

Дослідження соціальних феноменів

УДК 346.614(477)

**ЗДОРОВ'Я ТА (НЕ)ЗДОРОВА ПОВЕДІНКА УКРАЇНСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ:
РЕЗУЛЬТАТИ НАЦІОНАЛЬНОГО РЕПРЕЗЕНТАТИВНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ
«ІНДЕКС ЗДОРОВ'Я. УКРАЇНА»**

**HEALTH AND (NOT)HEALTHY BEHAVIOR OF UKRAINIAN POPULATION: RESULTS OF
THE NATIONAL REPRESENTATIVE SURVEY «HEALTH INDEX. UKRAINE»**

Юлія Барська

старший викладач Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»

Julia Barska

Senior Lecturer, School of Public Health, National University of Kyiv Mohyla Academy

 orcid.org/0000-0001-5243-1716

Тетяна Степурко

доктор філософії в управлінні в охороні здоров'я, доцент Школи охорони здоров'я Національного університету «Києво-Могилянська академія»

Tetiana Stepurko

PhD (Health Management), Associate Professor, School of Public Health, National University of Kyiv-Mohyla Academy

 orcid.org/0000-0001-8267-1585

 stepurko12@gmail.com

Тетяна Семигіна

доктор політ. наук, професор кафедри соціальної роботи та практичної психології Академії праці соціальних відносин і туризму

Tetyana Semigina

Dr. in Political Science, Professor, Academy of Labour, Social Relations and Tourism

 orcid.org/0000-0001-5677-1785

Вікторія Тимошевська

директорка Програмної ініціативи «Громадське здоров'я» Міжнародного фонду «Відродження»

Victoriia Tymoshevska

Director of Public Health program initiative, International Renaissance Foundation

Анотація

У цій статті представлено частину результатів дослідження «Індекс здоров'я. Україна» 2017 року щодо суб'єктивного оцінювання населенням України свого здоров'я, готовність про нього піклуватися та щодо розуміння того, яку поведінку можна вважати здоровою. Друга хвиля опитування проведена у травні-червні 2017 року. Загалом було опитано 10 205 респондентів. Опитування представників домогосподарств відбувалось за допомогою індивідуального особистого інтерв'ю.

Результати дослідження свідчать, що населення України схильне до позитивних оцінок власного здоров'я: 46,5% респондентів вважали свій стан здоров'я добрим або дуже добрим. Найменшою ця частка була у Сумській області (27,7%), а найбільшою - у Луганській (58,7%). Лише 14,6 % вважають його поганим або дуже поганим. Вище оцінювали стан свого здоров'я чоловіки, люди молодшого віку, містяни, люди з вищою освітою та доходом. При цьому 39,2% респондентів сказали, що мають хронічні або довготривалі захворювання, 6,6% опитаних мали офіційно встановлену інвалідність. Поширеність куріння становила 23,9% (7,7% серед жінок і 39,6% серед чоловіків); 8,6% опитаних вживали алкоголь надмірно протягом минулого року (17,5% чоловіків і 1,7% жінок); 55,6% опитаних мали надмірну вагу та ожиріння.

Abstract

This paper presents selected findings of the study «Health Index. Ukraine» conducted in 2017, in particular we focus here on the subjective assessment of health in Ukraine and willingness to take care of personal health. Also, the self-esteem of health varies largely between different socio-demographic groups as the social gradient of health and linked to it healthy behavior are considered as the important final indicators of health policy and health care system performance.

The second wave of the survey was conducted in May-June 2017. The sample is representative for the adult population (18+ years) of Ukraine as a whole, as well as for each oblast of Ukraine and Kyiv city. In total, 10,205 respondents were interviewed and the personal face-to-face interviews were conducted by the qualified interviewer. Depending on personal experience, respondents were asked maximum of 200 questions related to the assessment of their own health, the perception of the health system, the consumption of medical assistance and pharmaceuticals as well as related to it out-of-pocket payments.

People provide mostly positive assessments to their health: 46.5% of respondents considered their health to be good or very good. This share is the smallest in the Sumy region (27.7%), and the largest in Luhansk region (58.7%). Still, 14.6% consider their health bad or very bad. A higher self-estimation of health is noticed among men, younger people, urban area citizens and among people with higher education and income. At the same time, 39.2% of respondents confirm of presence of chronic or long-term conditions and 6.6% of the respondents had a formally certified disability. Concerning the unhealthy behavior, the prevalence of smoking is 23.9% (7.7% for women and 39.6% for men); 8.6% of respondents consume excessively alcohol during the past year (17.5% of men and 1.7% of women) and 55.6% of the respondents are overweight and obese.

Ключові слова:

самооцінка здоров'я, детермінанти здоров'я, куріння, вживання алкоголю, вакцинація дітей.

Key words:

self-assessment of health, determinants of health, smoking, alcohol use, vaccination of children

Інформація про рукопис

Надійшов до редакції:
10.02.2018

Рецензований: 18.02.2018

Подано доопрацьовану
версію: 10.03.2018

Прийнятий до друку:
15.03.2018

Monitoring changes in subjective perception of health and unhealthy behavior across the regions and the country is important for evidence-based decision-making. So, managers and all other parties involved in policy-making at the national and local levels are enabled with the instruments to assess and reconsider their further program and activities.

Вступ

2017 рік в Україні був визначним, адже вперше за весь час незалежності прийнято ключові закони щодо медичної реформи. Це означає, що нарешті покладено початок не косметичним, а фундаментальним змінам у галузі охорони здоров'я України. Серед них - запровадження принципу вільного вибору пацієнтом лікаря і лікувального закладу, перехід на фінансування наданої медичної послуги і скасування державного утримання ліжкомісць (основи старої радянської моделі Семашко). Такі зміни мають принципове значення для ключової цілі системи охорони здоров'я - покращення здоров'я людей, більше того - саме здоров'я сучасні науковці вважають однією з головних складових сталого розвитку суспільства та забезпечення добробуту в суспільстві [11; 17].

Для відстеження змін стану здоров'я людей в регіоні чи країні важливо мати інструментарій, завдяки якому управлінці галузі охорони здоров'я та всі, хто долучається до формування політики на національному та місцевому рівнях, можуть оцінити вплив реформи на пацієнтів і громаду. В Україні таким інструментом, на нашу думку, є дослідження «Індекс здоров'я. Україна», започатковане у 2016 році завдяки фінансовій підтримці Міжнародного фонду «Відродження» як масштабне опитування представників домогосподарств.

При розробленні методології дослідження ми черпали натхнення з Європейського індексу споживачів охорони здоров'я [13], який дає змогу впродовж тривалого часу (з 2006 року) порівнювати розвиток системи охорони здоров'я країн Європейського Союзу та визначати найоптимальніший шлях для подальшого поступу, а також канадський досвід проведення подібного дослідження [16].

Загальна мета нашого дослідження полягає у вивченні ставлення людей до медичної допомоги, задоволеності нею та дотичними до здоров'я людей аспектами. Перша хвиля дослідження «Індекс здоров'я. Україна», репрезентативного для країни в цілому та для кожної області, було проведено 2016 року [7]. У 2017 році проведено другу хвилю такого опитування.

З огляду на епідеміологічні виклики в Україні особливу увагу в дослідженні було звернено на знання симптомів різних захворювань і на особливості поведінки щодо здоров'я, зокрема щеплення. Щеплення від основних інфекцій є доведено ефективним способом контролю та викорінення інфекцій, що загрожують життю, однак протягом останнього десятиріччя в Україні не було досягнуто потрібного рівня вакцинації [18].

Ми також зважали на те, що куріння, вживання алкоголю, надмірна вага, неправильне харчування і недостатня фізична активність вважаються основними поведінковими детермінантами багатьох хронічних та неінфекційних хвороб у сучасному світі [14]. Це ті фактори, на які кожен може вплинути самостійно, і, усунувши які, можна запобігти значній частці інвалідності та передчасних смертей.

У цій статті представлено частину результатів дослідження 2017 року щодо суб'єктивного оцінювання населенням України свого здоров'я, готовності про нього піклуватися та щодо розуміння того, яку поведінку можна вважати здоровою. При виокремленні цієї тематики в окрему публікацію ми керувались тим, що самооцінка здоров'я населенням, а також розподіл цієї самооцінки здоров'я між різними соціально-демографічними групами, соціальний градієнт здоров'я, здорова поведінка розглядаються як важливі кінцеві індикатори політики та системи охорони здоров'я [2-4].

Методологія

Друга хвиля опитування була проведена у травні-червні 2017 року. В 2017 році, так само як і в 2016, збір даних здійснював Київський міжнародний інститут соціології (KMIC).

Вибірка, розроблена для дослідження, є репрезентативною для дорослого населення (віком 18 років і старше) України в цілому, а також для кожної області України та м. Києва. Дослідження проводилось за багатоступінчастою вибіркою, випадковою на кожному етапі відбору. На першому етапі формування вибірки у межах кожної області випадковим чином були відібрані населені пункти пропорційно до кількості їхнього населення. Другий етап передбачав випадковий відбір виборчих дільниць на території обраних населених пунктів. На території кожної з відібраних дільниць випадковим чином відбирались вулиці, будинки та квартири. Останнім етапом був відбір респондента в межах домогосподарства і безпосереднє проведення опитування. Отримані дані зіставлялись із оціночними даними Державної служби статистики щодо питомої ваги окремих статевовікових груп у структурі населення України (станом на 1 січня 2017 року).

Загалом було опитано 10 205 респондентів з 10 162 домогосподарств (середній розмір домогосподарства - 2,9 людини). До остаточного масиву увійшли 10 184 інтерв'ю. Теоретична похибка вибірки для масиву в цілому становить 1,0%.

Розподіл респондентів дослідження за демографічними характеристиками представлено у табл. 1.

Табл. 1. Розподіл респондентів за ключовими демографічними характеристиками

N = 10 184		Опитані в «Індексі здоров'я»	
		Чисельність (n)	Відсоток (%)
Вікові групи	18-29 років	1992	19,6
	30-44 років	2841	27,9
	45-59 років	2621	25,7
	60 та старші	2730	26,8
Стать опитаних	Жінки	5583	54,8
	Чоловіки	4601	45,2
Рівень освіти	Початкова / неповна середня	418	4,1
	Повна середня загальна	1992	19,6
	Професійно-технічна	2008	19,7
	Середня спеціальна / Неповна вища	2909	28,6
	Базова вища	476	4,7
	Повна вища	2373	23,3
Тип населеного пункту	Міська місцевість ¹	7017	68,9
	Сільська місцевість	3167	31,1

¹ До міських населених пунктів належать міста та селища міського типу

Він відповідає даним офіційної статистики [6]. Серед загальної кількості опитаних 55% становили жінки, 45% – чоловіки. Четверть опитаних (27%) – особи віком понад 60 років. Працюючі становили 48% серед усіх опитаних, із них 4% самозайнятих, працюючі пенсіонери – 1,6%. До категорії непрацюючого населення входили пенсіонери (28%), безробітні (5%), домогосподарки та інші непрацюючі, які не шукають роботу (11%), студенти (3%) та непрацездатні особи (3%).

Опитування проводилось у 476 населених пунктах України (на територіях, підконтрольних уряду України).

Опитування представників домогосподарств відбувалось за допомогою індивідуального особистого інтерв'ю. Залежно від їхнього досвіду респондентам ставили до 200 запитань, які стосувалися оцінки проблем у системі охорони здоров'я, важливості різних аспектів медичної допомоги для людей особисто; задоволеності роботою різних рівнів медичної допомоги; поведінки людини у випадку поганого самопочуття та досвіду звернення по амбулаторну чи стаціонарну медичну допомогу; оцінки власного здоров'я та деяких характеристик способу життя. В опитувальнику здебільшого використано закриті запитання за винятком кількох відкритих питань щодо діагнозу респондента, які пізніше були закодовані.

Для аналізу даних дослідження використано програму SPSS.

Результати дослідження

Самооцінка стану здоров'я

Оцінка стану свого здоров'я респондентами була визначена за відповіддю на питання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?». На це питання відповіло 99,4% усіх респондентів (N = 10 123), з них 46,5% респондентів вважали свій стан здоров'я добрим або дуже добрим, ще 38,9% - посереднім. Кожний восьмий учасник опитування визначив своє здоров'я як погане (12,3%) і тільки 2,3% - як дуже погане (рис. 1).

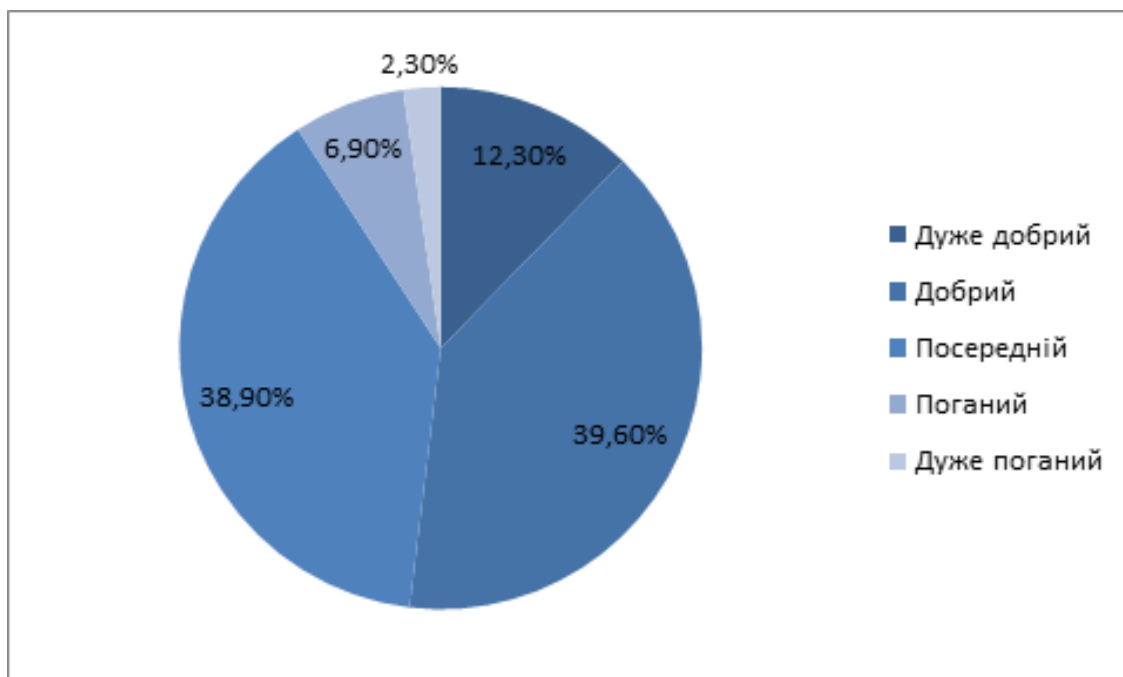


Рис. 1. Загальний розподіл відповідей на питання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?»

Найкраще стан свого здоров'я оцінили мешканці Луганської області (59% як добрий або дуже добрий), а також міста Кисва (56%), Хмельницької (54%), Вінницької (53%) та Луганської областей (51%). Найгірше стан свого здоров'я оцінили мешканці Сумської області (28% як поганий або дуже поганий), а також Рівненської (36%), Чернігівської (36%), Житомирської (38%), Тернопільської (38%) та Черкаської областей (39%) (рис.2).

За соціально-демографічними характеристиками вище оцінювали стан свого здоров'я чоловіки (55% проти 40% серед жінок), люди молодшого віку (79% проти 14% серед людей старших за 60 років), містяни (48% проти 42%) та люди з вищою освітою (58% проти 40%) (табл.2).

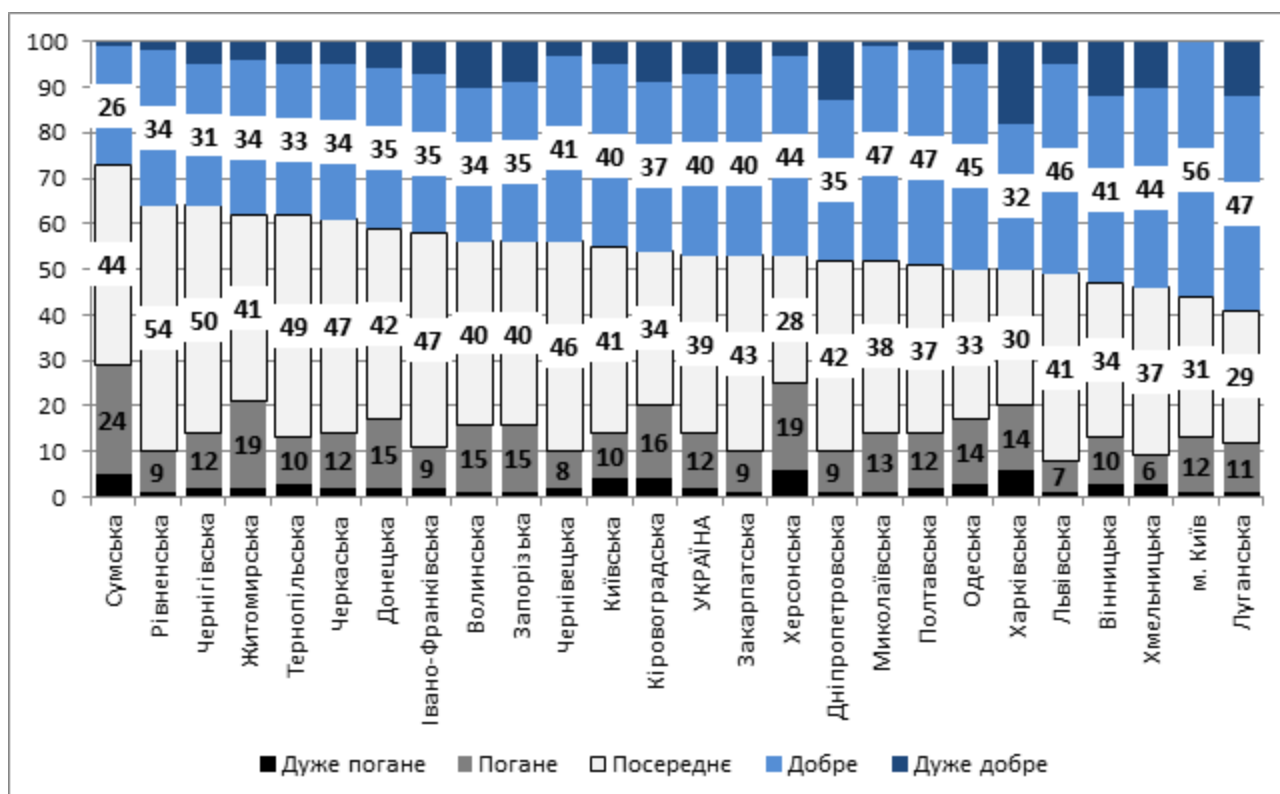


Рис. 2. Регіональний розподіл відповідей на питання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?» (%).

Водночас привертає увагу факт поширення хронічних або довготривалих захворювань. На питання «Чи маєте Ви якісь хронічні або довготривалі захворювання?» відповіли 10 000 респондентів (98,2%). З них 39,2% сказали, що мають такі. Частка респондентів з хронічними або довготривалими захворюваннями виявилась найбільшою в мешканців Черкаської області (61,6%) і найменшою - в мешканців Закарпаття (19,1%) (рис.3). Про наявність хронічних або довготривалих захворювань частіше повідомляли жінки (46% проти 31% чоловіків), люди старшого віку (71% проти 14% віком 18 - 29 років та 22% віком 30 - 44 роки) і особи з середньою загальною освітою (50% проти 33% людей з вищою освітою). За типом місцевості статистично значущої різниці не було (39% у міській та 40% у сільській місцевості).

Табл. 2. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на питання «Як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я за 5-бальною шкалою?» (дуже добре та добре згруповані в одну категорію «добре», аналогічно й дуже погане та «погане»)

		Погане		Посереднє		Добре	
		N	%	N	%	N	%
Загалом		1477	14%	3933	39%	4713	47%
Вікові групи	18-29 років	23	1%	404	20%	1555	79%
	30-44 років	95	3%	903	32%	1830	65%
	45-59 років	368	14%	1301	50%	938	36%
	60 та старші	992	37%	1324	49%	390	14%
Стать опитаних	Жінки	1022	18%	2317	42%	2213	40%
	Чоловіки	455	10%	1616	35%	2500	55%
Рівень освіти	Початкова / неповна середня	196	47%	166	40%	54	13%
	Повна загальна середня	379	19%	812	41%	792	40%
	Професійно-технічна	315	16%	828	41%	854	43%
	Середня спеціальна / Неповна вища	353	12%	1195	42%	1337	46%
	Базова вища	30	7%	132	28%	309	65%
	Повна вища	201	8%	797	34%	1365	58%
Тип населеного пункту	Міська місцевість ¹	986	14%	2616	38%	3378	48%
	Сільська місцевість	491	16%	1317	42%	1336	42%

¹ До міських населених пунктів належать міста та селища міського типу

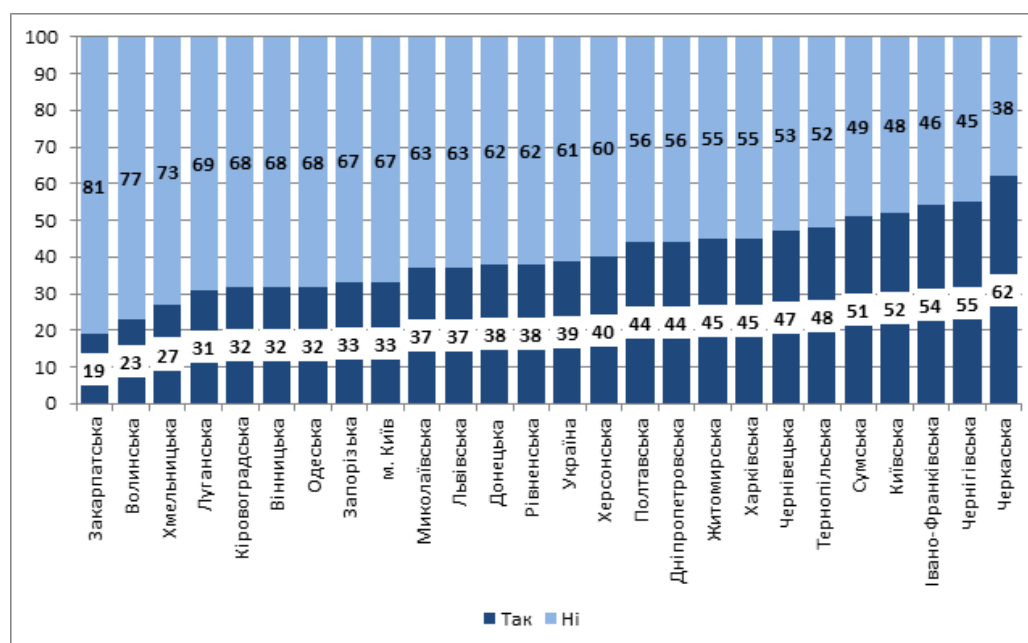
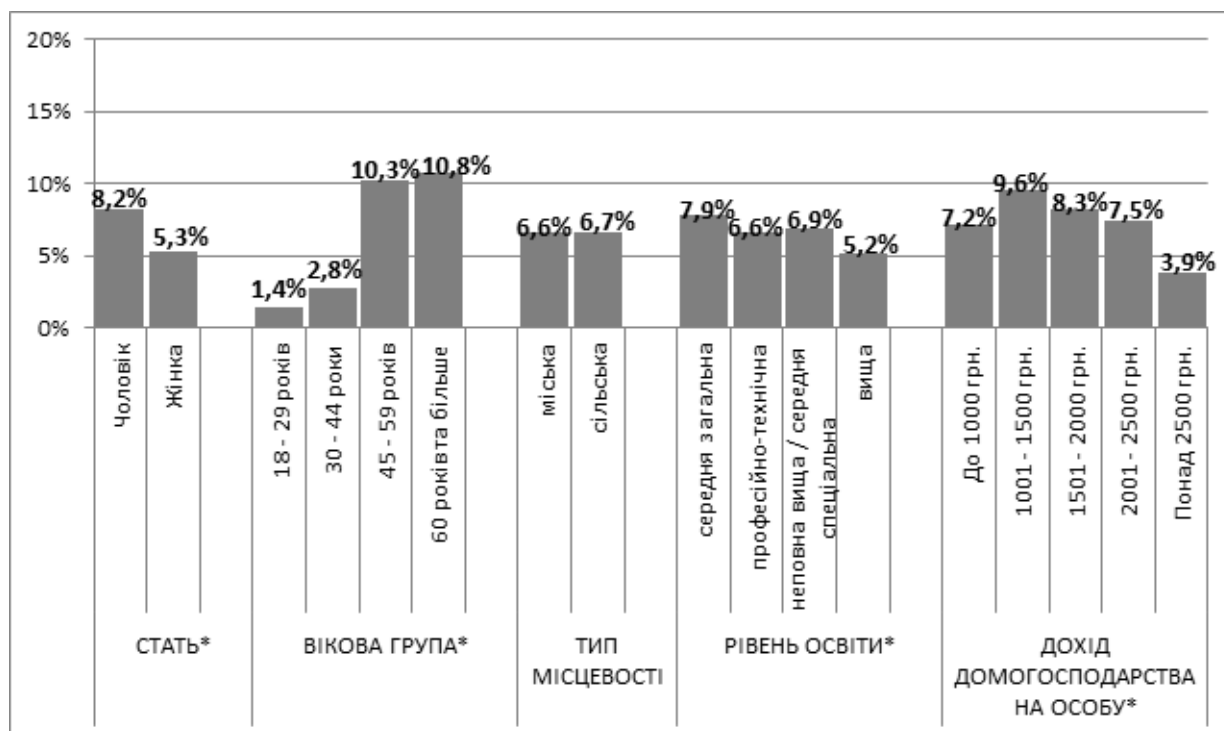


Рис. 3. Регіональний розподіл відповідей на питання «Чи маєте Ви якісь хронічні або довготривалі захворювання?» (%).

На питання про офіційно встановлену інвалідність дали відповідь 99,8% респондентів (N = 10 161). З них 6,6% відповіли ствердно. Найбільшою частка опитаних з офіційно встановленою інвалідністю є серед жителів Івано-Франківської області (13,2%), найменшою - серед мешканців Волинської області (2,7%). Розподіл відповідей за соціально-демографічними характеристиками представлено на рис. 4. Інвалідність частіше мають люди старшого віку, чоловіки, особи з нижчим рівнем освіти та нижчим рівнем доходів. За типом місцевості статистично значущої різниці не виявлено.



* Різниця між групами статистично значуща

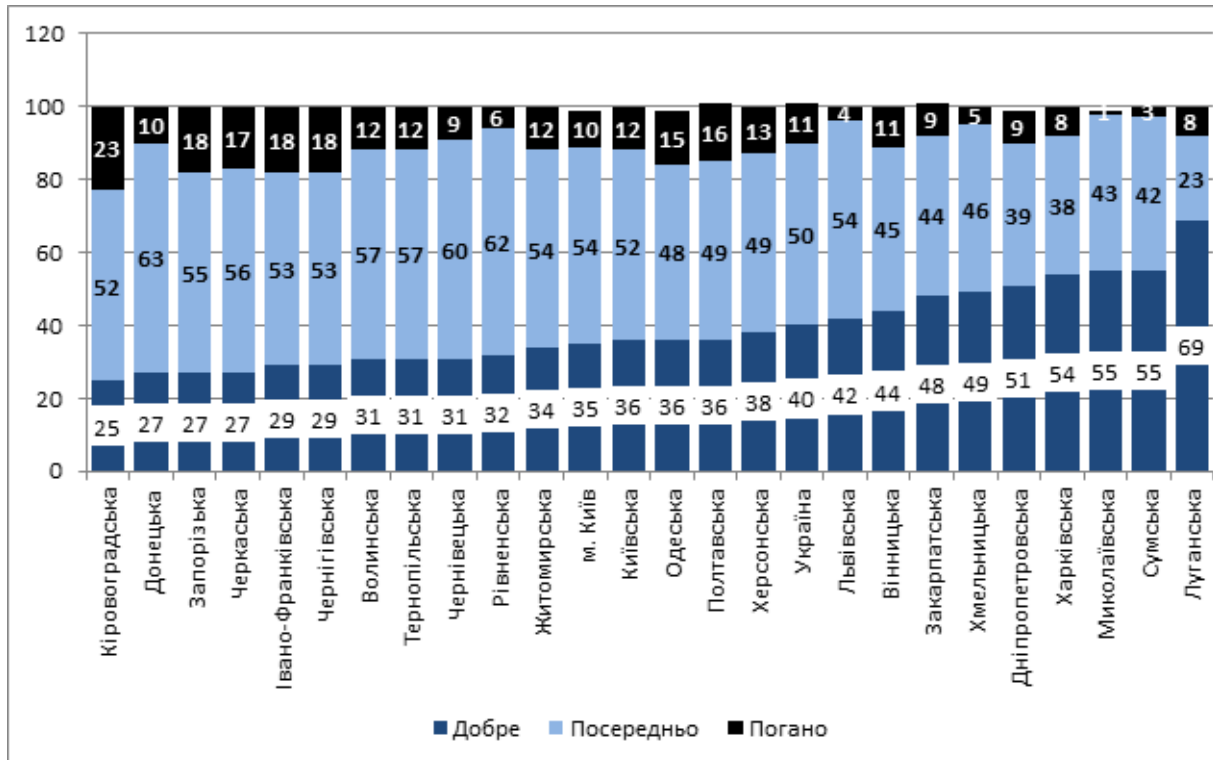
Рис. 4. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на питання «Ви маєте чи не маєте офіційно встановленої інвалідності?»

Готовність піклуватися про здоров'я

На питання «Якою мірою Ви піклуєтеся про стан свого здоров'я?» відповіло 96,8% опитаних (N = 9 861). Половина респондентів сказали, що піклуються про своє здоров'я посередньо (49,7%), і ще третина - що піклуються скоріше добре (33,5%). Лише кожний десятий опитаний зазначив, що піклується про власне здоров'я скоріше погано (8,0%) або зовсім не піклується (2,8%); 6,1% вказали, що піклуються про власне здоров'я дуже добре.

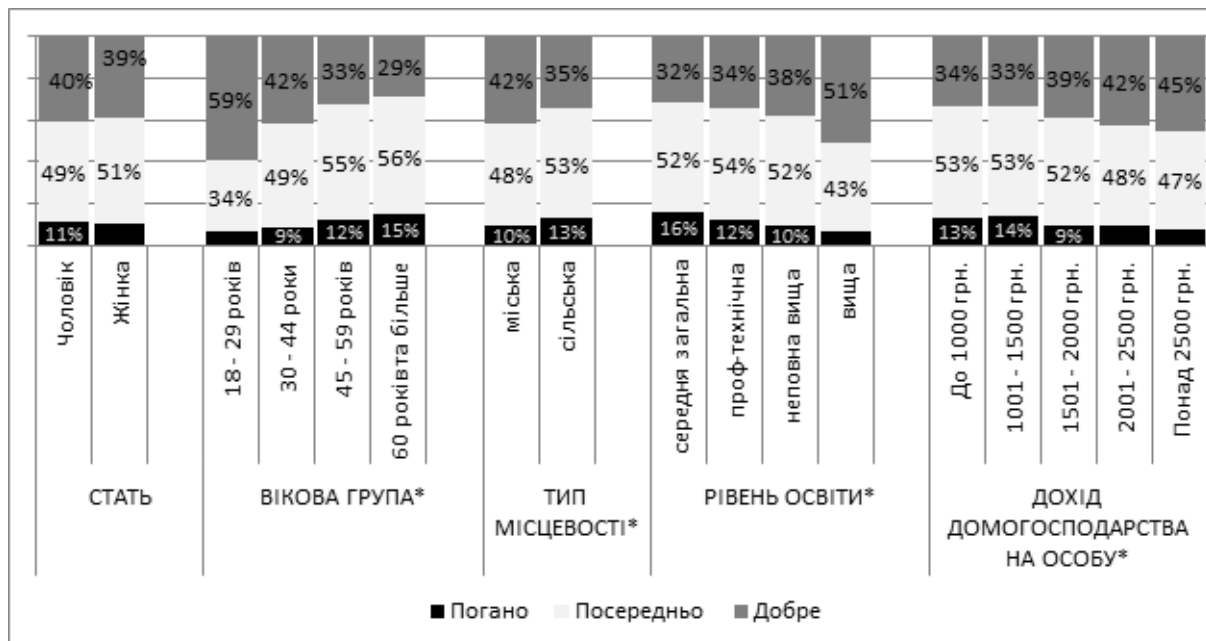
Найбільша частка опитаних вказала, що піклується про своє здоров'я добре або дуже добре, у Луганській області (69% разом). Найбільша частка опитаних сказала, що піклується про своє здоров'я скоріше погано або зовсім не піклується, у Кіровоградській області (23% разом) (рис.5).

Вище піклування про своє здоров'я оцінили молодші люди, містяни, люди з вищою освітою та вищим доходом (рис. 6). Між чоловіками і жінками не було статистично значущої різниці у оцінці піклування про своє здоров'я.



* Різниця між групами статистично значуща

Рис. 5. Регіональний розподіл відповідей на питання «Якою мірою Ви піклуєтеся про стан свого здоров'я?»



* Різниця між групами статистично значуща

Рис. 6. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на питання «Якою мірою Ви піклуєтеся про стан свого здоров'я?»

Водночас слід звернути увагу на певну екстерналізацію, перенесення відповідальності за своє здоров'я на зовнішні чинники: 94,4% респондентів (N = 9 615) змогли визначитися з відповіддю на питання «Що, на Вашу думку, негативно впливає на стан Вашого здоров'я?» (можна було обрати до трьох варіантів відповіді). Серед таких факторів найчастіше респонденти називали психологічну напругу (38,9%) та економічні проблеми (30,8%) або обирали інші чинники, на які складно вплинути самостійно, приміром, стан навколишнього середовища (25,8%) та умови праці (14,3%). Ще 7,4% респондентів посилалися на спадковість. Проте значні частки також припали на чинники способу життя - неправильне харчування (20,6%), шкідливі звички (16,7%), нестача фізичного навантаження (5,0%) та неувважність до самого себе (21,4%). Також 7,8% опитаних зазначили неякісне лікування у медичних закладах як причину поганого здоров'я; 10,6% опитаних вважали, що нічого не впливає негативно на їхнє здоров'я (рис. 7).

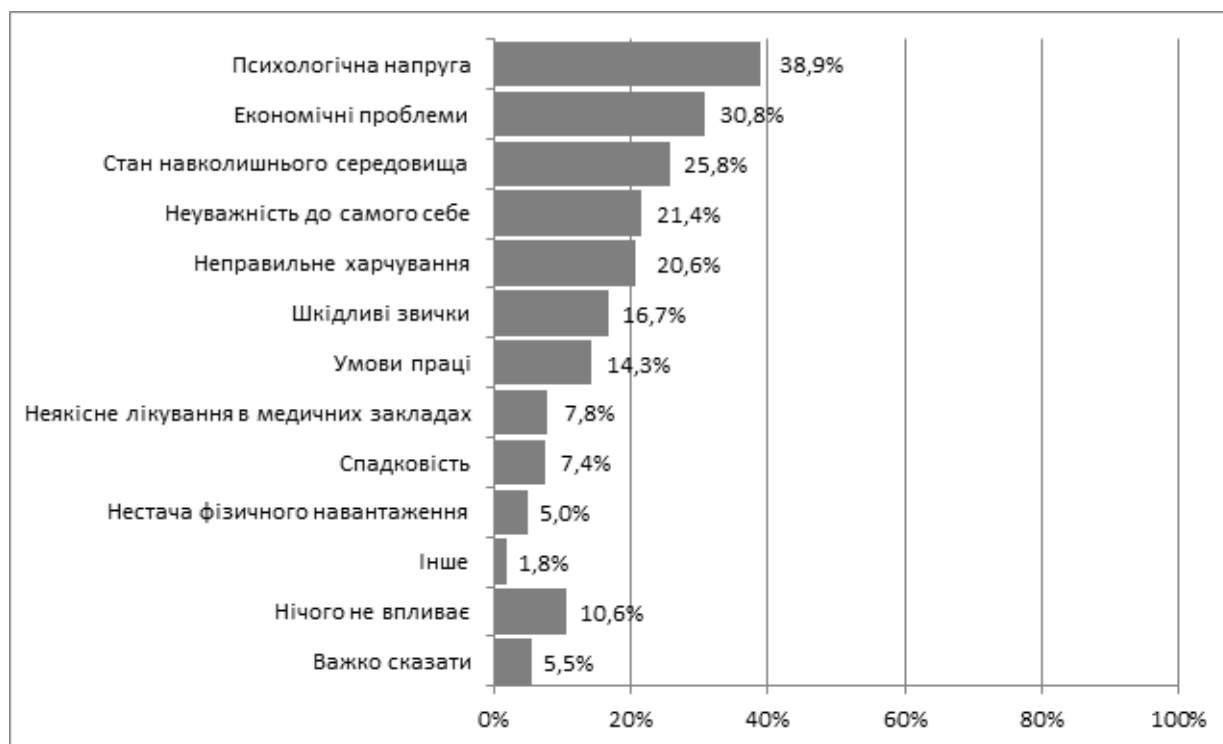


Рис. 7. Загальний розподіл відповідей на питання «Що, на Вашу думку, негативно впливає на стан Вашого здоров'я?» (респонденти могли обрати не більше трьох варіантів відповіді).

Турбота про здоров'я виявляється у певних профілактичних діях, зокрема, через проходження вакцинації. У цьому дослідженні питання про ставлення і досвід щеплень ставили тільки тим респондентам, які мали дітей до 18 років і знали про їхній стан здоров'я. Таких загалом було 3 102.

Результати дослідження засвідчують, що 21,1% батьків відмовлялися коли-небудь від обов'язкових щеплень своєї дитини; 5,1% батьків відмовлялися від щеплень медичні працівники; 3,8% батьків зверталися за фіктивною довідкою про наявність щеплення в дитини; 47,0% батьків серед тих, що мають дітей віком до 6 років, зіштовхувалися з браком вакцин. Майже половина батьків з тих, які коли-небудь відмовлялися від щеплення своєї дитини (48,8%), робили це через страх ускладнень або інших негативних наслідків вакцинації.

Найбільша частка батьків, які ставилися до вакцинації негативно («скоріше негативно» або «дуже негативно»), мешкали у західних областях - Львівській (24,0%), Рівненській (23,6%), Івано-Франківській (21,3%), Тернопільській (18,0%). Найбільша частка батьків серед опитаних, які ставилися до вакцинації

позитивно («скоріше позитивно» або «дуже позитивно»), мешкали у східних і південних областях. У Сумській області частка таких батьків склала 97,1%; у Харківській - 95,6%, у Кіровоградській - 91,6%. За ними йдуть Миколаївська, Донецька, Херсонська та Полтавська області.

До вакцинації позитивно ставилась трохи більша частка жінок (74,8% проти 71,1% чоловіків). Люди з середнім рівнем частіше повідомляли про позитивне ставлення до вакцинації (78,0%), а серед людей з найвищим рівнем доходу була найменша частка тих, хто ставився до вакцинації позитивно (68,3%)

Детермінанти здоров'я

Поведінка респондентів щодо куріння визначалася з питань «Ви зараз курите тютюнові вироби (наприклад, сигарети) щодня, не кожного дня чи зовсім не курите?» і, якщо так, то «Скільки сигарет в середньому Ви викурюєте зараз за день?». Всього 10 079 респондентів (99,0%) надали дані про їхній статус щодо куріння.

Три з чотирьох опитаних сказали, що наразі не курять (76,1%). Серед решти більшість курили помірно (9,5%) або багато (8,5%), але й 5,9% дорослих українців курили мало або нерегулярно.

Найбільша частка курців була серед мешканців Хмельницької області (32,8%); найменша - серед мешканців Рівненської області (14,0%) (рис.8).

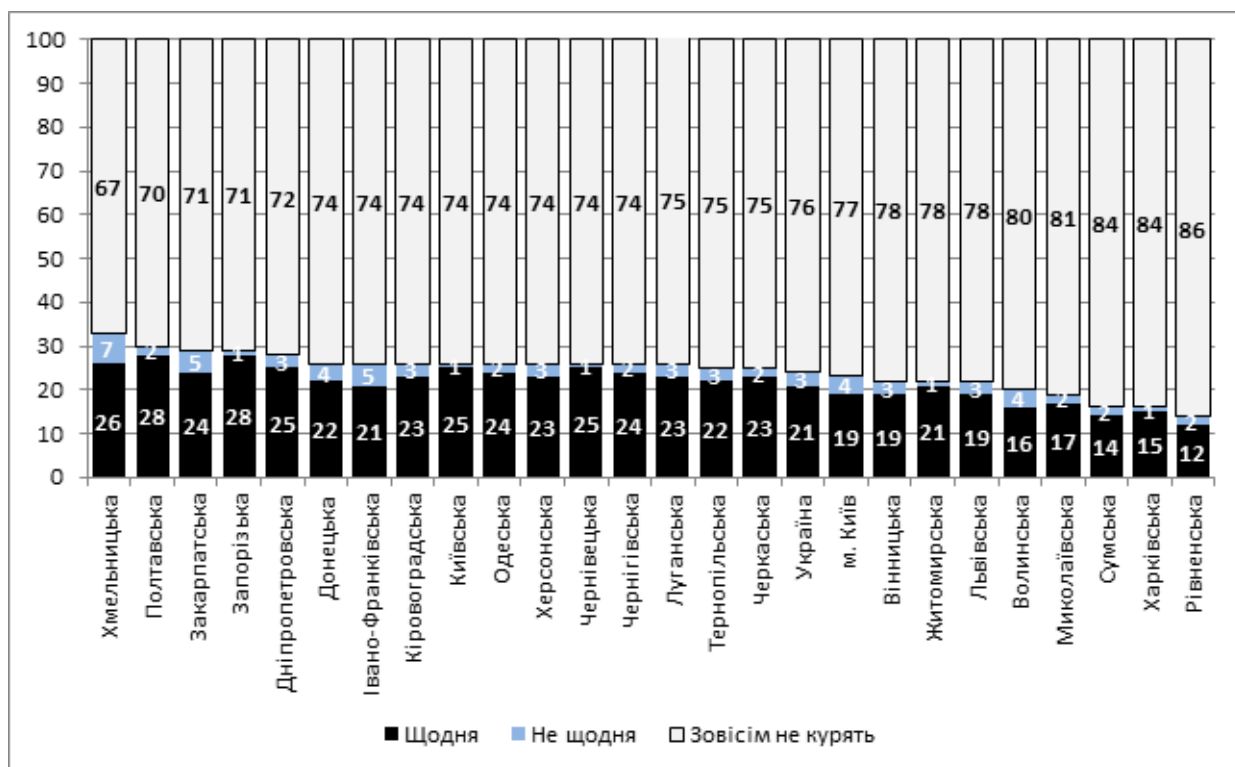


Рис. 8. Розподіл за областями відповідей на питання «Ви зараз курите тютюнові вироби (наприклад, сигарети) щодня, не кожного дня чи зовсім не курите?» (%).

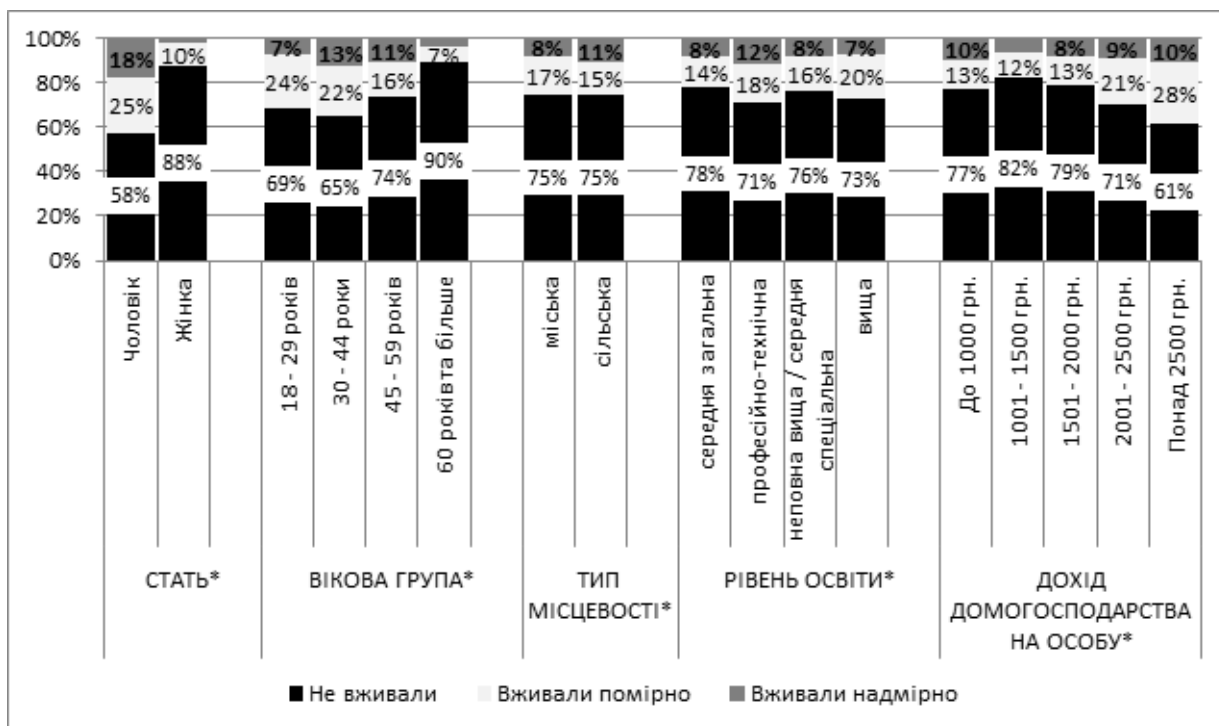
Серед чоловіків було майже у шість разів більше курців, ніж серед жінок (44,6% і 7,6%, відповідно), більшість курців становили люди віком до 60 років та респонденти з професійно-технічною освітою. Зі збільшенням доходу частка курців також зростала. Частки курців серед містян та селян були однаковими. За інтенсивністю куріння більша частка курців, які курили помірно або багато, була серед чоловіків, селян, зростала з віком (серед людей віком до 60 років), і зменшувалася зі збільшенням освіти і доходу.

Рівень вживання алкоголю був класифікований за кількома питаннями. Спочатку всім ставили питання: «Впродовж останніх 12 місяців як часто Ви вживали алкогольні напої?». Потім тим, хто вживав алкоголь хоча би один раз на місяць протягом останнього року, ставили питання «Які саме алкогольні напої Ви вживали у типовий день? Скільки мілілітрів?».

Всього 9 671 респондентів (95,0%) відповіли на питання про вживання алкоголю. З них три четверті (74,7%) сказали, що не вживали алкоголь взагалі протягом останнього року або вживали його рідше, ніж раз на тиждень; майже десята частина (8,6%) повідомили про надмірне вживання алкоголю і 16,7% респондентів вживали алкоголь помірно протягом останнього року.

Найменше вживали алкоголь у Миколаївській області, а саме 97,8% респондентів протягом останнього року вживали його рідше, ніж раз на місяць, або не вживали взагалі. Найбільше - у Запорізькій області. Там майже половина респондентів (44,1%) вживала алкоголь регулярно протягом останнього року, і майже кожний п'ятий мешканець (17,1%) - надмірно.

Більша частка регулярних вживачів алкоголю була серед чоловіків (42,3% проти 12,0% серед жінок), людей середнього віку, з професійно-технічною освітою і вищим доходом. Містяни й селяни не відрізнялись за частотою тих, хто взагалі не вживав алкоголь протягом минулого року, проте серед містян виявлено більшу частку тих, хто вживав його надмірно (рис. 9).



* Різниця між групами статистично значуща

Рис. 9. Розподіл за соціально-демографічними характеристиками відповідей на питання «Впродовж останніх 12 місяців як часто Ви вживали алкогольні напої?»

Не менш важливою детермінантою здоров'я є наявність ожиріння. Тож, Індекс маси тіла був розрахований з відповідей на два питання: «Скільки кілограмів Ви важите?» та «Який Ваш зріст у сантиметрах?». З цих відповідей за стандартно формулою було обраховано індекс маси тіла (ІМТ) [12]. Всього 9 016 (88,5%) респондентів змогли назвати свій зріст і вагу. За даними опитування, двоє з п'яти дорослих українців мають нормальну вагу (42,0%). Ще двоє з п'яти опитаних мають надмірну вагу (36,5%), і

один з п'яти - ожиріння (19,1%). Лише 2,4% респондентів мали недостатню вагу. Тобто, 55,6% опитаних мали надмірну вагу та ожиріння.

Найбільша частка опитаних мала надмірну вагу або ожиріння у Запорізькій області (разом 72,0%), і найменша - у Хмельницькій області (разом 43,1%).

Найбільша частка респондентів мали ожиріння серед опитаних у Київській області (27,6%). Найбільшу частку осіб з недостатньою вагою можна було спостерігати у Закарпатській області (6,5%).

Частка респондентів з надмірною вагою та ожирінням збільшувалася з віком, а також була більшою для людей без вищої освіти та доходом домогосподарства до 2 500 грн. на особу, ніж для респондентів з вищою освітою і вищим доходом.

Рівень фізичної активності респондентів було оцінено за відповіддю на питання «Скільки часу на тиждень Ви маєте фізичні навантаження хоча б середньої інтенсивності?». До фізичних навантажень середньої інтенсивності в опитувальнику було віднесено не тільки цілеспрямовані заняття спортом, а й ходіння пішки, їзда на велосипеді, робота в городі («так, щоб задихатися або спітніти»). Всього 7 938 респондентів (77,9%) відповіли на це питання.

З десяти респондентів п'ять мали фізичні навантаження середньої інтенсивності більше, ніж 1,5 год. на день (48,3%). Ще двоє (21,0%) мали зазвичай фізичні навантаження від 40 хв. до 1,5 год. на день, одна людина (8,2%) - від 20 до 40 хв. на день¹, і ще одна - до 20 хв. на день (12,1%). Тільки одна людина з десяти опитаних, за свідченнями самих респондентів, не мала взагалі фізичних навантажень середньої інтенсивності протягом дня або тижня (10,5%).

Найменше часу, за самоповідомленням, мали фізичні навантаження хоча би середньої інтенсивності респонденти у м. Київ (5 годин на тиждень) та Луганській області (6 год. на тиждень). Про найбільший час фізичних навантажень середньої інтенсивності повідомили мешканці Тернопільської області (майже 42 години на тиждень).

Про вищі рівні фізичних навантажень хоча би середньої інтенсивності повідомляли чоловіки, люди віком до 60 років, селяни і люди з нижчим рівнем доходів та середньою загальною або неповною вищою освітою.

Обговорення

Якщо порівнювати результати дослідження «Індекс здоров'я. Україна» 2016 [7] та 2017 років, то можна побачити, що самооцінки здоров'я майже не змінились. Частка тих, хто оцінює власне здоров'я як дуже добре, у 2016 р. дорівнювала 6%, у 2017 році - 7%. Як добре своє здоров'я у 2016 році оцінювало 39% респондентів, у 2017 - 40%. Так само не змінилась частка осіб, які оцінюють своє здоров'я як погане і дуже погане (12% і 2%, відповідно). Ці суб'єктивні оцінки певною мірою заперечують той факт, що офіційні показники тривалості життя в Україні є низькими, при цьому відставання від більшості розвинутих країн наростає, іноді перевищуючи 10, а у чоловіків - майже 15 років [1].

Частка осіб, які повідомили про наявність хронічних або довготривалих хвороб, зменшилася на 3% - з 42,3% у 2016 році до 39,2% у 2017 році. Частка респондентів, які мали офіційно встановлену інвалідність, не зазнала суттєвих змін: 7,1% у 2016 році та 6,6% у 2017 році.

Порівняно з 2016 роком, частка щоденних курців зменшилася на 4% (з 25% до 21%). Відповідно частка людей, що не курить, збільшилася на ту саму величину. Проте частка осіб, які курять нерегулярно, не змінилася. Так само суттєво не змінилась частота вживання алкоголю у 2017 році порівняно з 2016 роком. Свою фізичну активність у 2017 році просили оцінити у часі на тиждень, а в 2016 році - у частоті фізичних навантажень. Жодних фізичних навантажень декларували 11% респондентів у 2016 році і 10,5% респондентів у 2016 році.

¹ Норма, рекомендована ВООЗ для дорослих: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_adults/en/

Різниця у значеннях Індексу маси тіла (ІМТ) в 2016 і 2017 роках не було.

Проведене дослідження підтверджує тезу Щорічної доповіді про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України у 2016 році, підготовленої Міністерством охорони здоров'я України [8], про те, що поширеними є поведінкові фактори нездоров'я: вживання тютюну та алкоголю, ожиріння, низький рівень фізичної активності, високий рівень стресів. Схожі результати представлені і у праці О. Циборовського [9].

Порівняно з 2016 роком, ставлення до вакцинації дещо покращилося: на 3% більше респондентів стали ставитися до вакцинації позитивно або дуже позитивно (71% у 2016 році і 74% у 2017 році).

Питання щодо піклування про своє здоров'я і уявлення про негативні впливи на здоров'я не ставилися в 2016 році. Проте співставлення отриманих у 2017 році результатів широкомасштабного опитування з результатами інших досліджень, проведених раніше [5], свідчать, що здоровий спосіб життя та його соціальна якість (як чинники, що залежать від самої людини) продовжують залишатися другорядними порівняно з зовнішніми чинниками, що не залежать від людини. Як і раніше, переважна більшість дорослих українців не готові брати на себе відповідальність за збереження та зміцнення стану свого здоров'я й робити вибір на користь здорового способу життя і профілактичних заходів. Відтак нагальною видається потреба у розгортанні відповідної інформаційно-профілактичної роботи як на національному, так і на місцевих рівнях.

Якщо ж звернутися до результатів інших досліджень з цієї тематики - до самооцінювання здоров'я та здорового способу життя, то останнім часом міжнародні дослідження щодо самооцінки здоров'я фокусуються здебільшого на людях похилого віку [10; 20], оскільки їхній стан та відповідна потреба в допомозі створюють найбільше організаційних та фінансових викликів системі охорони здоров'я. Наприклад, у дослідженні людей старших 70 років [19] було виявлено, що найвищі оцінки своєму здоров'ю (від 1 - дуже добре самопочуття до 5) давали в Ірландії (середнє - 2,22), Швейцарії (2,26), Швеції (2,36), Великобританії (2,38), Бельгії, Нідерландах та Норвегії (2,41, 2,46 та 2,45 відповідно). Найменші оцінки помічені в Росії (3,76) та в Україні (3,74), як і в Угорщині (3,46), Латвії (3,45).

Щодо більш об'єктивного показника здоров'я та факторів ризику, яким є Індекс маси тіла, то аналіз даних Європейського соціального дослідження [19] демонструє наявність 45% опитаних з нормальною і 2% з заниженою вагою. На відміну від українського розподілу, більше чоловіків, аніж жінок мають надмірну вагу (45% проти 31%), але й надмірна вага серед мешканців сільської місцевості помічається частіше, аніж серед жителів міської місцевості (39% проти 31% з надмірною вагою й 17% проти 15% з ожирінням). Також у Чехії (45%), Угорщині (44%) та Литві (42%) помічено більше людей з надмірною вагою, а от у Великобританії (19%), Естонії (20%) та Словенії (21%) - з ожирінням. Найбільша частка людей з нормальною вагою мешкає в Швейцарії (54%), Данії (53%), Франції та Бельгії (51%).

Ця стаття представляє лише описові результати дослідження, однак для кращого розуміння патернів оцінювання власного здоров'я серед різних соціо-демографічних груп планується в подальшому застосувати аналітичні методи й розширити погляди на харчові та спортивні звички в родині. Наприклад, однією з подальших гіпотез може бути те, що надмірну вагу не можна вважати індивідуальною характеристикою, а натомість особливістю способу життя домогосподарства. Наприклад, П. Джіанантоні та В. Еджіді [15] стверджують, що родина є важливою для вкорінення та поширення поведінки щодо здоров'я, й ілюструють це твердження результатами емпіричного дослідження. На основі аналізу фізичної та психічної компонент, а також низької самооцінки здоров'я, використаних у багатощаблевому аналізі, вони підтвердили наявність взаємного впливу людей одне на одного в одному домогосподарстві.

Висновки

Населення України схильне до позитивних оцінок власного здоров'я: 46,5% респондентів вважали свій стан здоров'я добрим або дуже добрим. Найменшою ця частка була у Сумській області (27,7%), а найбільшою - у Луганській (58,7%). Лише 14,6 % вважають його поганим або дуже поганим. Вище оцінювали стан свого здоров'я чоловіки, люди молодшого віку, містяни, люди з вищою освітою та доходом. При цьому 39,2% респондентів вказали на наявність хронічних або довготривалих захворювань; 6,6% опитаних мали офіційно встановлену інвалідність.

Опитування засвідчило, що населенню України притаманна нездорова поведінка. Поширеність куріння становила 23,9% (7,7% серед жінок і 39,6% серед чоловіків); 8,6% опитаних вживали алкоголь надмірно протягом минулого року (17,5% чоловіків і 1,7% жінок); 55,6% опитаних мали надмірну вагу та ожиріння.

Українське населення схильне вважати, що добре піклується про власне здоров'я. Лише кожний десятий опитаний зазначив, що піклується про власне здоров'я скоріше погано (8,0%) або зовсім не піклується (2,8%). Але водночас чимало респондентів демонструвало необізнаність у питаннях здоров'я; 21,1% батьків відмовлялися коли-небудь від обов'язкових щеплень своєї дитини; 5,1% батьків відмовлялися від щеплень медичні працівники.

Найпершими причинами негативного впливу на своє здоров'я респонденти назвали психологічну напругу (38,9%) та економічні проблеми (30,8%). Водночас на чинники, що залежать від самої людини, респонденти вказували значно рідше.

Перелік літератури та джерел інформації

1. Аналіз демографічної ситуації в Україні // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2015 рік / За ред. В. В. Шафранського ; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2016. С. 12-33.
2. Левчук Н. М. Соціальна диференціація стану здоров'я і смертності в Україні // Демографія та соціальна економіка. 2007. № 1. С. 12-27.
3. Семигіна Т. В. Політичні аспекти охорони здоров'я: на перетині глобального і локального. Київ: вид-во «Києво-Могилянська академія», 2013. 400 с.
4. Семигіна Т. В., Осейчук О. Ю. Політика зменшення несправедливості в охороні здоров'я: популізм, прагматизм чи суспільний консенсус? // Наукові записки НаУКМА. 2016. Вип. 186 (Політичні науки). С. 38-42.
5. Семигіна Т., Романова Н., Белишев О. Самооцінка молоді щодо здоров'я та способу життя // Вісник Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту. 2010. № 3. С. 139-149.
6. Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2016 році (за даними вибіркового обстеження умов життя домогосподарств): Статистичний збірник / Державна служба статистики України. Київ, 2016. С. 9.
7. Тимошевська В., Захожа В., Степурко Т., Шевченко М., Юрочко Т. Індекс здоров'я. Україна. Київ, 2016. 165 с.
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.
9. Ціборовський О.М. Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління (огляд літератури) // Україна. Здоров'я нації. . 2015. № 2 (34). С. 13-19.
10. Arezzo M. F., Giudici C. Social capital and self perceived health among european older adults // Social Indicators Research. 2017. Vol. 130(2). P. 665-685.
11. Bennett B.I et al. Future-proofing global health: Governance of Priorities // Global Public Health. 2017 (published online). Doi: 10.1080/17441692.2017.1296172 (accessed at 8.02.2018).

12. Body mass index - BMI // World Health Organization. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (access at 1.02.2016).
13. Euro Health Consumer Index // Health Consumer Powerhouse. 2016 URL: <http://www.healthpowerhouse.com/en/news/euro-health-consumer-index-2015> (accessed at 10.03.2016).
14. Ezzati M. et al. Comparative Quantification of Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Risk Factors // Global Burden of Disease and Risk Factors /Lopez A.D. et al., eds. New York: Oxford University Press, 2006. P. 241-268.
15. Giannantoni P., Egidi V. Similarity of Perceived Health Between Household Members: The «Mutual Influences» Hypothesis // A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe. Springer, Cham, 2018. P. 133-154.
16. Healthy Canadians: A Federal Report on Comparable Health Indicators 2012 / Government of Canada. 2014. URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/healthy-canadians-federal-report-comparable-health-indicators-2012.html> (accessed at 10.03.2016).
17. Hill P.S., Buse K., Brolan K.E., Ooms G. How can health remain central post-2015 in a sustainable development paradigm? // Globalization and Health. 2014. Vol. 10:18. URL: <http://www.globalizationandhealth.com/content/10/1/18> (accessed at 8 of February, 2018).
18. Immunization in WHO regions // WHO. URL: <http://www.who.int/topics/immunization/en> (accessed at 10.03.2016).
19. Marques, S., Swift, H. J., Vauclair, C. M., Lima, M. L., Bratt, C., & Abrams, D. 'Being old and ill' across different countries: Social status, age identification and older people's subjective health // Psychology & health. 2015. Vol. 30(6). P. 699-714.
20. Palladino R., Tayu Lee J., Ashworth M., Triassi M., Millett C. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries // Age and ageing. 2016. Vol. 45(3). P. 431-435.