іванівський	0,83	0,78	0,05	0,09	0,11	0,49	0,95	3,29	0,47	18
11	Каланчацький	0,78	0,96	0,42	0,00	0,17	0,50	0,80	3,62	0,52	16
12	Каховський	0,79	0,83	0,38	0,08	0,12	0,52	0,91	3,65	0,52	15
13	Нижньосірогоський	0,82	0,86	0,04	0,07	0,15	0,57	0,78	3,29	0,47	19
14	Нововоронцовський	0,80	0,81	0,09	0,29	0,07	0,58	0,85	3,49	0,50	17
15	Новотроїцький	0,83	0,73	0,27	0,35	0,18	0,54	0,87	3,77	0,54	13
16	Скадовський	0,81	0,91	1,00	0,35	0,39	0,56	0,77	4,79	0,68	3
17	Цюрупинський	0,91	0,81	0,18	0,78	0,32	0,56	0,71	4,26	0,61	5
18	Чаплинський	0,83	0,74	0,35	0,55	0,17	0,53	0,84	4,00	0,57	8
19	Нова Каховка	1,00	0,92	0,26	0,49	0,63	0,73	0,87	4,91	0,70	2
20	Херсон (міськрада)	0,99	0,98	0,48	0,72	1,00	1,00	0,89	6,06	0,87	1

* розраховано автором за даними Головного управління статистики в Херсонській області та Херсонського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики.

Додаток Ж

**Кількість випадків ДТП та ДТП з постраждалими
на 100 км автомобільних доріг за районами Херсонської області, 2014 р.***



*укладено автором за інформацією Головного управління ДАІ у Херсонській області

Додаток 3

**Споживання основних продуктів харчування
у домогосподарствах Херсонської області та їх відповідність
нормам, 2013 р.**

	Мінімальні норми*	Раціональні норми**	Усі домогосподарства		Домогосподарства у міських поселеннях		Домогосподарства у сільській місцевості	
			реальне споживання	відсоток недоїдання(-)/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-)/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-)/переїдання(+)
М'ясо і м'ясопродукти	52	80	69,60	-13,00	70,80	-11,50	68,40	-14,50
Молоко і молочні продукти	341	380	206,40	-45,68	230,40	-39,37	171,60	-54,84
Яйця, шт	231	290	288,00	-0,69	300,00	3,45	264,00	-8,97
Риба і рибопродукти	12	20	27,60	38,00	26,40	32,00	28,80	44,00
Цукор	32	38	43,20	13,68	38,40	1,05	49,20	29,47
Олія та інші рослинні жири	8	13	22,80	75,38	22,80	75,38	22,80	75,38
Картопля	96	124	91,20	-26,45	81,60	-34,19	104,40	-15,81
Овочі та баштанні	105	161	130,80	-18,76	128,40	-20,25	134,40	-16,52
Фрукти, ягоди, горіхи, виноград	68	90	54,00	-40,00	62,40	-30,67	40,80	-54,67
Хліб і хлібні продукти	94	101	122,40	21,19	109,20	8,12	142,80	41,39
Сумарний відсоток недоїдання(-)/переїдання(+)				3,67		-15,97		24,94

* Затвердженні Постановою кабінету Міністрів України від 14.04.2000 р. № 656.

** За термінологією МОЗ України "Орієнтовний набір основних продовольчої сировини і харчових продуктів для забезпечення у середньому на душу населення на 2005-2015 роки".

Продовження додатку 3

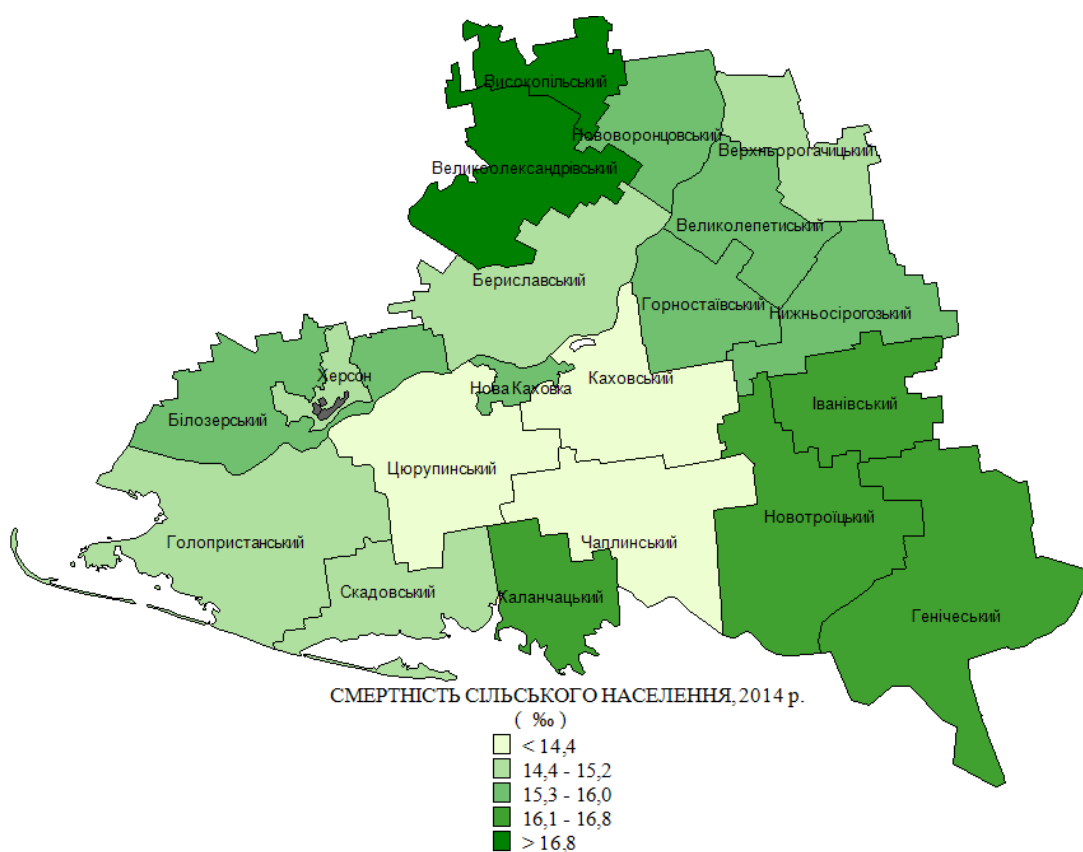
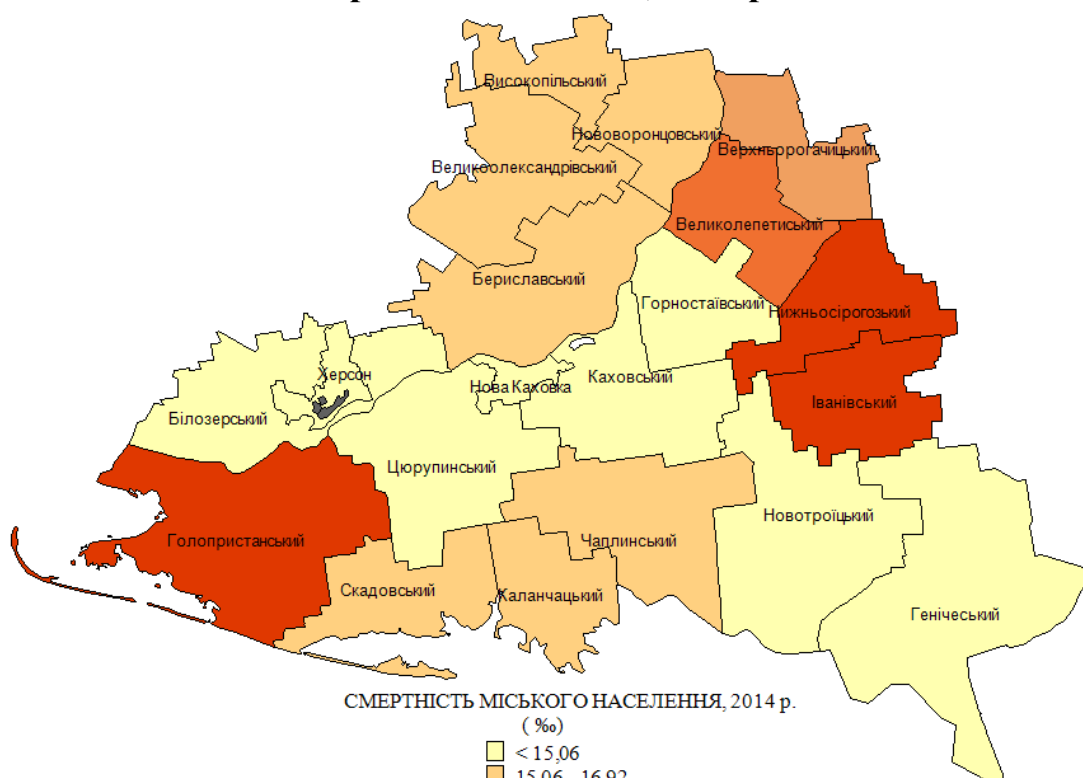
**Споживання основних продуктів харчування
у домогосподарствах Херсонської області із різними середньодушовими еквівалентними загальними доходами та
їх відповідність нормам, 2013 р.**

	Мінімальні норми		Домогосподарства із середньодушовими еквівалентними загальними доходами у місяць, грн																							
			480,1-840,0		840,1-1200,0		1200,1-1560,0		1560,1-1920,0		1920,1-2280		2280,1-2640,0		2640,1-3000,0		3000,1-3360,0		3360,1-3720,0		понад 3720,0		нижче 1113,67*			
			реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)	реальне споживання	відсоток недоїдання(-))/переїдання(+)
М'ясо і м'ясопродукти	52	80	49,2	-38,5	44,4	-44,5	61,2	-23,5	73,2	-8,5	90,0	12,5	88,8	11,0	105,6	32,0	99,6	24,5	80,4	0,5	115,2	44,0	43,2	-46,0		
Молоко і молочні продукти	341	380	102,0	-73,2	145,2	-61,8	192,0	-49,5	224,4	-40,9	223,2	-41,3	266,4	-29,9	261,6	-31,2	302,4	-20,4	310,8	-18,2	331,2	-12,8	123,6	-67,5		
Яйця, шт	231	290	240,0	-17,2	276,0	-4,8	300,0	3,4	264,0	-9,0	312,0	7,6	300,0	3,4	288,0	-0,7	264,0	-9,0	264,0	-9,0	264,0	-9,0	252,0	-13,1		
Риба і рибопродукти	12	20	24,0	20,0	18,0	-10,0	25,2	26,0	33,6	68,0	30,0	50,0	34,8	74,0	26,4	32,0	39,6	98,0	39,6	98,0	40,8	104,0	19,2	-4,0		
Цукор	32	38	44,4	16,8	34,8	-8,4	42,0	10,5	42,0	10,5	44,4	16,8	50,4	32,6	56,4	48,4	39,6	4,2	39,6	4,2	61,2	61,1	36,0	-5,3		
Олія та інші рослинні жири	8	13	20,4	56,9	20,4	56,9	22,8	75,4	24,0	84,6	24,0	84,6	21,6	66,2	27,6	112,3	28,8	121,5	28,8	121,5	31,2	140,0	19,2	47,7		
Картопля	96	124	93,6	-24,5	78,0	-37,1	87,6	-29,4	79,2	-36,1	100,8	-18,7	120,0	-3,2	123,6	-0,3	109,2	-11,9	109,2	-11,9	127,2	2,6	76,8	-38,1		
Овочі та баштанні	105	161	120,0	-25,5	85,2	-47,1	120,0	-25,5	127,2	-21,0	158,4	-1,6	170,4	5,8	175,2	8,8	112,8	-29,9	112,8	-29,9	225,6	40,1	91,2	-43,4		
Фрукти, ягоди, горіхи, виноград	68	90	24,0	-73,3	37,2	-58,7	48,0	-46,7	60,0	-33,3	66,0	-26,7	55,2	-38,7	74,4	-17,3	112,8	25,3	76,8	-14,7	91,2	1,3	32,4	-64,0		
Хліб і хлібні продукти	94	101	122,4	21,2	105,6	4,6	117,6	16,4	120,0	18,8	136,8	35,4	129,6	28,3	163,2	61,6	115,2	14,1	115,2	14,1	189,6	87,7	106,8	5,7		
Сумарний відсоток недоїдання/переїдання				-137,3		-210,9		-42,7		33,1		118,7		149,6		245,63		216,4		154,6		459,0		-227,8		

*розмір прожиткового мінімуму у 2013 р.

Додаток И

Загальний коефіцієнт смертності міського і сільського населення Херсонської області, 2014 р.*

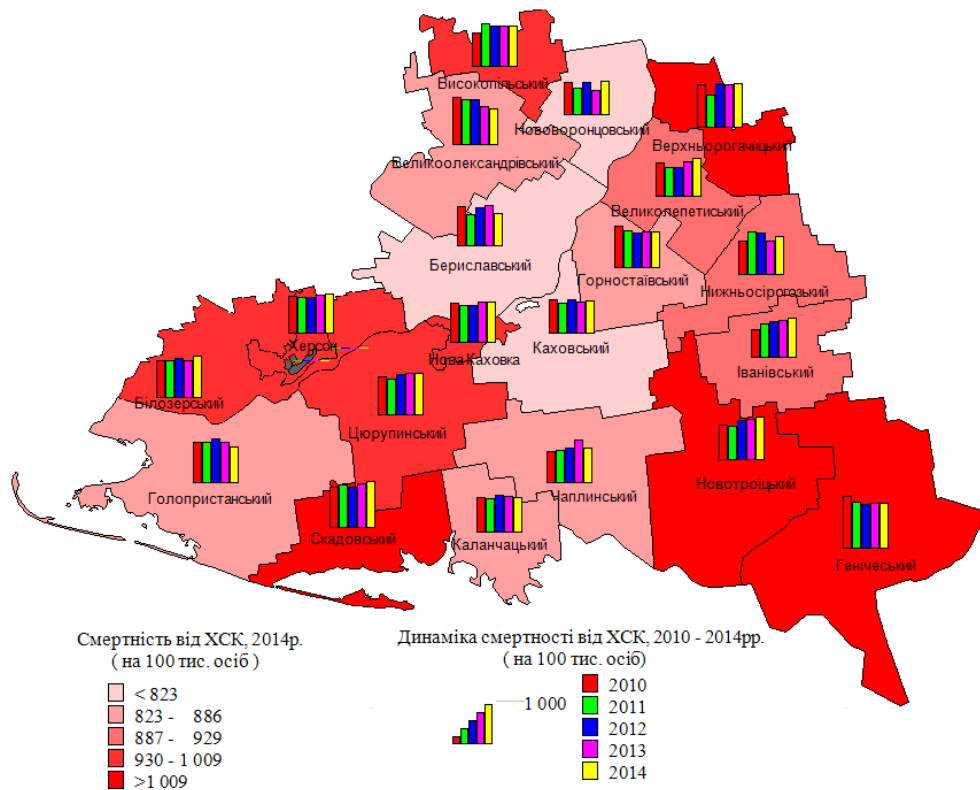


*укладено автором за даними Головного управління статистики в Херсонській області

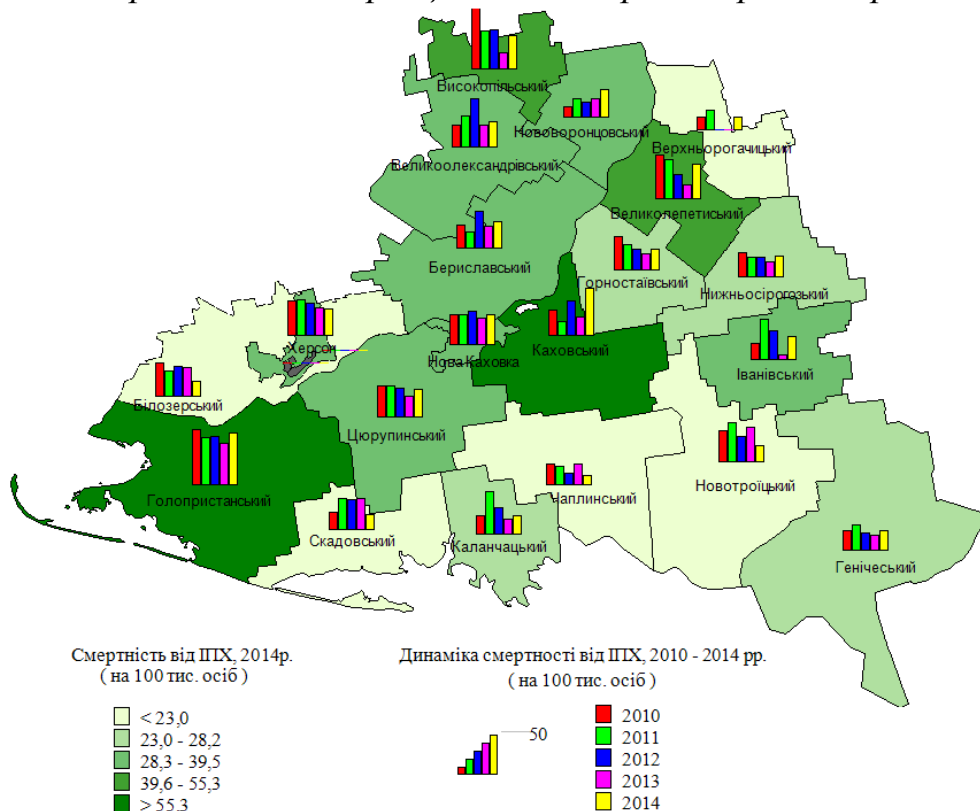
Додаток К

Смертність населення за основними причинами за районами і міськрадами Херсонської області (2014 р. і динаміка за 2010-2014 рр.)*

Смертність від хвороб системи кровообігу



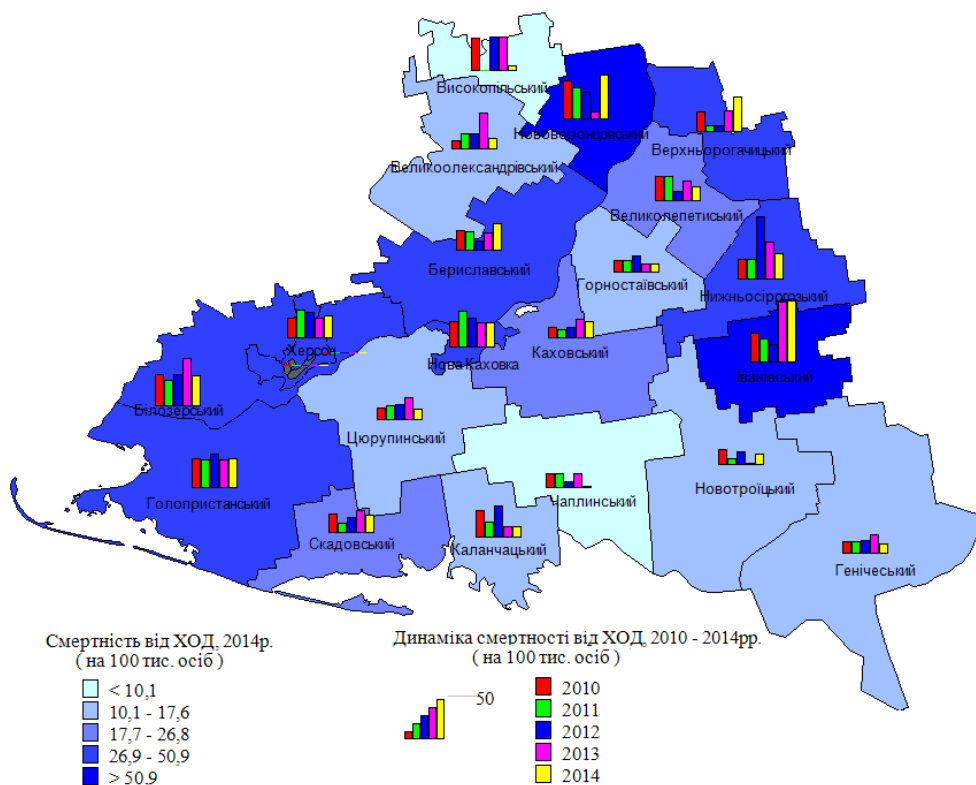
Смертність від інфекційних та паразитарних хвороб



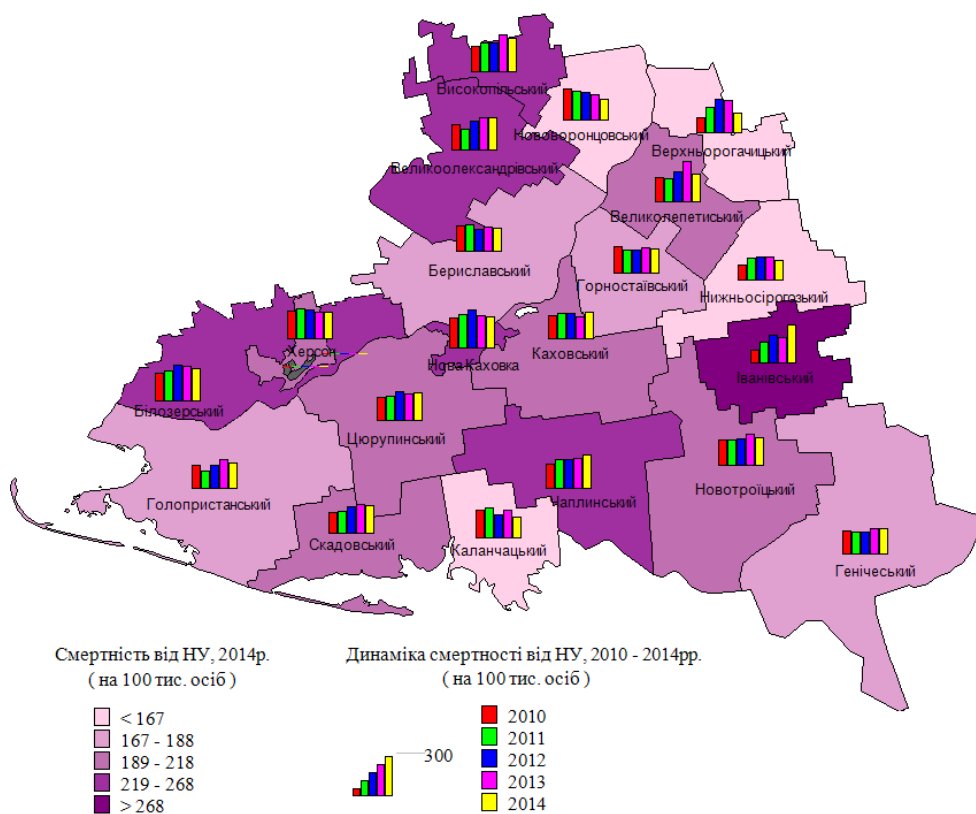
* укладено автором за даними Головного управління статистики в Херсонській області

Продовження додатку К

Смертність від хвороб органів дихання



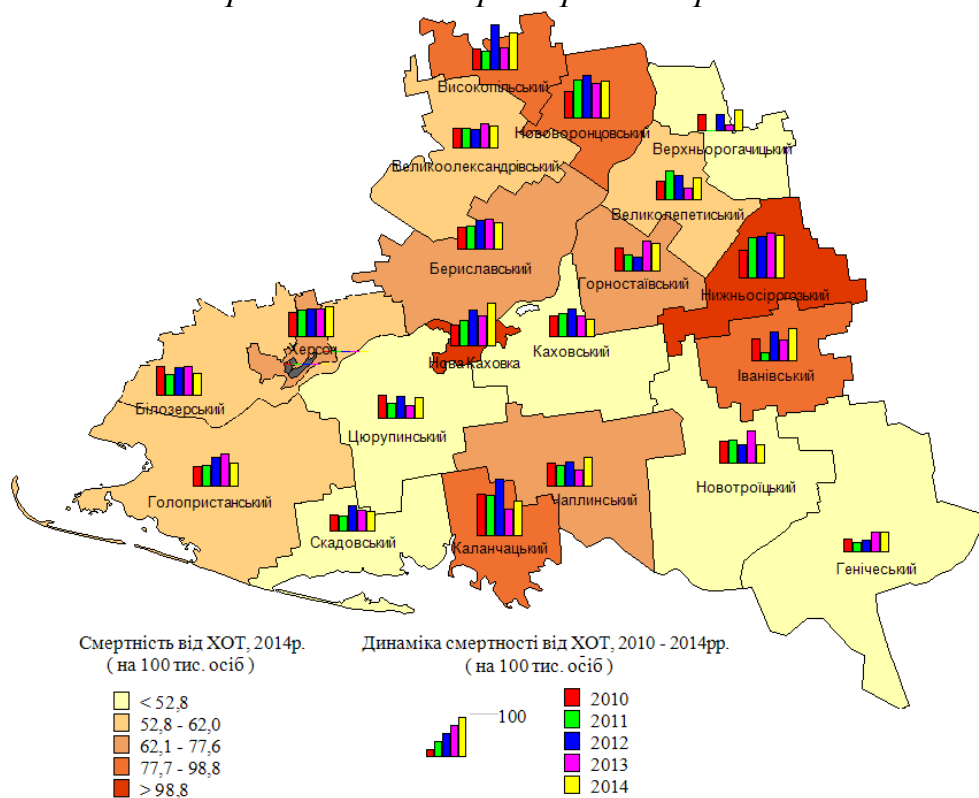
Смертність від новоутворень



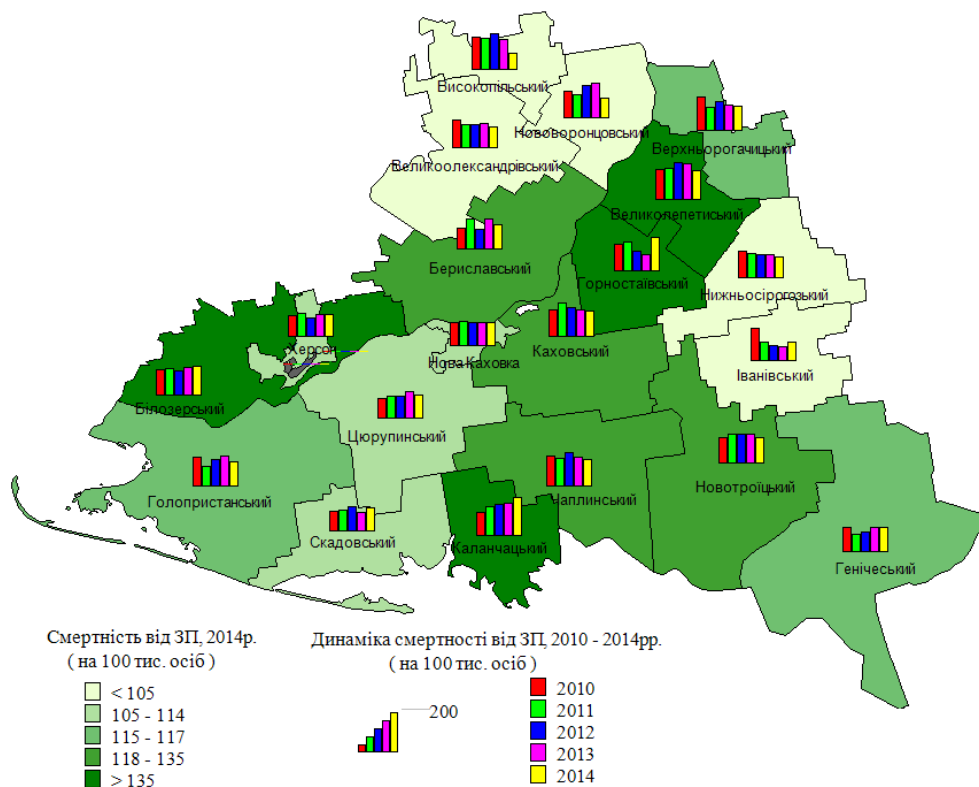
укладено автором за даними Головного управління статистики в Херсонській області

Продовження додатку К

Смертність від хвороб органів травлення

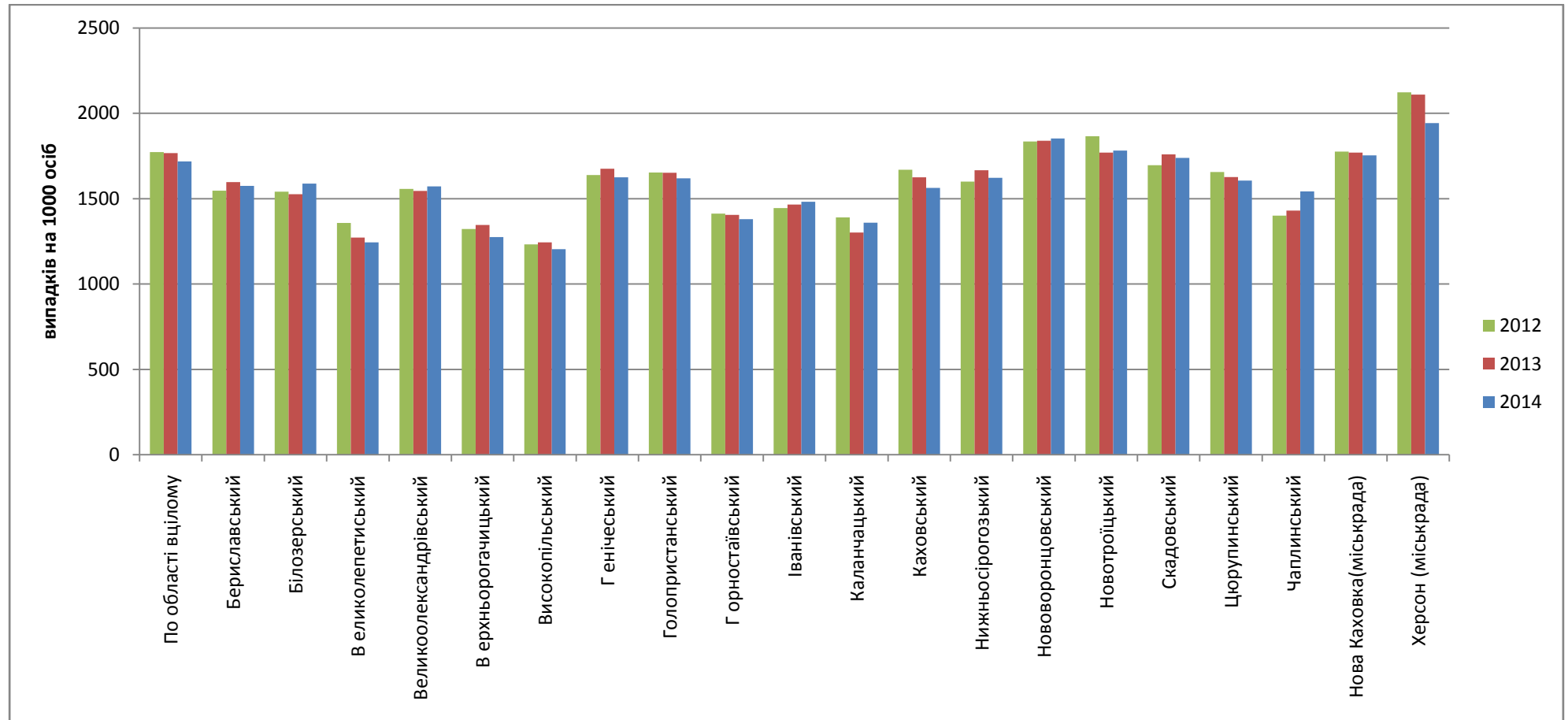


Смертність від зовнішніх причин



укладено автором за даними Головного управління статистики в Херсонській області

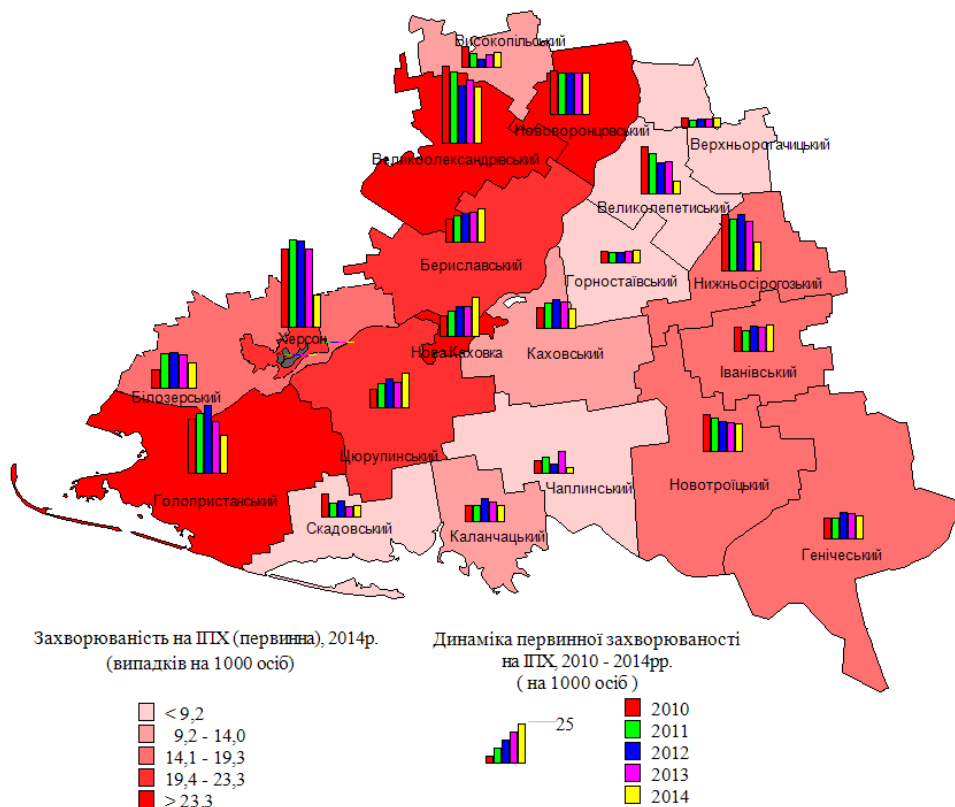
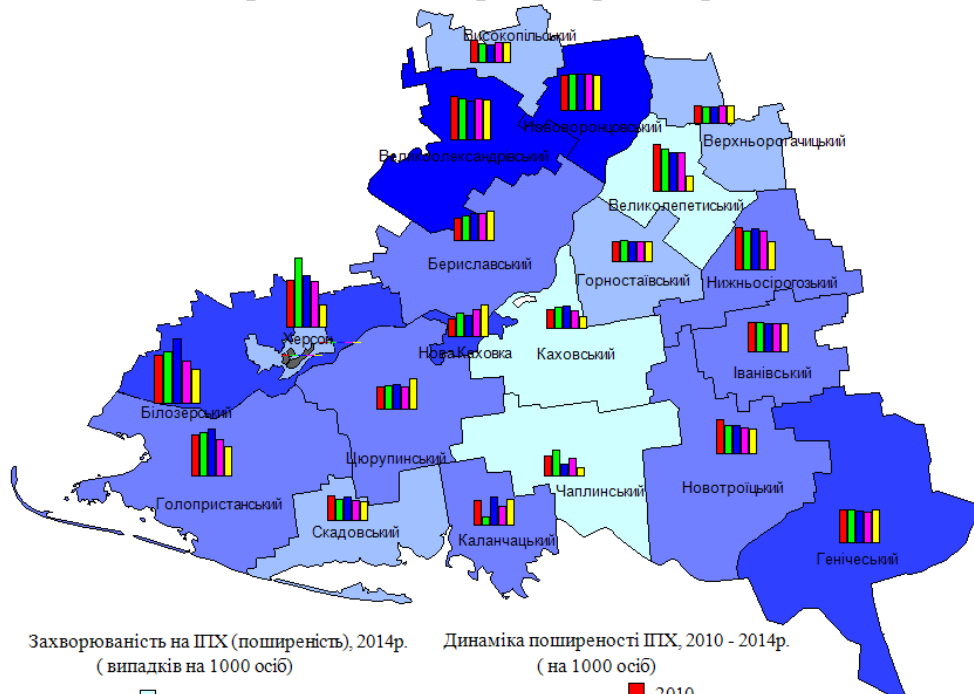
**Динаміка показників загальної поширеності захворювань серед населення
адміністративних районів Херсонської області**



Додаток М

Поширеність і первинна захворюваність населення адміністративних районів Херсонської області за основними групами хвороб (2014 р. і динаміка за 2010-2014 рр.)*

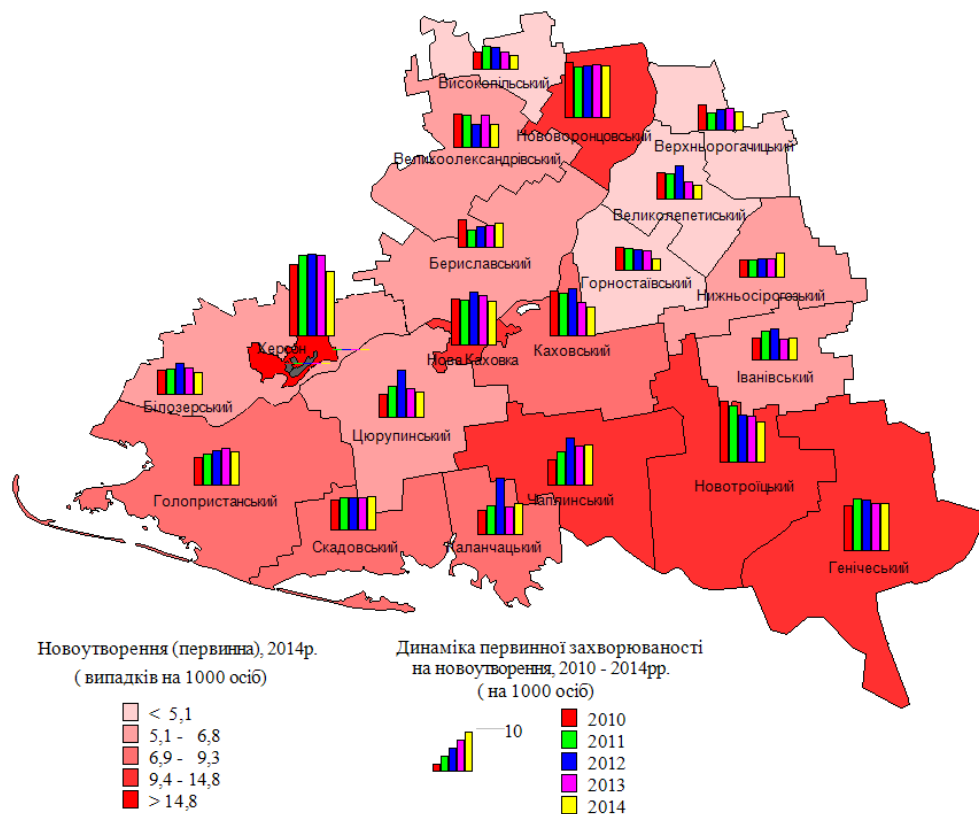
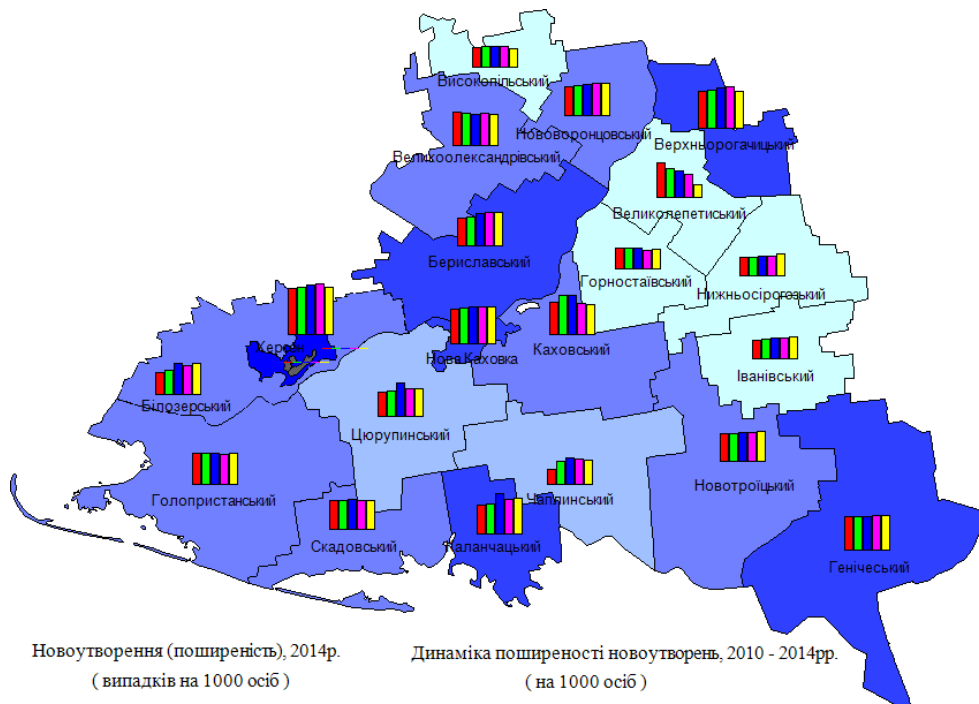
Інфекційні та паразитарні хвороби



* укладено автором за даними Херсонського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики

Продовження додатку М

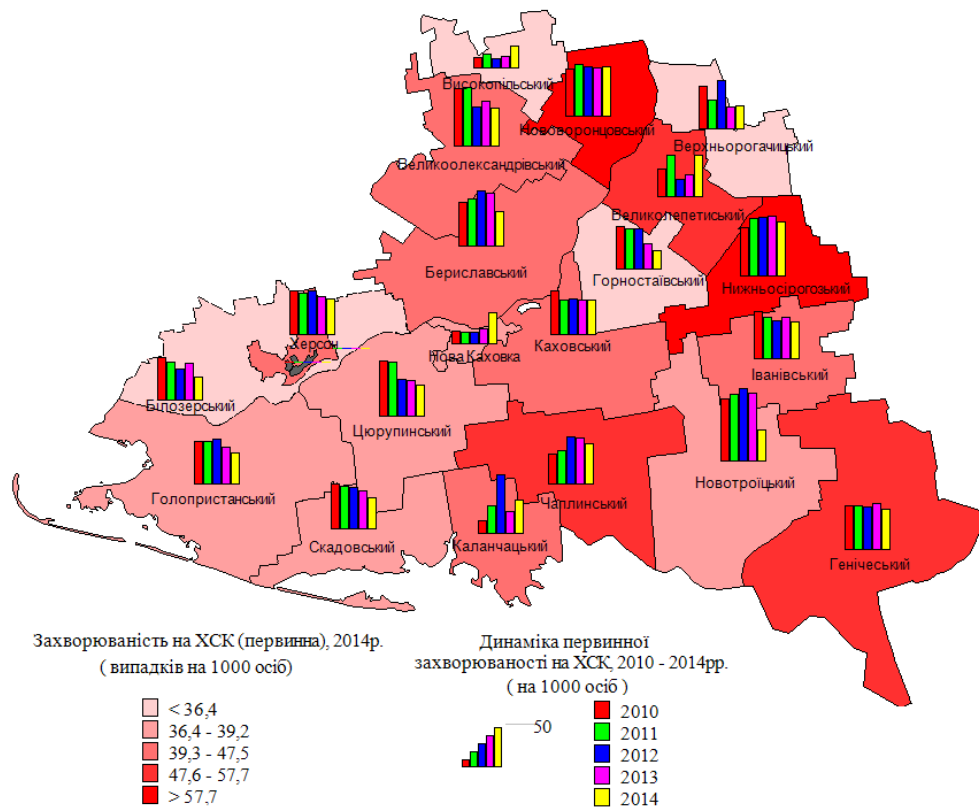
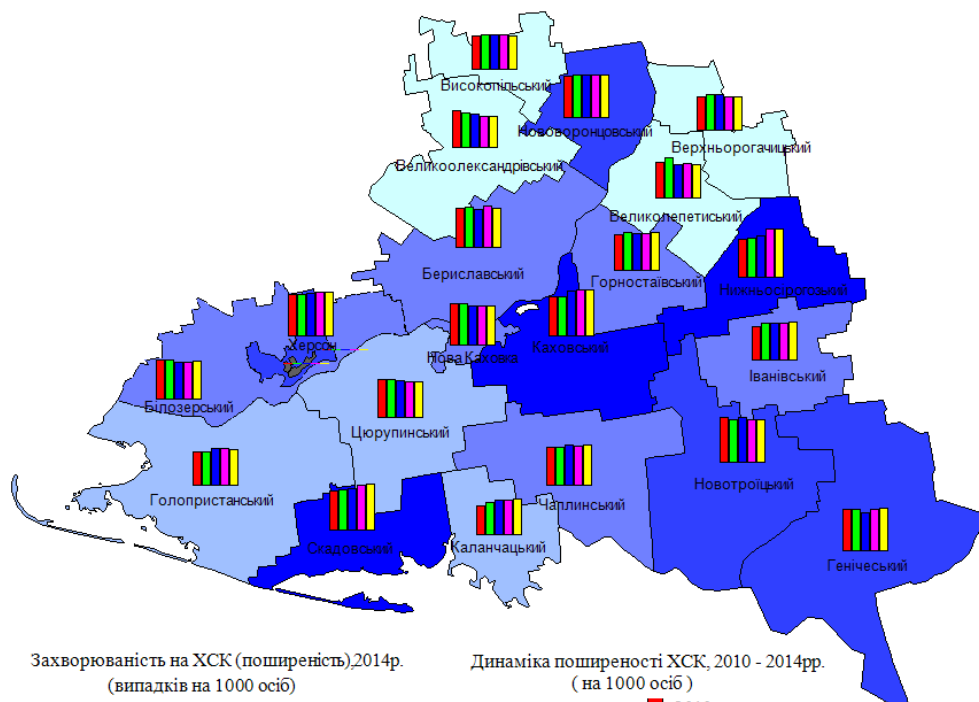
Новоутворення



* укладено автором за даними Херсонського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики

Продовження додатку М

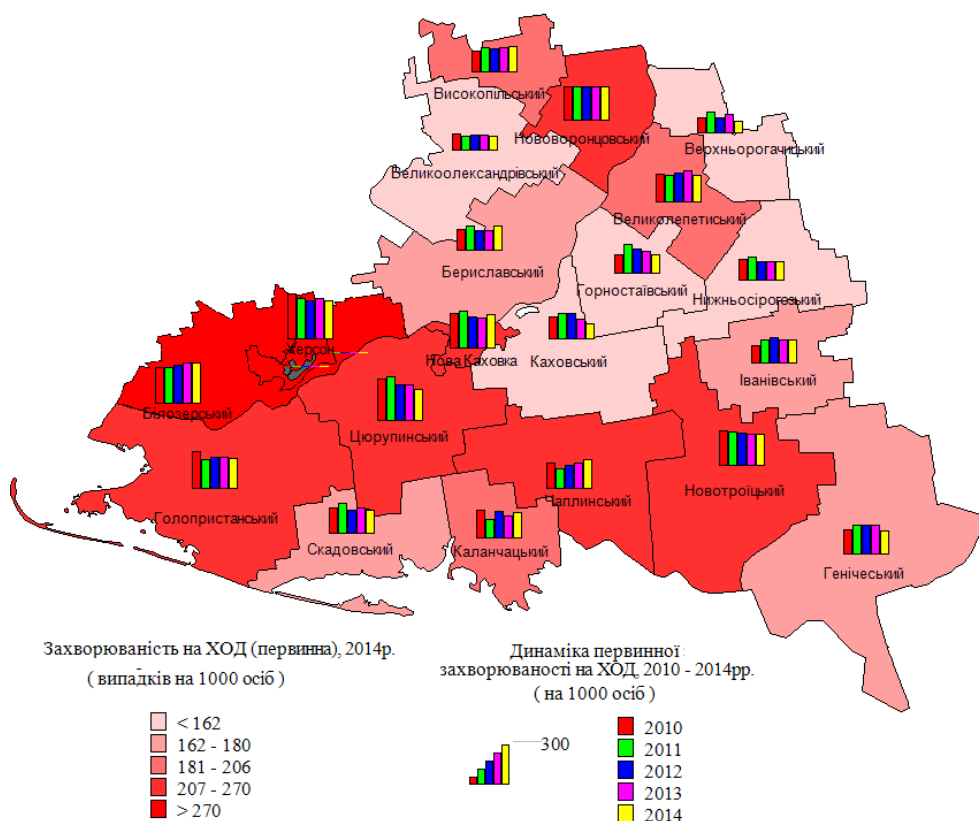
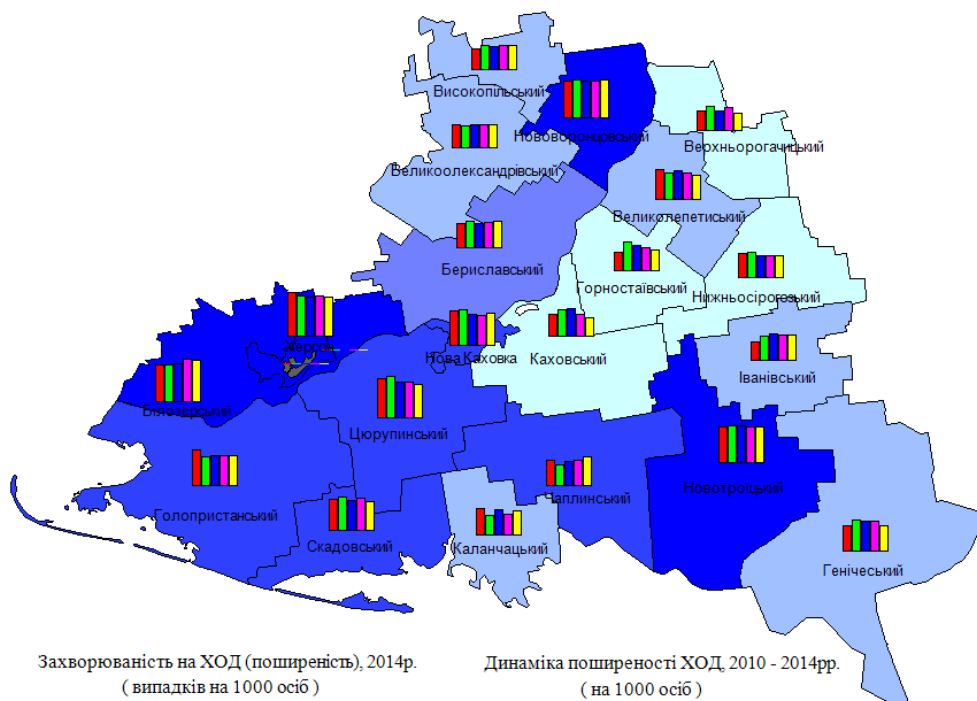
Хвороби системи кровообігу



* укладено автором за даними Херсонського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики

Продовження додатку М

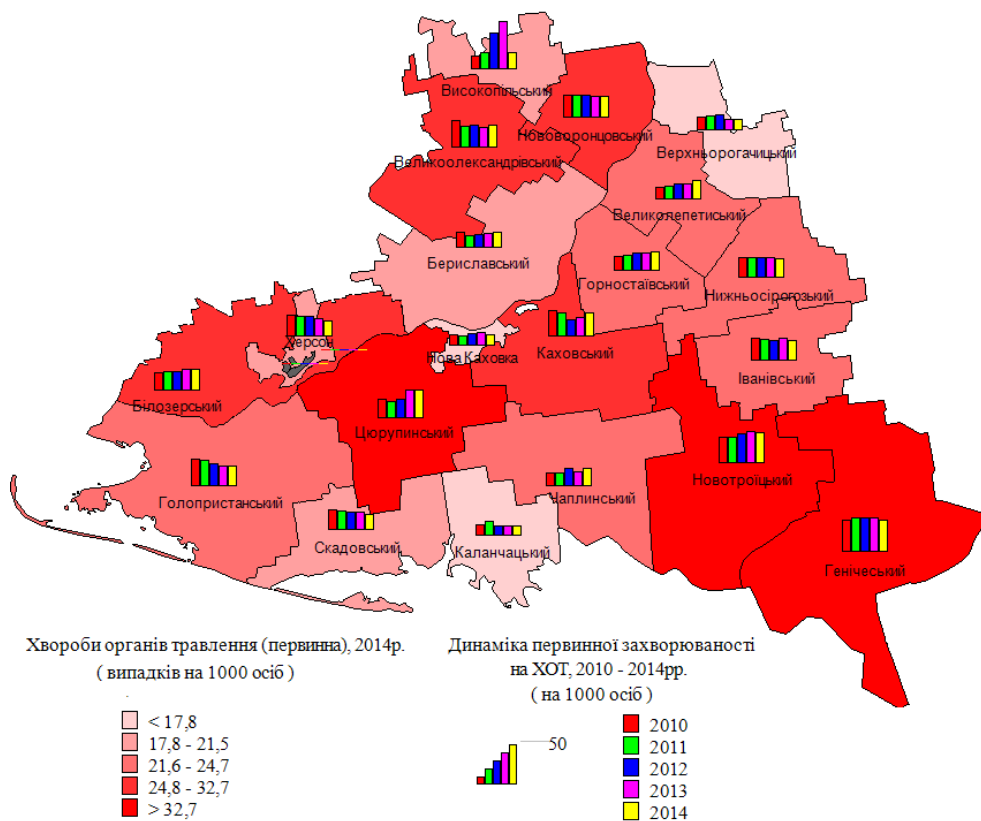
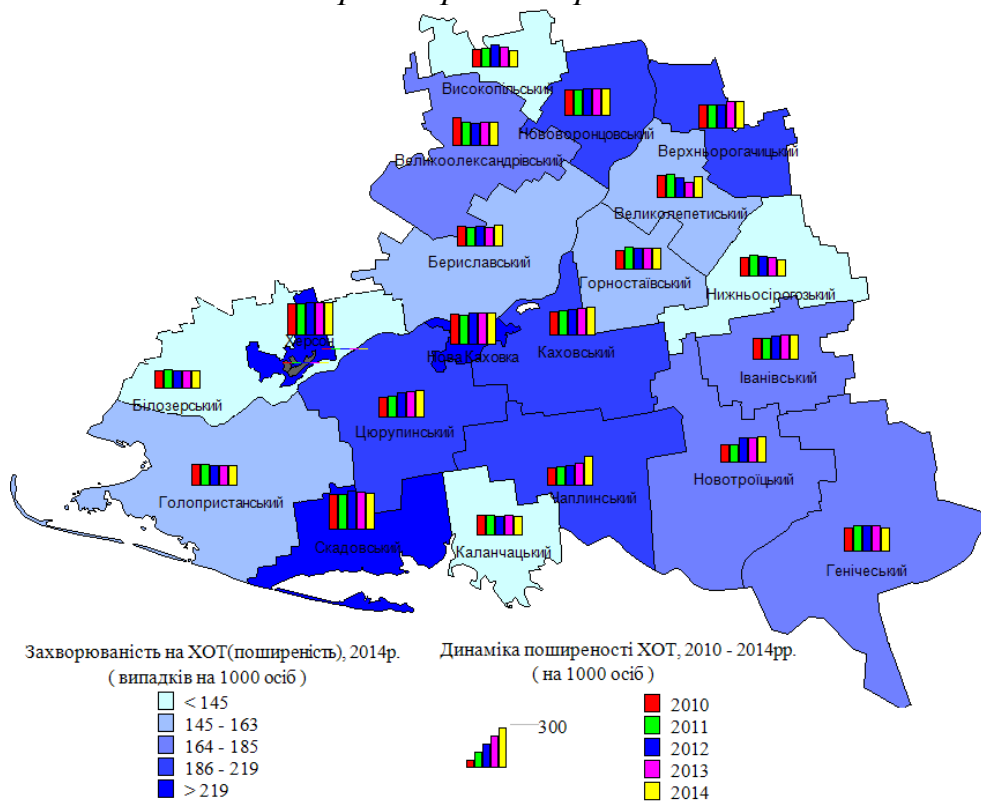
Хвороби органів дихання



* укладено автором за даними Херсонського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики

Продовження додатку М

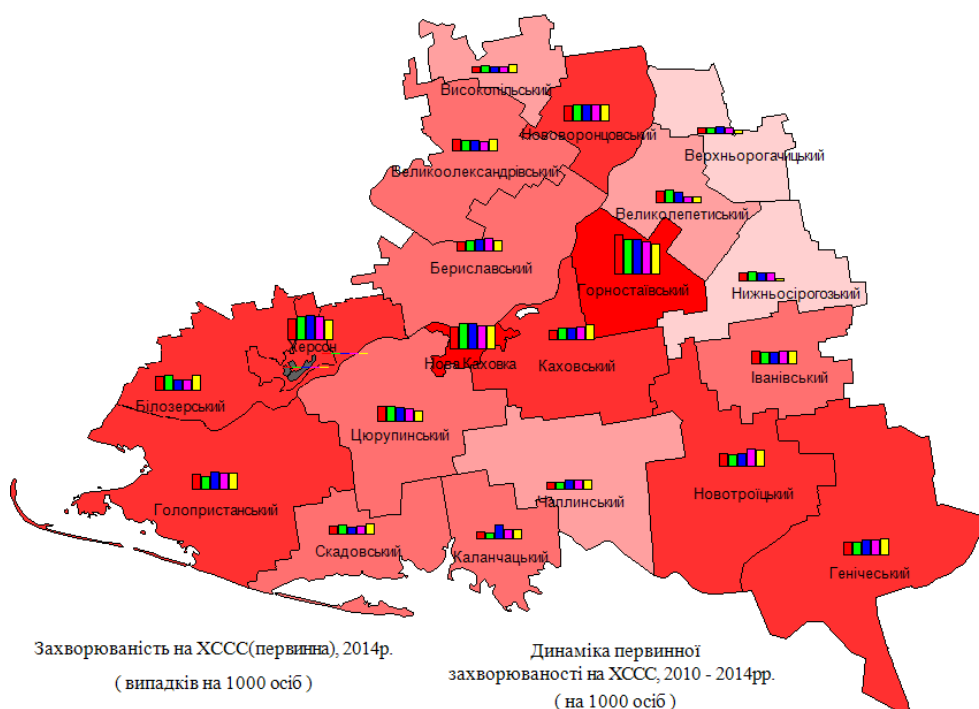
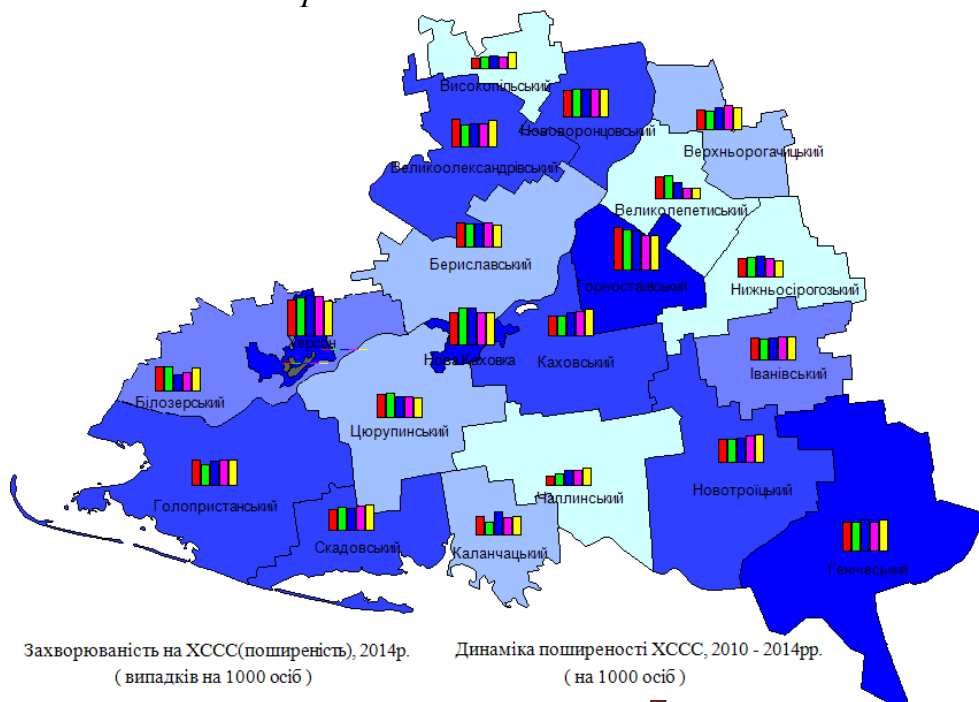
Хвороби органів травлення



* укладено автором за даними Херсонського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики

Продовження додатку М

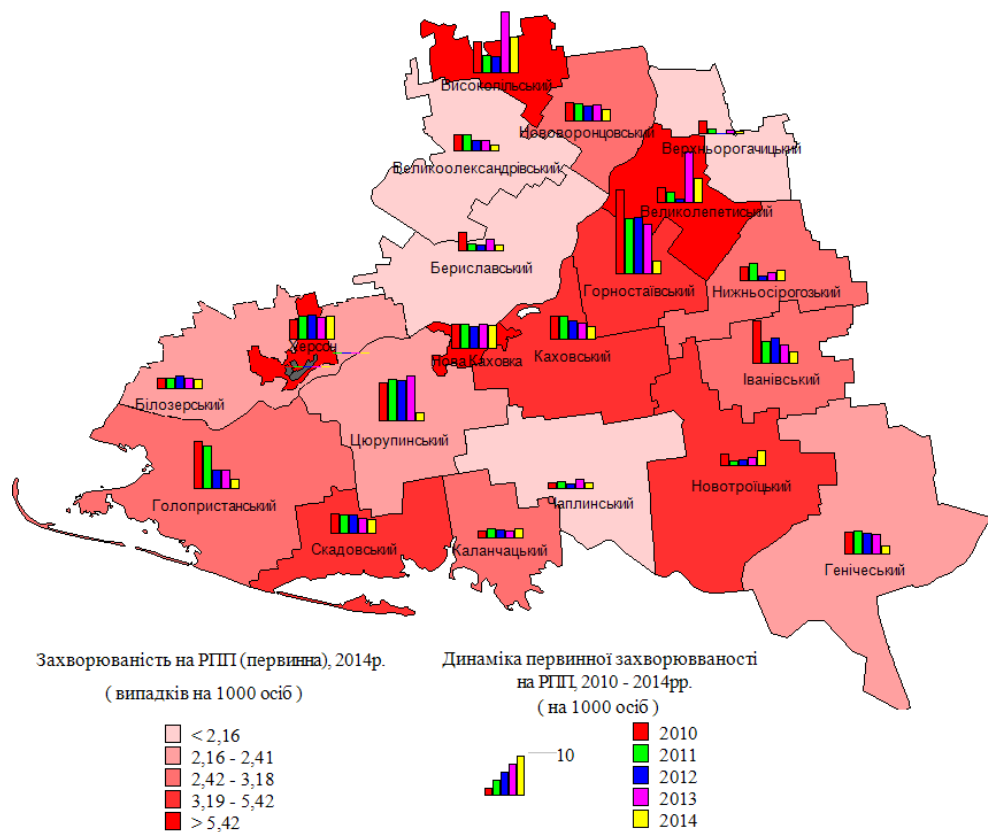
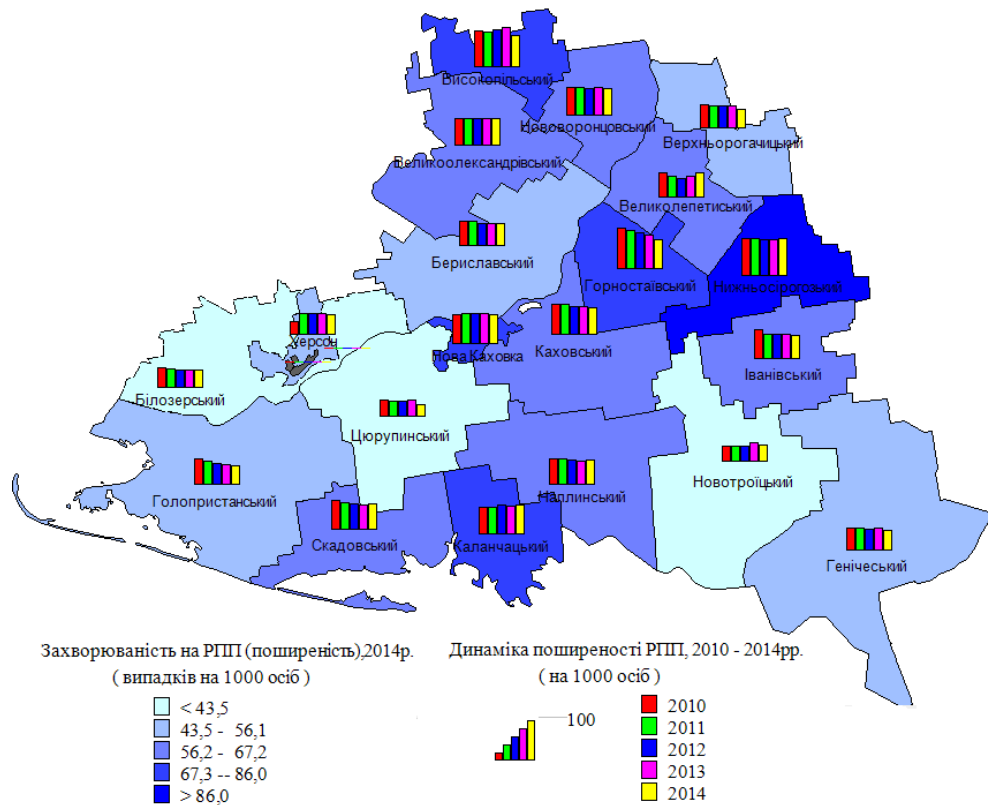
Хвороби сечостатевої системи



* укладено автором за даними Херсонського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики

Продовження додатку М

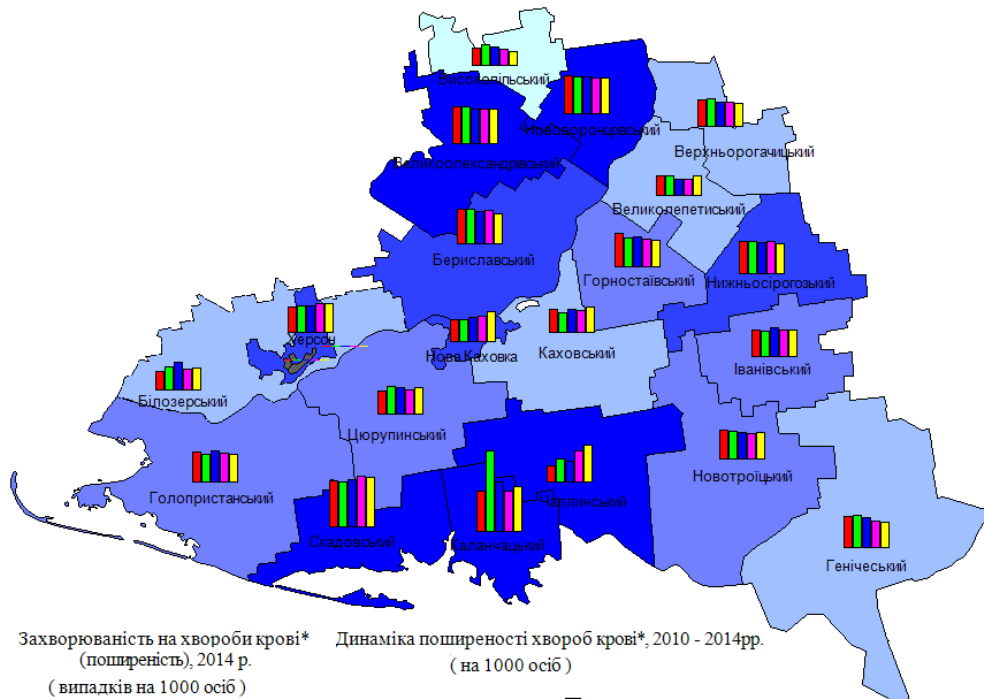
Розлади психіки та поведінки



* укладено автором за даними Херсонського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики

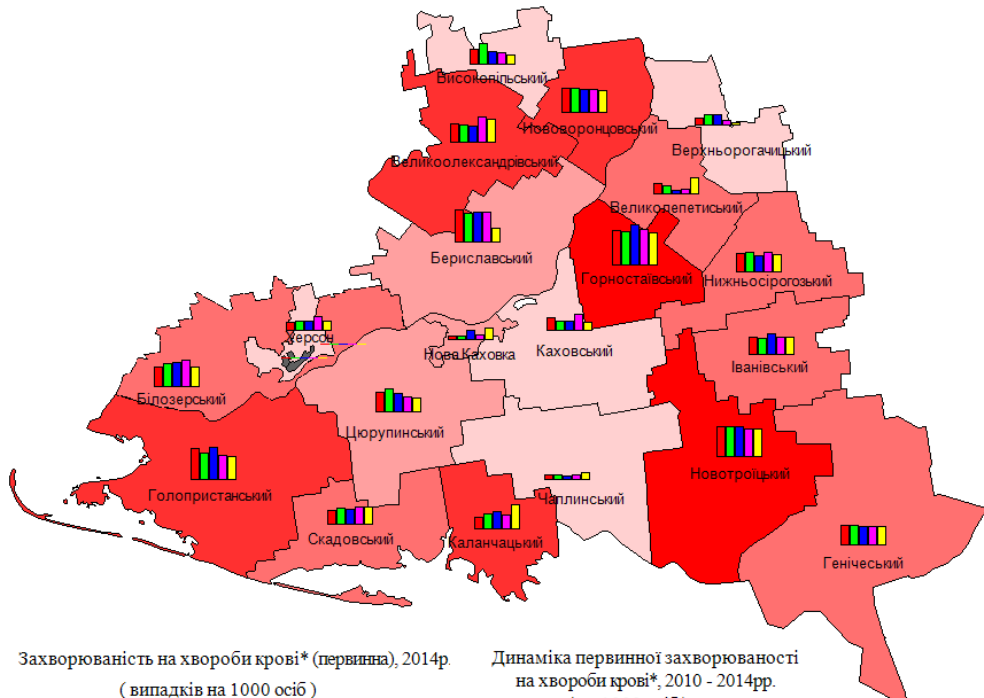
Продовження додатку М

Хвороби кровотворних органів



Захворюваність на хвороби крові* (поширеність), 2014 р.
(випадків на 1000 осіб)

Динаміка поширеності хвороб крові*, 2010 - 2014рр.
(на 1000 осіб)



Захворюваність на хвороби крові* (первинна), 2014р.
(випадків на 1000 осіб)

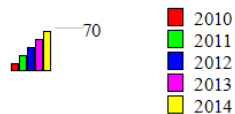
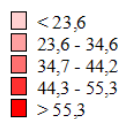
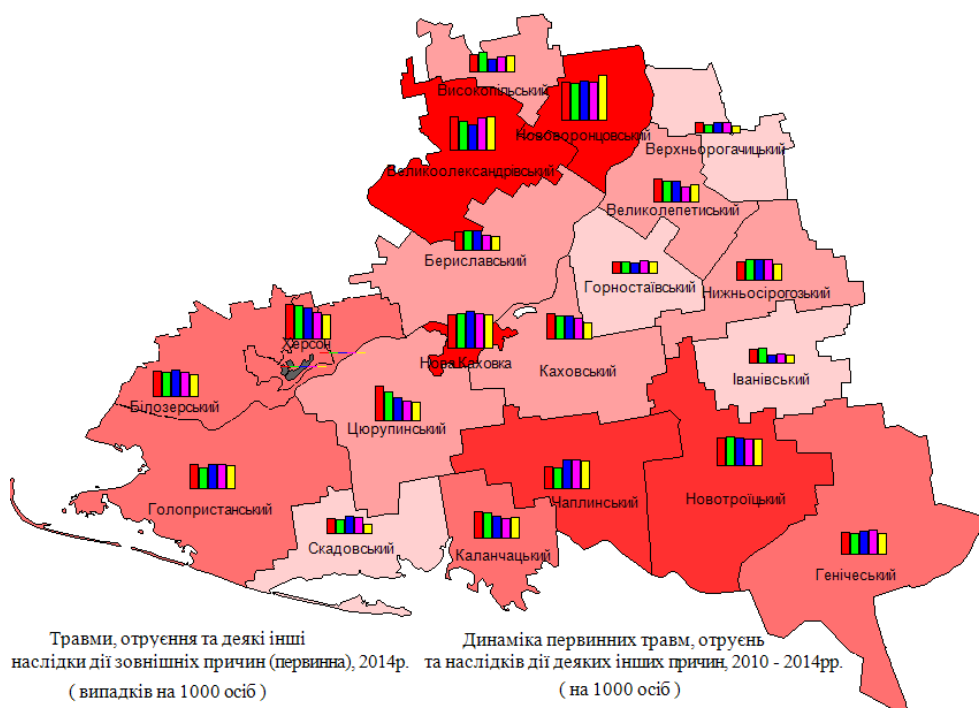
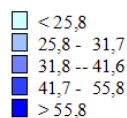
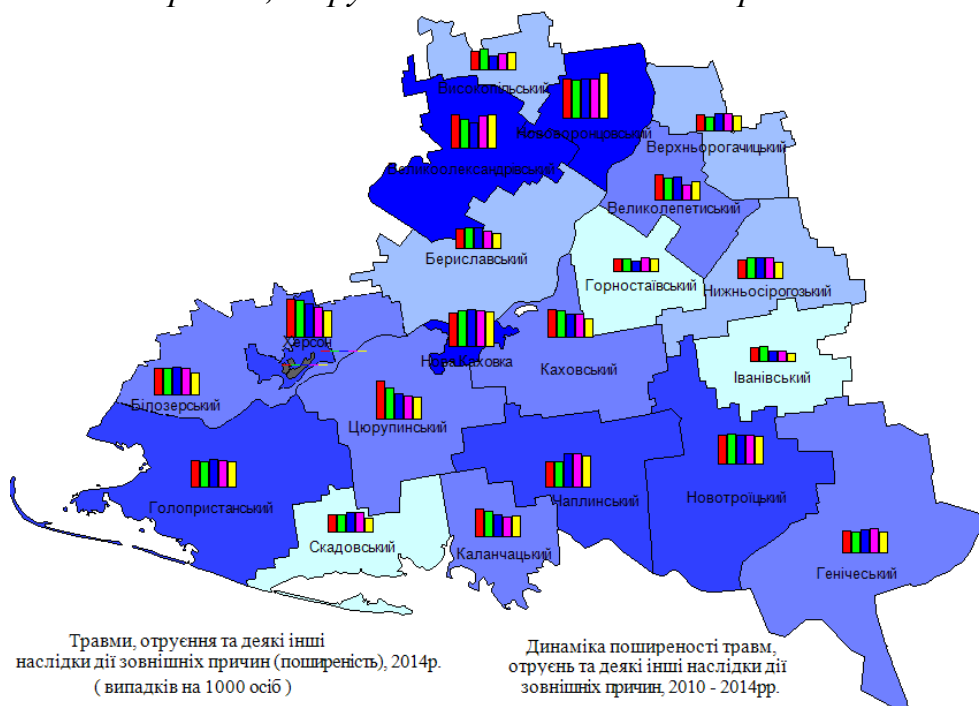
Динаміка первинної захворюваності
на хвороби крові*, 2010 - 2014рр.
(на 1000 осіб)

* хвороби крові, кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму

** укладено автором за даними Херсонського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики

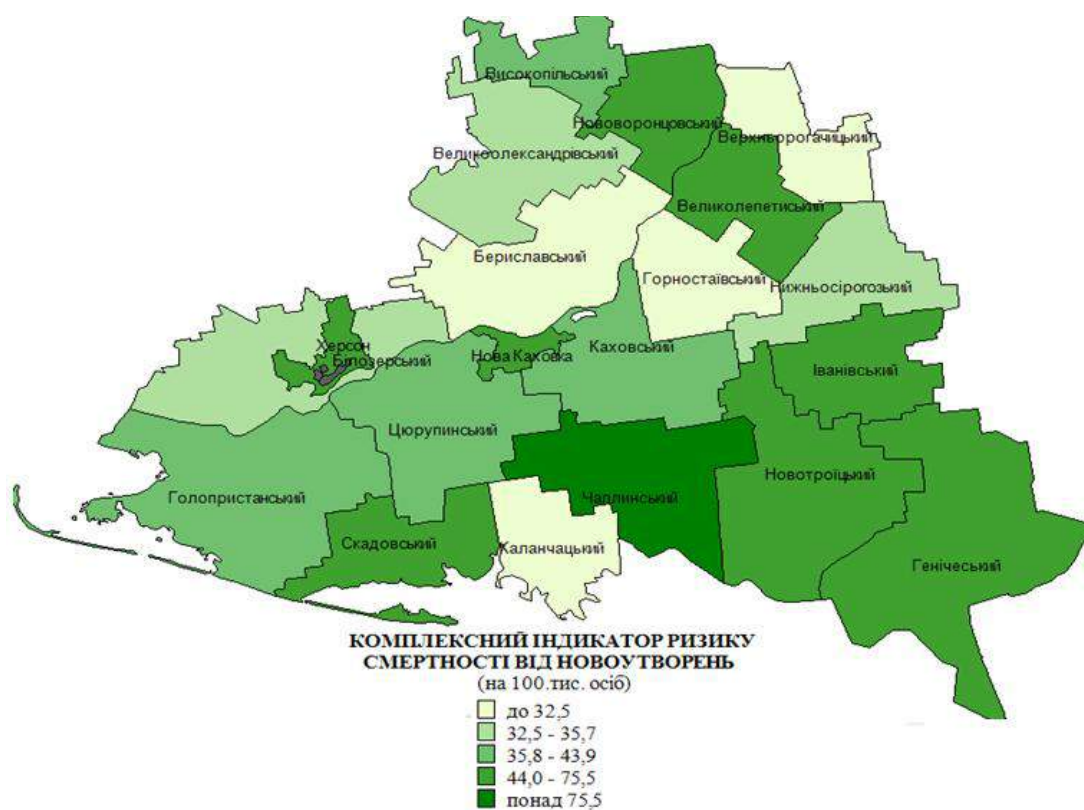
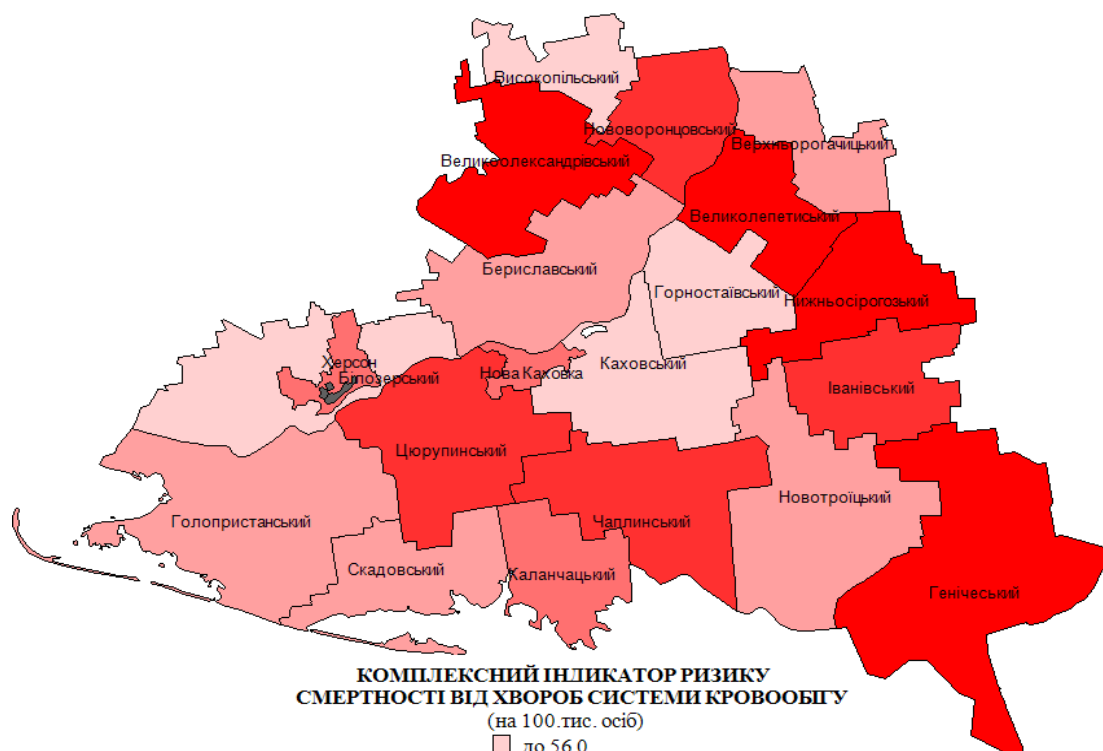
Продовження додатку М

Травми, отруєння та інші зовнішні причини

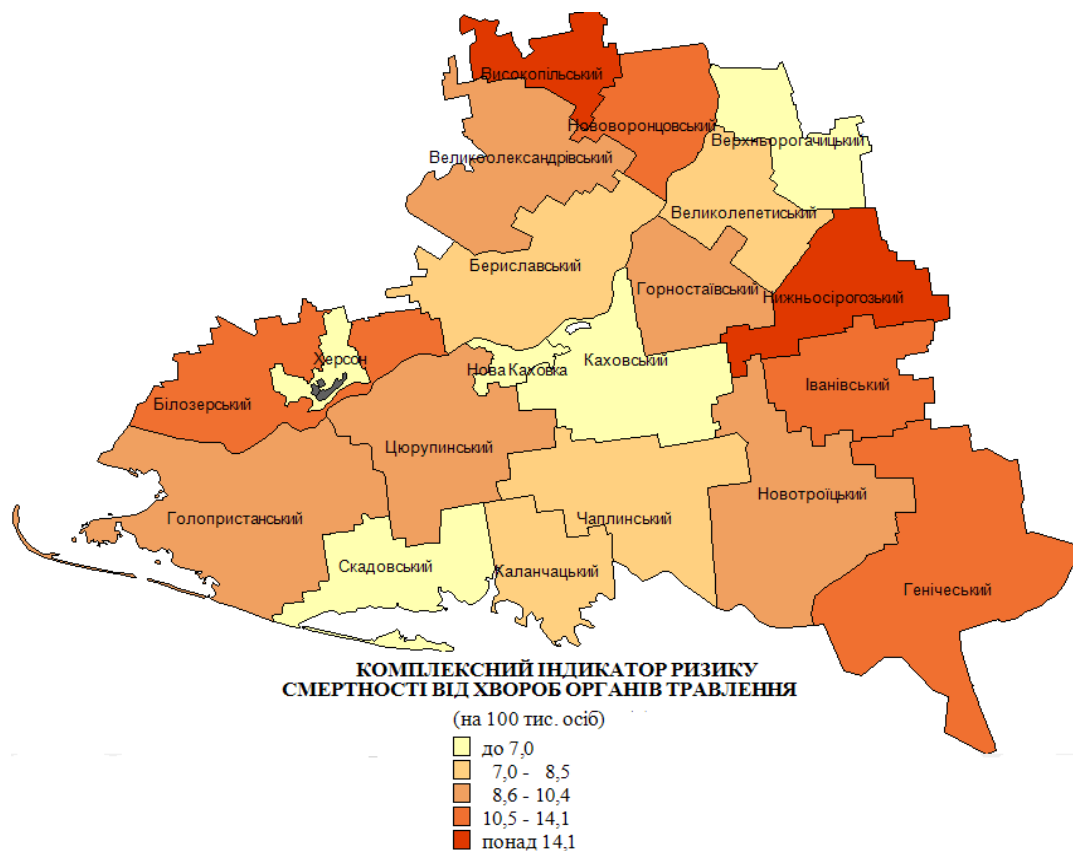
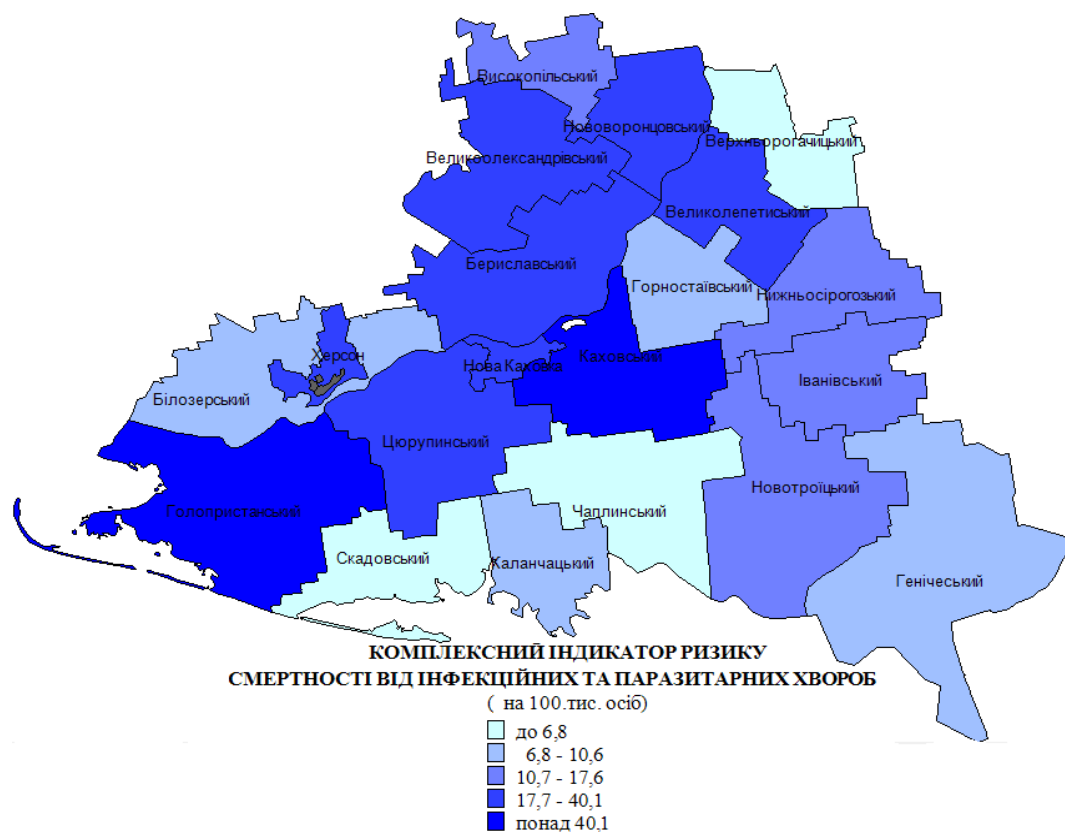


* укладено автором за даними Херсонського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики

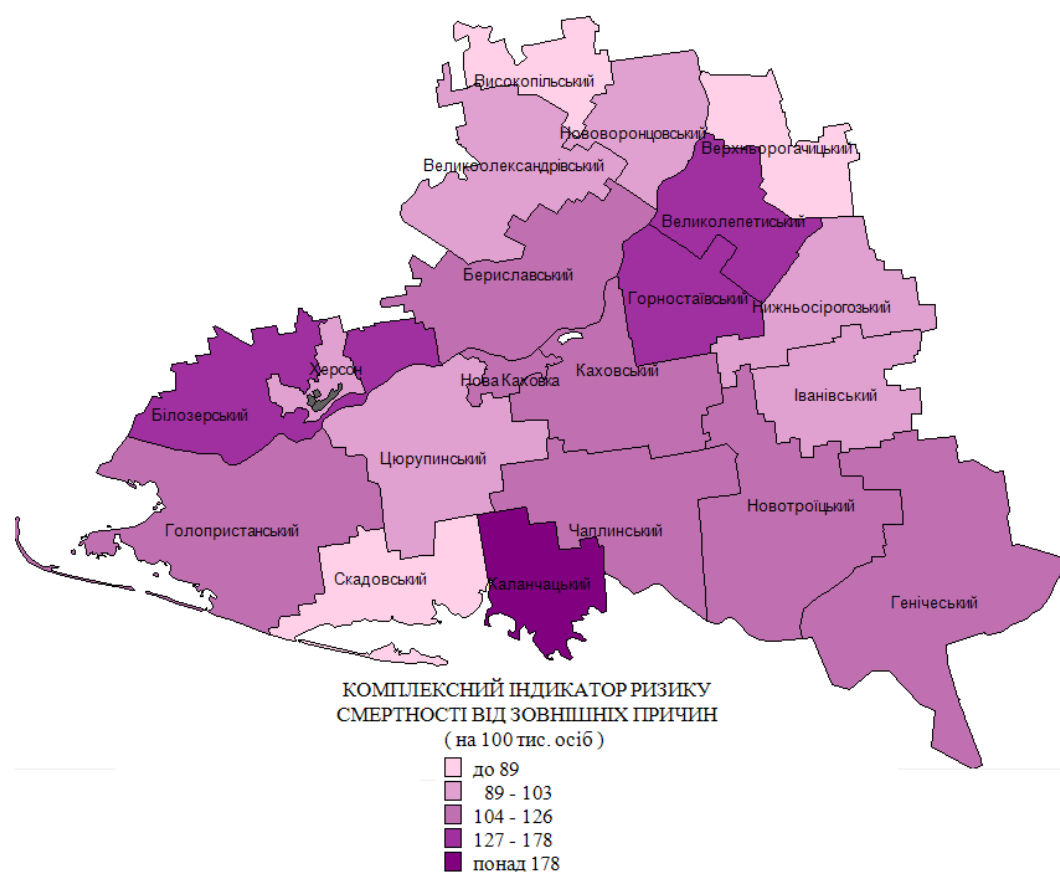
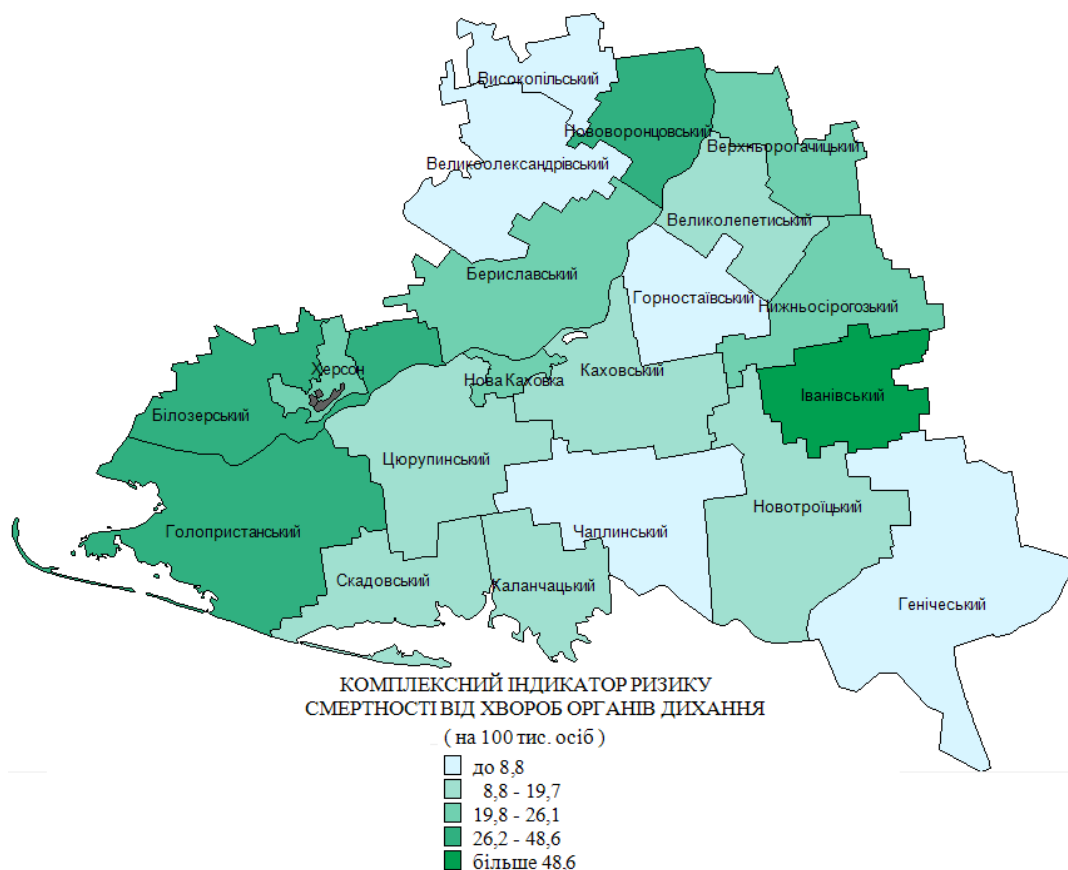
**Комплексні індикатори ризику смертності населення
від окремих хвороб Херсонської області, 2014 р.**



Продовження додатку Н



Продовження додатку Н



Додаток П

**Типізація адміністративних районів Херсонської області
за головними показниками медико-демографічної ситуації**

Тип	Підтип	Адміністративні одиниці	Показники - стимулятори МДС										Суб'єктивні показники МДС
			Об'єктивні показники МДС										
			Кількість живонароджених і природний приріст населення, на 1000 осіб						Показники співвідношення вікових груп населення			Міграційний приріст населення, на 1000 осіб	Оцінка стану здоров'я, балів
			міські та сільські поселення		міські поселення		сільські поселення		населення у віці, %				
			Народжуваність	Природний приріст	Народжуваність	Природний приріст	Народжуваність	Природний приріст	0-14	15-65	65 і старше		
I	I.1	Голопристанський	+	-	+	--	0	+	+	0	-	-	+
		В.Олександрівський	+	+	+	+	+	-	+	-	-	--	+
	I.2	Генічеський	-	-	0	+	-	--	+	+	-	-	+
		Скадовський	-	-	-	-	-	-	+	0	-	+	-
		Новотроїцький	0	-	+	+	-	--	-	0	+	--	+
		м.Херсон	-	-	-	+	0	-	-	+	+	++	-
Середнє для типу		0	-	+	-	-	-	+	-	-	-	0	
II	II.1	Нововоронцовський	-	-	+	-	-	--	+	-	+	+	-
		Іванівський	-	-	0	--	-	--	-	+	0	--	-
	II.2	Великопелетиський	+	-	+	-	0	-	+	-	+	--	-
		Верхньорогачицький	-	-	-	-	-	--	0	-	+	--	+
		Нижньосірогоський	-	-	+	--	-	-	-	+	0	-	+
		м.Нова Каховка	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	+
Середнє для типу		-	-	0	-	-	0	-	0	-	-	-	
III	III.1	Каховський	+	+	+	++	+	++	+	+	-	0	+
		Бериславський	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	-
	III.2	Білозерський	+	+	+	+	0	-	+	+	-	++	+
		Горностаївський	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+
		Високопільський	+	+	+	+	+	-	+	-	+	0	-
		Каланчацький	+	+	+	+	+	+	+	-	-	-	+
		Цюрупинський	+	+	0	+	+	+	+	0	-	++	-
		Чаплинський	+	+	+	+	+	++	+	-	-	--	+
Середнє для типу		+	+	+	+	+	+	-	-	-	-	0	

«+» - показник вищий за середньообласний рівень; «++» - показник значно вищий за середньообласний рівень;
«-» - показник нижчий за середньообласний рівень; «--» - показник значно нижчий за середньообласний рівень;
«0» - показник, що відповідає середньому значенню по області

Продовження додатку П

Тип	Підтип	Адміністративні одиниці	Показники-дестимулятори МДС													
			Об'єктивні показники МДС												Суб'єктивні показники МДС	
			Кількість померлих, на 1000 осіб			Дітячя смертність, на 1000 осіб	Демографічне навантаження на населення у віці 15-64 років, на 1000 осіб	Поширеність захворюваності, на 1000 осіб	Комплексний індикатор ризику смертності від новоутворень, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від інфекційних та паразитарних хвороб, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від хвороб системи кровообігу, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від хвороб органів дихання, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від хвороб органів травлення, на 100 тис.	Комплексний індикатор ризику смертності від зовнішніх причин, на 100 тис.	Оцінка частоти захворювань за рік, балів	Оцінка ступеню поширеності хронічних захворювань, балів
			міські та сільські поселення	міські поселення	сільські поселення											
I	I.1	Голопристанський	+	++	-	-	0	-	-	++	-	+	+	-	-	
		В.Олександрівський	+	+	+	+	+	-	-	+	-	-	+	-	-	
	I.2	Генічеський	+	-	+	-	-	-	+	-	+	-	+	+	+	
		Скадовський	0	+	0	-	0	+	-	-	-	-	-	+	+	
		Новотроїцький	+	-	+	++	0	+	+	-	-	-	+	+	+	
		м.Херсон	-	-	0	-	-	+	+	+	0	+	-	-	+	0
Середнє для типу		+	+	+	-	+	0	-	-	+	-	0	-	+	0	
II	II.1	Нововоронцовський	+	+	+	+	+	+	+	-	+	++	+	-	+	-
		Іванівський	++	++	+	++	-	-	+	-	+	++	+	-	-	-
	II.2	Великопетиський	+	++	+	++	+	-	-	-	+	-	0	+	-	+
		Верхньорогачицький	+	++	-	++	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-
		Нижньосірогоський	+	++	0	+	-	-	-	-	+	+	++	-	+	+
		м.Нова Каховка	-	-	+	-	--	+	+	+	0	+	-	+	-	-
Середнє для типу		+	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	-	-	-	
III	III.1	Каховський	-	-	-	-	-	-	-	++	-	-	-	0	+	+
		Бериславський	0	+	-	-	+	-	-	-	-	+	+	+	0	-
	III.2	Білозерський	0	-	0	-	-	-	-	-	-	+	+	+	+	-
		Горностаївський	-	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+	+	+	-
		Високопільський	+	+	+	-	+	-	-	-	-	-	++	-	-	-
		Каланчацький	+	+	+	-	+	-	-	-	0	-	0	++	-	+
		Цюрупинський	-	-	-	+	0	-	-	+	+	-	+	-	+	+
		Чаплинський	-	+	-	-	+	-	+	-	+	-	0	+	-	+
Середнє для типу		0	-	0	-	+	-	-	-	-	-	+	+	0	0	

«+» - показник вищий за середньообласний рівень; «++» - показник значно вищий за середньообласний рівень;

«-» - показник нижчий за середньообласний рівень; «--» - показник значно нижчий за середньообласний рівень;

«0» - показник, що відповідає середньому значенню по області

Додаток Р

Індекси демографічної напруженості (2010-2014рр.)

Адміністративна одиниця	Індекс демографічної напруженості (2010 р.)	Індекс демографічної напруженості (2011 р.)	Індекс демографічної напруженості (2012 р.)	Індекс демографічної напруженості (2013 р.)	Індекс демографічної напруженості (2014 р.)	Індекс демографічної напруженості (2010 – 2014 рр.)
Бериславський	0,972	0,305	0,103	0,113	0,101	0,319
Білозерський	1,348	0,388	0,446	0,975	0,386	0,709
Великопетиський	0,325	0,327	0,061	0,636	0,618	0,394
В.Олександрівський	0,035	1,602	0,445	1,080	0,291	0,690
Верхньорогачицький	0,101	0,111	-*	1,191	1,771	0,794
Високопільський	0,811	1,770	0,591	0,282	-*	0,863
Генічеський	0,610	0,839	0,473	0,478	0,151	0,510
Голопристанський	0,059	0,259	0,086	0,046	0,032	0,096
Горностаївський	0,151	0,044	0,145	0,038	0,567	0,189
Іванівський	0,076	0,654	0,117	-*	2,196	0,761
Каланчацький	2,179	0,756	0,218	0,541	0,215	0,782
Каховський	0,648	0,948	0,162	0,813	0,156	0,545
Нижньосірогоський	0,094	1,356	0,446	0,097	0,438	0,486
Нововоронцовський	0,607	0,203	0,333	0,061	0,292	0,299
Новотроїцький	0,294	0,328	0,204	0,459	0,834	0,424
Скадовський	0,294	0,460	0,982	0,521	0,083	0,468
Цюрупинський	0,674	0,785	0,933	1,131	1,169	0,938
Чаплинський	0,193	1,248	0,184	0,887	0,225	0,547
м.Нова Каховка	7,105	6,155	2,557	6,567	3,039	5,084
м.Херсон	8,200	5,261	8,259	8,663	6,497	7,376
Херсонська область	0,591	0,660	0,430	0,573	0,458	0,543

* у даних районах за період спостереження не зареєстровано випадків дитячої смертності (0 випадків/1000 осіб), у такому разі за результатами розрахунків по формулі отримується - 0, що є закономірно статистично неправильним результатом і в розрахунках середнього показника за період 2010 – 2014 рр. не використовувалося.