

METHODOLOGICAL FEATURES OF SUBJECTIVE HEALTH ASSESSMENT IN THE RESEARCHING OF QUALITY OF LIFE (ON THE EXAMPLE OF KHERSON REGION)

Roman MOLIKEVYCH

*Kherson State University, Ukraine
stoa13@rambler.ru*

Abstract: The article reveals methodological approaches to the subjective assessment of public health and quality of life. It shows the scheme of stages of survey of respondents in administrative units and discusses the principles of its organization. The author gives the results of the survey of population of Kherson region about public health and quality of life. Then the author gives the scoring of studied phenomena and explains the features of territorial differentiation of individual performance indicators.

Key words: quality of life, public health, subjective evaluation, survey.

UDC: 911.3

МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ ЗДОРОВ'Я В КОНТЕКСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ НАСЕЛЕННЯ (НА ПРИКЛАДІ ХЕРСОНСЬКОЇ ОБЛАСТІ)

Роман МОЛІКЕВИЧ

*Херсонський державний університет, Україна
stoa13@rambler.ru*

Анотація: У статті розглянуто методичні підходи до суб'єктивної оцінки суспільного здоров'я та якості життя населення. Наведено план-схему етапів проведення опитування респондентів в адміністративних утвореннях та розглянуто принципи його організації. Проаналізовано результати анкетування населення Херсонської області з питань суспільного здоров'я та якості життя. Дано бальну оцінку досліджуваних явищ та пояснено особливості територіальної диференціації проявів окремих оціночних показників.

Ключові слова: якість життя, суспільне здоров'я, суб'єктивна оцінка, анкетування.

УДК: 911.3

Постановка проблеми. Дослідження якості життя крізь призму медико-демографічної ситуації та суспільного здоров'я є одним зі способів не лише її більш реальної оцінки, але й можливості формування прогностичних припущень про подальші зміни. Але, як і будь-яке дослідження, оцінка суспільного здоров'я та якості життя має ряд методичних та методологічних проблем, пов'язаних, в першу чергу, з відбором та верифікацією найсуттєвіших показників.

Однією з таких проблем є рівень достовірності та репрезентативності результатів. Офіційна статистика досить «суха» (поверхнева) і не розкриває повної картини досліджуваних процесів, а також їх взаємозв'язку. Наприклад, для оцінки суспільного здоров'я використовують звичайні показники захворюваності, які якраз повинні показувати рівень нездоров'я населення. Високі показники захворюваності серед населення свідчать про значну дію низки негативних факторів на окремих територіях. Але, варто відмітити, що населення не завжди звертається до закладів охорони здоров'я зі скаргами на недугу. Це передусім пов'язано з низьким рівнем довіри до вітчизняної медичної системи, сумнівами в її якості та досить значними затратами на лікування у лише офіційно «безкоштовних» медичних закладах. Також традиційним для українського сьогодення залишається самолікування та безвідповідальне

ставлення до регулярних медичних обстежень. В такій ситуації виникає дослідницька проблема, коли за наявними статистичними показниками не можливо оцінити реальний рівень здоров'я/нездоров'я населення.

Дещо краща ситуація з оцінкою якості життя населення. Використання офіційних статистичних даних та аналіз результатів досліджень домогосподарств, які щорічно проводяться державними управліннями статистики, дозволяє дослідити більш-менш реальну картину рівня та якості життя населення регіону. Але, знову ж таки, наприклад, не довіряючи органам державної влади, населення не вказує своїх реальних доходів (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, так як більшість населення в сільській місцевості не реєструється як фізична або юридична особа підприємець і здійснює реалізацію власної сільськогосподарської продукції, перебуваючи на обліку Державної служби зайнятості як безробітний. Тому інколи так звані «безробітні» мають вищі статки ніж зайняте населення.

Зважаючи на наведені вище проблеми, для коригування і уточнення результатів дослідження досить часто використовують методи суб'єктивної

оцінки параметрів рівня та якості життя, суспільно-го здоров'я тощо. Найбільш часто застосовують методи опитування та анкетування, які належать до методів польових досліджень у суспільній географії [3, с. 109]. При вдало організованій і репрезентативній вибірці науковець може отримати результати з високим рівнем достовірності.

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

Метою роботи було розглянути методичні особливості суб'єктивного підходу до оцінки суспільного здоров'я та якості життя населення; дослідити територіальні закономірності суспільного здоров'я та якості життя населення Херсонської області за допомогою методу анкетування; дати інтегральну суспільно-географічну оцінку досліджуваним процесам.

Виклад основного матеріалу дослідження. Суб'єктивні методи оцінок географічних процесів поки не є дуже поширеними в українській суспільній географії. Така тенденція сформована науковою «етикою», що дісталась у спадок від часів СРСР, коли більш обґрунтованим вважалося дослідження на основі показників офіційної державної статистики, що суворо контролювалась. В західній же моделі досліджень суб'єктивні методи використовуються давно і досить успішно. Оскільки суб'єктивні методи мають ряд специфічних рис, то і методику проведення кожного дослідження потрібно прилаштовувати для потреб конкретної ситуації.

Головним завданням опитування, як і в будь-якому іншому дослідженні, є перевірка певної гіпотези. Гіпотеза може стосуватися оцінки певного параметру або перевірки певного взаємозв'язку між змінними. Вибіркове анкетування являється досить добрим наближенням до ідеальної моделі, і являється експериментальним методом дослідження. Для ідеального експерименту характерні такі риси [1, с. 69-70]:

- контроль умов (в нашому випадку проведення анкетування по заздалегідь спланованій вибірці за суспільно-географічними показниками операційно-територіальних одиниць);
- використання експериментальної і контрольної групи, для проведення попередніх пробних оцінок масштабного анкетування (зазвичай обираються апостеріорно на етапі аналізу);
- рандомізація, тобто випадковий відбір респондентів у контрольні і експериментальні групи (зазвичай при проведенні анкетування, рандомізація є певним середнім між випадковим вибором, стратифікацією та квотуванням).

Серед основних позитивних рис використання анкетування при суспільно-географічних дослідженнях є: швидкість отримання значного масиву даних, невисока вартість у порівнянні з об'ємом отриманої інформації, використання

стандартних процедур при опитуванні та однарідність отриманих показників.

Нами було розроблено схему методики організації та проведення анкетування для потреб суспільно географічних досліджень, на основі як досвіду географів так і соціологів, у яких метод анкетування є одним з основних інструментів наукового дослідження (рис. 1.) [1; 2; 5; 8; 9].

Темою нашого суспільно-географічного анкетування є «Суспільне здоров'я та якість життя населення Херсонської області». Актуальність даного дослідження полягає в суб'єктивній оцінці показників суспільного здоров'я та якості населення. Основна гіпотеза полягає в тому, що реальна ситуація якості життя населення та суспільного здоров'я не відповідає показникам, що обчислені за допомогою офіційної статистики.

За відповідною темою було розроблено анкету, при складанні якої були використані різні варіанти анкет для дослідження якості життя та здоров'я населення (наприклад: короткий опитувальник ВОЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF) та анкета оцінки якості життя SF-36). Анкета складається з 16 питань і являється анонімною. Перші три питання спрямовані на оцінку відповідності респондента рамкам вибірки (місце проживання, стать, вік). До кожного наступного питання пропонувалось 5 варіантів відповіді з оціночними балами від 0 до 4. В 9-му питанні респонденту пропонувалось обрати довільну кількість варіантів, які задовольняють наведене питання.

Система оцінювання відповідей векторна. Всі питання, окрім дев'ятого, мають 5 варіантів відповіді. Тобто, наприклад, восьме питання «Наскільки ви задоволені власним рівнем життя?» має наступні відповіді з відповідними оцінками: 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 саме негативні тенденції у відповідях респондентів.

Всі питання включені в анкету з урахуванням особливостей заповнення анкети середньостатистичною особою. Тому, наприклад, відомості щодо прибутків сім'ї респонденти вказують лише в останньому питанні, і питання поставлено у формі, яка не викликає занепокоєння у респондента. З метою адаптації анкети до розуміння середньостатистичною особою було проведено попереднє анкетування серед різних соціальних груп. Особливо були додатково скориговані варіанти відповідей на питання щодо причин, що впливають на погіршення здоров'я.

Операційно-територіальними одиницями (ОТО) при проведенні анкетування було обрано 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. Така вибірка дозволила найбільш диференційовано та повно оцінити досліджувані показники. Заплановано було опитати номінально 2300 осіб, по 100 осіб в кожному районі, 100 осіб в Новій Каховці та 400 осіб в Херсоні. Після здійснення анкетування та проведення «ремонт» вибірки, загальна кількість опитаних становила 2082 особи, від 70 до 100 опитаних осіб по районах, 100 осіб в Новій Каховці (міськрада) та 310 осіб в Херсоні (міськрада). Невідповідність номінального розрахунку вибірки та реальних результатів пов'язані з проблемою пошуку надійних інтерв'юєрів у віддалених районах області. При виборі оптимальної кількості респондентів ми керувалися класичною моделлю Геллапа [7, 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 складає 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 є нереальним у виконанні. Але, за умови квотної вибірки, менша кількість респондентів може показати такі ж результати. Тому нами було обрано мінімальний рекомендований об'єм вибірки за моделлю Геллапа, що становить 100 осіб із точністю



Рис.1. Етапи проведення анкетування «Суспільне здоров'я та якість життя населення Херсонської області».

результатів $\pm 11\%$ при випадковій вибірці. Знову ж таки, враховуючи те, що наша вибірка нормована по статевіковим квотам та поділу населення на сільське і міське, то точність дослідження зростає у два рази і становити ті ж 5% , що вже задовольняють умови репрезентативності результатів. Враховуючи що загальна кількість респондентів по Херсонській області становить більше двох тисяч, то репрезентативність загальних результатів буде максимальною 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» [8, с. 56], правильно підібрана вибірка являється головною передумовою добротного опитування.

В якості інтерв'юерів виступали студенти Херсонського державного університету, які були попередньо проінструктовані. Відбір кандидатів у інтерв'юери здійснювався на основі місця проживання студентів, тобто відповідно до районів, міст, селищ міського типу та сіл, звідки вони родом. Для проведення анкетування в кожному районі було обрано по 3-6 студентів, які родом з відповідних населених пунктів, що задовольняли умови вибірки. Кожному інтерв'юеру було видано пакет анкет у кількості від 12 до 35 (в залежності від кількості наявних інтерв'юерів у даному районі та особливостей вибірки), укомплектованих відповідно до статевікової структури населення ОТО. Як показала практика, населення досить вороже ставиться до незнайомих осіб, які пропонують пройти анкетування. Тому звернення до осіб, які проживають безпосередньо у даному населеному

пункті і можуть (враховуючи невелику кількість анкет у пакеті) опитати всіх необхідних респондентів навіть серед своїх родичів та знайомих, дозволило оптимізувати та пришвидшити процес анкетування. В загальному анкетування було проведено за січень місяць 2015 року, коли студенти-інтерв'юери перебували на канікулах. На рис.2. відображена картосхема територіального охоплення населених пунктів, де було проведено анкетування.

За результатами опрацювання анкет була створена база даних результатів дослідження та вираховано середні бали відповідей на кожне питання. За результатами середніх балів було здійснено групування ОТО та проведено наступний аналіз територіальних особливостей суспільного здоров'я та якості життя населення Херсонської області.

За результатами анкетування було отримано досить цікаві результати.

В першому запитанні анкети, респонденту пропонувалося оцінити стан власного здоров'я від 0 до 4 балів (де: 0 – дуже поганий, 1 - поганий, 2 – задовільний, 3 – добрий, 4 – відмінний). По всім територіальним одиницям було отримано результати в межах «задовільний (2) – добрий (3)». Найнижчі показники оцінки рівня здоров'я показали: Іванівський (2,33 бали), Бериславський (2,36 бали), Нововоронцовський (2,42 бали) райони. Найкращі показники мають Білозерський (2,77 бали) та Каховський (2,79 бали) райони.

На рис.3 представлена картосхема групування адміністративних одиниць Херсонської області за оцінками рівня суспільного здоров'я. Як і було прогнозовано, значного зв'язку між статистичними

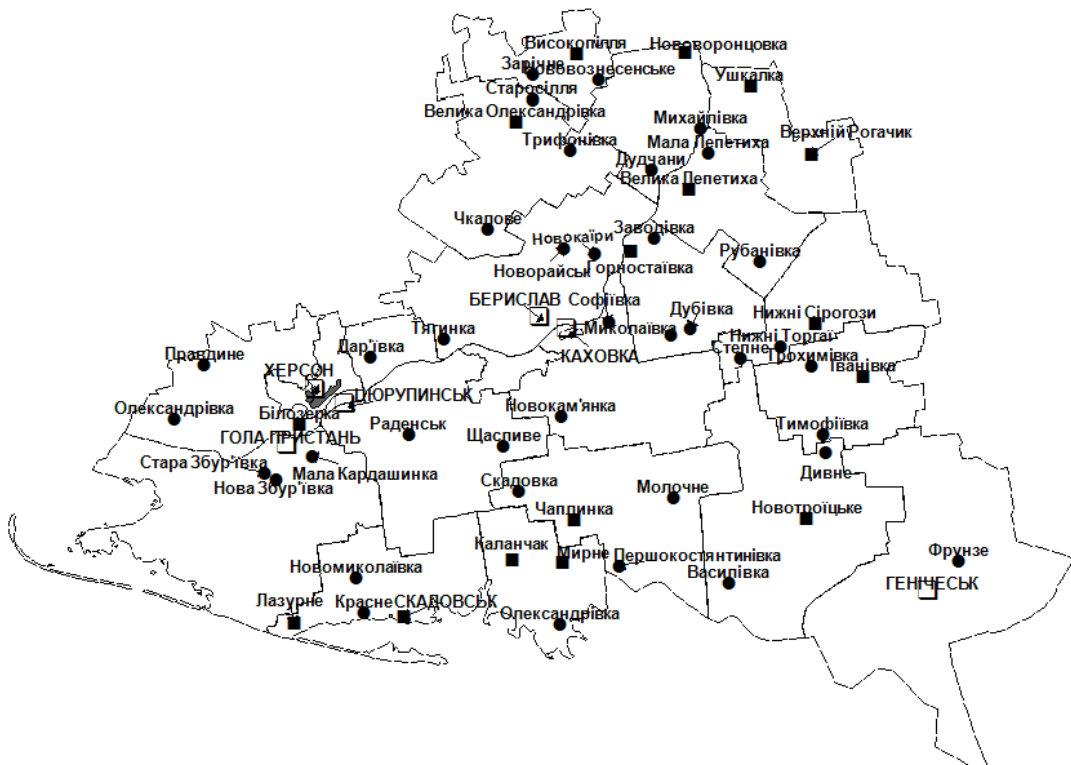


Рис.2. Картосхема територіального охоплення населених пунктів Херсонської області при проведенні анкетування.

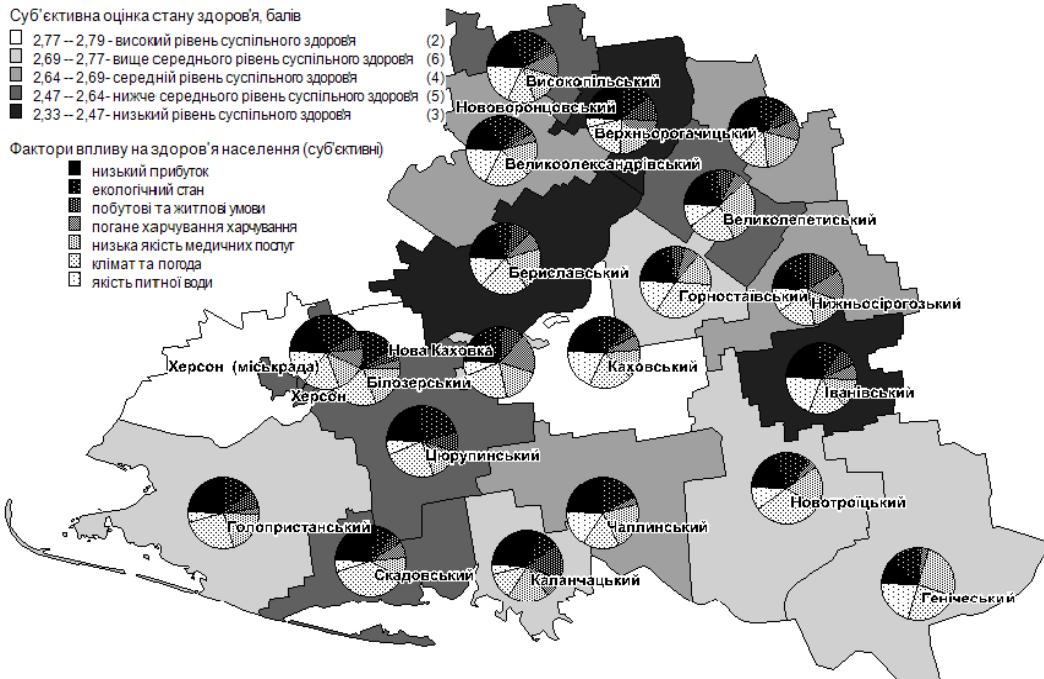


Рис.3. Картохсхема результатів суб'єктивної оцінки рівня суспільного здоров'я та факторів впливу на здоров'я населення за результатами анкетування (укладено автором).

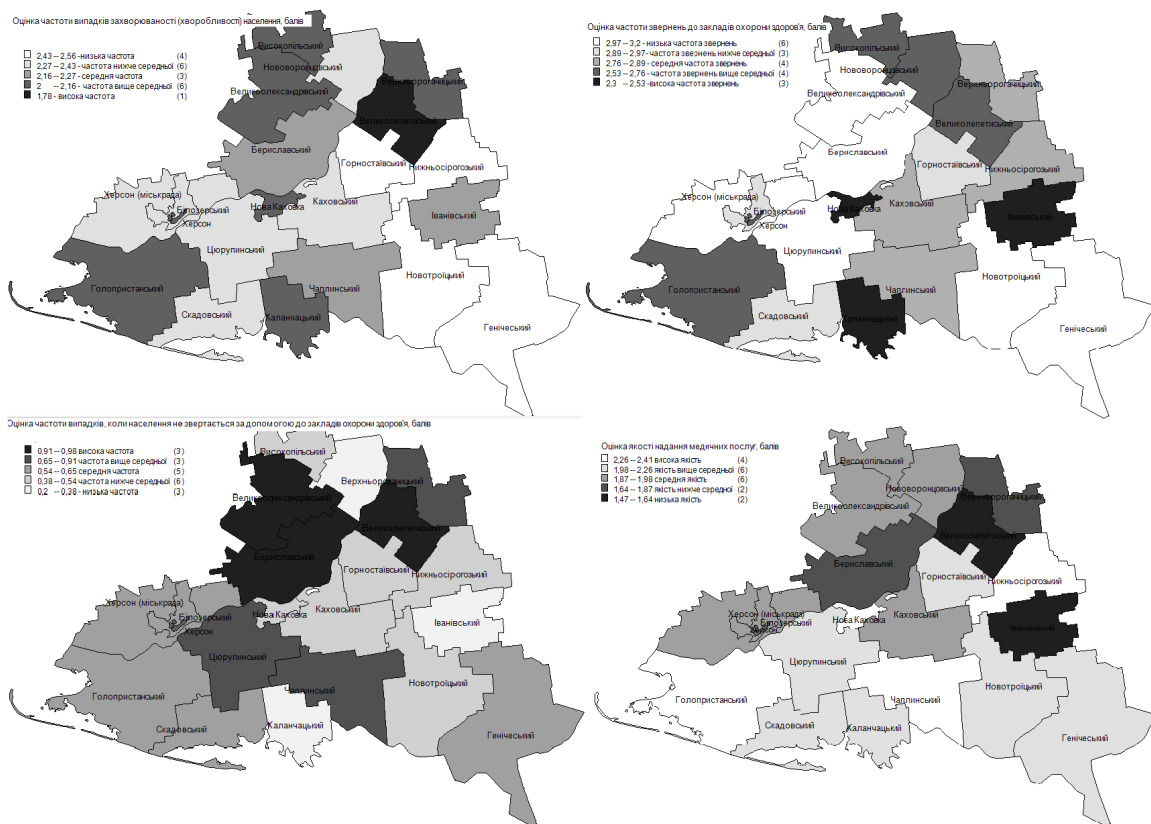


Рис. 4. Картохсхеми результатів суб'єктивних оцінок за результатами анкетування населення Херсонської області (укладено автором):

1- частоти захворюваності (хворобливості); 2- частоти звернень до закладів охорони здоров'я ; 3- частоти випадків ігнорування населенням необхідності звернення до лікувальних закладів при погіршенні здоров'я; 4- оцінки якості надання медичних послуг населенню.

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

Також на рис. 3. за допомогою кругових діаграм відображено результати суб'єктивної оцінки ролі різних факторів у регіональних особливостях формування здоров'я. У анкеті респондентам було запропоновано відмітити ті фактори, які на їхню думку впливають на погіршення їхнього здоров'я, або дописати власний варіант відповіді.

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

Другим за значимістю фактором є вплив погоди та кліматичних умов. У 13-ти адміністративних одиницях погодатакліматвизначені респондентами як один з найголовніших факторів впливу на погіршення здоров'я. Такі показники пояснюються закономірним погіршенням здоров'я при зміні погоди (наприклад, підвищення частоти простудних захворювань при зниженні температури, загостренні гіпертонічної хвороби при підвищенні температури).

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

Найвищі показники впливу поганих побутових та житлових умов на здоров'я було отримано у

Каланчацькому (16,29%), Нижньосірогозькому (15,89%) та Нововоронцовському (12,17%) районах. Специфіка даних результатів потребує детального вивчення, оскільки попереднє припущення про їх зв'язок з показниками забезпеченості населення житлом не підтвердились.

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

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

Наступний показник стосується частоти виникнення захворювань (хворобливості) у населення. Респондентам було запропоновано обрати серед 5 варіантів відповіді від 4 балів – «зовсім не хворів за рік», до 0 – «дуже часто хворів». За результатами опитування найменше хворіли жителі Новотроїцького (2,56 балів), Нижньосірогозького (2,43 бали) та Горностаївського (2,44 бали) районів. Найчастіше хворіли у Великопетиському (1,78 балів), Голопристанському (2,02 бали), Каланчацькому (2,03 бали) районах та м. Нова Каховка (2,00 балів) (рис.4.1.).

Цікаві результати виявлені при кореляційному аналізі між оцінками населення частоти захворюваності та офіційною статистикою загальної захворюваності. Отриманий коефіцієнт склав 0,51, тобто чим нижче суб'єктивна частота захворюваності, тим вища офіційна статистика захворюваності. Дані результати вкотре підтверджують, що офіційна статистика загальної захворюваності показує лише ефективність діяльності закладів охорони здоров'я та ступінь довіри до медичних працівників, а аж ніяк не стан суспільного здоров'я. В районах де медична система розвинута краще і захворювання вчасно виявляються, лікуються і попереджаються реальна картина стійкості населення до захворювань є кращою. Для подальшої перевірки даної гіпотези респондентам було запропоновано оцінити частоту звернень до закладів охорони здоров'я, від «4 балів – зовсім не звертався» до «0 балів – дуже часто звертався». Найменше звертались до лікувальних закладів у Бериславському (3,20 балів), Великоолександрівському (3,03 бали) та Новотроїцькому (3,02 бали) районах, найчастіше – у Каланчацькому (2,30 балів), Іванівському (2,36 балів) районах та м. Новій Каховці (2,38 балів) (рис.4.2.).

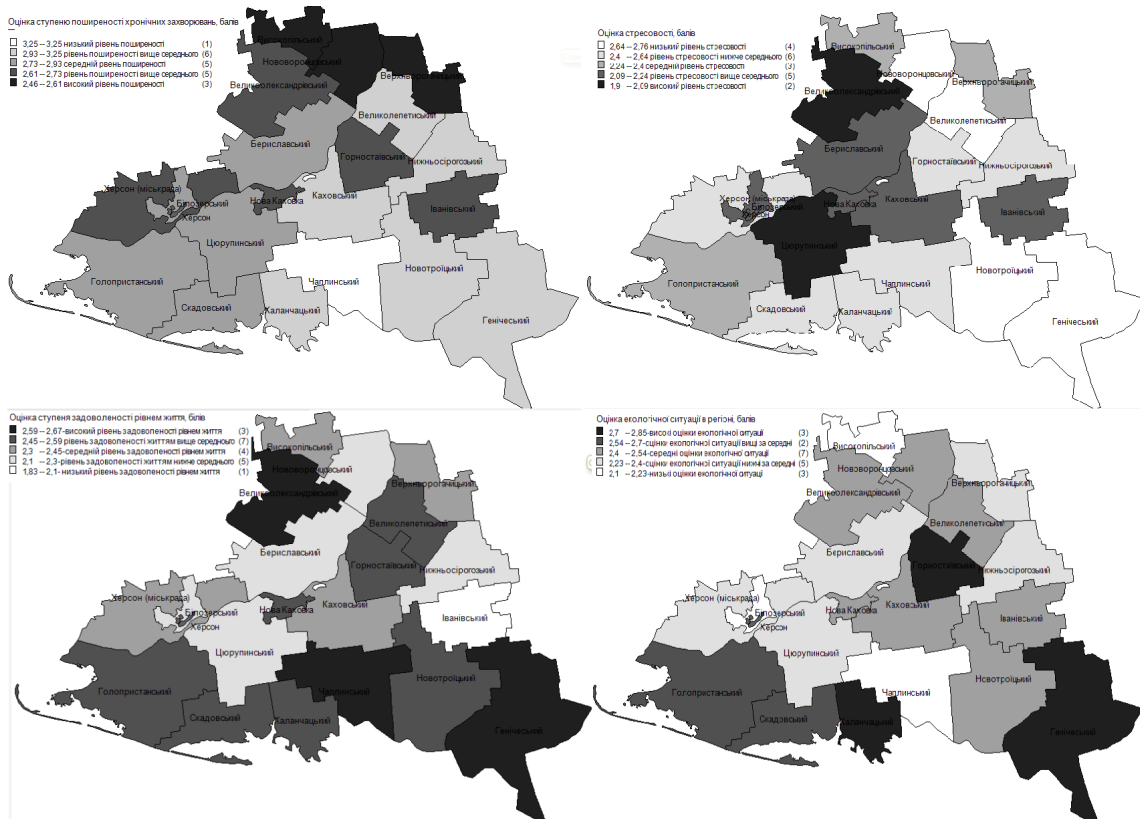


Рис. 5. Картошки результатів суб'єктивних оцінок за результатами анкетування населення Херсонської області (укладено автором): 1- ступеня поширеності хронічних захворювань; 2- оцінка стресовості; 3- ступеня задоволеності рівнем життя; 4- оцінка екологічної ситуації в регіоні.

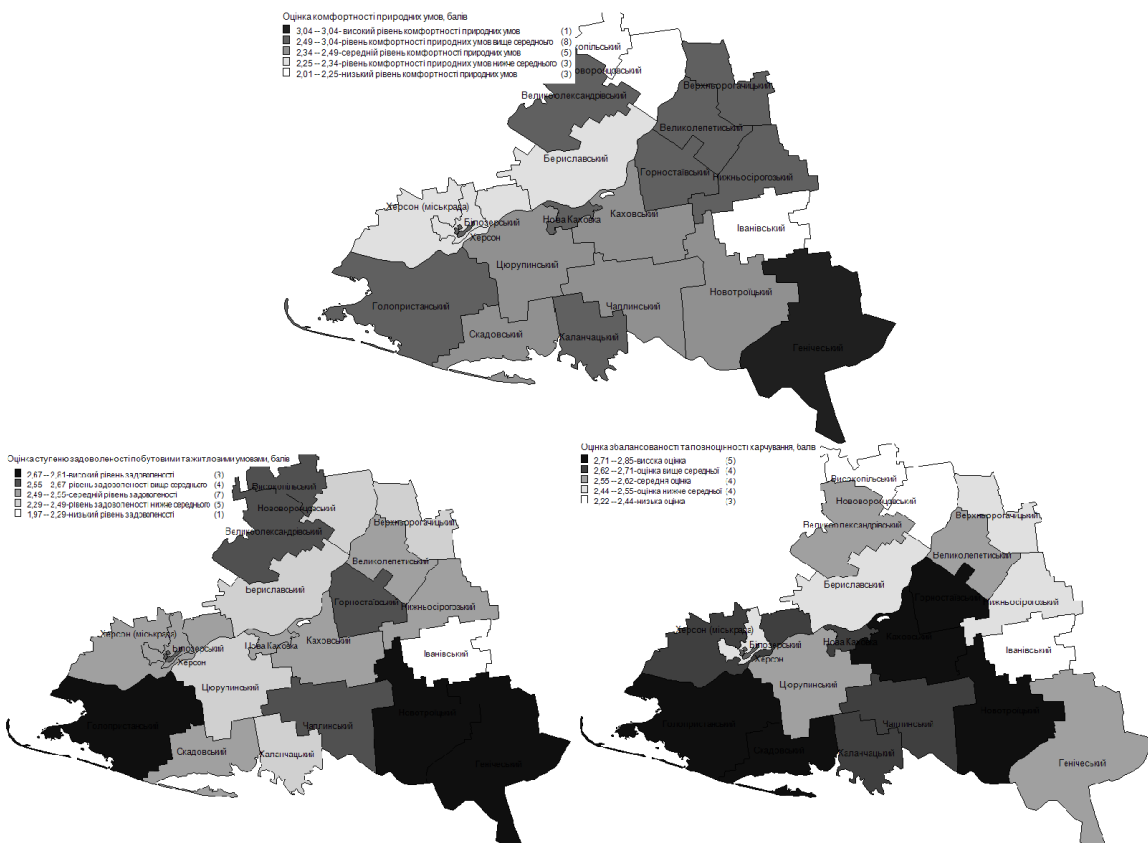


Рис. 6. Картошки результатів суб'єктивних оцінок за результатами анкетування населення Херсонської області (укладено автором): 1- комфортності природних умов; 2- ступеня задоволеності житловими та побутовими умовами; 3- ступеня збалансованості та повноцінності харчування.

За результатами оцінки частоти захворюваності та частоти звернень до лікувальних закладів була вирахована різниця між даними показниками, що показує частоту випадків коли населення переносить захворювання без медичного втручання (простіше кажучи – займається самолікуванням). Найбільша різниця виявлена у Бериславському (0,98 бали), Великоолександрівському (0,94 бали) та Великолепетиському (0,94 бали) районах (рис.4.3.), тобто в тих же районах, де оцінки особистого стану здоров'я населенням були найнижчими. Знову ж таки, ми приходимо до висновку, що рівень розвитку медичної системи та ступінь довіри до медпрацівників є одним з наріжних каменів у формуванні суспільного здоров'я. Погана якість надання медичних послуг призводить до того, що населення вважає необхідним звертатись за допомогою до лікарень лише у крайньому випадку.

Для подальшого підтвердження гіпотези, респондентам було запропоновано оцінити якість надання медичних послуг в їх населеному пункті, від «0 – незадовільна» до «4 – відмінна». Знову ж таки, найнижчі оцінки були одержані в Іванівському (1,47 бали), Великолепетиському (1,54 бали), Бериславському (1,77 бали) та Великолепетиському (1,54 бали) районах (рис.4.4.). Тобто тих же районах де оцінки особистого стану здоров'я населенням були найнижчими. При кореляційному аналізі між показниками суб'єктивної оцінки стану здоров'я та оцінки якості надання медичних послуг коефіцієнт склав 0,55, що знову ж таки підтверджує залежність суспільного здоров'я від рівня розвитку медичної системи.

Додатково було оцінено ступінь поширення хронічних захворювань. Респондентам запропоновано відповісти на питання «Чи маєте Ви хронічні захворювання?», та обрати один з варіантів відповіді серед наступних: «0 – з частими загостреннями», «1 – так, з рідкими загостреннями», «2 – так, але постійно роблю профілактику», «3 – мав, алевилікувався», «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.5.1.). Всі наведені райони з низькими показниками поширеності хронічних захворювань є приморськими, а як відомо морський клімат є сприятливим для лікування хронічних захворювань, тому результати являються цілком закономірними. Найвищі ж показники частоти прояву хронічних захворювань характерні для Високопільського (2,46 бали), Нововоронцовського (2,53 бали) та Верхньорогачицького (2,55 бали) районів, які є крайніми північними районами області (а відповідно і більш холоднішими і континентальнішими за кліматичними характеристиками). Тобто для даного показника явно виражена залежність з кліматичними характеристиками навіть на такій невеликій території. У деяких районах (наприклад, Іванівському) висока частота хронічних захворювань пов'язана з низькою якістю питної води. В м. Нова Каховка та Білозерському районі причиною високих

показників хронічних захворювань являються значні об'єми викидів в атмосферу.

Як відомо, причиною багатьох захворювань являється висока частота виникнення стресових ситуацій [4]. 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 є Цюрупинський (1,90 бали), Великоолександрівський (1,96 бали) райони та м. Херсон (2,09 бали) (рис.5.2.).

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

Серед оцінюваних аспектів якості життя населення одним з флагманських питань є 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.5.3.). Дані результати не співпадають з оцінкою соціально-економічного розвитку, і свідчать про певні специфічні територіальні риси у судженнях людей про рівень життя. Відсталі в соціально-економічному плані райони представлені як серед лідерів з максимальними оцінками рівня задоволеності так і серед аутсайдерів. Отримані показники вкотре свідчать про неможливість судження про якість життя населення лише за офіційною статистикою.

Наступними вагомим критерієм в оцінці якості життя є ступінь задоволеності населення екологічною ситуацією у регіоні проживання. Дана оцінка дозволяє більшою мірою визначити в яких регіонах є загострені екологічні проблеми, а в яких більш нейтральна ситуація. Найгірша екологічна ситуація за суб'єктивними оцінками склалася у м. Херсоні (2,10 бали), Високопільському (2,14 бали) та Чаплинському (2,17 бали) районах. З рис.5.4., на якому відображена на картосхема оцінок екологічної ситуації, видно що найгірша екологічна ситуація склалася біля м. Херсона та сусідніх районів, оскільки саме в цьому регіоні зосереджена більша частина промислових потужностей області. Низькі оцінки екологічної ситуації на півночі пояснюються наявністю

захоронень великої кількості отрутохімікатів на території Високопільського району, та впливом промислово розвинутою сусідньої Дніпропетровської області.

Не менш інформативним для визначення якості життя (ЯЖ) та розуміння чинників впливу на суспільне здоров'я (СЗ) являється показник комфортності природних умов для проживання населення. Як видно з рис. 6.1. майже вся територія лівобережної Херсонщини має високі оцінки щодо природної комфортності, окрім Іванівського району (2,01 бали), де низькі оцінки зумовлені низькою якістю питної води. Також найнижчі оцінки притаманні 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 у зв'язку з тим що частина району та саме смт. Велика Олександрівка розміщені в пониженні утвореного долиною р. Інгулець.

Наступним значимим показником є ступінь задоволеності населення побутовими та житловими умовами (рис.6.2.). Отримані результати є досить цікавими, оскільки будь-які взаємозалежності з реальними статистичними показниками (як то показники газифікації населених пунктів, наявність централізованого опалення, водопостачання, каналізації і т.д.) не виявлені. Задоволеність житловими та побутовими умовами є суто якісною характеристикою і може досить сильно різнитись навіть у населення з однаковим рівнем доходів, особливо така диференціація проявляється між сільськими та міськими жителями. Для сільського жителя однокімнатна квартира на дев'ятому поверсі асоціюється з камерою у в'язниці, для міського жителя, і великий будинок із значною присадибною ділянкою та господарством може бути як затишним місцем після трудового дня, так і тягарем в плані підтримки цього господарства у достойному вигляді. Тому оцінювати задоволеність житлом та побутовими умовами найкраще за допомогою суб'єктивного підходу. Найвищі показники задоволеності населення показали Генічеський (2,81 бали), Голопристанський (2,68 бали) та Новотроїцький (2,67 бали) райони, найнижчі – Іванівський (1,97 бали), Нововоронцовський (2,29 бали) райони.

Наступний показник – це оцінка збалансованості та повноцінності харчування. Це складний показник для оцінки. Традиційно розраховується скільки продуктів (м'ясо, молоко, яйця, хліб і т. д.) споживає в середньому одна особа або домогосподарство за місяць, звідси робляться висновки про збалансованість та повноцінність харчування. Така оцінка все більше ускладнюється, особливо у містах, де поширені культури закладів швидкого харчування, вегетаріанство і т.д. Тому і тут не зайвим є проведення суб'єктивної оцінки збалансованості харчування. Як видно з картосхеми (рис.6.3.) найвищі оцінки характерні для південної частини області, а найнижчі – для північної. Така ситуація пояснюється наступними закономірностями:

1) у південних районах розміщена розвинута система зрошуваних каналів та домінує овочівництво у валовій продукції сільського господарства. Як правило, достатня кількість овочів у раціоні є показником раціонального харчування;

2) в обласному центрі низькі показники спричиненні поширенням міського способу життя і супроводжуваними його проблемами забрудненості, перевантаженості, нераціональності тощо;

3) північні райони більш депресивні у соціально-економічному плані, тому і купівельна спроможність населенням продуктів харчування нижча.

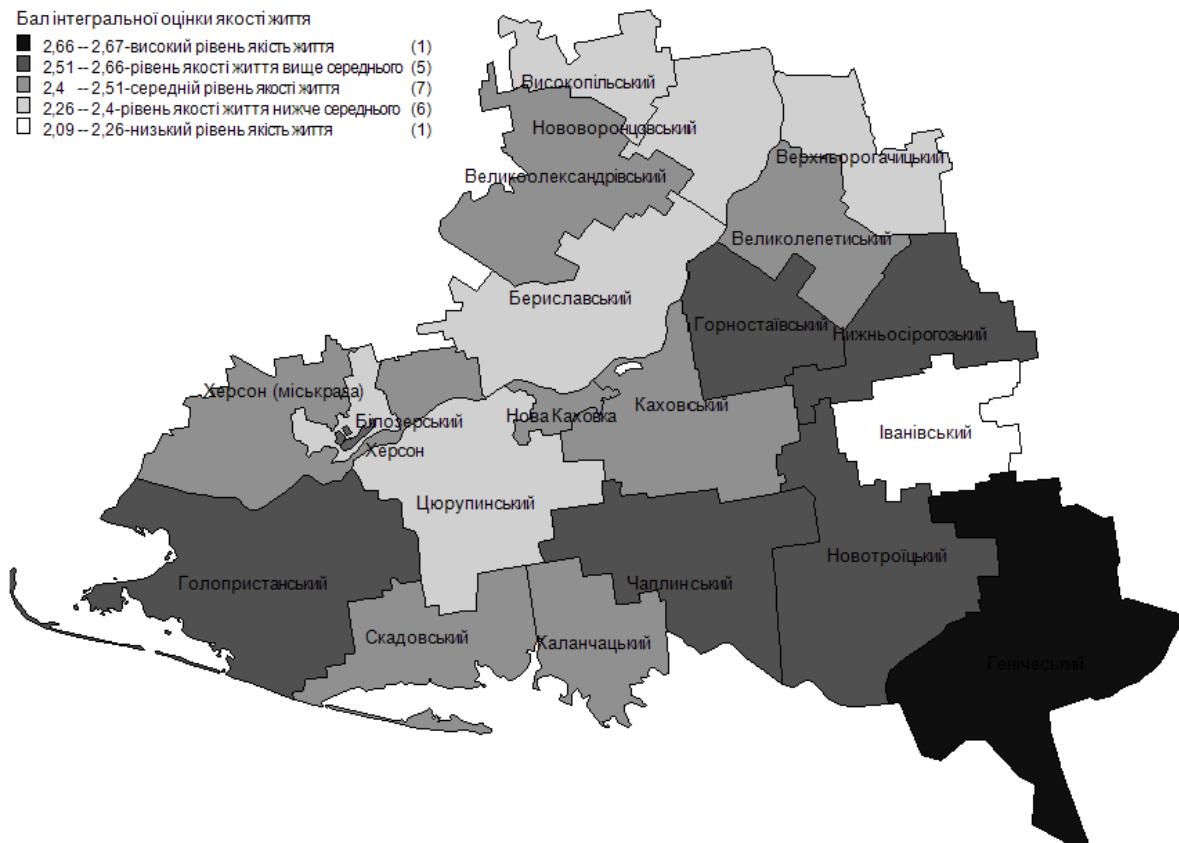
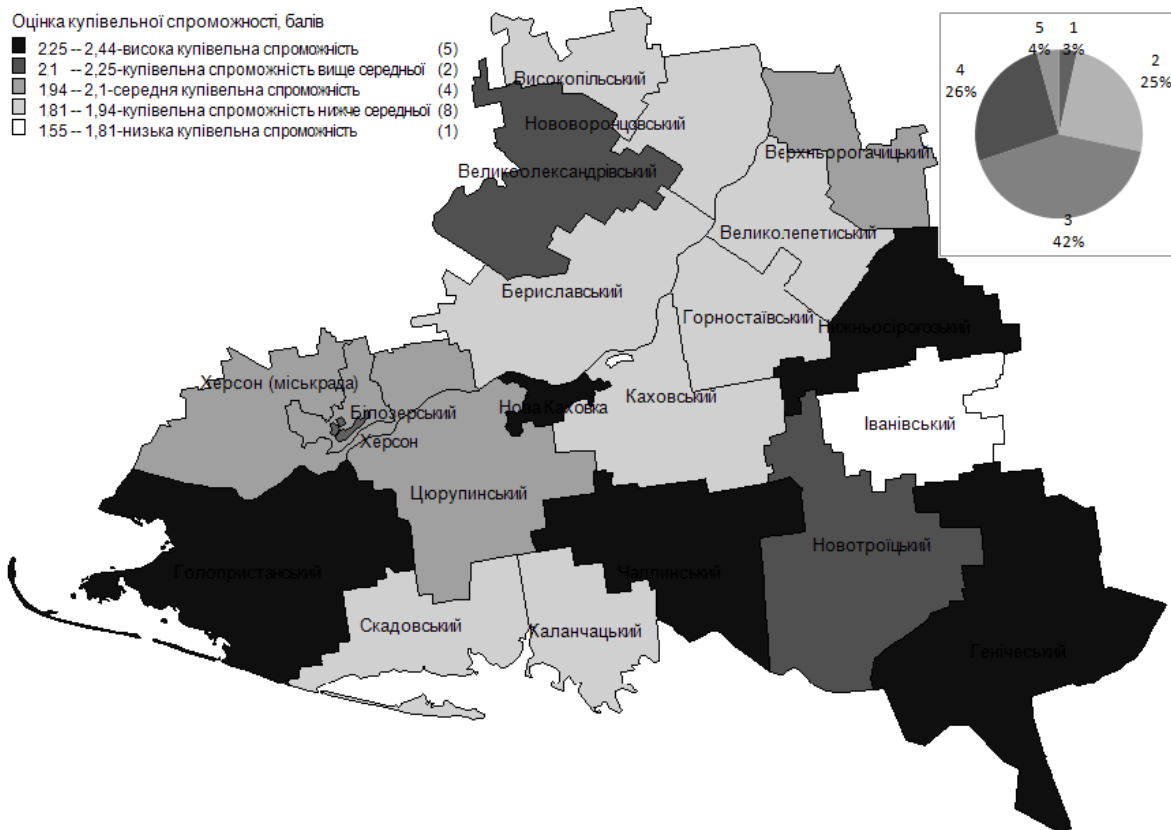
Найвищі оцінки за збалансованістю та повноцінністю харчування показали Голопристанський (2,85 бали), Скадовський (2,75 бали) райони, які займають 2-ге та 3-тє місці в області по площі зайнятих земель під овоче-баштанними культурами. Найгірші показники у Іванівському (2,22 бали) та Нововоронцовському (2,32 бали) районах.

Останнім і найголовнішим показником у характеристиці ЯЖ є рівень доходів населення, виражений в оцінках купівельної спроможності. Як уже було зазначено, рівень середньої заробітної плати не є досить інформативним при характеристиці доходів і витрат населення. Для оцінки поданих характеристики опитуваним 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 утруднення; 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 хочеться.

Було одержано досить цікаві результати. Так, в цілому по області (рис. 7.) аж 3% населення перебуває на межі бідності, 25% населення можуть собі дозволити лише більш-менш забезпечувати себе їжею. Такий розподіл оцінок свідчить про тотальний низький рівень життя населення області.

В територіальному аспекті найкраща ситуація склалась у м.Нова Каховка (2,44 бали), Нижньосірогозькому (2,44 бали) та Чаплинському (2,35 бали) районах. Високі показники у даних районах досить складно пояснюються, тоді як у наступних лідерів Генічеського району (2,33 бали) – високі прибутки від туристичної галузі; та Голопристанського району (2,25 бали) – високі прибутки від реалізації овоче-баштанних культур. Найгірші показники традиційно показав Іванівський район (1,55 бали). Порівнюючи отримані показники з показниками середньої заробітної плати, вдалось отримати коефіцієнт кореляції лише 0,27, що свідчить про слабкий зв'язок між офіційними даними про заробітки, і отриманими даними за суб'єктивною оцінкою.

Для з'ясування інтегральної суб'єктивної оцінки ЯЖ населення з використанням показників суспільного здоров'я нами було враховано



середній бал по 12 проаналізованим категоріям. Найвища інтегральна суб'єктивна оцінка ЯЖ населення встановлена в Генічеському (2,67 бали), Новотроїцькому (2,58 бали) та Чаплинському (2,55 бали) районах, які формують південно-східний регіон області. Найнижча – у Іванівського (2,09 бали), Високопільського (2,26 бали) та Нововоронцовського (2,30 бали) районів (рис.8). Показники Іванівського району цілком закономірні, оскільки район входить в десятку аутсайдерів за інтегральним рангом розвитку серед районів Приморського регіону України [6, С.180]. Місто Херсон за оцінками посідає лише 15 місце, що досить добре демонструє проблеми сучасного міста. Оскільки отримані результати досить суперечні, при їх кореляційному аналізі з інтегральною оцінкою соціально-економічного

розвитку районів області отримується коефіцієнт 0,36, що свідчить про потребу зведення показників у вигляді об'єктивно-суб'єктивної оцінки ЯЖ.

Висновки. За результатами анкетування можна зробити висновки, що існує досить значна диференціація показників суспільного здоров'я та якості життя населення за районами Херсонської області. Більшість отриманих результатів досить добре пояснюються суспільно-географічними особливостями розвитку тих чи інших територіальних одиниць регіону. Доведено, що офіційна статистика не дає повної і зрозумілої картини про стан здоров'я та якості життя населення, їх взаємозв'язок. Тому для комплексного дослідження даних процесів потрібно застосовувати інтегральний (суб'єктивно-об'єктивний) підхід.

References:

1. Devâtko I. F. *Metody sociologičeskogo issledovaniâ* [Methods of sociological research] Ekaterinburg, 1998, 208 p. (In Russian).
2. Gomanûk M.A. *Înterv'ûer u masovomu opituvanni. Kišen'kovij navčal'no-metodičnij posibnik* [Interviewer in a mass survey. Wallet textbook]. Kherson, 2013, 88 p. (In Ukrainian).
3. Isačenko A.G. *Teoriâ i metodologiâ geografičeskoi nauki: Učeb. dlâ stud. vuzov.* [The theory and methodology of geography. Student textbook]. Moscow, 2004, 400 p. (In Russian).
4. Kitaev-Smyk L.A. *Psihologiâ stressa. Psihologičeskaâ antropologiâ stressa* [Psychology of stress. Psychological anthropology of stress]. Moscow, 2009, 943 p. (In Russian).
5. Kulêšova G.O., Klûčko L.V., Segida K.Û., Pankrat'êva V.V. *Suspil'no-geografični osoblivosti regional'nih doslidžen'* [Human-geographic peculiarities of regional research]. *Časopis social'no-ekonomičnoi geografii* [Journal of socio-economic geography], 2014. (In Ukrainian).
6. Pilipenko Î.O. *Suspil'no-geografična periferiâ: koncepciâ, parametrizaciâ i delimitaciâ* [Periphery in human geography: concept, parameterization, and delimitation]. Kherson, 2015, 264 p. (In Ukrainian).
7. *Sociologičeskaâ ênciklopediâ v dvuh tomah.* Ed. G.Û. Semigina [Sociological Encyclopedia in 2 parts]. Moscow, 2003, Part I, pp. 370–371. (In Russian).
8. Tavokin E.P. *Osnovy metodiki sociologičeskogo issledovaniâ: Učebnoe posobie* [Basic methods of social research. Textbook]. Moscow, 2009, 239 p. (In Russian).
9. Topčîêv O.G. *Suspil'no-geografični doslidžennâ: metodologiâ, metodi, metodiki: Navčal'nij posibnik* [Human-geographical research: methodology, methods, techniques. Textbook]. Odesa, 2005, 632 p. (In Ukrainian).