

А.І. ЗОЗУЛЯ, к. мед. н., доцент

/Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика,  
Олександрівська міська клінічна лікарня, Київ/

## Результати соціального дослідження серед різних категорій населення та медичних працівників

### Резюме

#### Результаты социального исследования среди разных категорий населения и медицинских работников

А.И. Зозуля

В работе представлены социологические исследования среди разных категорий населения, к которым относятся: больные гипертонической болезнью, перенесшие острые нарушения мозгового кровообращения, члены их семей, медицинские работники первичного звена оказания медицинской помощи, скорой медицинской помощи и стационарных отделений, в которых лечатся пациенты с цереброваскулярными заболеваниями.

**Ключевые слова:** социологическое исследование, острое нарушение мозгового кровообращения, оказание медицинской помощи, работники первичного звена, скорой медицинской помощи, стационарная помощь

### Summary

#### Results of Social Research Among Different Categories of Population and Medical Workers

A.I. Zozulia

The article represents the social research among different categories of population, which are the following: patients with hypertensive disease, patients who had acute ischemic stroke, members of the family in which there are persons, who had strokes, medical workers of primary health care delivery, emergency medical service and in-patient departments, where patients with cerebrovascular diseases are treated.

**Key words:** social research, acute ischemic stroke, health care delivery, medical workers of primary health care, emergency medical service, in-patient aid

Суспільні перетворення в Україні за роки незалежності супроводжувалися соціально-економічною кризою, яка негативно позначилася на відтворенні населення. Сучасна демографічна ситуація в Україні вкрай складна. Вона супроводжується стрімким скороченням чисельності населення через суттєве переважання смертності над народжуваністю (природне зменшення населення), що є однією з найбільш серйозних загроз національної безпеки країни.

На сьогодні Україна за найважливішими показниками здоров'я населення поступається багатьом країнам Європи та світу. Так, середня очікувана тривалість життя чоловіків в Україні – на 13 років, а жінок – на понад 8 років менша, ніж в країнах Європейського Союзу.

За цим показником наша країна знаходиться на передостанньому місці в Європі [4, 7]. Насамперед це пов'язано з високою смертністю (надсмертністю) населення, особливо працездатного віку. Чисельність населення постійно зменшується: з 51,7 млн в 1995 році до 46,3 млн – в 2008 році. Темпи зниження коливались від 372,9 тисяч осіб у 2000 році до 229,0 тисяч – у 2008 році.

Наступною особливістю демографічної ситуації в Україні є низька середня очікувана тривалість життя (68 років), особливо у чоловіків (62 роки). Вона є однією з найнижчих в Європі [1, 2].

Середня очікувана тривалість життя в Україні є набагато меншою, ніж в інших країнах Європи. В Україні та Росії вона почала скорочуватися, в той час як у колишніх соціалістичних країнах (Чехії, Угорщині, Словаччині, Польщі) – суттєво зростати.

Третя особливість демографічної ситуації в Україні і, мабуть, найголовніша – це дуже висока смертність населення. За показниками смертності серед Європейських країн Україну випереджає лише Російська Федерація. Проте після показника у 16,0–16,5% смертність в Україні в останні 3–5 років почала потроху знижуватися [3–5, 20].

Третина українців помирає передчасно у віці до 65 років. Цей показник набагато перевищує рівень, який спостерігається в Європейських країнах [4, 6, 7].

Основними причинами смертності в Україні залишаються неінфекційні захворювання, лівову частину яких складають захворювання системи кровообігу (60–65%), насамперед інсульт та інфаркт [2, 4, 8–10].

Смертність від захворювань системи кровообігу зростає за останні 30 років майже в 2 рази, а вік людей, які помирають з цієї причини, постійно знижується.

Багато причин передчасної смерті та захворюваності в Україні пов'язані з факторами ризику, які можуть постійно змінюватися та яким можна запобігти. До факторів ризику, що пов'язані зі способом життя, належать тютюнопаління, споживання алкоголю, харчування, а також забруднення повітря.

Ці фактори ризику відіграють ключову роль у багатьох захворюваннях, включаючи отруєння, травми та головного вбивцю – захворювання серцево-судинної системи, такі як ішемічна хвороба серця та інсульт.

Система охорони здоров'я України видається складною, неефективною, містить елементи нерівності та відзначається невисокою якістю. Після 2004 року політика у галузі охорони здоров'я України мало змінилася. Незважаючи на важливі ініціативи, що висуваються на законодавчому та політичному рівнях для реформування системи охорони здоров'я, брак політичної волі та неузгодженість мотивів не дозволили досягти відчутного прогресу у виконанні основних завдань.

**Метою** роботи було проведення соціологічного дослідження серед різних категорій населення та медичних працівників щодо з'ясування причин та факторів ризику, способу життя для розвитку цереброваскулярних захворювань, зокрема інсульту.

## Матеріали та методи дослідження

У дослідження були залучені різні категорії населення: особи з гіпертонічною хворобою, такі, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу і стали інвалідами, члени їх сімей та медичні працівники первинної ланки надання медичної допомоги і стаціонарних відділень, де лікуються пацієнти з цереброваскулярними захворюваннями.

Для виконання цього завдання було використано розроблені авторами опитувальники, а результати – статистично опрацьовано.

## Результати та їх обговорення

Встановлено, що захворюваність на цереброваскулярні захворювання дорослого населення в 2011 році порівняно з 2005 роком зросла на 7,3% (з 871,6 до 935,5 на 100 тисяч дорослого населення), при цьому відмічається щорічне зростання показника захворюваності, крім 2009 року, коли було зареєстровано найбільш низький рівень захворюваності (840,5), що може бути пов'язано зі зниженням рівня звернень населення за медичною допомогою та недоліками в організації статистичного обліку. Питома вага цереброваскулярних захворювань в структурі загальної захворюваності дорослого населення м. Києва теж зростає. За семирічний період (2005–2011рр.) її рівень зріс на 5,3% і у 2011 році становив 1,19%. Зареєстровано постійну тенденцію до зростання цього показника, крім 2009 року, коли у структурі загальної захворюваності цереброваскулярні захворювання становили 1,06%. У віковій структурі хворих з цереброваскулярними захворюваннями переважають особи старше працездатного

віку – це чоловіки у віці 60 і старше років та жінки віком 55 років і старше. Їх частка становила у 2005 році – 60,15%, а у 2011 році – 62,59%, що вказує на її ріст на 2,44%. Частка осіб працездатного віку за період дослідження зменшилася відповідно на 2,44% і в 2011 році становила 37,41%.

Поширеність цереброваскулярних захворювань серед дорослого населення м. Києва за семирічний період (2005–2011 рр.) зросла на 9,9% (в 1,1 разу) і в 2011 році становила 6591,6 на 100 тисяч відповідного населення. Зареєстровано тенденцію до зростання частки цереброваскулярних захворювань в структурі загальної захворюваності дорослого населення, що становить 0,51% з рівнем у 2011 році – 4,77%. Структура поширеності цереброваскулярних захворювань залежно від статі хворих в цілому відповідає за статевою структурою захворюваності з переважанням у структурі жінок в 1,53 разу ( $p \leq 0,05$ ) з відповідним рівнем: 60,5% – жінки та 39,5% – чоловіки. Залежно від віку в структурі поширеності цереброваскулярних захворювань встановлено достовірно ( $p \leq 0,05$ ) вищу частку осіб старше працездатного віку: 75,1% та 24,9% серед жінок та чоловіків відповідно.

Встановлено, що захворюваність дорослого населення на гіпертонічну хворобу має тенденцію до скорочення. Так, за роки дослідження рівень захворюваності дорослого населення скоротився в 1,2 разу і в 2011 році становив 2360,5 на 100 тисяч відповідного населення. Доведено, що скорочення питомої ваги гіпертонічної хвороби в структурі загальної захворюваності дорослого населення відбулося в 1,2 разу, що відповідає скороченню в 1,2 разу рівня захворюваності дорослого населення на гіпертонічну хворобу. Показано підвищення захворюваності чоловіків на гіпертонічну хворобу та відповідне зниження частки жінок при збереженні превалювання захворюваності жінок. Так, в 2005 році співвідношення жінок до чоловіків, що захворіли на гіпертонічну хворобу, становило 1:0,63, у 2011 це співвідношення становило 1:0,66; відповідно частка чоловіків зросла в 1,01 разу. Захворюваність на гіпертонічну хворобу серед осіб працездатного віку зменшилася, а осіб старше працездатного віку – відповідно зросла на 6,0%. Так, у 2011 році захворюваність на гіпертонічну хворобу серед осіб працездатного віку становила 54,56%, а старше працездатного віку – 45,44%.

Показано щорічне зростання рівня поширеності гіпертонічної хвороби серед дорослого населення з найвищим рівнем у 2010 році – 32 669,2 на 100 тисяч населення. В цілому, за період дослідження (2005–2011рр.) зареєстровано зростання рівня поширеності гіпертонічної хвороби серед дорослого населення у 1,03 разу з показником у 2011 році 32540,6 на 100 тисяч населення. Співставлення динаміки рівня захворюваності та рівня поширеності гіпертонічної хвороби серед дорослого населення м. Києва вказує на диспропорцію даного показника, що може бути причиною як зниження первинного звернення хворих за медичною допомогою, так і недостатнім статистичним обліком. За роки дослідження частка гіпертонічної хвороби в структурі поширеності захворювань серед дорослого населення скоротилася на 0,3% (в 1,04 разу). За статевою структурою поширеність гіпертонічної хвороби більше серед жінок в 1,65 разу і становить 62,3%. Така тенденція зберігалася протягом всіх років дослідження. В структурі поширеності гіпертонічної хворо-

би серед дорослого населення превалюють особи старше працездатного віку (59,4%), відповідно частка населення працездатного віку становить 40,6%, при цьому відмічається тенденція до збільшення частки населення старше працездатного віку (1,47 разу).

Показник первинного виходу на інвалідність (відношення числа осіб, що вперше визнані інвалідами протягом року, до загальної кількості населення) за роки дослідження скоротився. Так, рівень первинного виходу на інвалідність внаслідок гіпертонічної хвороби скоротився в 2,5 разу ( $p \leq 0,05$ ) і в 2011 році становив 0,2. Рівень первинного виходу на інвалідність дорослого населення на 10 тисяч осіб відповідного віку внаслідок цереброваскулярних захворювань за період з 2005 до 2011 рр. скоротився в 1,6 разу ( $p \leq 0,05$ ) і в 2011 році становив 6,6.

Показники смертності дорослого населення, як і показники первинної інвалідності, скорочуються, хоча і меншими темпами. В цілому дані показники позитивно відображають діяльність системи охорони здоров'я з надання медичної допомоги хворим з цереброваскулярними захворюваннями, мозковим інсультом та гіпертонічною хворобою. Показники смертності від гіпертонічної хвороби скоротилися з 0,68 до 0,43 на 100 тисяч населення – в 1,6 разу ( $p \leq 0,05$ ). Показники смертності від цереброваскулярних захворювань скоротилися з 167,4 до 136,1 на 100 тисяч населення (в 1,2 разу). Показники смертності від всіх форм інсультів скоротилися з 125,6 до 98,6 на 100 тисяч населення – в 1,3 разу ( $p \leq 0,05$ ).

Отримані в ході проведеної експертної оцінки «Карт амбулаторного хворого» (Ф-25) на предмет повноти статистичного обліку захворювань результати вказують на недостатній статистичний облік як захворюваності, так і поширеності захворювань серед дорослого населення столиці. Так, в 2011 році до статистичного обліку не увійшло 21,9% захворювань на гіпертонічну хворобу та 17,9% випадків її поширеності, 25% цереброваскулярних захворювань та 10,1% випадків їх поширеності.

За даними проведеного спеціального соціологічного дослідження 34,9% опитаних виявили ставлення до здоров'я як до найвищої цінності, при цьому своє здоров'я як добре оцінили 18,5%, як задовільну – 46,4%, незадовільну – 35,1% респондентів. При цьому найбільша частка (35,5%) респондентів вказала на наявність у них гіпертонічної хвороби, менша частка – наявність ІХС (25,5%) і цереброваскулярних захворювань (23,8%) та найменша частка – наявність інших захворювань системи кровообігу (7,1%). В ході проведеної статистичної обробки результатів соціологічного дослідження встановлено достовірну різницю у наявності захворювань системи кровообігу в осіб працездатного та старше працездатного віку з більшим рівнем серед останньої. При цьому 12,3% опитаних мають декілька захворювань. 48,9% опитаних займаються самолікуванням, при цьому 4,5% із них використовує лікарські засоби без призначення лікаря постійно, а 15,5% – часто. Основним джерелом інформації щодо вибору лікарських засобів без призначення лікаря є реклама в засобах масової інформації (37,7%) та інтернет (7,6%), а також рекомендації друзів і знайомих (7,5%). Встановлено, що близько 40% опитаних мають постійну психоемоційну напругу, при цьому таку напругу 49,4% відчувають на роботі та 50,3% – вдома, а 11,7%

опитаних мікроклімат вдома та 11,1% – на роботі оцінили як несприятливий.

За оцінкою респондентів у 7,4% випадків їх економічний стан сприяє здоров'ю, у 8,3% – не впливає на здоров'я, а у 84,3% – негативно впливає на здоров'я. Необхідно зазначити, що достовірно вище позитивно оцінили вплив економічного стану на здоров'я особи з доходом на одного члена сім'ї >5 тисяч грн на місяць, ніж ті, у кого дохід на члена сім'ї становить <2 тисяч грн на місяць. У 53,3% респондентів умови проживання сприяють здоров'ю і є комфортними, у 23,4%, на думку респондентів, – не впливають на стан здоров'я та у 29,9% – умови проживання впливають на здоров'я негативно.

11,4% респондентів оцінили умови праці як сприятливі для здоров'я, 8,7% – як такі, що на здоров'я не впливають, і 79,9% – як такі, що негативно впливають на здоров'я, при цьому 16,9% респондентів вказали на наявність шкідливих та небезпечних умов праці. Показано, що більшість респондентів мають шкідливі звички, що сприяють розвитку цереброваскулярних захворювань. Так, 31,3% респондентів палять, 41% – регулярно вживають спиртні напої, 35,7% – переїдають, 28,7% – вживають надмірну кількість солі. За оцінкою респондентів 79,9% із них мають надмірну масу тіла, причому 11,2%  $\geq 15$  кг, 3,9% оцінили масу тіла як недостатню, а 16,2% – як таку, що відповідає віковій нормі.

В цілому, встановлено недостатній рівень доступності для населення засобів для ведення здорового способу життя. Так, фізично найбільш доступними для населення є місця для прогулянок (69,2%), умови для активного відпочинку під час відпустки (63,9%) та у вихідні дні (45,8%), басейни (30,7%); при цьому необхідно зазначити, що місця для прогулянок, велотреки, бігові доріжки є безоплатними. Необхідно відмітити недостатність в місті умов для ведення здорового способу життя: для заняття фізичною культурою, велотреків, кабінетів психологічного розвантаження.

## Висновки

1. Захворюваність дорослого населення м. Києва на цереброваскулярні захворювання в 2011 році порівняно з 2005 роком зросла на 7,3% (з 871,6 до 935,5 на 100 тисяч населення). За віковою структурою переважають особи старше працездатного віку.
2. Поширеність цереброваскулярних захворювань серед дорослого населення м. Києва за семирічний період (2005–2011 рр.) зросла на 9,9% і в 2011 році становила 6591,6 на 100 тисяч населення. При цьому частка осіб старше працездатного віку в структурі поширеності цереброваскулярних захворювань має тенденцію до збільшення.
3. Встановлено, що захворюваність дорослого населення на гіпертонічну хворобу має тенденцію до скорочення (в 1,2 разу) і в 2011 році становила 2360,5 на 100 тисяч населення. Показано нерівномірне підвищення з роками частки чоловіків серед хворих на гіпертонічну хворобу.
4. Рівень первинного виходу на інвалідність дорослого населення на 100 тисяч осіб відповідно віку внаслідок гіпертонічної хвороби скоротився в 1,6 разу і в 2011 році становив 6,6.

5. Показники смертності від гіпертонічної хвороби скоротилися з 2005 до 2011 рр. з 30,68 до 30,43 на 100 тисяч населення, а від цереброваскулярних захворювань – з 167,4 до 136,1 на 100 тисяч населення. Показники смертності від всіх форм інсультів скоротилися з 125,6 до 98,6 на 100 тисяч населення.

## Список використаної літератури

1. Слабкий Г.О., Орда О.М., Чепелевська Л.А., Любінець О.В. Сучасні та прогностичні тенденції смертності населення України. – К., 2010. – 178 с.
2. Залучення чоловіків до збереження здоров'я в Україні: аналіт. звіт / Е.М. Лібанова, Г.В. Герасименко, С.В. Ничипоренко, О.І. Щербина; Фонд народонаселення ООН, М-во України у справах сім'ї, молоді та спорту. – К., 2006 (надруковано за сприяння Фонду Народонаселення ООН в Україні). – 69 с.
3. Герасименко Н.Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоров'я // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2009. – №3. – С. 10–13.
4. Клупт М. Демография регионов Земли. – СПб., 2008. – 247 с.
5. Предотвратимая смерть: пути снижения оценки эффективности мероприятий / Под ред. Ю.В. Михайловой, Т.П. Сабгайда). – М., 2006. – 159 с.
6. Смертность населения Украины трудоспособного віку (колективна монографія) / Відпов. ред. Е.М. Лібанова. – К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень НАН України, 2007. – 211 с.
7. Трагедія, якої можна уникнути: Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи / Звіт здоров'я людини та демографія. – К.: ВЕРСО-04, 2009. – 72 с.
8. Комплексний демографічний прогноз України на період до 2050 р. / Н.С. Власенко, Е.М. Лібанова, О.М. Макарова [та ін.]; за ред. Е.М. Лібанової; Фонд Народонаселення ООН, Укр. центр соц. реформ та ін. – К.: 2006. – 137 с.
9. Лібанова Е.М. Ринок праці: навч. посібник. – К.: ЦНЛ, 2003. – 236 с.
10. Людський розвиток в Україні: інноваційний вимір / Е.М. Лібанова, Т.В. Боліла, Ю.В. Горемікіна [та ін.]; за ред. Е.М. Лібанової; НАН України, Ін-т демографії та соц. дослідж. – К.: Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, 2008. – 314 с.