КИЇВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ТАРАСА ШЕВЧЕНКА

Наталія Мезенцева
Світлана Батиченко
Костянтин Мезенцев

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ І ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ: СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНИЙ ВИМІР

Монографія

Київ
ДП «Прінт Сервіс»
2018

УДК 911.3:314.4(477)

Рецензенти:

Л. М. Немець, доктор географічних наук, професор
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

С. П. Запотоцький, доктор географічних наук, професор
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Рекомендовано до друку Вченою радою географічного факультету
Київського національного університету імені Тараса Шевченка
(протокол №8 від 22 грудня 2017 року)

М44 Мезенцева Н.І., Батиченко С.П., Мезенцев К.В. Захворюваність і здоров'я населення в Україні: суспільно-географічний вимір: Монографія. – К.: ДП «Прінт Сервіс», 2018. – 136 с.

ISBN

У монографії проаналізовано медико-географічні дослідження в світі та в Україні в кінці XX ст. – на початку XXI ст. Охарактеризовано чинники та регіональні відміни захворюваності та здоров'я населення, виявлено тенденції і особливості динаміки поширення різних видів хвороб у регіонах України. Здійснено типізацію регіонів України за поширенням хвороб та рівнем захворюваності населення.

Для фахівців у галузі соціальної географії, наукових працівників, викладачів, аспірантів, студентів вищих навчальних закладів.

УДК 911.3:314.4(477)

ISBN

© Н. І. Мезенцева, С. П. Батиченко, К. В. Мезенцев, 2018
© ДП «Прінт Сервіс», 2018

З М І С Т

Передмова 5

Частина 1. ВІД МЕДИЧНОЇ ГЕОГРАФІЇ ДО ГЕОГРАФІЇ ЗДОРОВ'Я 7
1. Розвиток медичної географії в світі 7
2. Медико-географічні дослідження в Україні 16

Частина 2. ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: ЧИННИКИ РЕГІОНАЛЬНИХ ВІДМІН 29
3. Чинники захворюваності та здоров'я населення 29
4. Природне середовище 33
5. Демографічна ситуація 39
6. Соціально-культурне середовище, рівень та особливості соціально-економічного розвитку 45

Частина 3. РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ 53
7. Медична інфраструктура 53
8. Забезпеченість медичним персоналом 59
9. Альтернативна медицина, неформальний догляд та терапевтичні ландшафти 63
10. Медична реформа в Україні 73

Частина 4. РЕГІОНАЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ 77
11. Індикатори, дані, методи 77
12. Загальний рівень захворюваності населення 80
13. Захворюваність населення на серцево-судинні хвороби . . . 84

14. Захворюваність населення на злоякісні новоутворення . . . 86
15. Захворюваність населення на туберкульоз 90
16. Захворюваність населення на ВІЛ/СНІД 94
17. Захворюваність населення на інфекційні хвороби 96
18. Репродуктивне здоров'я населення 99

Частина 5. ДИНАМІКА ТА ПРОСТОРОВІ ПАТТЕРНИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ 105
19. Динаміка захворюваності населення регіонів України 105
20. Групування регіонів України за захворюваністю населення 119
21. Типізація регіонів України за поширенням хвороб та рівнем захворюваності населення 124
22. Порівняльна характеристика захворюваності населення України та країн Європи 126

Післямова 133

Передмова

На початку третього тисячоліття високий рівень захворюваності і смертності населення від різних хвороб та поширення соціально небезпечних інфекційних захворювань викликають стурбованість світового співтовариства через масштаби та швидкість їх поширення в суспільстві. Це загрожує не лише національній безпеці кожної країни, а й розвитку людства в цілому. Згідно з резолюцією Генеральної Асамблеї ООН 1979 року, здоров'я населення визначено єдиним критерієм доцільності та ефективності усіх без винятку сфер діяльності людини.

Стан здоров'я визначається якістю життя населення і впливає на національну безпеку держави. Серед трьох основних напрямів політики національної безпеки України в соціальній сфері названо розробку та своєчасне вживання заходів, спрямованих на протидію кризовим демографічним процесам; створення ефективної системи охорони та відновлення фізичного здоров'я населення; розвиток та забезпечення захисту культурно-освітнього потенціалу населення. Поряд із низьким рівнем соціального захисту окремих верств населення, наявністю безробіття та неконтрольованих міграцій серед основних загроз національній соціальній безпеці України названо низький рівень стану здоров'я населення та високий рівень його захворюваності.

Складну медико-географічну ситуацію в Україні визначають швидкі темпи поширення хвороб, високий рівень захворюваності населення, суттєві регіональні диспропорції у рівнях захворюваності. Із погіршенням якості навколишнього середовища, соціально-економічних умов життя, рівня медичного обслуговування та фінансування медичних установ регіональна диференціація медико-географічної ситуації посилюється. Це зумовлює актуальність комплексних медико-географічних досліджень.

У монографії здійснено огляд медико-географічних досліджень в світі та в Україні в кінці XX ст. – на початку XXI ст. Читачам

пропонується аналіз розвитку ідей, підходів та методів медико-географічних досліджень від медичної географії до географії здоров'я.

У книзі представлені результати досліджень авторів у 2007-2017 роках. Емпірична частина роботи базується на даних офіційної статистики та власних розрахунків авторів. Джерелами даних є довідники Державної служби статистики України та звітні матеріали Міністерства охорони здоров'я України. Для виявлення особливостей динаміки захворюваності та поширення хвороб в регіонах України проаналізовано статистичні дані за період 2001-2015 років. У якості базових для аналізу динаміки різних видів захворювань обрано 2001, 2005, 2010 та 2015 роки. Головний акцент зроблено на аналізі трендів основних індикаторів захворюваності населення, виявленні міжрегіональних їх диспропорцій та розривів.

Групування регіонів за показниками, що характеризують стан здоров'я населення, здійснено з використанням методів кластерного аналізу, рангів та побудови карт самоорганізації Кохонена. Для пошуку тісноти зв'язку між соціально-економічними показниками, що характеризують вплив чинників на захворюваність населення, використано кореляційний аналіз. На основі аналізу сукупності чинників регіональних відмін захворюваності, тенденцій її динаміки, визначення просторових паттернів захворюваності запропоновано типізацію регіонів України за поширенням хвороб та рівнем захворюваності населення.

Автори монографії вдячні професорам Людмилі Нємець та Сергію Запотоцькому за змістовні поради, конструктивну критику і наукову підтримку нашої праці.

Частина 1
ВІД МЕДИЧНОЇ ГЕОГРАФІЇ ДО ГЕОГРАФІЇ ЗДОРОВ'Я

1. Розвиток медичної географії в світі
2. Медико-географічні дослідження в Україні

1. Розвиток медичної географії в світі

Медична географія – галузь соціальної (суспільної) географії, що здійснює географічні дослідження хвороб і здоров'я, зокрема вивчення просторового поширення хвороб, оцінку рівнів захворюваності населення на різні види хвороб, впливу різноманітних чинників на поширення хвороб та епідемій, аналіз розміщення закладів медичної інфраструктури, їх територіальної доступності. Вона вивчає хвороби і здоров'я в контексті як культурного, так і природного різноманіття.

Медичну географію вважають найбільш практичною галуззю суспільної географії. Її значення підтверджується створенням окремої комісії Міжнародного географічного союзу «Здоров'я та довкілля» (Health and the Environment).

Перші медико-географічні дослідження розпочалися ще в середині XIX століття, коли Джон Сноу (John Snow) картографував випадки захворювання на холеру в Лондоні і показав, що смертність від хвороби була сконцентрована в будинках, які отримували воду з насосної станції на Broad Street (1849).

Як окрема дисципліна медична географія почала формуватися на початку 1950-х років, коли вперше були опубліковані карти хвороб та

зроблені перші спроби її змістовного визначення (наприклад, [29]). Щодо назви дисципліни існують різні погляди. Пропонуються варіанти, які покликані точніше відобразити її зміст, наприклад, «епідеміологічна географія» (epidemiologic geography), «географія хвороб» (geography of disease), «географія здоров'я» (health geography), «географія здоров'я та захворювань» (geography of health and disease), «географія здоров'я та охорони здоров'я» (geography of health and healthcare) тощо. Зокрема, Джонатан Майєр (Jonathan Mayer) наголошував на тому, що медична географія не зовсім правильна назва для даної дисципліни в тому розумінні, що медицина – це наука або практика діагностики, лікування та профілактики захворювань. А географія, можливо, певною мірою і стосується профілактики, але навряд чи діагностики та лікування, хоча, зрозуміло, вивчає їх з точки зору доступності [41, с.33]. Проте саме дана назва є усталеною в географічних дослідженнях.

До початку 1960-х років головна увага в медичній географії була сфокусована на картографуванні хвороб, що згодом трансформувалося в екологію хвороб (епідемекологію, disease ecology), дослідження якої спрямовані на пояснення чому хвороби з'являються в конкретному місці в конкретний час. З 1960-х років медична географія збагатилася кількісними методами дослідження, в тому числі щодо моделювання просторової дифузії хвороб (епідемій).

Найчастіше виділяють дві головних складових медичної географії – екологію хвороб (географію захворювання, географічну епідеміологію – disease ecology, geography of disease/illhealth, geographical epidemiology) та географію охорони здоров'я (географію надання медичної допомоги/медичних послуг, планування системи охорони здоров'я – geography of healthcare, healthcare delivery, health systems planning). Зважаючи на значення просторового аналізу (особливо із застосуванням ГІС-технологій) як окремий напрям виділяють просторовий аналіз хвороб (spatial analysis of disease) [32, 33, 38, 41].

Під впливом структуралістського, марксистського підходів в географії окрему увагу в медико-географічних дослідженнях було спрямовано на вивчення нерівності щодо здоров'я та медичної допомоги внаслідок існування поділів у суспільстві на класи, гендери,

етноси, за рівнем доходів тощо. Акцентується увага на тому, що капіталістична система та приватизація медичної допомоги призвели до поглиблення нерівності, зумовили формування «позбавлених доступу нездорових суспільств» (deprived unhealthy societies).

На початку 1990-х років з'явилися заклики до реформування медичної географії, результатом яких стало формування «дочірньої» дисципліни – «географії здоров'я» (health geography), покликаної з нових позицій розглядати категорію «здоров'я» у його взаємозв'язку не просто із розміщенням, а з врахуванням сутності певних місць (place-based approach), взаємозв'язку здоров'я та благополуччя, ширшого розуміння категорії «здоров'я» (а ніж просто як відсутності хвороб).

Розглянемо головні напрями медико-географічних досліджень більш детально.

Екологію хвороб розглядають як епідеміологічний підхід в медичній географії, що спрямований на пояснення процесів поширення хвороб, пошук відповіді на питання «чому ця хвороба поширена саме тут?», «чому ця хвороба поширена у місцях, подібних до цього?». Як головні детермінанти розглядають середовище (довкілля – environment, habitat), населення (population) та культуру (поведінку населення, culture, behavior). При цьому середовище розглядається не тільки як природне (фізичне), але й з точки зору доступності медичної допомоги, населення – передусім з точки зору вікової та гендерної ознак, культура – як норми, адаптивна поведінка населення. Як окремі фактори поширення хвороб розглядаються генетична схильність, рівень радіації, рівень забруднення води, режим харчування та фізичної активності, рівень доходів, демографічна структура, міграційні паттерни, рівні соціальної інтеграції тощо [33, 41].

Дослідження з екології хвороб мають переважно емпіричний характер – аналіз поширення конкретних епідемій в конкретних місцях, районах, країнах, наприклад, як міграції впливають на поширення малярії в Африці (R.M. Prothero в книзі «Migrants and Malaria», London: Longman, 1965) чи як схеми землекористування для розміщення каучукових плантацій вплинули на підвищення ризиків поширення захворювання працівників на малярію внаслідок зміни середовища в Малайзії (в статті M.S.Meade «Land development and

human health in West Malaysia» в журналі «Annals of the Association of American Geographers», Вип. 66, 1976, с. 428-439).

Серед теоретичних узагальнень варто згадати праці Жака Мея (Jacques May) щодо зв'язків між хворобами і географічним середовищем, в якому вони виникають. Серед стимулів середовища вчений називає неорганічні (наприклад, клімат і погода, структура ґрунтів та води), органічні (від мікроорганізмів до груп організмів в екосистемі) та соціально-культурні (культурні концепції і технології, які групи людей використовують для виживання в середовищі проживання) [40].

Пізніше цей підхід був розвинений шляхом поєднання екології хвороб та політичної економії в так звану «*політичну екологію хвороб*» (political ecology of disease), яка дозволяє розкрити вплив політики і влади на захворюваність через зміну середовища (передусім з точки зору прийняття рішень щодо зміни системи землекористування). Інший аспект впливу політичної економії – вивчення нерівності щодо здоров'я.

Географія надання медичної допомоги (медичних послуг) фокусується на дослідженнях просторового поширення, географічної доступності та нерівності щодо надання медичних послуг (з одного боку, за категоріями ресурсів медичної допомоги – лікарів, медичних сестер, лабораторій, високотехнологічного обладнання, клінік та лікарень, передусім з використанням методів картографування, з іншого – за групами населення, наприклад, чоловіків і жінок, представників різних рас, з різними рівнями доходів тощо), а також шляхів боротьби із хворобами в рамках формальної та неформальної систем охорони здоров'я (у тому числі народної, традиційної медицини, біомедицини (медичної біології), альтернативної медицини), обґрунтуванні місць розміщення медичних закладів для їх ефективного функціонування, визначенні ареалів обслуговування медичними центрами. Серед інших специфічних аспектів – дослідження проблем неформального догляду за літніми особами, міграції лікарів чи формування просторових паттернів протидії розміщенню закладів для лікування психічно хворих осіб.

Останнім часом вчені почали звертати увагу на вплив нового фактора – орієнтацію менеджерів, які приймають рішення щодо

розміщення закладів охорони здоров'я, на споживчий попит та врахування конкуренції на ринку, щоб максимізувати прибутки, особливо в умовах дерегуляції медичної сфери. Цей процес отримав назву «комодифікація медичних послуг», «споживацтво (консьюмерізм) в сфері охорони здоров'я», спрямовані на надання того, що хочуть споживачі, але при цьому маніпулювання, нав'язування (за допомогою реклами) споживацьких преференцій з боку продавців медичних послуг. Певною мірою з'являється мода на купівлю певних медичних послуг, проведення коштовних медичних тестів, перебування в приватних лікарняних палатах, організованих за принципом готельних номерів.

Просторовий аналіз захворюваності спрямований на ідентифікацію процесів поширення інфекційних хвороб для цілей моніторингу наявної ситуації, прогнозування або виявлення типових моделей на основі вивчення поширення епідемій в минулому. В просторому аналіз широко використовуються методи багаторівневого моделювання, які дозволяють виявити вплив індивідуальних та контекстуальних (щодо певних груп) факторів на здоров'я та захворюваність населення, визначити ризики захворювання на певні хвороби людей з певними ознаками, що проживають у певних місцях. Використання методів ГІС-аналізу та моделювання значно посилили інтерес до просторового аналізу в медичній географії.

Варто зазначити, що цей напрям набагато інтенсивніше розвинений за межами географії, а більшість публікацій здійснюється в спеціалізованих медичних, а не географічних наукових журналах. З географів найбільш відомими є праці Пітера Гаггета (Peter Hagget) щодо просторового поширення та регіональної динаміки епідемій на прикладі окремих островів.

Серед найвідоміших прикладних досліджень варто згадати виявлення кластерів поширення захворювання певних категорій населення на злоякісні новоутворення. Так було ідентифіковано кластер захворювання дітей на лейкемію та інші хвороби в середині – наприкінці 1970-х років у місті Воберн (штат Масачусетс, США), а особливо в межах одного з його східних районів. Подальший аналіз визначив, що причиною стало забруднення підземних вод леткими органічними хімікатами, які потрапили до колодязів з питною водою.

На початку 1980-х років родичі хворих та померлих дітей подали позов проти двох корпорацій, які були джерелами забруднення. За цією історією письменник Джонатан Харр (Jonathan Harr) написав книгу «Громадська дія» («Civil Action»), за сюжетом якої згодом було знято однойменний художній фільм.

Інший приклад – результати дослідження поширення ВІЛ/СНІД у Нью-Йорку та інших регіонах, що також дозволили ідентифікувати особливі райони з вищим рівнем захворюваності населення. Причиною виявилося навмисне нехтування місцевою владою профілактичних заходів, або так зване «структурне насильство» (structural violence – форма насильства, коли певна соціальна структура або соціальний інститут можуть завдати шкоди людям, недозволяючи їм задовольняти свої основні потреби, що зазвичай стосується соціально вразливих категорій населення).

Географія здоров'я виникла з медичної географії і зберігає з нею тісний зв'язок. Але якщо традиційна медична географія спирається на так звану біомедичну модель здоров'я і використовує переважно кількісні методи дослідження для пошуку просторових закономірностей та залежностей (картографування та статистичний аналіз поширення хвороб і надання медичних послуг, забезпеченості медичною інфраструктурою), то географія здоров'я спирається на соціо-екологічну модель здоров'я та методологічний плюралізм, широке використання якісних методів дослідження. Соціо-екологічна модель виходить за межі простого розуміння зв'язку між середовищем та хворобами (патогенами), розглядаючи соціальне середовище як ключовий фактор. Серед якісних методів значного поширення набули включені спостереження (коли дослідник перебуває безпосередньо в середовищі дослідження), напівструктуровані інтерв'ю, наративний підхід тощо [32, 4-7].

У 1993 році Робін Кернс (Robin Kearns) обґрунтував необхідність реформування медичної географії, пропонуючи вести мову про географію здоров'я, що має бути зорієнтована на вивчення передусім здоров'я, а не хвороб, його культурних/гуманістичних аспектів, врахування постмодерністської ідеї «відмінності» (навіть припустивши можливість формування так званої «пост-медичної географії здоров'я»).

Ключове в географії здоров'я – це вивчення зв'язку «місця» (place), «здоров'я» (health) і «благополуччя» (wellbeing).

Місце розглядається не як просте розміщення (location), не як «пасивний контейнер», де певні явища реєструються, не як розміщення у просторовій мережі з незначною індивідуальністю, а як активна сила, «операційна та жива конструкція», як місця, де виражаються переконання і відчуття, проявляються відмінності у здоров'ї і медичних послугах. Тобто «місце має значення» щодо здоров'я, хвороб, охорони здоров'я та політики в галузі охорони здоров'я, тобто місце є центральним поняттям в географії здоров'я.

Вивчення місця в географії здоров'я здійснюється за такими трьома напрямами: 1) дослідження конкретних місцевостей (localities), що можуть бути «прочитані» як «місця», дослідження конкретних кейсів щодо здоров'я та нездоров'я, факторів ризику, організації надання медичних послуг, розуміння ставлення до свого здоров'я і системи охорони здоров'я в певних місцях (районах міста, громадах і т.п.) тощо; 2) вивчення ландшафтів як відображення цілісного впливу якості локального середовища (а не лише як фактору, що обмежує можливості надання медичних послуг), тобто використання ландшафтного підходу культурної географії, що дозволяє зрозуміти вплив історичних факторів, соціальних структур, забудови, символізму в конкретному місці; 3) багаторівневе моделювання для вивчення рівності/нерівності здоров'я, наприклад, дослідження зв'язку між соціально-економічним станом певного району і показниками стану здоров'я, факторів ризику [35].

У географії здоров'я поняття «здоров'я» розглядається ширше, ніж відсутність медично визначених захворювань (хвороб), холістично (цілісно) – як стан повного соціального, фізичного та психічного благополуччя. Більшість показників, що використовуються в медичній географії для оцінки стану здоров'я, мають негативний зміст – рівень смертності, рівень захворюваності, а також специфічні показники, що менш поширені у вітчизняній медичній географії – частка осіб з підвищеним кров'яним тиском, кількість років життя з серйозними захворюваннями чи інвалідністю. З позитивних – очікувана тривалість життя, рівень імунізації населення, доступність до безпечної питної води. У географії здоров'я пропонується змістити акценти – розглядати

здоров'я не як «стан відсутності» хвороб/інвалідності, а зосередитись на позитивному потенціалі місця для здоров'я всіх громадян. Тобто географія здоров'я переорієнтовується від вивчення смертності і захворюваності на вивчення власне здоров'я і благополуччя (wellbeing – стан комфорту, здоров'я, або щастя, або wellness – стан перебування в гарному фізичному та психічному здоров'ї). Більший акцент робиться на здоров'ї громад, «колективному здоров'ї населення», благополуччі всіх членів суспільства, а не окремих індивідів (що виражено в декларації Всесвітньої Організації Здоров'я ще 1978 року як «здоров'я для всіх») [35–38].

Поширення руху «нового публічного (громадського) здоров'я» зумовило появу й нових аспектів дослідження в географії здоров'я – попередження (а не констатація) захворюваності та травматизму, виробництво та підтримка здорового середовища проживання та роботи, розширення прав і можливостей окремих індивідів щодо стану їх здоров'я («здоровий вибір» з точки зору їжі, повсякденного життя, сексуальної поведінки чи захисту від сонця тощо), вплив інституцій на врахування ризиків природного середовища.

Ще один аспект географії здоров'я – зміщення акцентів з вивчення виробництва медичних послуг (охорони здоров'я) на їх споживання, дискусії щодо ролі інституціалізації послуг і отримання їх дома, ролі неформальної медичної допомоги, вивчення просторової дифузії медичних послуг до місць проживання, роботи, громади, трансформації лікарняного середовища.

Серед нових напрямів дослідження – вивчення емоційних аспектів здоров'я/благополуччя, наприклад, емоційних реакцій на/в певних місцях – місцях «страху» (fear), «благоговіння» (awe), «втрат та терпіння» (loss and longing), «відчаю» (despair), «спільності та любові» (togetherness and love), зв'язок благополуччя (wellbeing – *being* well) та емоційного самопочуття (*feeling* well).

Категорія благополуччя в географії здоров'я пов'язана із категоріями «якість життя» з економічної та урбаністичної географії (щодо різноманітних класифікацій країн і міст за рівнем якості життя) та холістичним розумінням «здоров'я» з філософії здоров'я (позитивні зв'язки з іншими, відносна автономія, екологічне панування). В географічний обіг увійшли такі поняття як «здоров'я і фітнес-культура»,

«місця духовного досвіду», «цілісна терапія і спосіб життя». Поряд із традиційною медичною допомогою вивчаються методи арт-терапії, поширення і лікування різноманітних «фобій», залежностей (пагубних звичок) тощо.

Цікавим об'єктом дослідження є «терапевтичні ландшафти» (therapeutic landscapes), «місця зцілення» (healing). Вперше в науковий обіг термін терапевтичні ландшафти ввів Вілберт Геслер (Wilbert Gesler) у 1992 році, трактуючи їх як такі ландшафти, де різноманітні явища (гори та джерела, вулиці та торгові центри) можуть мати значний вплив на відчуття «здорового добробуту» (healthful wellbeing) тих, хто в них перебуває [34]. У подальшому він проаналізував три приклади терапевтичних ландшафтів, розглядаючи їх як специфічно-місцеві ландшафти з давньою репутацією зцілення або відновлення здоров'я, що головним чином має духовний або чудодійний характер – Епідавр у Греції, Лурд у Франції та Бат у Великій Британії. Він ставив за мету через вивчення таких об'єктів, які відомі як місця фізичного, психічного та духовного зцілення, зрозуміти як терапевтичні ландшафти створюються, як теоретично пояснити їх лікувальний ефект, як поліпшити сучасну систему медичного обслуговування, зрозумівши ключові фактори.

Місто Епідавр у Греції, де був поширений культ Асклепія (давньогрецького бога лікування), – найвідоміший центр дивовижних зцілень в античні часи. З V ст. до н.е. сюди масово приїжджали хворі в надії на зцілення. При святилищі було облаштовано гостьовий будинок, відкриті мінеральні джерела. У I ст. святилище було розграбоване, але згодом ще протягом кількох століть зберігало славу місця зцілення. Місто Лурд у Франції стало відомим в середині XIX ст. завдяки чудотворному місцю, що виникло після того, як сільська дівчина знайшла джерело, слідуючи вказівкам Богоматері. Джерело згодом отримало репутацію цілющого, хоча аналізи води показали, що вода не має лікувальних властивостей. Лурд визнаний церквою як місце надприродних чудес та зцілення, сюди приїжджають мільйони паломників і хворих в надії на зцілення. Місто Бат у Великій Британії за рахунок гарячих мінеральних джерел було популярним місцем лікування ще з римських часів (у I-V ст.), а у XVIII ст. стало популярним спа-курортом. Тут відбувалося зцілення багатьох людей,

особливо хворих на проказу. А вже у 2010 році з метою поширення ідеї християнського зцілення як повсякденного стилю життя для всіх віруючих та зважаючи на історично сформовану ідентичність Бата як центра зцілення, було організовано рух «Зцілення на вулицях Бата» (Healing on the Streets of Bath – HOTS Bath).

На основі аналізу факторів створення цих терапевтичних ландшафтів Вілберт Геслер зробив висновок, що поєднання природного і культурного середовища (у тому числі архітектурного), ідентичності (тривалої репутації місця зцілення), символізму (наприклад, джерело – символ зцілення), почуття місця, а також вірування та очікування (віра в чудодійне або надприродне зцілення), соціальних відносин (у тому числі визнання ефекту зцілення усіма класами суспільства) разом впливають на фізичне, психічне та духовне благополуччя. При цьому наукових підстав вважати саме місце особливим в медичному відношенні може не бути. Головне – одночасна дія всіх зазначених факторів.

Нині розуміння терапевтичних ландшафтів розширюється. Таким може бути різноманітне природне середовище, що в поєднанні із соціальним контекстом може забезпечити фізичне, психічне чи духовне зцілення. Останнім часом відбувається поступове зрушення від традиційного вивчення зцілення у певних місцях до оцінки потенціалу повсякденних ландшафтів з точки зору підтримки здоров'я та благополуччя.

2. Медико-географічні дослідження в Україні

Медична географія в Україні сформувалася на межі медицини та географії. Її особливістю є те, що перші праці медико-географічного змісту належали фахівцям з медицини.

В Україні немає єдиного погляду щодо виділення періодів (етапів) становлення і розвитку медичної географії. Здійснюючи такий поділ, враховують *наявність та розвиток ідей, методів медико-географічних досліджень, розробку нових підходів та їх апробацію.* Зокрема, виділяють три періоди у розвитку медичної географії (початковий, аналітичний та

конструктивний) [27]. Ще одним варіантом є виділення чотирьох етапів, які відокремлені фазовими переходами, що пов'язані з історією розвитку медичної географії та еволюцією актуальної у ті чи інші часи проблематики. Такими етапами є етап зародження та розвитку медичної географії як медичної дисципліни (XVI – сер. XIX ст.), етап становлення медичної географії як самостійної географічної дисципліни (сер. XIX – поч. XX ст.), етап радянських медико-географічних досліджень (поч. XX – кін. XX ст.) та етап формування сучасної української медичної географії (кін. XX – поч. XXI ст.) [18].

Перші медико-географічні описи території сучасної України було здійснено в середині – другій половині XIX ст. для окремих губерній – Чернігівської (військовим лікарем С. Андрієвським), Харківської (В. Леонтовичем), Полтавської (повітовим лікарем І. Махмандровим, який зокрема проаналізував залежність захворювань від економічного стану населення) [5]. Узагальнення досвіду власних медико-географічних досліджень здійснив доктор медицини та приват-доцент кафедри фізичної географії Новоросійського університету (Одеса) Іван Яворський у праці «Досвід медичної географії і статистики Туркестану» (Санкт-Петербург, 1889), яка лягла в основу курсу військово-медичної географії, що викладався у цьому університеті [12].

У радянські часи інтерес до медичної географії значно зріс у 1950-60-х роках, що відповідало загальносвітовим тенденціям. Прикладними напрямами досліджень були військово-медична географія (оцінка впливу фізико-географічних умов на здоров'я, санітарний стан і медичне забезпечення військ, військова медико-географічна характеристика ландшафтних зон та вивчення території можливого розміщення військ) та вивчення поширення ендемічних паразитарних і трансмісивних хвороб, у тому числі в Криму.

У складі Географічного Товариства СРСР з 1955 року функціонувала Комісія з медичної географії (з кінця 1980-х років – медичної географії та екології людини). Робота комісії спочатку була орієнтована на обговорення методики медико-географічних досліджень, вивчення питань адаптації людини до умов середовища, вплив клімату на здоров'я, а також медичне країнознавство. Поступово у 1970-80-х роках вектор інтересів медичної географії змістився в бік нозогеографічних досліджень.

Багаторічний голова Комісії з медичної географії Алєксєй Шошин виділив чотири розділи медичної географії: медичне ландшафтознавство (що вивчає вплив на здоров'я людини природних компонентів – гірських порід, рельєфу місцевості, клімату, водних ресурсів, ґрунтів, особливостей рослинного та тваринного світу; особливості природно-територіальних та соціально-природних комплексів), медичне країнознавство (що досліджує медико-географічні особливості територій окремих держав та їх адміністративних підрозділів), нозогеографію (або географію хвороб, що вивчає географічне поширення окремих хвороб і його причини у межах певних територій, на яких поширені або були поширені активні осередки хвороби) та медичну картографію (що займається розробкою і складанням медико-географічних карт). Три перших розділи медичної географії виокремлено за предметом, а останній – за методом досліджень [31].

Зупинимось на аналізі основного доробку періоду сучасної медичної географії в Україні кін. XX – поч. XXI ст.

В цей період визначення різними авторами сутності медичної географії дещо відрізняються, але всім їм притаманні ті складові, які визначають ***медичну географію*** як *географічну науку, що вивчає медико-географічні системи, закономірності поширення хвороб, вплив на захворюваність соціально-економічних причин та природно-географічні передумов.*

Олег Шаблій вважає, що *предметом* дослідження медичної географії *є просторова організація* тих аспектів суспільства, які мають безпосередній вплив на здоров'я його представників, а також самого здоров'я, тобто просторова структура сфери здоров'я. Медична географія досліджує, насамперед, форми територіальної організації сфери здоров'я, якими є територіальні медичні системи – від початкових аж до загальнодержавних, міжнародних і навіть глобальних [25].

Віктор Шевченко зазначав, що *об'єктом* дослідження медичної географії є *територіальні системи захворюваності*, *умови їхнього формування та особливості зміни в часі, а також взаємодія їхніх складових частин* [27].

Ряд теоретичних і прикладних проблем медичної географії на думку О. Шаблія потребують свого першочергового вирішення в Україні. Зокрема, до таких теоретичних проблем відносяться: гуманізація медико-географічної науки; узагальнень соціальних чинників форм просторової організації сфери здоров'я; географічні

аспекти індивідуального та суспільного здоров'я. Практичні проблеми медичної географії включають: медико-географічну оцінку окремих компонентів природного, штучного і соціального середовища – методи оцінки, очікувані результати оцінки тощо; медико-географічну оцінку окремих територіальних комплексів; вивчення географії окремих захворювань та факторів навколишнього (природного, штучного і соціального) середовища, які їх спричиняють; регіональні медико-географічні дослідження [25].

В кінці XX ст. – на початку XXI ст. в контексті розвитку світової медичної географії в Україні сформувалися кілька напрямів медико-географічних досліджень:

- *медико-географічне картографування;*
- *вивчення впливу природних та екологічних чинників на стан здоров'я населення;*
- *вивчення медико-географічних систем обласного рівня;*
- *вивчення просторових аспектів захворюваності населення і впливу на них природних, соціально-економічних та інфраструктурних чинників.*

Медико-географічне картографування стало важливим напрямом медико-географічних досліджень в Україні, отримавши величезний запит на створення карт захворюваності населення після аварії на Чорнобильській АЕС у 1986 році. Зокрема, у 1995 та 1996 роках колективом авторів Інституту географії НАН України було опубліковано два випуски «Медико-екологічного атласу України» [15, 24], у 2000 році В. Барановський видав «Екологічний атлас України» [1]. У цей період також було видано атласи областей України, які містили карти з інформацією про захворюваність населення, зокрема одним із перших був атлас «Екологія людини: Медико-екологічний атлас Дніпропетровської області» [11].

Важливим теоретико-методичним доробком медико-географічного картографування стали праці В. Шевченка. Зокрема, в його роботах детально розглядались питання історії медико-географічної картографії, стан здоров'я населення як критерій якості навколишнього середовища методичні основи створення карт захворюваності населення, медичних служб, передумов захворюваності, медико-географічного районування [7, 26, 27]. В. Шевченком було введене поняття ***«територіальних систем захворюваності»,*** які

формуються у результаті взаємодії окремих груп населення із навколишнім середовищем у процесі природокористування і є об'єктом медико-географічного аналізу [27]. Головним *підходом до медико-географічного аналізу* вчений вважав *антропоцентричний*, зазначаючи, що хвороби є, певною мірою, функцією території, нерівномірність прояву яких залежить від природних і соціально-економічних умов, а також від властивостей населення [27]. Дослідження Едуарда Бондаренка були присвячені картографічному моделюванню стану та розвитку інфекційної захворюваності населення України [4].

Ще одним напрямом медико-географічних досліджень в Україні є вивчення **впливу природних та екологічних чинників на стан здоров'я населення**. В українській медичній географії цей напрям був започаткований та розвинений Василем Гуцуляком. Запропонована ним ***еколого-географічна концепція*** поєднала два наукових підходи – географічного (ландшафтно-географічного) та антропо-екологічного. Критерієм медико-екологічного оцінювання вчений вважав відповідність екологічного потенціалу довкілля оптимальним потребам життєдіяльності населення [8]. З цим напрямом пов'язаний пошук критеріїв оптимальної взаємодії, яка забезпечила б необхідну для людини якість середовища. В. Гуцуляк здійснив комплексну медико-географічну характеристику території Чернівецької області, проаналізував масове захворювання на алопецію дитячого населення м. Чернівці у 1988 році, провів нозогеографічне районування території [9]. На підставі аналізу показників техногенного забруднення і здоров'я населення він оцінив медико-екологічну ситуацію поселенських ландшафтів.

Галина Вихованець в курсі лекцій з медичної географії головні фокуси зосередила на природній осередковості та географічному поширенні трансмісивних хвороб, класифікації хвороб за ступенем і характером їх залежності від властивостей природного середовища, поширенні хвороб, які викликані геофізичними властивостями природних комплексів різних широт, а також соціально-екологічній осередковості хвороб [5].

Продовження дослідження впливу екологічних умов на здоров'я населення в різних регіонах України знайшло відображення в ряді захищених дисертаційних робіт. Так, для встановлення зв'язку між

концентрацією забруднюючих речовин у ландшафтах і захворюваністю населення Чернівецької області К. Муха здійснив медико-екологічну оцінку регіону із застосуванням кореляційного аналізу, визначив і проаналізував природно-антропогенні чинники, що сприяють зростанню медико-демографічних ризиків [19].

І. Мезенцева здійснила еколого-географічний аналіз захворюваності населення Волинської області, який включав оцінку впливу забруднення атмосфери міст викидами шкідливих речовин від промислових об'єктів і автотранспорту, наявності важких металів в урбоземах і листі парково-вуличних насаджень на захворюваність населення. На основі розрахованих коефіцієнтів взаємозв'язку між загальним рівнем захворювання, окремими нозокласами та забрудненням атмосфери, ґрунтів і парково-вуличних насаджень, вмісту важких металів у ґрунтово-рослинному покриві, відхилень вмісту важких металів від еталонних показників нею було виділено категорії міст за ступенем екологічної небезпеки. В цілому еколого-географічний аналіз захворюваності населення Волинської області показав, що існує тісна залежність між екологічними чинниками і поширенням окремих захворювань, і найбільше це стосується наявних у природних компонентах свинцю та кадмію [16].

Д. Шиян досліджувала проблеми здоров'я населення у м. Кривий Ріг, якому властиві суттєві антропогенні трансформації природного середовища. Їх дослідження виходило з того, що у структурі захворюваності населення виділяють захворюваність на екологічно зумовлені хвороби – захворювання, що розвиваються серед населення певної території під дією шкідливих чинників природного середовища (хімічних речовин або фізичних чинників) і проявляються характерними для дії цього чинника симптомами і синдромами або іншими не специфічними відхиленнями [29]. Дослідження підтвердило ефективність використання географічного підходу для виявлення великої групи причинно-наслідкових залежностей, побудови моделей і просторового аналізу епідеміологічних явищ і різних груп захворювань у промисловому місті

Медико-географічний аналіз захворюваності населення Чернігівської області здійснено Т. Шовкун [30].

Територіально-нозологічна структура захворюваності населення Сумської області з медико-екологічним аналізом території та зумовленістю нозологій показниками навколишнього середовища (забрудненням ґрунтів, атмосферного повітря та питної води) представлені в монографії О. Корнус, А. Корнуса та В. Шищука [13]. Зокрема, її автори наголошують на необхідності оцінки *медико-екологічного ризику* та здійснення *медико-екологічного моніторингу* території. Медико-екологічний моніторинг вони розглядають як систему організаційно-технічних та профілактичних заходів, що забезпечують спостереження за станом навколишнього середовища та здоров'ям населення, їх оцінку та прогноз, розробку заходів, спрямованих на виявлення, попередження та усунення впливу шкідливих факторів довкілля (факторів ризику) на здоров'я населення [13].

Медико-географічне дослідження Тернопільської області з врахуванням причинно-наслідкових зв'язків у системі «природні умови – антропогенні зміни довкілля – людина і її здоров'я» та просторовим аналізом демографічних і медико-географічних показників було здійснене І. Дем'янчук [10]. У результаті дослідження було зроблено висновок про те, що відмінності показників захворюваності населення в адміністративних районах Тернопільської області викликані різним рівнем добробуту населення, неоднаково ефективною роботою закладів охорони здоров'я, низькою мотиваційною установкою на здоровий спосіб життя та неналежним рівнем культури поведінки щодо власного здоров'я значної частини населення; дією інших чинників (структурного і медико-організаційного) [10].

Важливим напрямом у медичній географії України стало **вивчення медико-географічних систем обласного рівня,** започатковане Л. Нємець та Г. Барковою. *Медичну систему* вони розуміють як відкриту, динамічну, складну підсистему регіональної соціо-геосистеми, сукупність закладів, технологій і ресурсів підтримання нормального рівня здоров'я населення, пов'язаних потоками речовини та енергії, прямими та зворотними інформаційними зв'язками [20]. На їх думку, поняття системи, на відміну від поняття комплексу, більш однозначно відображає основні її властивості – цілісність, взаємозв'язки між елементами, структуру (просторову і функціональну), а також емерджентність. Медичні системи всіх ієрархічних рівнів тісно

пов'язані між собою і мають не менш тісні зв'язки із середовищем, у якому вони функціонують. Основним елементом зовнішнього середовища для кожного рівня є соціум, який визначає вимоги, формує соціальний запит, виступає замовником і споживачем медичних послуг [20].

Провівши дослідження медичної системи Харківської області, Г. Баркова зробила висновок, що територіальні особливості і відмінності медичних систем різних рівнів зумовлені специфікою територіальної організації господарської діяльності певного регіону, системою розселення, а також географічним положенням та історичним розвитком території [2]. Головний елемент територіальної структури медичної системи – медико-географічний район – вона розглядає як цілісну ділянку території зі своєрідною сукупністю взаємопов'язаних компонентів (елементів) природно-географічного, демографічного, соціально-економічного та ін. характеру, які безпосередньо або опосередковано впливають на організацію медичної системи з метою максимально можливого забезпечення потреб населення в медичних послугах [2].

Територіальні особливості системи охорони здоров'я Волинської області, ключовими компонентами якої є установи медичного обслуговування, медичні кадри та система управління, вивчались Т. Погребським [21], геопросторова організація сфери охорони здоров'я Львівської області – Х. Подвірною [22].

І. Мартусенко досліджувала територіальну організацію регіонального медичного комплексу на прикладі Вінницької області. На її думку, ***регіональний медичний комплекс*** – це система лікувальних, лікувально-профілактичних, санітарно-протиепідемічних та інших медичних, медико-обслуговуючих, медико-промислових установ, що забезпечують усі можливі напрямки оздоровлення та відпочинку населення регіону шляхом раціональної організації системи охорони здоров'я [14]. Під ***територіальною організацією медичного комплексу*** І. Мартусенко розуміє закономірний процес розміщення відповідних підприємств і установ, виникнення і функціонування їх просторових поєднань та системних утворень у тісній взаємодії з територіальними системами розселення і виробництва під впливом переважно соціально-економічних та

географічних чинників у певній системі просторово-часових координат. Елементами територіальної структури регіонального медичного комплексу виступають пункт, центр, вузол та район медичного обслуговування [14].

Ще одним напрямом медичної географії в Україні є **вивчення просторових аспектів захворюваності населення** і впливу на них природних, соціально-економічних та інфраструктурних чинників. У роботах Н. Мезенцевої та С. Батиченко ***географія захворюваності населення*** розглядається як складова медичної географії, що вивчає територіальні відміни та особливості захворюваності населення, досліджує закономірності територіального поширення хвороб та встановлює причини, що їх зумовлюють [17]. Оскільки суспільно-географічне дослідження захворюваності населення включає просторово-часовий аналіз поширення хвороб та виявлення чинників, які його зумовлюють, просторові аспекти захворюваності населення на різні види хвороб передбачають типізацію регіонів за поширенням хвороб, рівнем захворюваності населення, динамікою процесів поширення різних видів захворювань [17].

Ряд вчених наголошують на важливості географічного вивчення захворюваності та здоров'я в контексті концепції якості життя населення [6, 17, 18]. Так, з урахуванням цього методологічного положення було проведено медико-географічне дослідження стану здоров'я населення Херсонської області Р. Молікевичем. Це дослідження було здійснене із врахуванням просторових особливостей відтворення населення, беручи до уваги те, що розвиток медичної географії і геодемографії супроводжується перехресною тематикою, аналізом тих проблем та явищ, які потребують як суто нозогеографічної, так і геодемографічної оцінки, виміру чи інтерпретації (втрати населення від епідемій, освоєння нових територій і формування трудоресурсного потенціалу, розвиток систем розселення, наслідки міграцій тощо) [18]. *Медико-демографічна ситуація* визначається як просторово-часовий стан демографічних процесів в їх причинно-наслідковому взаємозв'язку з якісними характеристиками населення, насамперед, зі станом його здоров'я, в рамках багатофакторної обумовленості [18].

Аналізуючи проблематику медичної географії, Р. Молікевич вважає, що у ході історичного процесу *змінювалися підходи до трактування власне здоров'я населення*: якщо на етапах становлення науки здоров'я розглядалося у контексті запобігання передчасній смертності населення, то сьогодні *здоров'я розглядається з позицій якості його життя, з акцентом не на хворобах, а не реалізації потреб та інтересів людей за будь-якого стану їх здоров'я*. Це передбачає істотні зміни у підходах до дослідження стану здоров'я [18].

О. Романів були здійснені дослідження стану здоров'я дитячого населення Хмельницької області, в яких середовище проживання розглядалося як багаторівнева структура, сукупність взаємопов'язаних підсистем, що мають вплив на стан здоров'я (включає природну, техногенну, соціально-економічну та соціально-психологічну складові, які у процесі взаємодії формують специфічний територіальний тип довкілля, який визначає територіальний тип дитячого здоров'я). Вона робить висновок, що рівень здоров'я дитячого населення вказує наскільки середовище сприяє його збереженню, а сукупність факторів довкілля спричиняє медико-географічний ризик – рівень невизначеності, пов'язаний із погіршенням здоров'я у конкретних просторово-часових координатах внаслідок інтегрального впливу довкілля [23].

Сучасний період медико-географічних досліджень в Україні характеризується суттєвим методичним доробком та запровадженням нових методів дослідження. Традиційно в дослідженнях з медичної географії для дослідження просторових відмін і залежностей захворюваності населення використовується *метод медико-географічного картографування*. Водночас значного поширення набули методи *багатовимірного аналізу та моделювання*. Так, для пошуку тісноти зв'язку між показниками стану природних компонентів та соціально-економічними показниками, що характеризують вплив чинників на захворюваність населення, використовується кореляційний аналіз [3, 16, 18, 19], для встановлення ролі та ваги окремих чинників у формуванні медико-географічної ситуації – метод факторного аналізу [18, 21], для виявлення подібності регіонів за показниками, що характеризують стан здоров'я населення, використовують методи кластерного аналізу [3, 18, 21] та побудови карт самоорганізації Кохонена [3], для виявлення територіальних особливостей розвитку

системи охорони здоров'я – метод моделювання траєкторії розвитку соціогеосистем у нормованому багатовимірному ознаковому просторі та графоаналітичний метод багатовимірної класифікації суспільно-географічних об'єктів [21], для моделювання динаміки соціально-економічних та медико-географічних індикаторів – метод регресійного аналізу [18].

1. *Барановський В. А.* Екологічний атлас України. – К.: Географіка, 2000. – 42 с.
2. *Баркова Г. А.* Територіальна організація медичної системи Харківської області та шляхи її вдосконалення: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – К., 2007. – 20 с.
3. *Батиченко С. П.* Суспільно-географічні аспекти захворюваності населення регіонів України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – К., 2014. – 20 с.
4. *Бондаренко Е. А.* Картографічне моделювання стану та розвитку інфекційної захворюваності населення України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.12 – географічна картографія. – К., 1997. – 18 с.
5. *Выхованец Г. В.* Медицинская география. – Одесса: Кратопринт и К^0, 1998. – 140 с.
6. *Гукалова І. В.* Якість життя населення України: суспільно-географічна концептуалізація : монографія. – К.: Інститут географії НАН України, 2009. – 347 с.
7. *Гуцуляк В. М., Нечипоренко Г. А., Шевченко В. О.* Загальна медична географія світу: монографія. – Київ, 1998. – 178 с.
8. *Гуцуляк В., Муха К.* Історія розвитку та сучасний стан медико-географічних досліджень // Вісник Львівського університету. Серія географія. – Львів, 2009. – Вип. 36. – С. 115-121.
9. *Гуцуляк В. М.* Медична географія: Екологічний аспект: навчальний посібник. – Чернівці : Рута, 2008. – 132 с.
10. *Дем'янчук І. П.* Конструктивно-географічні засади медико-географічних досліджень Тернопільської області: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.11 – конструктивна географія і раціональне використання природних ресурсів. – К., 2017. – 20 с.
11. *Зеленська А. І., Агєєв Ю. О., Васильєва Т. А.* Екологія людини: Медико-екологічний атлас Дніпропетровської області. – К. – Дніпропетровськ: Відродження, 1997. – 24 с.
12. *Исакян Э. П.* Зарождение медицинской географии на кафедре физической географии Одесского университета // Вісник Одеського національного університету. Географічні та геологічні науки. – 2015. – Т.20, Вип. 1. – С.84-96.

13. *Корнус О. Г., Корнус А. О., Шищук В. Д.* Територіально-нозологічна структура захворюваності населення Сумської області : монографія. – Суми: Сум ДПУ ім. А. С. Макаренка, 2015. – 172 с.

14. *Мартусенко І. В.* Територіальна організація медичного комплексу Вінницької області: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – К., 2005. – 24 с.

15. Медико-екологічний атлас України (випуск перший) / Барановський В. А., Пироженко К. Г., Руденко Л. Г., Стьопіна О. П., Шевченко В. О. – К.: Зелений світ, 1995. – 32 с.

16. *Мезенцева І. В.* Еколого-географічний аналіз захворюваності населення Волинської області: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.11 – конструктивна географія і раціональне використання природних ресурсів. – Львів, 2008. – 20 с.

17. *Мезенцева Н. І., Батиченко С. П.* Суспільно-географічне дослідження захворюваності населення: теоретичні та методичні основи // Економічна та соціальна. – 2012. – Вип. 2(65). – С. 45-52.

18. *Молікевич Р. С.* Стан здоров'я населення Херсонської області (медико-географічне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – К., 2016. – 20 с.

19. *Муха К. П.* Медико-екологічна оцінка поселенських геосистем Чернівецької області: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.11 – конструктивна географія і раціональне використання природних ресурсів. – Чернівці, 2008. – 20 с.

20. *Немець Л. М., Баркова Г. А., Немець К. А.* Медична галузь Харківської області: територіальні особливості, проблеми та шляхи удосконалення (суспільно-географічні аспекти): монографія. – К.: Четверта хвиля, 2009. – 224 с.

21. *Погребський Т. Г.* Територіальні особливості системи охорони здоров'я Волинської області: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – Харків, 2015. – 20 с.

22. *Подвірна Х. Є.* Геопросторова організація сфери охорони здоров'я (на матеріалах Львівської області): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – Львів, 2010. – 20 с.

23. *Романів О. Я.* Медико-географічні основи здоров'я дитячого населення (на матеріалах Хмельницької області): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – Львів, 2003. – 16 с.

24. Чорнобиль і здоров'я України (Медико-екологічний атлас, випуск другий). – К.: Зелений світ, 1996. – Вип. 1. – 32 с.

25. *Шаблій О. І., Шевчук Л. Т.* Регіональні особливості виснаження населення як актуальна проблема медичної географії // Всеукраїнський семінар по географії населення «Сучасні проблеми географії населення України». – Луцьк, 1993. –

С. 3-10.

26. *Шевченко В. А.* Медико-географическое картографирование территории Украины. – К. : Наукова думка, 1994. – 158 с.

27. *Шевченко В. О.* Теоретико-методичні основи медико-географічного аналізу території України: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра геогр. наук: спец. 11.00.11 – конструктивна географія і раціональне використання природних ресурсів. – К., 1997. – 32 с.

28. *Шевчук А. Т.* Медична географія : навчальний посібник. – Львів, 1997. – 168 с.

29. *Шиян Д. В.* Територіальні особливості захворюваності населення м. Кривий Ріг як центру старопромислового регіону: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – Харків, 2012. – 21 с.

30. *Шовкун Т. М.* Медико-географічний аналіз захворюваності населення (на прикладі Чернігівської області): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.11 – конструктивна географія і раціональне використання природних ресурсів. – К., 2012. – 20 с.

31. *Шошин А. А.* Основы медицинской географии. – М.-Л.: Изд-во АН СССР, 1963. – 144 с.

32. *Gesler W.* Geography of health and healthcare // Encyclopedia of Human Geography / Ed. by B. Warf. – SAGE Publications, 2006. – P. 298-299.

33. *Gesler W.* (2006) Medical Geography // Encyclopedia of Human Geography / Ed. by B. Warf. – SAGE Publications, 2006. – P. 298-299.

34. *Gesler W.* Therapeutic landscapes: medical issues in light of the new cultural geography // Social Science & Medicine. – 1992. – Vol. 34(7). – P. 735-746.

35. *Gesler W., Kearns R.* Culture/Place/Health. London: Routledge, 2002.

36. *Kearns R.A., Andrews G.J.* Geographies of Wellbeing // The SAGE Handbook of Social Geography. London: SAGE, 2009. – P. 309-328.

37. *Kearns R.A., Moon G.* From medical to health geography: theory, novelty and place in a decade of change // Progress in Human Geography. – 2002. – Vol. 26(5). – P. 587-607.

38. *Kearns R., Collins D.* Health Geography //A companion to health and medical geography / Ed. by T. Brown, S. McLafferty, G. Moon. Blackwell Publishing Ltd, 2010. – P. 15-32.

39. *May J.M.* Medical geography: its methods and objectives // Geographical Review. – 1950. – Vol. 40. – P. 9-41 .

40. *May J.M.* The Ecology of Human Disease. – New York, MD Publications, 1958.

41. *Mayer J.* Medical Geography //A companion to health and medical geography / Ed. by T. Brown, S. McLafferty, G. Moon. – Blackwell Publishing Ltd, 2010. – P. 33-54.

Частина 2
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ: ЧИННИКИ РЕГІОНАЛЬНИХ ВІДМІН

3. Чинники захворюваності та здоров'я населення
4. Природне середовище
5. Демографічна ситуація
6. Соціально-культурне середовище, рівень та особливості соціально-економічного розвитку

3. Чинники захворюваності та здоров'я населення

Виникнення хвороб та особливості їх поширення визначаються природно-екологічними та соціально-економічними чинниками, значення останніх з яких набуває все більшого значення через вплив способу життя, доходів населення, житлових умов, структури харчування та ряду інших чинників. Дослідники по-різному обґрунтовуються свої схеми класифікації чинників захворюваності та здоров'я населення. Розглянемо окремі підходи до їх виділення та класифікації.

Дж. Роббінс виділив чотири групи факторів охорони здоров'я: спосіб життя, біологічні фактори, стан навколишнього (природного) середовища, обсяг і якість медичної допомоги [9]. При цьому він показав, що інтенсивність впливу цих груп факторів суттєво відрізняється. Так, на першу групу, що включає такі фактори як

паління, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, нераціональне харчування, праця в шкідливих умовах, стреси, гіподинамія, незадовільні побутові умови та гіперурбанізація, припадає 51-52% загального впливу. Чинник навколишнього (природного) середовища (зокрема, забруднення повітря, води, ґрунту, понаднормовий рівень радіації, електромагнітні поля тощо) охоплює 20-21% впливу, біологічні фактори (спадковість, стать, вік тощо) – 19-20%. На групу факторів, пов'язаних із обсягом і якістю медичної допомоги (зокрема, вакцинація, періодичність медичних обстежень, своєчасність та якість лікування) припадає 8-9% впливу [9].

В. Куценко вважає, що стан здоров'я населення формується під впливом таких основних чинників: спадковість і генетичний фонд; рівень розвитку системи охорони здоров'я; спосіб та рівень життя населення; рівень розвитку продуктивних сил; стан навколишнього середовища; політичні рішення щодо розвитку охорони здоров'я [5]. Найважливішими чинниками середовища, які впливають на стан здоров'я населення регіону є просторова неоднорідність і нерівномірність розвитку медико-просторових явищ і процесів, їх територіальне вирівнювання та територіальна поляризація, зональність та азональність передумов і проявів, наявність детермінуючих зв'язків медико-просторових явищ і процесів [3].

Л. Нємець та Г. Баркова виділили шість груп факторів впливу на стан здоров'я населення і розвиток медичної системи: суспільно-географічні, історичні (звичаї, традиції), економічні (державне фінансування галузі, доходи та витрати населення, рівень життя тощо), демографічні (природний рух, міграції населення), соціальні (наявність та рівень соціальної інфраструктури, рівень життя, умови праці, можливості оздоровлення) та екологічні [8].

На думку Д. Шиян, стан здоров'я населення є якісним показником життєдіяльності людини та рівня життя і залежить від природно-географічних особливостей, рівня економічного та соціального розвитку регіонів, екологічного стану навколишнього середовища, рівня розвитку системи охорони здоров'я тощо [14]. Р. Молікевич підтверджуючи, що на стан здоров'я населення впливають різні групи факторів (природні, демографічні, соціально-економічні, соціокультурні, екологічні), акцентує увагу на тому, що окремі чинники

«поєднуються» у своєму впливі на здоров'я населення, підсилюючи або послаблюючи один одного. На його думку, оскільки іноді дуже важко відділити один чинник від іншого, з'ясувати силу впливу фактора, тому доцільніше вести мову про ймовірність збільшення ризику для здоров'я чи поширення конкретної групи хвороб, що методично реалізується за допомогою кореляційного аналізу [6]. До групи природних чинників він включає аномалії магнітного поля, еритемну сонячна радіацію, високу здатність атмосфери до самоочищення, наявність осередків природно-вогнищевих хвороб; екологічних чинників та природно-техногенних небезпек – викиди забруднюючих речовин в атмосферне повітря, якість питної води, сховища відходів та отрутохімікатів. Серед найпріоритетніших факторів формування сучасної медико-демографічної ситуації він називає рівні соціально-економічного розвитку, урбанізації, розвитку системи охорони здоров'я [6].

Як узагальнення, доцільно виділити такі шість груп чинників захворюваності та здоров'я населення (*рис. 3.1*):

– *генетична спадковість населення*;

– *природне середовище* (лікувальні та рекреаційні властивості ландшафтів, лісових масивів, підземних вод тощо (позитивні чинники); забруднення атмосферного повітря стаціонарними та пересувними джерелами, забруднення ґрунтів, поверхневих та підземних вод, радіаційне забруднення, неефективне поводження з відходами тощо (негативні чинники));

– *демографічна* ситуація та демографічна поведінка (очікувана тривалість життя, середній вік населення, рівень смертності, статево-вікова структура населення, масштаби та інтенсивність міграційних процесів тощо);

– *рівень розвитку та особливості організації системи охорони здоров'я* (забезпеченість медичною інфраструктурою та фахівцями, якість та фізична і економічна доступність надання медичних послуг; рівень вакцинації населення; своєчасність проведення медичних реформ, ефективність управління медичною сферою, підготовка кадрів для охорони здоров'я, державне фінансування медичної сфери тощо);

– *соціально-культурне середовище та спосіб життя населення* (рівень соціальної напруги, поширення соціальних хвороб (тютюнопаління,

алкоголізму, наркоманії), особливості харчування, особливості середовища проживання, праці, відпочинку (у тому числі, наприклад, стреси, гіподинамія); поширення міського способу життя, рівень релігійності населення тощо);

– *рівень та особливості соціально-економічного розвитку території* (спеціалізація регіонів, рівень індустріалізації та постіндустріалізації, рівень безробіття, доходів та витрат населення, поширення бідності, сформованість середнього класу тощо).

Рис. 3.1. Чинники регіональної диференціації захворюваності та здоров'я населення

Кожна група чинників може мати різний ступінь прояву позитивних і негативних ознак в певних регіонах. В цілому для України характерні такі *негативні чинники захворюваності населення*: інтенсивний процес старіння населення, значні масштаби зовнішньої міграції населення молодших вікових груп, порівняно низький рівень доходів населення та поширення бідності, несформованість середнього класу, порівняно низький рівень економічної доступності якісних медичних послуг (насамперед, не лише економічної, а й фізичної доступності медичних послуг у сільській місцевості), нестача кваліфікованого медичного персоналу, порівняно високий рівень забруднення атмосферного повітря, порівняно низька якість питної води. Сукупність дія таких чинників негативно позначається на рівні та поширенні різних видів захворюваності серед населення регіонів України. Водночас *позитивними чинниками здоров'я населення* є зміни окремих демографічних показників (співвідношення рівня смертності і народжуваності населення, збільшення очікуваної тривалості життя), перспективи проведення реформи системи охорони здоров'я та модернізації економіки за рахунок використання екологічно прийнятних технологій виробництва тощо [1].

4. Природне середовище

До факторів природного середовища, які впливають на захворюваність та здоров'я населення, належать геофізичні, біогеохімічні, живі збудники та їх токсичні продукти, отруйні рослини та алергени рослинного походження, стихійні лиха природного походження.

Геофізичні особливості території, як природні передумови поширення хвороб, включають погодно-кліматичні умови та магнітне поле Землі. Оптимальний для життєдіяльності людини температурний режим характеризується температурою повітря +18+21°С та відносною вологістю повітря 40-60%. В результаті підвищення температури повітря та високої вологості виникають порушення кровообігу, процесу травлення, психічні відхилення. Досить велика доза сонячної радіації може викликати рак шкіри. На Східно-Європейській рівнині

встановлені географічні закономірності поширення раку шкіри: рівень захворюваності населення в Україні удвічі вищий ніж у Карелії, у 1,5 разів – ніж у Білорусії, та в 1,5 разів нижчий ніж на Кавказі. Дана ситуація пов'язана з кореляцією величин природної ультрафіолетової радіації для даної території [3].

Не менш шкідливими для організму людини є низькі температури, які у поєднанні із сильним вітром породжують активізацію та поширення патогенних вірусів і бактерій. Дія холоду може спричинити такі ушкодження людського організму: 1) охолодження сприяє розвитку хвороб генеруючих мікроорганізмів; 2) розвиток різного ступеня запальних процесів дихальних шляхів та слизової оболонки; 3) ушкодження на клітинному рівні, наприклад, відмороження тощо [2].

У разі різкої зміни погодних умов в людському організмі можливі дискомфортні порушення, які залежно від стану організму можуть носити різну ступінь прояву реакції: слабка (головні болі, порушення сну тощо), середня (простудні та вірусні захворювання), сильна (загострення хронічних хвороб, в тому числі серцево-судинних) [2].

На стан здоров'я людини здійснюють вплив біогеохімічні чинники середовища, які надходять до організму через харчові ланцюги, що включають хімічний склад гірських порід, грунту, повітря та води. На основі аналізу хімічного складу компонентів ландшафту та продуктів харчування можна встановити закономірності розвитку та поширення ряду захворювань.

Гідрохімічна зональність водних ресурсів України чітко прослідковується в межах фізико-географічних зон: для зони мішаних лісів характерне поширення прісних річкових вод гідрокарбонатно-кальцієвого складу; у зоні лісостепу хімічний склад змінюється в напрямку із заходу на схід – прісні гідрокарбонатні кальцієві води переходять у гідрокарбонатні кальцієво-магнієві; на межі лісостепової та степової зон хімічний склад водних ресурсів доповнюється сульфатами, а в степовій зоні переважають сульфатно-хлоридні води із змішаним катіонним складом. У горах переважають прісні гідрокарбонатно-кальцієві води річок.

Для малих та середніх річок України характерним є зростання мінералізації у напрямку з північного заходу на південний схід від 2-3

ммоль/дм³ до 15-30 ммоль/дм³, відповідно, зростає твердість води, що відображається на її якості.

Надлишок сполук фтору у воді шахтових колодязів призводить до захворюваності населення на флюороз. І навпаки, нестача фтору призводить до розвитку карієсу зубів, що найбільш характерно для жителів сільської місцевості України. У регіонах з дефіцитом йоду, насамперед, у питній воді спостерігається порушення обмінних процесів в людському організмі, що в результаті призводить до хвороб щитовидної залози. Ці хвороба поширена здебільшого в гірській місцевості України. Також в Україні проблеми йододефіциту та розвиток відповідних хвороб пов'язані з радіоактивним забрудненням внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС.

Геохімічні особливості навколишнього середовища, а саме дефіцит заліза, міді, цинку, нікелю, впливають на поширення анемії, надлишок кальцію та магнію – на сечокам'яні хвороби, тоді як дефіцит кальцію та магнію призводить до розвитку короткозорості [2].

Існує залежність між захворюваністю на серцево-судинні хвороби і хімічним складом питної води та орного шару ґрунту. Висока концентрація міді та марганцю в орному шарі ґрунту випливає на розвиток даного класу хвороб. Відповідно, в регіонах, де в орному шарі ґрунту високий вміст кальцію та магнію, серцево-судинні хвороби діагностуються значно рідше.

Встановлена взаємозалежність між поширенням глаукоми серед населення та кислою реакцією ґрунту. В Україні кисла реакція ґрунту характерна для зони Полісся і переходить у нейтральну у Лісостеповій зоні. Висока частота захворюваності населення на глаукому характерна для жителів височин, вища вона у міських поселеннях.

Поширеними серед населення є алергічні реакції організму на різного роду збудників: від природних (рослинних) до хімічних та побутових.

Внаслідок потрапляння до організму людини вірусів, бактерій, мікробів та ряду інших паразитів, розвиваються інфекційні хвороби. В основному це відбувається такими шляхами: від хворої людини чи тварини до здорової; через середовище, в якому зберігається збудник (наприклад, через предмети побуту та одяг – грип, туберкульоз, кашлюк, через воду – кишкові інфекції, зокрема дизентерія, холера,

лептоспіроз тощо, через ґрунт – правець); сприйняття людським організмом збудника (потрапляючи до організму людини інфекції можуть не завжди розвиватися і відповідно людина не хворіє) [2].

У структурі захворюваності населення України збільшується кількість захворювань, які пов'язані із забрудненням навколишнього середовища викидами автомобільного транспорту, підприємств електроенергетики, чорної і кольорової металургії, хімічної та нафтохімічної промисловості, військовими об'єктами, техногенними катастрофами тощо.

У 2015 році в атмосферне повітря в Україні було викинуто 4,5 млн. т шкідливих речовин, з яких 62% – стаціонарними джерелами та 38% – пересувними джерелами. На території Донецької та Дніпропетровської областей в атмосферне повітря стаціонарними джерелами забруднення було викинуто 57% шкідливих речовин від загального обсягу по країні. Понад 25% шкідливих викидів потрапило в атмосферне повітря в результаті діяльності підприємств розташованих у Івано-Франківській, Запорізькій, Вінницькій, Луганській та Львівській областях. Найменша частка шкідливих речовин потрапила в атмосферне повітря від стаціонарних джерел забруднення на території Чернівецької, Закарпатської, Волинської, Тернопільської, Херсонської та Житомирської областей (в сумі 1,4%).

Головними забруднювачами повітря є підприємства енергетики та металургії (55% та 22% всіх забруднень від стаціонарних джерел). Потужним забруднювачем навколишнього середовища також є хімічна промисловість, об'єкти якої викидають у повітря сірчаний ангідрид, вуглеводні, оксиди азоту та інші шкідливі речовини. Найбільша кількість хімічно небезпечних об'єктів розташована у східних регіонах країни, а саме у Донецькій, Дніпропетровській, Луганській та Харківській областях. Великої шкоди рельєфу, земельним ресурсам, ґрунтовим водам завдає гірничодобувна промисловість.

Щороку в Україні визначають 50 найбільш забруднених міст з найвищим показником викидів шкідливих речовин стаціонарними джерелами забруднення. Стабільно найзабрудненішими містами є центри важкої промисловості та електроенергетики: Кривий Ріг, Маріуполь, Бурштин, Курахове, Енергодар, Кам'янське (Дніпродзержинськ).

Щодо пересувних джерел забруднення, то 89% складають викиди шкідливих речовин від автомобільного транспорту. Найбільші обсяги викидів шкідливих речовин в атмосферне повітря пересувними джерелами забруднення характерні для м. Києва, Дніпропетровської, Київської, Одеської та Львівської областей (понад 100,0 тис. т в кожній). Найменший обсяг шкідливих речовин від пересувних джерел потрапляє в атмосферне повітря на території Чернівецької, Тернопільської, Волинської та Чернігівської областей (менше 40,0 тис. т в кожній).

В Україні значна кількість промислових підприємств працює на технічно застарілому обладнанні, відповідно, споживаючи велику кількість природних ресурсів. Виробництво продукції супроводжується утворенням великої кількості відходів, які в свою чергу не утилізуються, а складаються у підвалах та сховищах. Наприклад, лише 30-40% хімічної сировини перетворюється у готову продукцію. 75% всіх відходів в Україні становлять промислові відходи. Найбільша їх кількість утворюється на підприємствах гірничо-металургійної, хімічної промисловості та енергетики. Майже 85% промислових відходів складають відходи первинного гірничого і збагачувального циклу. Найбільша їх концентрація на території Донецького, Криворізького, Львівсько-Волинського гірничодобувних басейнів.

В Україні триває процес прогресуючого накопичення відходів. Загальний обсяг відходів ну 2015 році становив 12,5 млрд. т, з них 12,1 млн. т складали потенційно небезпечні відходи I-III класів. 87% з них знаходяться на території Донецької, Сумської, Харківської, Миколаївської, Дніпропетровської, Полтавської та Херсонської областей. Найсприятливіша ситуація з утворенням на наявністю відходів I-III класів небезпеки склалася на території західних областей України.

Основною проблемою поводження з відходами є їх знешкодження, утилізація. У 2015 році було утилізовано 92,5 млн. т відходів, з них 314,5 тис. т відходів I-III класів небезпеки. Найбільший обсяг утилізації відходів I-III класів небезпеки здійснюється у регіонах найбільшого об'єму їх утворення.

Екологічною проблемою міст України, особливо великих міст та міст-курортів, є очищення різноманітних комунальних відходів (побутових і промислових) та їх переробка. У 2015 році шоста частина

скидних зворотних вод очищалися частково або й зовсім не очищалися. Це призводить до забруднення водойм, різних джерел водопостачання населення, погіршення якості питної води, і відповідно, до поширення інфекційних хвороб. 77% забруднених вод України розміщені у Донецькій, Дніпропетровській, Луганській та Запорізькій областях. На території Волинської, Херсонської, Івано-Франківської, Хмельницької, Вінницької, Закарпатської, Тернопільської та Чернівецької областей об'єм забруднених вод оцінюється як незначний.

У шести областях України розташовані і діють регіональні спеціалізовані підприємства з переробки та поховання радіоактивних відходів.

Методом рангів здійснено групування регіонів України за такими показниками: скидання забруднених вод, викиди шкідливих речовин в атмосферу стаціонарними та пересувними джерелами забруднення, утворення відходів I-III класів небезпеки, питома вага утилізованих відходів до загальної кількості утворених та наявність відходів I-III класів небезпеки. У результаті було виділено чотири групи регіонів (*рис. 4.1*):

– регіони з найнижчим рівнем негативного прояву вищеперерахованих показників: Волинська, Тернопільська, Хмельницька та Чернівецька області;

– регіони з середнім рівнем негативного прояву показників: Вінницька, Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Рівненська, Херсонська, Черкаська та Чернігівська області;

– регіони з високим рівнем негативного прояву показників та їх негативного впливу на стан здоров'я населення: Луганська, Львівська, Полтавська та Сумська області;

– регіони з дуже високим рівнем негативного прояву показників та їх негативного впливу на стан здоров'я населення: Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Київська, Миколаївська, Одеська, Харківська області та м. Київ.

Рис. 4.1. Групи регіонів України за рівнем забруднення навколишнього середовища у 2015 році

5. Демографічна ситуація

Значний вплив на поширення захворюваності населення в Україні мають демографічні характеристики населення, зокрема, коефіцієнти смертності та природного приросту населення, статево-вікова структура, середній вік та очікувана тривалість життя населення.

Гострою демографічною проблемою для України є достатньо високий рівень смертності населення. Аналіз динаміки рівня смертності населення України свідчить про збільшення даного показника до 2001 року і надалі поступове незначне його скорочення. Найгірша ситуація з показником смертності склалася на території Дніпропетровської, Херсонської та Запорізької областей, де за період 1991-2015 років він зріс більше ніж на 25%. Лише у Вінницькій області

у 2015 році показник смертності населення наближався до рівня 1991 року.

У 2015 році коефіцієнт смертності населення України складав 14,9 на 1000 осіб. Мінімальне його значення було у м. Києві, а максимальне – у Чернігівській області. При цьому максимальний показник смертності населення в 1,8 рази перевищує мінімальний показник. Для ряду західних регіонів України, а саме, Закарпатської, Рівненської, Івано-Франківської та Чернівецької областей, характерні найнижчі показники смертності населення. Дана ситуація пов'язана, насамперед, з віковою структурою населення, рівнем його релігійності, рівнем забруднення навколишнього середовища, високою часткою сільських жителів тощо.

В результаті низького рівня народжуваності та досить високого рівня смертності для України характерна депопуляція населення. У 2015 році коефіцієнт природного приросту населення України складав -4,2 особи на тис. жителів і був територіально диференційованим (*рис. 5.1*). Лише в м. Києві він дорівнював показнику 1991 року (1,8 осіб на тис. жителів). В Чернігівській області склалася найкритичніша ситуація – коефіцієнт природного приросту населення становив там -10,3 осіб на тис. жителів, що було в 2,5 рази гіршим за середній показник в Україні.

Вікова структура населення України свідчить про наявність процесу його старіння. У 2015 році частка населення 60 років і старше в Україні становила 22,1%. За шкалою ООН, якщо частка осіб віком 65 років і старше складає до 4%, населення вважається молодим, якщо 4-7% – населення на порозі старості, якщо понад 7% – населення старе [7]. За шкалою демографічного старіння Ж.Боже-Гарньє – Е.Россета, якщо частка осіб віком 60 років і старше становить менше 8% – населення молоде, 8-10% – біля порогу старості, 10-12% – власне на порозі старості, частка 12% і вище означає демографічну старість, яка поділяється на початковий (12-14%), середній (14-16%), високий 16-18%) та дуже високий (понад 18%) рівні. Україна знаходиться на рівні значної демографічної старості населення і відноситься до демографічно найбільш старих країн світу.

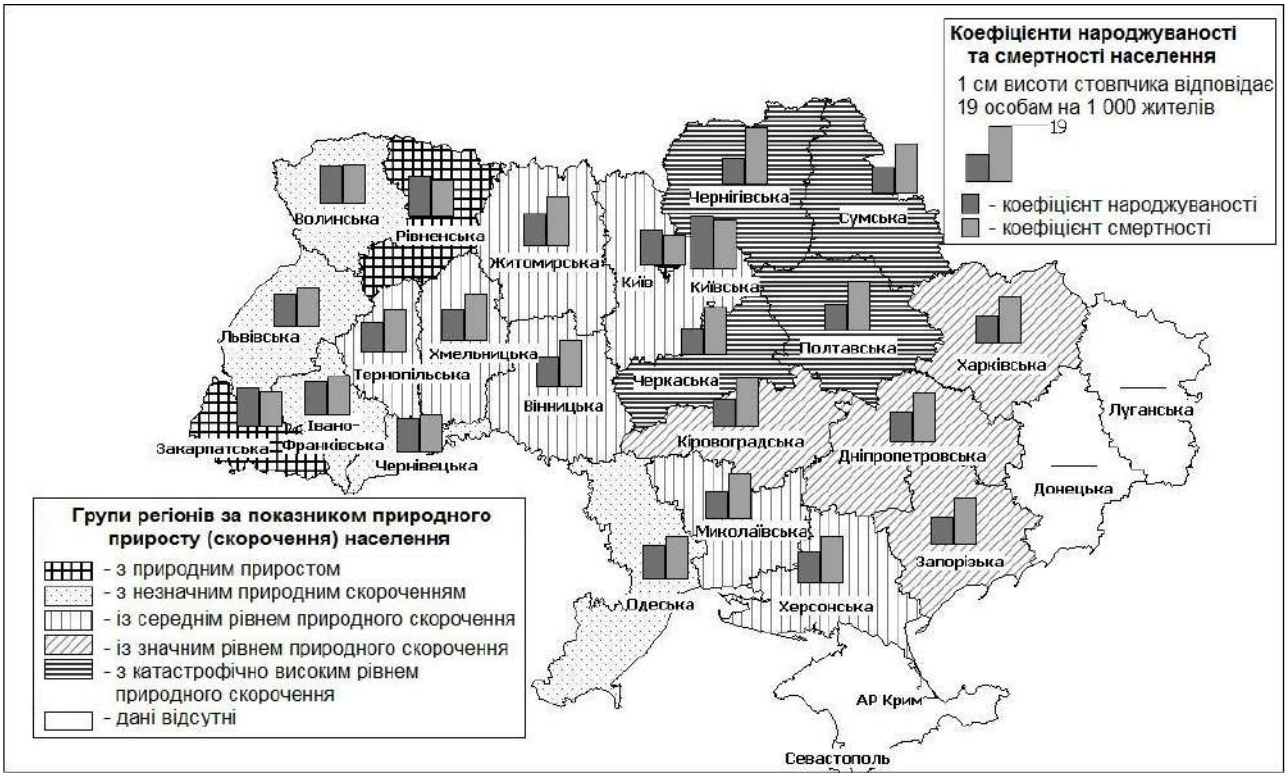

Рис. 5.1. Регіональні відміни природного приросту населення в Україні у 2015 році

Регіональні відміни вікової структури населення в Україні є такими: у м. Києві найвища частки населення працездатного віку; в Рівненській, Закарпатській, Волинській, Чернівецькій та Івано-Франківській областях найвищі частки дітей і підлітків та найнижчі частки пенсіонерів; у Чернігівській, Кіровоградській, Вінницькій, Житомирській, Хмельницькій та Черкаській областях частки населення працездатного віку є найнижчими, а частки пенсіонерів відносно високими (*рис. 5.2*). Потенційними регіонами зростання захворюваності населення є регіони України з найбільшою часткою пенсіонерів.

У період 1991-2015 років вікова структура населення погіршилася у всіх регіонах України. У 1991 році частка дітей та підлітків переважала над часткою пенсіонерів у 13 регіонах (м. Києві, Закарпатській, Рівненській, Івано-Франківській, Львівській, Волинській, Чернівецькій, Миколаївській, Херсонській, Одеській, Запорізькій, Дніпропетровській областях, АР Крим), а у 2015 році – лише у трьох регіонах (Закарпатській, Рівненській та Волинській областях). Найгірша ситуація

у віковій структурі населення склалася в Луганській, Донецькій та Чернігівській областях, де частка пенсіонерів переважала над часткою підлітків та дітей більше ніж у 1,8 разів.

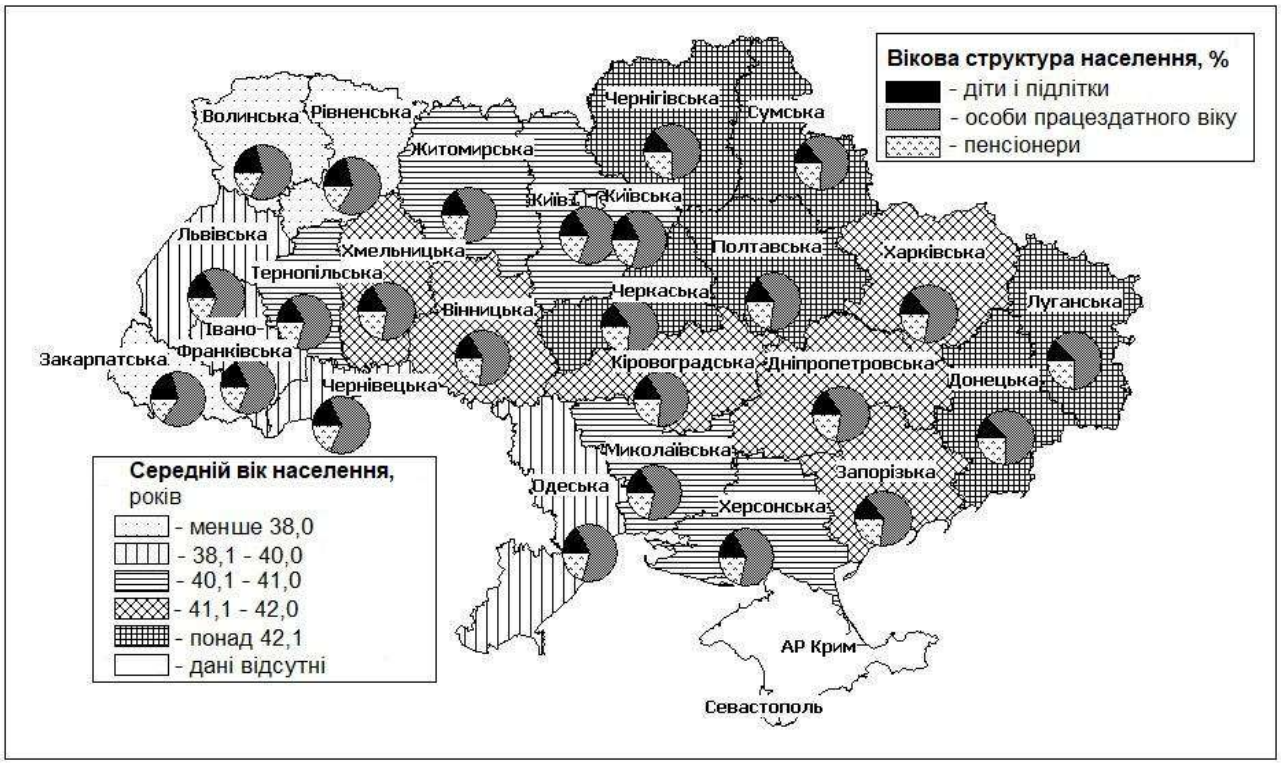

Рис. 5.2. Регіональні відміни вікової структури населення України у 2015 році

Для статевої структури населення регіонів України характерне переважання чисельності жінок над чисельністю чоловіків у всіх без винятку регіонах України. Максимальні перевищення характерні для північно-східних, східних, та південно-східних регіонів України, мінімальне переважання жінок над чоловіками спостерігається у західних та південних регіонах України.

Середній вік населення України у 2015 році становив 40,9 років. Він відрізнявся для чоловіків (38,1 років) та для жінок (43,3 років). Найменший середній вік населення був у Закарпатській, Рівненській та Волинській областях, а найбільший – у Луганській, Донецькій та Чернігівській областях. Регіони з найбільшим показником середнього віку жителів потенційно є регіонами із несприятливими передумовами щодо захворюваності населення.

Очікувана тривалість життя при народженні в Україні становила у 2015 році 71,4 років. В світі цей показник в середньому складає 70 років, в т. ч. у країнах Західної Європи 81 рік, Північної та Південної Європи – 80 років, країн Східної Європи – 71 рік [15]. За даним показником Україна посідає одне з останніх місць в Європі разом з такими країнами, як Росія та Молдова.

Показник очікуваної тривалості життя населення України при народженні знижувався до 2005 року, а далі поступово зростав як для чоловіків, так і жінок, досягши у 2015 році значення 66,3 років для чоловіків та 76,6 років для жінок. За показником очікуваної тривалості життя населення у 2015 році можна виділити три групи регіонів України (*рис. 5.3*): з найвищими показниками очікуваної тривалості життя населення (м. Київ, Тернопільська, Львівська, Івано-Франківська та Чернівецька області); з середніми показниками очікуваної тривалості життя населення (Черкаська, Вінницька, Хмельницька, Волинська, Рівненська, Сумська, Полтавська, Харківська, Запорізька та Закарпатська області); з найнижчими показниками очікуваної тривалості життя населення (Житомирська, Дніпропетровська, Херсонська, Київська, Чернігівська, Кіровоградська, Миколаївська та Одеська області.

На стан здоров'я населення впливає активність міграційних процесів. До інших країн працювати та на постійне проживання від'їжджають переважно громадяни працездатного віку. У внутрішній міграції активнішу участь приймає населення молодших вікових груп працездатного віку.

У 2015 році міграційний приріст України склав 0,8 осіб на 10 тис. осіб. Регіони з міграційним скороченням населення включають Закарпатську, Житомирську, Сумську, Кіровоградську, Рівненську, Запорізьку, Дніпропетровську, Херсонську, Хмельницьку та Черкаську області. Регіонами міграційного приросту населення є м. Київ, Київська, Харківська, Івано-Франківська та Чернівецька області (*рис. 5.4*).

Методом рангів здійснено групування регіонів України щодо впливу на захворюваність та стан здоров'я населення таких демографічних показників, як природний приріст населення, частка дітей і підлітків та частка осіб пенсійного віку у віковій структурі населення, середній вік та очікувана тривалість життя населення та

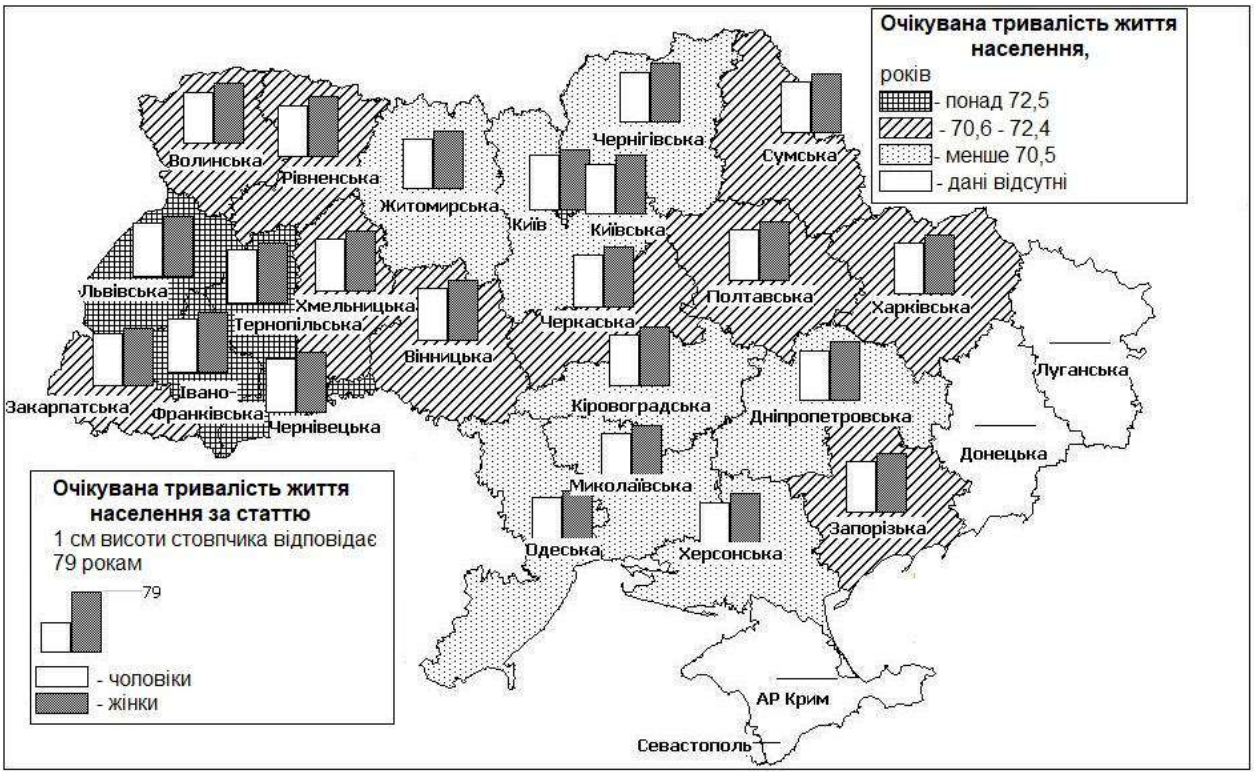

Рис. 5.3. Регіональні відміни очікуваної тривалості життя населення України у 2015 році

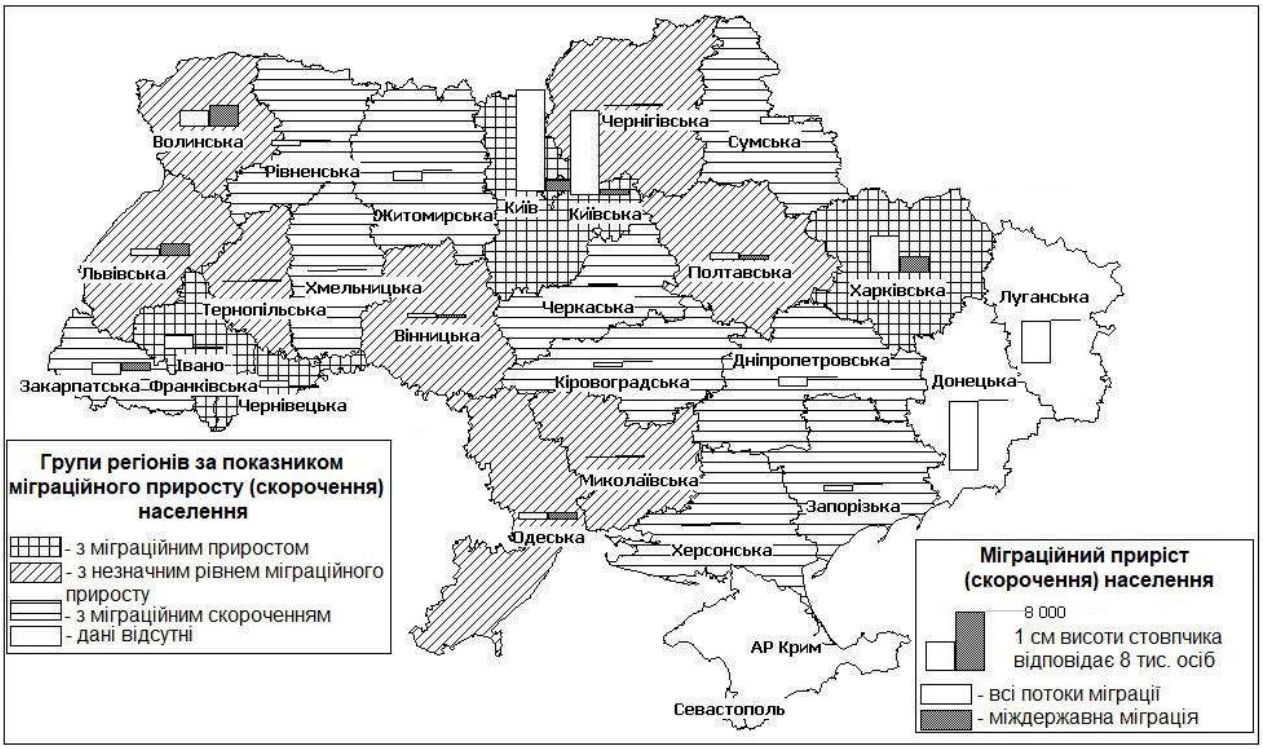

Рис. 5.4. Регіональні відміни міграційного приросту (скорочення) населення в Україні у 2015 році

виділено три групи регіонів (у зв'язку з окупацією АР Крим та проведенням АТО на території Донецької та Луганської областей дані по зазначених територіях або відсутні, або представлені в неповному обсязі і, відповідно, не можуть бути проаналізовані):

1) регіони з найсприятливішою демографічною ситуацією щодо її впливу на захворюваність та стан здоров'я населення: м. Київ, Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська та Чернівецька області;

2) регіони з несприятливою демографічною ситуацією щодо її впливу на захворюваність та стан здоров'я населення: Вінницька, Житомирська, Київська, Миколаївська, Одеська, Херсонська та Хмельницька області;

3) регіони з найнесприятливішою демографічною ситуацією щодо її впливу на захворюваність та стан здоров'я населення: Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська, Полтавська, Сумська, Харківська, Черкаська та Чернігівська області.

6. Соціально-культурне середовище, рівень та особливості соціально-економічного розвитку території

Стан здоров'я населення визначається інтегральним показником соціального середовища, який включає в себе поняття «якість життя населення». Це поняття передбачає рівень життя населення та умови його життєдіяльності. Рівень життя населення характеризує ступінь задоволення матеріальних і духовних потреб людей у суспільстві, рівень їх добробуту.

Індикатором рівня добробуту населення є показник валового регіонального продукту (ВРП) на душу населення, наявні доходи та витрати на душу населення, середньомісячна заробітна плата працівників. Стабільно в Україні найвищі значення ВРП, наявних доходів та витрат на душу населення характерні для м. Києва, високими в межах України є їх значення в Дніпропетровській, Київській, Полтавській, Харківській, Одеській та Запорізькій областях (*рис. 6.1*). Регіо-

нальні рівні добробуту населення визначають його можливості щодо кваліфікованої та вчасної діагностики і лікування різних видів захворювань, а також наявність сучасної медичної інфраструктури.

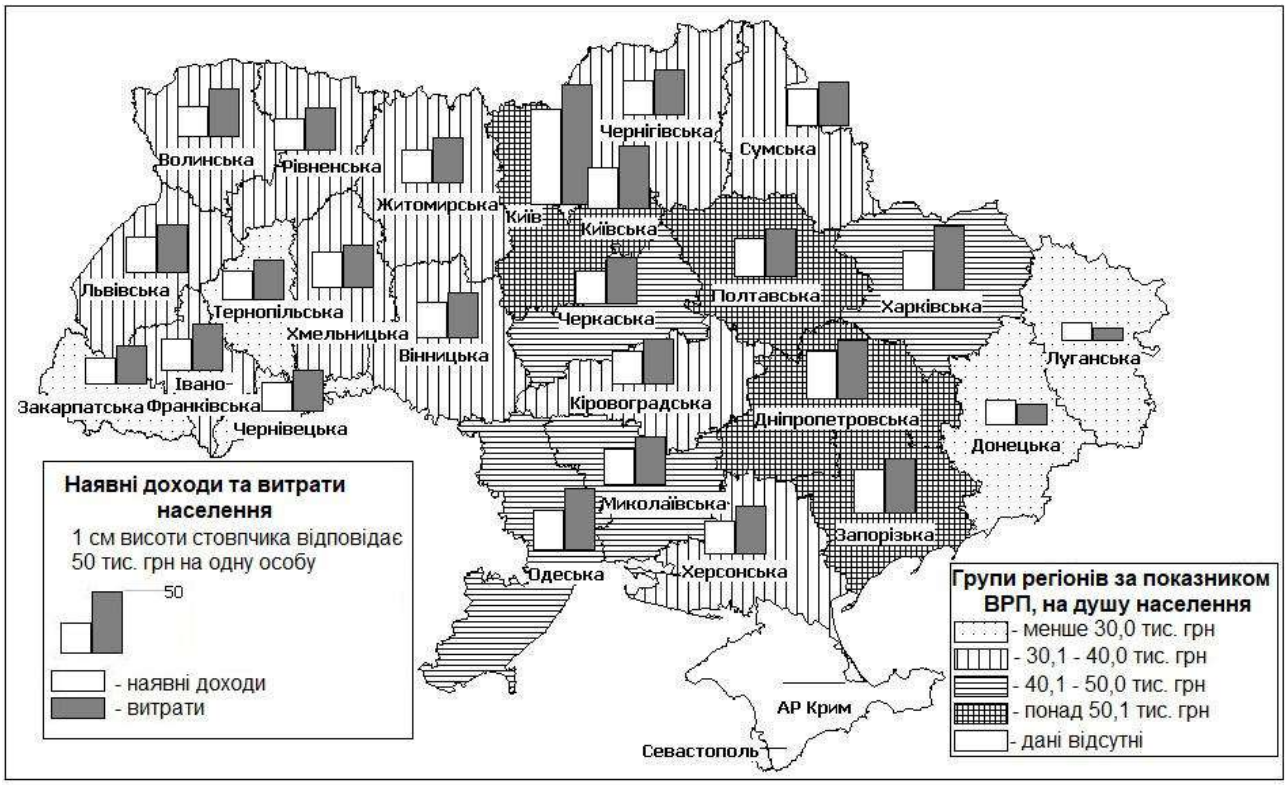

Рис. 6.1. Регіональний розподіл показників добробуту населення в Україні у 2015 році

Регіональні диспропорції середньомісячної номінальної заробітної плати в регіонах України у 2015 році були наступними: максимальний показник середньомісячної заробітної плати в Києві перевищував мінімальний (у Тернополі) в 2,2 рази. Особливістю є те, що в регіонах України витрати населення перевищують наявний дохід, що свідчить про існування прихованого доходу.

Безробіття як негативне соціальне явище може негативно позначатись на психологічному стані населення, а також суттєво впливає на рівень його доходів. Найнижчі показники зареєстрованого безробіття та безробіття визначеного за методологією МОП стабільно впродовж двох десятиліть характерні для м. Києва, Одеської, Київської, Харківської, Дніпропетровської областей, а найвищі – Черкаської, Полтавської, Житомирської, Тернопільської та Хмельницької.

Несприятливі умови життя, які пов'язані з бідністю населення, також зумовлюють зростання його захворюваності. Політико-економічна криза 2014 року та потік вимушених переселенців негативно вплинули на поширення бідності в регіонах України. У 2015 році регіональна диференціація частки населення із середньодушовим еквівалентним загальним доходом на місяць нижче прожиткового мінімуму була такою (*рис. 6.2*):

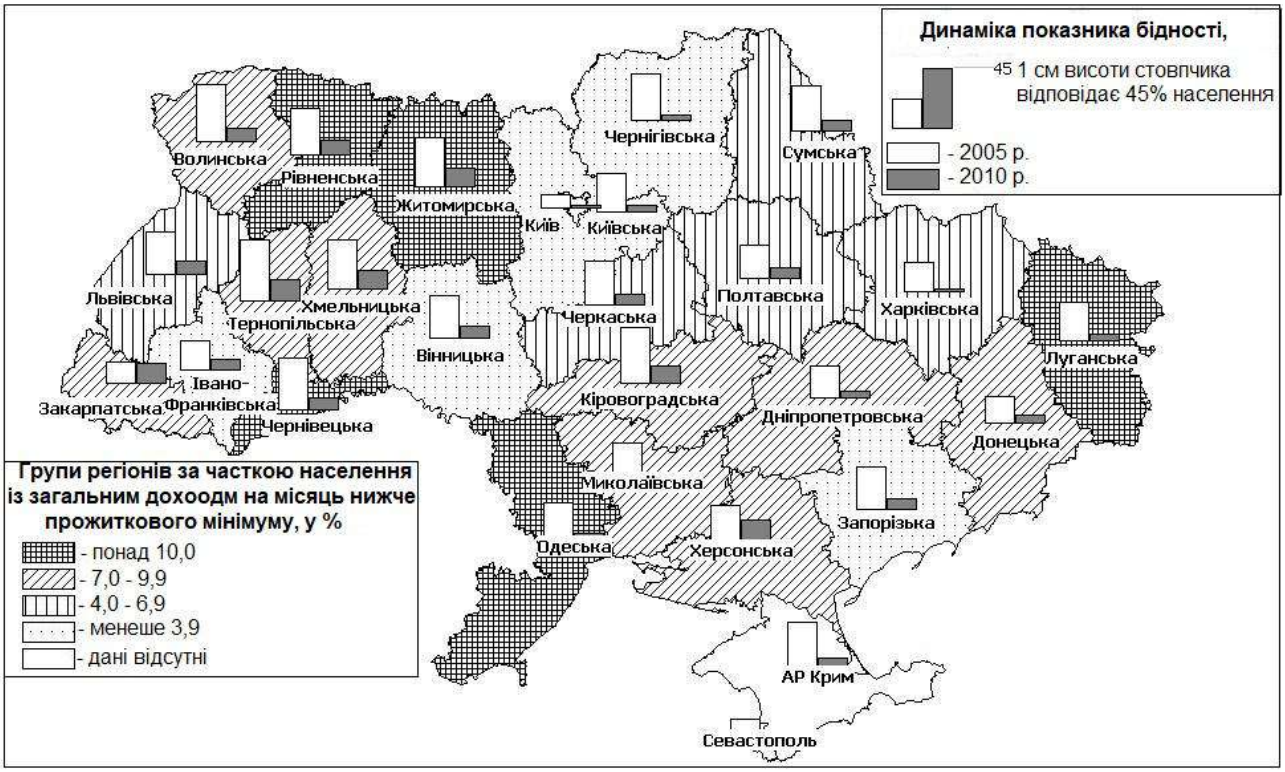

Рис. 6.2. Групи регіонів України за часткою населення із загальним доходом нижче прожиткового мінімуму у 2015 році

в Івано-Франківській, Київській, Чернігівській, Запорізькій, Вінницькій областях та м. Києві проживала найменша частка такого населення (менше 3,9%); 4,0 – 6,9% населення даної категорії проживало в Харківській, Полтавській, Сумській, Львівській та Черкаській областях; в Кіровоградській, Тернопільській, Дніпропетровській, Волинській, Закарпатській, Донецькій, Хмельницькій, Херсонській та Миколаївській областях частка бідного населення становила 7,0-9,9%; понад 10,0% частка бідного населення була в Чернівецькій, Одеській, Рівненській, Житомирській та Луганській областях.

Найбільш інтегрованим показником оцінки рівня та якості життя населення є Індекс регіонального людського розвитку (ІРЛР), до складу якого входить 33 показники, об'єднані у 6 блоків (відтворення населення, соціальне становище, комфортне життя, добробут, гідна праця, освіта). У 2015 році за показником індексу регіонального людського розвитку в Україні доцільно було виділяти чотири групи регіонів (*рис. 6.3*): з найвищими показниками індексу регіонального людського розвитку (Харківська, Чернівецька, Львівська, Закарпатська області); з середніми показниками (Миколаївська, Волинська, Полтавська, Київська, Тернопільська, Івано-Франківська, Запорізька області); з показниками нижче середніх в Україні (Рівненська, Вінницька, Черкаська, Дніпропетровська та Одеська області); з найнижчими показниками (Кіровоградська, Житомирська, Херсонська, Хмельницька, Чернігівська та Сумська області).

Рис. 6.3. Групи регіонів України за індексом людського розвитку у 2015 році

На стан здоров'я населення впливають умови праці. Найвищий відсоток працівників, що працюють в умовах шкідливих для власного здоров'я, проживає у Донецькій, Луганській, Дніпропетровській та Запорізькій областях (*рис. 6.4*).

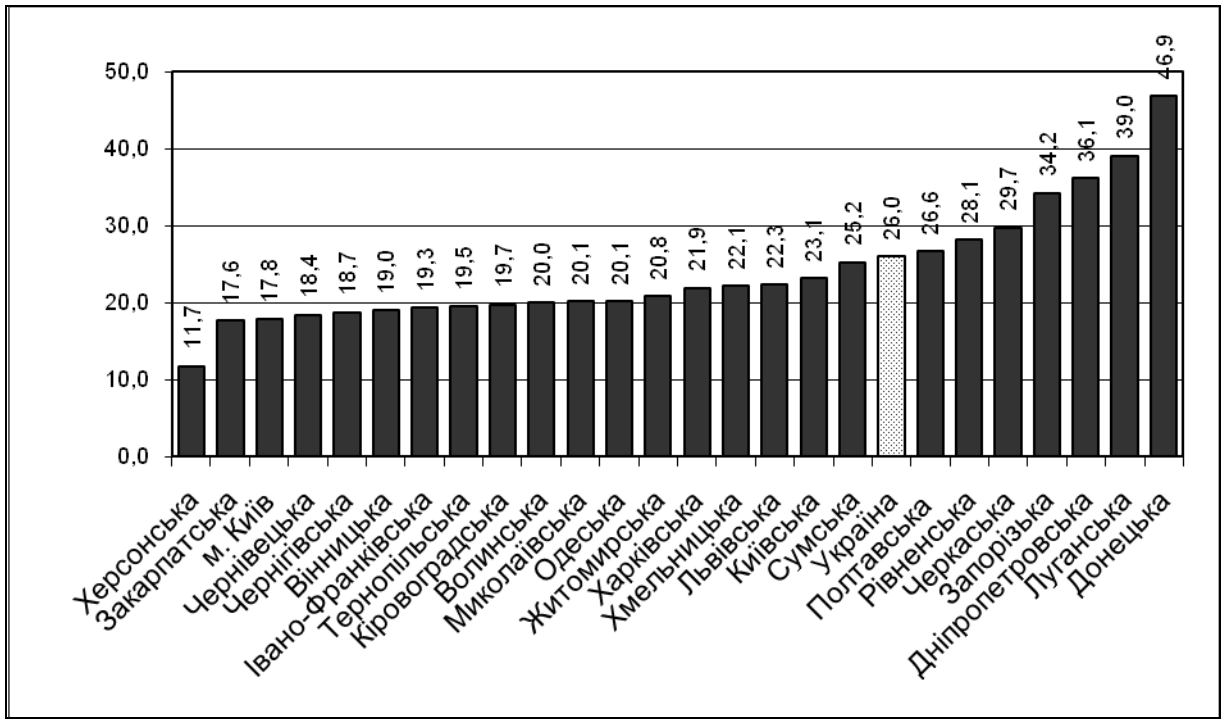

Рис. 6.4. Питома вага працівників, які працювали в шкідливих для здоров'я умовах в регіонах України у 2015 році

Для визначення ступеня впливу демографічних, соціально-економічних та інфраструктурних факторів на захворюваність населення регіонів України проведено кореляційний аналіз. Як індикатори факторів використано такі показники: коефіцієнти народжуваності та смертності, середній вік та очікувана тривалість життя населення, частка дітей і підлітків та пенсіонерів у віковій структурі населення, наявні доходи та витрати населення на одну особу, середньомісячна заробітна плата працівників, сума депозитів населення в банках на одну особу, калорійність харчування, рівні зареєстрованого безробіття та безробіття, визначеного за методологією МОП, забезпеченість населення лікарняними ліжками, лікарями та середнім медичним персоналом. В якості результуючих показників використано: захворюваність на туберкульоз, злоякісні новоутворення, психічні розлади, алкоголізм, хвороби ендокринної системи.

Обрахунок коефіцієнтів кореляції показав, що захворюваність населення України на хвороби різних видів найтісніше пов'язана із показниками забезпеченості медичної сфери лікарями та середнім медичним персоналом, з демографічними показниками та рівнем доходів населення, який відчутно впливає на спосіб життя населення.

На захворюваність населення на туберкульоз в Україні найбільший вплив здійснюють індикатори очікуваної тривалості життя населення (коефіцієнт кореляції -0,69) та забезпеченості медичними працівниками (-0,57 і -0,43 відповідно). У регіонах України, де найвищі показники тривалості життя, рівень захворюваності населення на туберкульоз найнижчий. Щодо забезпеченості медичним персоналом, то зв'язок обернений: чим нижчий рівень забезпеченості персоналом, тим вищий рівень захворюваності населення різних регіонів України на туберкульоз.

Захворюваність населення на злоякісні новоутворення найтісніше пов'язана з демографічними показниками, а саме з середнім віком населення та часткою дітей і підлітків у віковій структурі, при чому з останнім тіснота зв'язку обернена. Тобто, високі показники захворюваності населення на злоякісні новоутворення характерні для регіонів з високими частками людей похилого віку.

Розлади психіки та поведінки населення в Україні також тісно пов'язані з часткою осіб похилого віку у віковій структурі населення та очікуваною тривалістю життя населення (0,54 та -0,50 відповідно), а також із середнім віком населення та наявністю кваліфікованих спеціалістів з лікування (0,49 та -0,48 відповідно). Високі показники захворюваності населення на розлади психіки характерні для регіонів, де загострились проблеми старіння нації та мають місце проблеми забезпеченості населення кваліфікованими лікарями.

Захворюваність на алкоголізм серед населення України помірно пов'язана з рядом соціально-економічних факторів, а саме з доходами, витратами населення, наявністю депозитних вкладів в банках (-0,42 та -0,53 і -0,52 відповідно). Зв'язок із цими показниками є оберненим. Присутня слабка тіснота зв'язку показника з калорійністю харчування (0,45). Тобто, алкоголізм як захворювання більше поширений в регіонах із низьким рівнем доходів населення і, насамперед, у сільській місцевості.

Хвороби ендокринної системи найтісніше пов'язані із демографічними факторами, а саме з віковою структурою населення, очікуваною тривалістю життя та середнім віком населення. Чим менший середній вік населення, нижча частка пенсіонерів, тим вищі показники захворюваності населення на хвороби ендокринної системи.

1. *Батиченко С. П.* Суспільно-географічні аспекти захворюваності населення регіонів України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук : спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – К., 2014. – 20 с.
2. *Гуцуляк В. М., Нечипоренко Г. Л., Шевченко В. О.* Загальна медична географія світу: монографія. – Київ, 1998. – 178 с.
3. *Гуцуляк В. М.* Медична географія: Екологічний аспект: навчальний посібник. – Чернівці: Рута, 2008. – 132 с.
4. Демографічний щорічник «Населення України за 2015 рік» / Відп. за випуск М. Б. Тімоніна. – К.: Державна служба статистики України, 2016. – 120 с.
5. *Куценко В. І., Тріллєнберг Г. І.* Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти: монографія. – К.: РВПС України НАН України, 2005. – 366 с.
6. *Молікевич Р. С.* Стан здоров'я населення Херсонської області (медико-географічне дослідження): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – К., 2016. – 20 с.
7. *Муромцева Ю. І.* Демографія: навчальний посібник. – К.: Кондор, 2006. – 300 с.
8. *Нємець Л. М., Баркова Г. А., Нємець К. А.* Медична галузь Харківської області: територіальні особливості, проблеми та шляхи удосконалення (суспільно-географічні аспекти): монографія. – К.: Четверта хвиля, 2009. – 224 с.
9. Панорама охорони здоров'я населення України / За ред. А. В. Підаєва, О. Ф. Возіанова, В. Ф. Москаленка, В. М. Пономаренка. – К.: Здоров'я, 2003. – 396 с.
10. Статистичний бюлетень «Регіональний людський розвиток у 2015 році» / Відп. за випуск О.О. Кармазіна. – К.: Державна служба статистики України, 2016. – 57 с.
11. Статистичний збірник «Витрати і ресурси домогосподарств України у 2015 році» / Відп. за випуск І. І. Осипова. – К.: Державна служба статистики України, 2016. – 380 с.
12. Статистичний збірник «Довкілля України за 2015 рік» / Відп. за випуск О. М. Прокопенко. – К.: Державна служба статистики України, 2016. – 242 с.

13. Статистичний щорічник України за 2015 рік / За ред. І. М. Жук. – К.: Державна служба статистики України, 2016. – 575 с.

14. *Шиян Д. В.* Територіальні особливості захворюваності населення м. Кривий Ріг як центру старопромислового регіону: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. геогр. наук: спец. 11.00.02 – економічна та соціальна географія. – Харків, 2012. – 21 с.

15. 2015 World Population Data Sheet: Офіційний сайт Population Reference Bureau [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.prb.org/Publications /Datasheets/2011/world-population-data-sheet/data-sheet.aspx

Частина 3
РЕГІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

7. Медична інфраструктура
8. Забезпеченість медичним персоналом
9. Альтернативна медицина, неформальна допомога та терапевтичні ландшафти
10. Медична реформа в Україні

7. Медична інфраструктура

На стан здоров'я, рівень захворюваності та смертності населення впливає якість медичного обслуговування, що передбачає сучасну медичну інфраструктуру, наявність кваліфікованих фахівців, своєчасність виявлення та надання першої невідкладної допомоги, проведення профілактичних заходів.

Медичну допомогу населенню в Україні у 2015 році надавали 1,8 тис. лікарняних закладів, із загальною кількістю 333 тис. лікарняних ліжок. За період 2000-2015 років кількість лікарняних закладів скоротилася в 1,8 рази, а лікарняних ліжок – в 1,4 рази. У 2015 році показник забезпеченості населення ліжковим фондом складав 78,1 лікарняних ліжок на 10 тис. населення. У зв'язку із значними витратами державного бюджету на утримання ліжкового фонду, який використовується не в повному обсязі, було скорочено граничні нормативи забезпеченості населення ліжковим фондом з 75 до 60 ліжок на 10 тис. жителів. У зв'язку з цим в окремих регіонах України

забезпеченість ліжковим фондом перевищує нормативні показники від 16% до 78%. Найсуттєвішим таке перевищення є у Чернігівській, Херсонській, Кіровоградській, Львівській областях та м. Києві (понад 90 ліжок на 10 тис. жителів). Високі показники забезпеченості населення Чернігівської, Херсонської та Кіровоградської областей лікарняними ліжками корелюють з тим, що чисельність населення регіонів скорочується швидше, ніж закриваються заклади медичного обслуговування, і не свідчить про високий рівень медичного обслуговування з огляду на сучасні вимоги до медичної інфраструктури. Найнижча забезпеченість населення лікарняними ліжками характерна для Закарпатської та Вінницької областей (*рис. 7.1*).

Рис. 7.1. Забезпеченість населення лікарняними ліжками в регіонах України у 2015 році

Для України характерна тенденція до розукрупнення територіальних лікарняних дільниць в містах у зв'язку з будівництвом великих сучасних лікарень і поліклінік, у яких існують можливості для ефективного лікування і більш повного використання ліжкового фонду.

Якість діяльності стаціонарних закладів медичної сфери визначається на основі аналізу показників середньої тривалості

лікування та летальності. Медичними закладами поставлена вимога скорочення тривалості лікування в стаціонарах з метою економії витрат та підвищення ефективності лікування в амбулаторних умовах. За двадцять років з 1995 по 2015 рік показник тривалості стаціонарного лікування скоротився майже на третину і складав 11,4 днів. Найдовші періоди лікування в стаціонарі характерні для Луганської, Чернігівської, Запорізької, Одеської та Херсонської областей. Середній показник летальності у лікувальних медичних закладах 2015 році складав 1,26%. Найвищий він був у Донецькій, Луганській, Дніпропетровській, Одеській областях та м. Києві. Такий регіональний розподіл пояснюється наслідком воєнних дій на сході країни, а також зосередженням складних випадків хворих у центрах висококваліфікованої медичної допомоги [7].

Третинну медичну допомогу у 2015 році надавали 278 закладів різних типів (24 обласні лікарні, 27 дитячих обласних лікарень, 111 спеціалізованих лікарень, 29 госпіталів, 13 клінік науково-дослідних інститутів, 74 пологових будинки). Серед високоспеціалізованої медичної допомоги особливе місце посідають заклади, які надають кардіохірургічну, онкологічну та фтизіатричну допомоги.

Асоціація серцево-судинних хірургів України об'єднує 22 центри/відділення серцево-судинної хірургії із загальною потужністю 1,2 тис. ліжок. У 2015 році в таких закладах було виконано 26,2 тис. операцій, з них 20% у Національному інституті серцево-судинної хурургії імені М. М. Амосова. Дітям першого року життя було проведено 889 операцій. У 2015 році відсоток виконаних операцій складав лише 68% від необхідної кількості. Найбільшими кардіохірургічними центрами України є Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова (20,0% операцій), Інститут серця МОЗ України (18,0%), Науково-практичних центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України (10,0%), Дніпропетровський центр (7,0%), Львівський центр (7,0%), відділення при Одеській обласній лікарні (5,7%). У 2015 році найбільшу кількість операцій у розрахунку на 100 тис. населення було виконано у м. Києві, Дніпропетровській, Тернопільській, Херсонській та Хмельницькій областях (понад 10 операцій на 100 тис. населення) [7].

В Україні сформована потужна мережа закладів з дігностики та лікування раку: Національний інститут раку, 31 онкологічний диспансер, 2 онкологічні лікарні, 606 закладів, які мають онкологічні відділення. Загальна потужність онкологічних ліжок у закладах МОЗ України у 2015 році складала 8,5 тис. Перевантаження ліжкового фонду онкологічної допомоги характерне для Кіровоградської, Чернівецької областей, недовантаження – Закарпатської, Івано-Франківської, Полтавської області. Показник летальності на онкологічних ліжках становив у середньому 0,58% і був найвищим у Києві (1,08%) [7].

У 2015 році фтизіатрична служба МОЗ України була представлена 82 протитуберкульозними диспансерами на 11,7 тис. ліжок, 33 туберкульозними лікарнями, 540 амбулаторно-поліклінічними закладами з фтизіатричними кабінетами, 23 протитуберкульозними санаторіями. Лікування хворих на туберкульоз, які перебувають в місцях позбавлення волі, було організовано у 8 спеціалізованих протитуберкульозних лікарнях Державної пенітенціарної служби України [4].

У 2015 році загальна кількість амбулаторно-поліклінічних закладів в Україні складала 10 тис. одиниць. За період 2000-2015 років їх кількість збільшилася на 35%. За цей період також збільшилася планова ємність амбулаторно-поліклінічних закладів. Так, у 2000 році вона становила 198,4 відвідувань за зміну на 10 тис. жителів, а у 2015 році – 214,2 відвідувань за зміну. Найвищі показники планової ємності амбулаторно-поліклінічних закладів у розрахунку на 10 тис. жителів у 2015 році були характерні для Кіровоградської, Дніпропетровської, Житомирської, Полтавської областей та м. Київ (понад 250 відвідувань за зміну), а найнижчі – для Волинської, Чернівецької, Івано-Франківської та Львівської областей (менше 200).

В сільській місцевості регіонів України медичну допомогу надають 74 лікарняних заклади, 525 лікарських амбулаторій і поліклінік та 13,2 тис. ФАПів. Кількість ФАПів порівняно з 2000 роком скоротилася на 19,2%, а ФП – в 3,5 рази. В цілому за період 2000-2015 років мережа лікувально-профілактичних закладів розташованих в сільській місцевості скоротилася майже на третину [5]. Понад 30% сіл (близько 9 тис. сільських населених пунктів) в Україні взагалі не мають медичних закладів [4].

У 2015 році первинну медико-санітарну допомогу в Україні надавали 5,9 тис. амбулаторій загальної практики – сімейної медицини (АЗПСМ), 62,7% з яких були розташовані у сільській місцевості, а 37,3% – у містах. Загалом медичною допомогою в АЗПСМ було охоплено 90% населення. Найвищими ці показники у 2015 році були в м. Києві, Житомирській, Херсонській, Закарпатській та Черкаській областях (майже 100%), найнижчими – у Луганській, Чернігівській, Івано-Франківській та Чернівецькій областях (менше 80%). Відсоток охоплення медичною допомогою в АЗПСМ міського населення був нижчим (85,5%), ніж сільського (96,1%).

Нормативно встановлений показник забезпеченості міського населення АЗПСМ складає від 1,6 до 2,5 на 10 тис. населення в залежності від особливостей розселення та забудови. У 2015 році показник забезпеченості міського населення АЗПСМ в Україні складав 0,88 на 10 тис. населення, що майже вдвічі менше встановлених норм. Найменше таких закладів в міських поселеннях Закарпатської, Херсонської та Волинської областей (менше 0,7 на 10 тис. населення). Лише в одному регіоні показник забезпеченості відповідає встановленим нормам – в міських поселеннях Чернігівської області (2,0 на 10 тис. населення).

Норматив забезпеченості АЗПСМ в сільській місцевості складає 3,3 на 10 тис. населення. У 2015 році в Україні він дорівнював 3,8 на 10 тис. населення. Нижчим за нормативний цей показник є в шести регіонах (Чернігівській, Івано-Франківській, Рівненській, Вінницькій, Волинській, Херсонській областях), максимальні значення показника в сільській місцевості Харківської області (5,84 на 10 тис. населення, що у 1,8 разів перевищує норматив) (*рис. 7.2*).

За аналогією з країнами Європи, США та Канади в проектах реформування системи охорони здоров'я в Україні йдеться про те, що до 80% амбулаторних випадків мають обслуговувати сімейні лікарі.

Якість надання первинної санітарно-медичної допомоги залежить від рівня матеріально-технічного забезпечення закладів первинної ланки. У 2015 році 24% АЗПСМ у сільській місцевості та 46% АЗПСМ у містах та селищах міського типу були розташовані у приміщеннях, які потребують капітального ремонту. У Херсонській області всі АЗПСМ, розташовані як у міських поселеннях, так і в сільській місцевості, потребують капітального ремонту. В цілому в Україні лише

17% закладів оснащені медичним обладнанням, інструментами та інвентарем відповідно до вимог, 46% мають автомобілі, 21% мають автоматизовані робочі місця. Наприклад, у Житомирській, Івано-Франківській, Миколаївській та Одеській областях жодна з амбулаторій не була оснащеною відповідно до вимог.

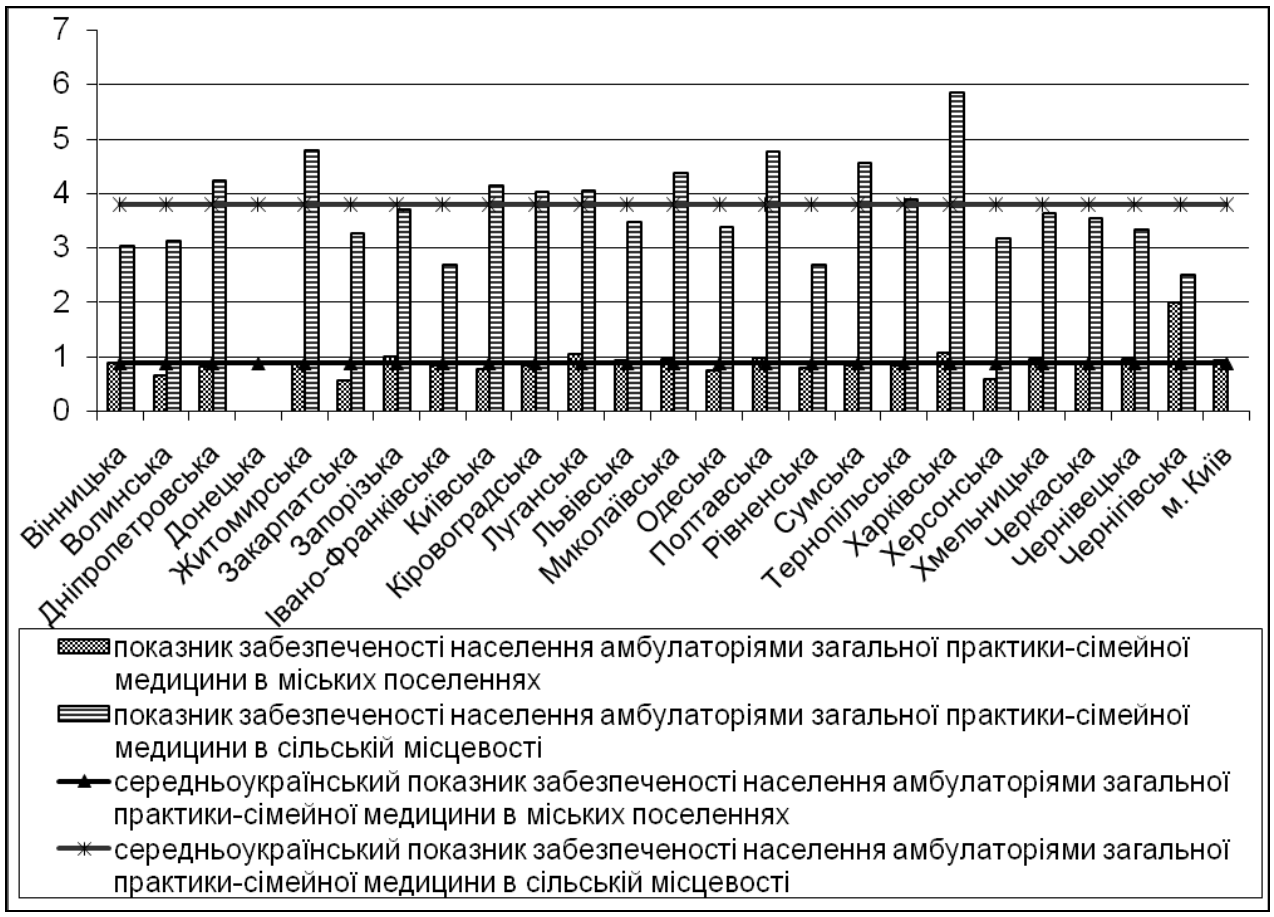

Рис. 7.2. Забезпеченість населення амбулаторіями загальної практики – сімейної медицини за типами поселень у регіонах України у 2015 році

У 2015 році екстрену (швидку) медичну допомогу (ЕМД) населенню України надавали 106 станцій, 781 пункт постійного базування ЕМД, 244 пункти тимчасового базування ЕМД, а також 472 підстанції ЕМД, в яких працювали 2,9 тис. сформованих бригад (з них 61% – фельдшерські, 34% – лікарські загальнопрофільні, 5% – спеціалізовані) [7]. Укомплектованість працівниками системи екстреної медичної допомоги складала 87,6%. 16,5% працівників цієї сфери були особами пенсійного віку [7].

Негативна ситуація склалася в Україні щодо закладів охорони здоров'я дітей та жінок. За період з 2000 по 2015 роки кількість жіночих консультацій скоротилася на 40%, пологових будинків – на 20%, ліжок в них – на 28%, дитячих поліклінік – на 69%. Забезпеченість дитячого населення ліжковим фондом скоротилося до 57,5 ліжок на 10 тис. дітей, з максимальною їх кількістю у Чернігівській, Сумській, Запорізькій областях та м. Києві і найменшою – у Волинській, Закарпатській та Рівненській областях [7].

Для покращення здоров'я населення в Україні функціонують 125 санаторно-курортних закладів на 16 тис. ліжок. Найбільша кількість санаторіїв та пансіонатів з лікуванням розміщена в АР Крим (40%), Львівській (12%) та Одеській (9%) областях.

8. Забезпеченість медичним персоналом

Однією з важливих складових діяльності сфери охорони здоров'я є кадрове забезпечення. Забезпеченість медичними кадрами в країнах ЄС становить 104,0 на 10 тис. населення, у т.ч. лікарями (враховуються лише лікарі-практики) – 35,2 на 10 тис. населення, медсестрами – 73,1 на 10 тис. населення [7].

Забезпеченість населення України лікарями у 2015 році складала 43,7 на 10 тис. населення. За період 2000-2015 років цей показник скоротився на 5,4%. Найкраще забезпечене лікарями усіх спеціальностей населення м. Києва, Івано-Франківської, Чернівецької, Харківської областей, а найменше – Миколаївської, Кіровоградської та Херсонської областей. Водночас, показник забезпечення населення лікарями-практиками складає 27,0 на 10 тис. населення, що є нижчим за показник в країнах ЄС [4].

У 2015 році в Україні один лікар обслуговував 229 пацієнтів. Найбільша завантаженість була характерна для Миколаївської, Кіровоградської, Херсонської, Чернігівської областей, де на одного лікаря приходилось 294-270 пацієнтів. У м. Києві завантаженість лікарів у 2015 році була найнижчою (120 пацієнтів на одного лікаря).

Укомплектованість закладів охорони здоров'я України лікарями у 2015 році становила 81,7%. Для закладів охорони здоров'я характерна тенденція старіння працівників. Лікарі пенсійного віку складають четверту частину. У сільській місцевості ця проблема є набагато гострішою, ніж у містах. Найбільшу частку практикуючих медиків пенсійного віку мають Дніпропетровська, Кіровоградська, Черкаська та Чернігівська області (28-31%) [4]. Регіональний розподіл лікарів пенсійного віку відображено на *рис. 8.1.*

Рис. 8.1. Регіональний розподіл працюючих лікарів та середнього медичного персоналу пенсійного віку в Україні у 2015 році

Питома вага сімейних лікарів, які надавали первинну медико-санітарну допомогу у 2015 році складала 67,6% (74,5% у сільській місцевості і 43,6% у міських поселеннях). У Кіровоградській, Миколаївській та Херсонській областях питома вага сімейних лікарів дорівнювала 100%. В Києві цей показник був найнижчим. У регіональному аспекті показник укомплектованості штатних посад сімейними лікарями змінювався від 28,9% у Львівській області до 91,3% – у Закарпатській (*рис. 8.2*).

У 2015 році середнє навантаження на сімейного лікаря у міських поселеннях та сільській місцевості перевищував офіційно встановлені нормативи в Україні (1200 осіб у сільській місцевості та 1500 осіб – у міських поселеннях) і складало 1447 осіб на штатну посаду (1831 осіб у

міських поселеннях та 1601 особа у сільській місцевості). У регіональному розподілі показник навантаження на одного сімейного лікаря в сільській місцевості коливався від 5531 осіб у Луганській області до 1609 осіб у Черкаській області, а в міських поселеннях від 945 осіб у Львівській області до 4949 осіб у Луганській (*рис. 8.2*).

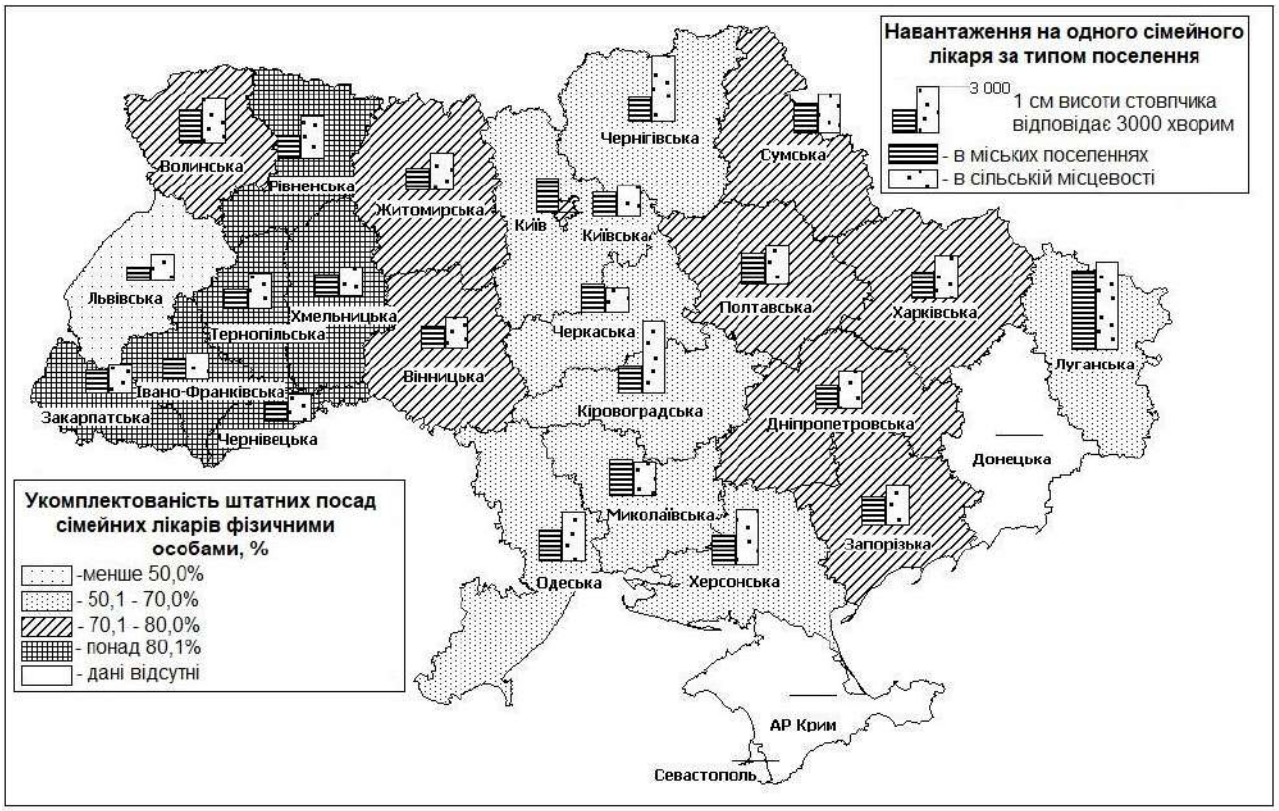

Рис. 8.2. Регіональні відміни укомплектованості та навантаження на сімейних лікарів в Україні у 2015 році

У 2015 році показник забезпеченості населення України середнім медичним персоналом становив 87 працівника на 10 тис. жителів, скоротившись на 20% порівняно з 2000 роком. Укомплектованість середнім медичним персоналом була на рівні 95%. 17% працюючого середнього медичного персоналу є пенсіонерами, четверта частина працюючих головних медичних сестер мають пенсійний вік. Середнім медичним персоналом найкраще забезпечене населення м. Києва, Тернопільської, Івано-Франківської, Рівненської, Житомирської, Чернігівської та Сумської областей, а населення Миколаївської, Одеської та Закарпатської областей має найгірші показники.

Найбільше навантаження на працівників середнього медичного персоналу у 2015 році було у Миколаївській, Одеській та Закарпатській областях (129-115 осіб на одного середнього медичного працівника). На території м. Києва, Івано-Франківської, Тернопільської, Житомирської, Рівненської, Чернігівської, областей навантаження на одного середнього медичного працівника є найнижчим (91-94 осіб).

Існують суттєві відмінності у співвідношенні між лікарями та середнім медичним персоналом в регіонах України. За офіційно встановленими нормативами оптимальним має бути співвідношення 1:3,5. В 2015 році співвідношення складало 1:2 і було найоптимальнішим у Чернігівській області та найгіршим у м. Києві (*рис. 8.3*).

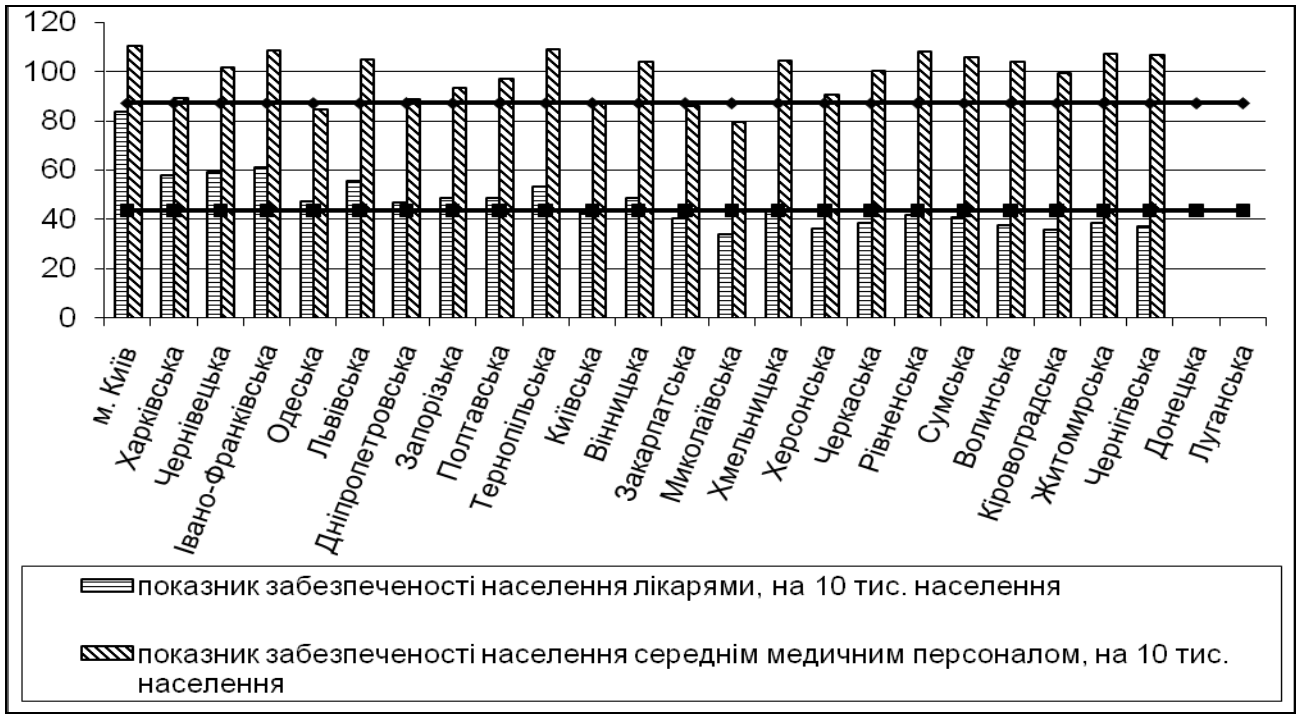

Рис. 8.3. Регіональні відміни забезпеченості населення України лікарняними ліжками та медичним персоналом у 2015 році

При аналізі кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я важливого його складовою є аналіз кваліфікаційного рівня фахівців. У 2015 році атестацію пройшли 67,5% фахівців-медиків. Частка не атестованих сімейних лікарів серед тих, хто підлягали атестації, у 2015 році становила 8,6%. У Миколаївській та Івано-Франківській областях було атестовано всіх запланованих сімейних лікарів, тоді як у Полтавській області не атестовано 35,8% сімейних лікарів.

Освітня база підготовки медичних кадрів в Україні представлена 15 вищими навчальними закладами III-IV рівня акредитації, 3 закладами післядипломної освіти та 8 вищими навчальними закладами, які у своєму складі мають медичні факультети. В Україні є 3 вищі навчальні заклади недержавної форми власності, які здійснюють підготовку фахівців за напрямами «медицина» та «фармація».

На зацікавленість та мотивацію у покращенні результатів діяльності працівників охорони здоров'я впливає оплата праці. У 2015 році середньомісячна заробітна плата працівників охорони здоров'я була в 1,5 рази меншою за показник середньомісячної заробітної плати працівників всіх галузей економіки України і лише вдвічі перевищувала прожитковий мінімум.

Основним джерелом фінансування охорони здоров'я в Україні є кошти державного та місцевих бюджетів, соціального страхування, приватні кошти домогосподарств, некомерційних організацій тощо. Державні витрати на медичну сферу у 2014-2015 роках коливалися на рівні 3,4-3,8% ВВП України. У період 2002-2013 років бюджетне фінансування медичної сфери в Україні зростало, а у період з 2013-2015 років частка видатків на сферу охорони здоров'я скорочувалась [7]. Державні витрати на медичне обслуговування одного українця у 2014 році складали 2,7 тис. грн., тоді як в середньому у світі цей показник дорівнював 1025 дол. США, а в Європі – 2270 дол. США.

9. Альтернативна медицина, неформальний догляд та терапевтичні ландшафти

Офіційна медицина при діагностиці, лікуванні і профілактиці хвороб застосовує медичні технології і лікувальні практики, ефективність яких доведена у фармакоепідеміологічних дослідженнях із застосуванням математичних оцінок ймовірності успіху і ризику (доказової медицини). Водночас з офіційною медициною в Україні значного поширення набули й інші форми, що мають різні назви – альтернативна медицина, народна (традиційна) медицина, нетрадиційна медицина, цілительство, холістична медицина тощо.

Поєднання технологій і практик офіційної медицини із альтернативною медициною отримало назву комплементарної або інтегративної медицини. Поряд з цим порівняно значними є обсяги неформального догляду за хворими, що здійснюється поза межами офіційної медицини. Ще одним напрямом є різноманітні зцілення у певних місцях, наділених надприродними властивостями – терапевтичних ландшафтах.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я *традиційну (народну) медицину* визначає як сукупність знань, навичок та практик, що базуються на теоріях, віруваннях та досвіді різних культур і використовуються для підтримки здоров'я, а також профілактики, діагностики, лікування фізичних та психічних захворювань. Вони можуть включати використання продуктів рослинного, тваринного, мінерального походження, мануальної терапії, духовних практик тощо.

Найбільш вживаним є поняття ***альтернативної медицини***, що охоплює широкий спектр медичних практик, продуктів, теорій та методів лікування, які проголошують існування зцілюючого медичного ефекту, але не задовольняють критеріям доказової медицини. Тобто їм не вистачає наукового обґрунтування, їх ефективність не доведена або спростовується. Національний Центр комплементарного та інтегративного здоров'я (раніше – Національний центр комоле-ментарної та альтернативної медицини) США виділяє *п'ять форм альтернативної медицини*:

• *цілісні медичні системи* (whole medicine systems) – наприклад, традиційна китайська медицина (у тому числі акупунктура – лікування шляхом подразнення периферичних нервових розгалужень за допомогою уколів у певні точки тіла), традиційна тибетська медицина, аюрведа (традиційна система індійської медицини), гомеопатія (лікування за допомогою сильно розчинених препаратів, які припустимо викликають у здорових людей симптоми, подібні до симптомів хвороби пацієнта), дієтологія, натуропатія (лікування за допомогою практик, що називаються «природними», «неінвазними», «самовиліковуючими», поєднують різні форми альтернативної медицини, такі як консультування з питань харчування та способу життя, застосування харчових добавок, лікарських рослин, фізичних вправ і т.п.) тощо;

• *медицина «розуму і тіла»* (mind-body medicine) – такі як медитація, молитва, психічне зцілення, арт-терапія, музична терапія, танцювальна терапія, йога, тай цзі (китайська оздоровча гімнастика), ароматерапія (лікування через вплив ароматичних речовин рослинного походження) тощо;

• *біологічні практики* (biologically based practices) – використання біологічно активних добавок, фітотерапія (лікування травами), гірудотерапія (лікування п'явками), апітерапія (лікування продуктами бджолярства), фунготерапія (лікування грибами), або інші науково недоведені терапії (наприклад, застосування акулячого хряща для лікування раку);

• *маніпулятивні практики* (manipulative and body-based practices) – мануальна терапія (комплекс механічного або біомеханічного впливу на вражені тканини й сегменти опорно-рухового апарату, у тому числі хіропрактика – діагностика і лікування механічних розладів опорно-рухової системи (особливо хребта) та остеопрактика – діагностика та лікування опорно-рухової системи та внутрішніх органів людини за допомогою рук лікаря), масаж;

• *енерготерапія або біоенергетика* (energy therapy) – наприклад, цігун (використання стародавньої китайської практики саморегуляції енергії «ці» – «життєвої енергії»), рейкі (застосування японської за походженням техніки зцілення шляхом доторкання долонями, яка за допомогою «тонкої енергії» впливає через руки цілителя на пацієнта), терапевтичні доторкання (практика зцілення через використання енергії, що знаходиться навколо людського тіла, шляхом наведення рук без фізичного доторку), електромагнітна терапія (лікування шляхом застосування електромагнітного опромінювання організму).

На початку 1990-х років в Україні спостерігався «бум» поширення різноманітних форм альтернативної медицини. 1991 року Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) затвердило порядок вивчення та впровадження в практику народних і нетрадиційних методів профілактики, діагностики і лікування. Народна медицина розглядалася як знання і практичні методи, що застосовуються для діагностики, профілактики і ліквідації порушень фізичної і психічної рівноваги, які спираються винятково на практичний досвід та спостереження, що передаються з покоління в покоління, а нетрадиційна медицина – як

знання і практичні методи народної медицини, які мають певного автора. Цього ж року було створено Українську асоціацію народної медицини, на яку з 1994 року Наказом МОЗ покладено повноваження в частині організаційно-методичної, контрольної та атестаційно-експертної роботи в галузі народної та нетрадиційної медицини. При цьому значними були масштаби фіктивного цілительства. З метою врегулювання такої діяльності у 1998 році було введено в дію процедуру ліцензування медичної практики у сфері народної і нетрадиційної медицини, створено Комітет з питань народної і нетрадиційної медицини у структурі МОЗ.

Протягом першої половини 1990-х років було створено численні організації у сфері народної медицини, зокрема Міжнародну асоціацію народних цілителів, Українську асоціацію акупунктури і лазеротерапії в Києві, Міжнародну асоціацію нетрадиційної медицини і паранормальних явищ у Вінниці, Міжнародну академію наук з апіфітотерапії і бджільництва у Дніпропетровську, наприкінці 1990-х – початку 2000-х років – Асоціацію гомеопатів України, Товариство хіропрактиків (мануальних терапевтів) України. На середину 2000-х років припадає «бум» створення різноманітних громадських організацій – ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України», ГО «Всеукраїнська організація – Українське товариство „Зелена планета''», ГО «Міжнародна асоціація інтегративної медицини», ВГО «Українська федерація фахівців з народних і нетрадиційних методів оздоровлення людини та довкілля», ГО «Всеукраїнська асоціація східної медицини» в Києві, а також ВГО «Асоціація інтегративної та психосоматичної медицини» у Миколаєві, ВГО «Українська асоціація Гештальт-терапії» у Львові тощо.

За даними Української академії народної медицини, з 4283 осіб, що проходили атестаційно-експертну оцінку щодо здійснення медичної діяльності в галузі нетрадиційної і народної медицини протягом 1991-2009 років, 85,2% виявили бажання працювати в галузі біоенергоінформотерапії, 6,6% – фітотерапії, 4,5% – мануальної терапії, 3,4% – рефлексотерапії.

На початку 2000-х років з майже 16 тисяч практикуючих цілителів дозвіл на офіційну діяльність отримали менше тисячі, найбільше – у Запорізькій, Донецькій, Дніпропетровській областях (до 200) та Києві.

Наприклад, у Тернопільській області у 2003 році дозвіл мали лише 7 цілителів з майже 200 практикуючих. У 2011 році кількість офіційно зареєстрованих цілителів зросла до 5 тисяч (загальну їх кількість експерти оцінювали у приблизно 60 тисяч).

Зважаючи на необхідність оптимізації здійснення цілительства, у 2013 році було затверджено новий «Порядок атестаційно-експертного висновку, що підтверджує наявність в особи цілительських здібностей», який запровадив більш вимогливу процедуру їх ліцензування. Надалі офіційно народною і нетрадиційною медициною могли займатися лікарі зі спеціалізацію в цій галузі в ліцензованих медичних закладах або приватні підприємці за умови проходження співбесіди, атестації в лікувальному закладі та отримання ліцензії МОЗ на відповідну медичну практику.

У 2016 році МОЗ України затвердило нове «Положення про організацію роботи цілителя, який здійснює медичну діяльність в галузі народної та нетрадиційної медицини», визначило особливості організації роботи та кваліфікаційні вимоги до фізичний осіб – підприємців, які займаються народною медициною (цілительством), перелік дозволених методів народної медицини (аромотерапія, біоенергоінформотерапія, іридодіагностика, мануальна терапія, точковий масаж, неінвазивна Су-Джок терапія, фітотерапія) та заборонило застосовувати інвазивні методи втручання, лікувати хворих на онкологічні захворювання, із синдромом набутого імунодефіциту, інфекційні, венеричні захворювання, проводити сеанси, які розраховані на масову аудиторію (дві і більше осіб), з використанням гіпнозу та інших методів психічного або біоенергетичного впливу, а також інші захворювання, які потребують лікування під наглядом (контролем) лікаря, а також здійснювати цілительство з використанням засобів масової інформації.

На кінець 2017 року, згідно даних МОЗ України, загальна кількість суб'єктів господарювання, які отримали спеціальний дозвіл займатися народною медициною (цілительством), становила лише 30 одиниць. При цьому Міністерство оголосило про наміри скасувати видачу спеціальних дозволів на практику народної медицини та анулювати всі видані дозволи, оскільки вони створюють потенційну небезпеку для громадян України. Це обумовлено тим, що фахівці Міністерства не

можуть перевірити передбачене законодавством положення про те, що методи народної медицини мають ґрунтуватися на досвіді багатьох поколінь людей, бути усталеними в народних традиціях (оскільки це сфера фахівців-етнологів чи культурологів), не можуть гарантувати безпеку методів діагностики та лікування народної медицини (оскільки їх ефективність не перевірена в умовах наукових експериментів та клінічних досліджень). Відповідний проект закону «Про внесення змін до деяких законів України» представлений на громадське обговорення.

Іншим напрямом неофіційної медичної допомоги є ***неформальний догляд*** за хворими, людьми з інвалідністю (обмеженими можливостями), особами наймолодших та найстарших вікових груп з особливими потребами. Ці послуги зазвичай надають некваліфіковані працівники – доглядальники, що не мають медичної підготовки, часто включені до різноманітних соціальних мереж. Провести аналіз цього напряму неможливо за причиною відсутності регіональної статистики щодо здійснення неформального догляду.

Третім напрямом неофіційного лікування є зцілення у певних місцях – терапевтичних ландшафтах. ***Терапевтичні ландшафти***, де фіксуються численні випадки фізичного, психічного та духовного зцілення, але без наявності науково доведених медичних факторів лікування, в Україні мають різний ступінь інформаційного представлення (1), кількість випадків зцілення (2), час виникнення (відновлення) (3), ключові фактори зцілення (4) та походження (5). Ці показники визначено в якості критеріїв класифікації 76 терапевтичних ландшафтів, які розміщені в різних регіонах України.

Ступінь інформаційного представлення терапевтичного ландшафту в регіонах оцінювався за кількістю сайтів, на яких міститься інформація про зцілення, що знаходить пошукова система Google Search: понад 30 сайтів (1а); понад 15 сайтів (1б); понад 8 сайтів (1в), 7 і менше сайтів (1г).

Щодо *кількості випадків зцілення*, то зазвичай існують легенди, перекази, свідчення про перші зцілення, а також наводиться досить відносна (у більшості випадків науково не підтверджена) інформація про кількість зцілень у подальшому, що у деяких випадках фіксуються (у спеціальних журналах, книгах) та (або) унаочнюються подарунками, які залишають ті, хто зазнали зцілення. За даним критерієм виділено

три категорії терапевтичних ландшафтів: з наявними повідомленнями про масові зцілення (2а), із значною кількістю зцілень (2б), із порівняно значною кількістю зцілень, зазвичай, з акцентом на окремі випадки зцілення чи лікувального ефекту (2в).

За часом виникнення виділено терапевтичні ландшафти давнього походження (до початку XX ст.), що весь час зберігали статус місць зцілення (3а); давнього походження, що тривалий період (зазвичай радянських часів) були занедбані (втрачені), а нині відновлені (3б); нові (виникли у 20-80-х роках XX ст.) (3в); сучасні (виникли в кінці XX ст. на початку XXI ст.) (3г).

Ключовими факторами зцілення у більшості терапевтичних ландшафтів є цілющі джерела (4а), цілющі (чудодійні) ікони (4б), природні об'єкти (печери, гори, камені тощо) (4в), релігійні об'єкти (встановлені хрести, мощі святих, могили праведників тощо) (4г). Частина терапевтичних ландшафтів мають кілька факторів зцілення одночасно.

За походженням всі терапевтичні ландшафти в Україні пов'язані із релігійними віруваннями – православні (5а), греко-католицькі (5б), католицькі (5в), мусульманські (5г).

Розподіл 76 проаналізованих терапевтичних ландшафтів за визначеними критеріями характеризується суттєвою нерівномірністю за регіонами України (Захід (Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Чернівецька, Волинська, Рівненська, Тернопільська, Хмельницька), Центр та Північ (м. Київ, Київська, Житомирська, Вінницька, Черкаська, Чернігівська), Схід (Луганська, Донецька, Сумська, Харківська, Полтавська, Дніпропетровська, Запорізька), Південь (Одеська, Миколаївська, Херсонська, Кіровоградська та АР Крим) (*табл. 9.1*).

Серед терапевтичних ландшафтів України переважають місця із відносно значною кількістю випадків зцілення, давні за виникненням, але з часом втрачені і згодом відновлені, з цілющими джерелами та іконами як головними факторами зцілення, православні та греко-католицькі за походженням. Найбільша кількість терапевтичних ландшафтів зосереджена у Західному регіоні України, найменше – у Південному. Найбільша кількість нових та сучасних місць зцілення виникла у Чернівецькій та Вінницькій областях.

Таблиця 9.1. Класифікація терапевтичних ландшафтів та їх розподіл за регіонами України

Критерії класифікації		Кількість терапевтичних ландшафтів за регіонами			
		Захід	**Центр, Північ**	**Схід**	**Південь**
1	а	2	1	0	0
	б	2	1	2	1
	в	8	3	3	1
	г	27	11	8	6
2	а	2	1	0	0
	б	1	2	1	0
	в	36	13	12	8
3	а	2	1	0	0
	б	29	10	12	6
	в	1	1	0	1
	г	7	4	1	1
4	а	30	10	11	6
	б	15	4	4	0
	в	4	1	0	1
	г	2	5	0	3
5	а	16	11	10	6
	б	23	0	0	0
	в	0	1	0	0
	г	0	0	0	2
Разом		**39**	**16**	**13**	**8**

До терапевтичних ландшафтів України з найвищим рівнем інформаційного представлення та кількістю зцілень беззаперечно відносяться три – Києво-Печерська Лавра у столиці і Почаївська Лавра та Зарваниця на Тернопільщині. Всі вони характеризуються поєднанням кількох факторів зцілення та мають християнське походження. Києво-Печерська Лавра як терапевтичний ландшафт характеризується особливою духовною атмосферою, включаючи численні місця, де протягом тривалого періоду спостерігаються зцілення. Це мощі понад 120 святих (зокрема, Агапіта Печерського), чудотворні ікони (зокрема, образ Божої Матері «Печерська Похвала»), цілющі джерела, окремі релігійні об'єкти (зокрема, мироточиві голови, шапка Марка Гробокопача тощо). На території Почаївської Лаври це

своєрідна духовна атмосфера, джерело «Стопа Пресвятої Богородиці», Почаївська ікона Божої Матері, мощі преподобного Іова, у Марійському духовному центрі в Зарваниці – особлива духовна атмосфера, ікона Божої Матері Зарваницької, цілюще джерело.

Також відомими місцями зцілення у Західному регіоні є Аннина гора у Вашківцях на Чернівеччині, Блажений камінь у Маняві на Івано-Франківщині, Жертовний камінь у Монастирку на Тернопільщині, цілющі джерела святої Анни в Онишківцях на Рівненщині та Духова криниця у Тисменицькому районі на Івано-Франківщині (*рис. 9.1*).

Рис. 9.1. Цілюще джерело Святої Анни, с. Онишківці Рівненської області.
Фото з сайту Інтернет-видання «Волинська правда»
(режим доступу: https://pravda.lutsk.ua/на-рівненщині-ожило-джерело-святої/)

У Центральному і Північному регіоні важливими терапевтичними ландшафтами є Урочище Кип'яче у Чоповичах та ікона Божої Матері Бердичівської на Житомирщині, Зиновинська ікона Богородиці на Вінничині (*рис. 9.2*). У Східному регіоні місцями зцілення є цілющі джерела у Киселевій Балці на Луганщині та Кириченкова криниця в Ізюмі на Харківщині, Горбанівська ікона Пресвятої Богородиці у Полтаві; у Південному регіоні – цілющі джерела Топлівського монастиря в Криму.

Рис. 9.2. Цілюща Зиновинська ікона Богородиці, с. Шевченка Вінницької області. Фото з сайту Вінницької єпархії УПЦ (режим доступу: http://www.orthodox.vinnica.ua/novini/novini-eparhii/1390.html)

Для того, щоб підкреслити статус та цілющі властивості певних місць в Україні їм дають другі назви за відомими світовими центрами фізичного, психічного і духовного зцілення. Наприклад, Український Лурд (Зарваниця на Тернопільщині), Галицький Лурд (Глинянське розп'яття на Львівщині), Український Афон (Манявський скит на Івано-Франківщині), Київський Афон (Китаївська пустинь у Києві), Вінницький Афон (Лядовський монастир на Вінничині), Новий Афон (урочище Кип'яче на Житомирщині), Другий Афон (Хрещатик на Чернівеччині), Український Єрусалим (Страдч на Львівщині), Долина Хрестів (Іосафатова долина на Вінничині).

10. Медична реформа в Україні

Щороку в Україні на медичну сферу виділяється понад 4% ВВП країни. При цьому українці не отримують належної медичної допомоги, а лікарі в державних медичних установах мають низьку оплату праці. Така ситуація свідчить про те, що на державному рівні в Україні є потреба проведення ефективної реформи медичної сфери з метою поліпшення стану здоров'я населення, зменшення рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення, зменшення рівня дитячої смертності, підвищення якості та доступності медичної допомоги.

В Україні проведення реформ у медичній сфері започатковувалось неодноразово. Але жодна реформа не була завершена і не досягала своєї мети.

В результаті ухвалення Верховною Радою України законів «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [1] та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» [2] у 2011 році в Україні було дано старт медичної реформи, що передбачала три етапи проведення різних заходів.

Перший етап реформи передбачав створення центрів первинної медико-санітарної допомоги з мережею амбулаторій та ФАПів – лікувально-профілактичних закладів, які надають хворим базову медичну допомогу в амбулаторно-поліклінічних закладах та за викликом вдома. На даному рівні медичну допомогу надає лікар загальної практики/сімейної медицини. З метою зацікавленості лікарів у наданні якісної медичної допомоги пацієнт має право щорічно вільно обирати сімейного лікаря. Реформування також стосувалось фельдшерсько-акушерських/фельдшерських пунктів, які повинні стать окремими підрозділами амбулаторій центру первинної медико-санітарної допомоги. Передбачено, що такі пункти будуть створюватись у населених пунктах з кількістю жителів 300 осіб і більше, де відсутнє безоплатне надання медичної допомоги, та

підпорядковуватися лікарям, за якими закріплені жителі певного населеного пункту.

Другий етап реформи медичної системи передбачав створення госпітальних округів з метою надання населенню вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. До закладів вторинної медичної допомоги відносяться: консультативно-діагностичні центри/підрозділи лікарень, багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні планового лікування, лікарні відновного (реабілітаційного) лікування, спеціалізовані медичні центри, хосписи.

Госпітальні округи створюють на одну чи кілька адміністративно-територіальних одиниць регіону з чисельністю населення від 150 до 350 тис. осіб. При цьому враховуються: щільність розселення, статева та вікова структура населення, стан транспортних комунікацій та їх географічне розташування, перспективи соціально-економічного розвитку. Третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу представляють багатопрофільні обласні лікарні та високоспеціалізовані медичні центри (за напрямками).

Реформуванню підлягає і система швидкої (екстреної) медичної допомоги шляхом створення у кожному регіоні системи екстреної (невідкладної) медичної допомоги, до складу якої увійдуть центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станції швидкої медичної допомоги, бригади швидкої медичної допомоги та відділення невідкладної медичної допомоги. Важливим напрямком медичної реформи є формування оптимальної мережі закладів швидкої медичної допомоги за принципом наближеності до пацієнтів – 20 хвилин з часу виклику у сільській місцевості та 10 хвилин з часу виклику у містах.

Третій етап реформи медичної системи в Україні передбачає створення єдиного медичного простору, створення агенції з експертизи якості медичної допомоги, а також підготовку до запровадження обов'язкового медичного страхування [4].

З 2018 року реформування медичної сфери в Україні передбачає ще ряд змін. Насамперед, реалізація медичної політики в державі передається від МОЗ до нового державного органу – Національної служби здоров'я України (НСЗУ), яка повинна налагодити іменні оплати медичних послуг, надані за міжнародними протоколами.

По-друге, фінансування лікарень і оплата праці лікарів будуть переведені на конкурентні умови: плата за конкретну виконану якісну роботу, а не за «ставку». При цьому пацієнти самі будуть обирати лікарів. За обслуговування пенсіонерів та малюків передбачається вдвічі вища плата.

По-третє, зміни стосуватимуться сільської медицини: у віддалених селах планується не закривати ФАПи, а організувати співпрацю фельдшерів з сімейними лікарями. Завданнями місцевих громад є організація амбулаторій, житла для медичних працівників, забезпечення автотранспортом.

Також реформа передбачає поділ медичних послуг на три види: повністю безкоштовні, частково оплачувані державою та платні. Майже 80% медичних послуг («державний пакет») будуть безкоштовними (порятунок чи невідкладна допомога, первинна медична допомога, паліативна допомога). Зокрема, отримуючи первинну медичну допомогу пацієнт гарантовано може розраховувати на: діагностичні процедури та лабораторні дослідження, скринінгові обстеження, профілактичні заходи.

Медичні заклади в процесі проведення реформи отримають нову форму господарювання – некомерційні підприємства, які належать громадам. Питання призначення і звільнення лікарів та розміру їхньої плати вирішуватиме сама лікарня, незалежно від форми власності. За виконану роботу медичні заклади отримуватимуть кошти з бюджету.

1. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги від 07.07.2011 №3611-VI // Відомості Верховної Ради України, 2012, №14, ст. 86 : Офіційний сайт Верховної Ради України [електронний ресурс] – режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/3611-17

2. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» від 07.07.2011 №3612-VI // Відомості Верховної Ради України, 2012, №12-13, ст.81 : Офіційний сайт Верховної Ради України [електронний ресурс] – режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3612-17

3. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» / За ред. О. К. Толстанової. – К.: МОЗ України, 2016. – 37 с.

4. *Мезенцев К.В., Підгрушний Г.П., Мезенцева Н.І.* Регіональний розвиток в Україні: суспільно-просторова нерівність та поляризація: монографія. – К.: Прінт Сервіс, 2014. – 132 с.

5. Реформа медичного обслуговування [електронний ресурс] – режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_reform/

6. Статистичний бюлетень «Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2015 році». Від. за вип. О. О. Кармазіна. – К. : Державна служба статистики України, 2016. – 92 с.

7. 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. – К.: МОЗ України, 2016. – 452 с.

Частина 4
РЕГІОНАЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

11. Індикатори, дані, методи
12. Загальний рівень захворюваності населення
13. Захворюваність населення на серцево-судинні хвороби
14. Захворюваність населення на злоякісні новоутворення
15. Захворюваність населення на туберкульоз
16. Захворюваність населення на ВІЛ/СНІД
17. Захворюваність населення на інфекційні хвороби
18. Репродуктивне здоров'я населення

11. Індикатори, дані, методи

Методологія Євростату (European Statistical System Committee – ESSC) для оцінки стану здоров'я населення (напрям «Здоров'я») включає чотири групи індикаторів: 1) очікувана тривалість життя, 2) захворюваність і стан здоров'я, 3) здорова та нездорова поведінка, 4) доступ до закладів охорони здоров'я.

Перша група «Очікувана тривалість життя» включає лише один індикатор очікуваної тривалості життя при народженні. Група «Захворюваність і стан здоров'я» включає такі індикатори: тривалість здорового життя (кількість років), самооцінка здоров'я (за статтю, віком, рівнем освіти, доходами), кількість осіб, що мають застарілу хворобу або проблеми зі здоров'ям (за статтю, віком, рівнем освіти, доходами), самооцінка обмежень в діяльності через проблеми зі здоров'ям (за статтю, віком, рівнем освіти, доходами), самооцінка

психічного здоров'я, психологічні страждання протягом останніх чотирьох тижнів.

До групи «Здорова та нездорова поведінка» входять такі індикатори: індекс маси тіла (за статтю, віком, рівнем освіти, доходами), кількість тих, хто щодня палить (за статтю, віком, рівнем освіти, доходами), надмірне вживання алкоголю, практика фізичної активності. Група «Доступ до закладів охорони здоров'я» включає індикатори самооцінки незадоволеності потреб у медичному обстеженні (за причинами, статтю, віком, рівнем освіти, доходами).

В Україні офіційно індикатори здоров'я розглядають серед індикаторів якості життя населення. До них включають: бюджетні видатки на охорону здоров'я, співвідношення загальних (сумарних) видатків бюджетів усіх рівнів на охорону здоров'я із визначеними за соціальними стандартами, частку забезпеченості медичних закладів лікарями усіх спеціальностей, частку забезпеченості медичних закладів середнім медичним персоналом, чисельність лікарів усіх спеціальностей на 10 тис. населення, чисельність середнього медичного персоналу на 10 тис. населення, чисельність хворих на ВІЛ/СНІД та туберкульоз, які перебувають на обліку, на 100 тис. населення, очікувану тривалість життя при народженні, захворюваність на ВІЛ на 100 тис. населення, смертність від СНІДу на 100 тис. населення, смертність від туберкульозу на 100 тис. населення, смертність від СНІДу та туберкульозу на 100 тис. населення за європейським стандартом вікової структури, рівень смертності, якій можна запобігти, за окремим мінімальним переліком причин, на 100 тис. населення, рівень передчасної смертності (0–64 р.) на 100 тис. населення, ймовірність померти у віці від 15 до 60 років, частку осіб віком 18 років і старше, які займаються фізичною активністю не менше 30 хвилин 5 разів на тиждень, частку осіб віком 15 років і старше, які курять щоденно, коефіцієнт смертності дітей віком 0-4 роки, частку населення, яке має збалансований раціон харчування (за поживними речовинами та мікроелементами), кількість хворих із уперше встановленим діагнозом алкоголізму і алкогольних психозів, розладу психіки та поведінки внаслідок вживання наркотиків та інших психоактивних речовин на 100 тис. населення, частку домогосподарств, які за потреби не змогли відвідати лікаря, частку витрат на

лікування у загальному бюджеті домогосподарств, кількість випадків самогубств на 100 тис. населення, частку населення, яке оцінює свій стан здоров'я як «добрий» та «відмінний», частку населення, якому вистачає необхідної медичної допомоги, частку населення, яке не відчуває труднощів або обмежень у повсякденному житті внаслідок хронічних захворювань, інвалідності, фізичної слабкості чи проблем з психікою, середню очікувану тривалість здорового життя.

Джерелами даних для медико-географічних досліджень є звітні статистичні матеріали Державної служби статистики України, головних управлінь статистики облдержадміністрацій, а також аналітичні огляди, щорічники, бюлетені, доповіді та наукові публікації у фахових виданнях.

Методологічно соціально-географічне дослідження захворюваності та здоров'я населення базується на системному, територіальному, динамічному підходах.

Серед конкретних методів дослідження захворюваності та здоров'я населення в даному дослідження використано методи багатовимірного аналізу, зокрема кореляційного аналізу (для пошуку тісноти зв'язку між соціально-економічними показниками, що характеризують вплив чинників захворюваності населення), кластерного аналізу та побудови карт самоорганізації Кохонена (для виявлення подібності регіонів за показниками, що характеризують рівень захворюваності населення), а також традиційні методи порівняльно-географічного аналізу (для виявлення регіональних відмін поширення різних видів захворюваності населення), групування і типізації (для розрізнення та об'єднання регіонів за поширенням різних видів захворюваності, впливом різноманітних чинників), графічного та картографічного моделювання (для дослідження просторових відмін і залежностей захворюваності населення).

12. Загальний рівень захворюваності населення

Загальна захворюваність населення оцінюється за показниками поширення хвороб, первинної захворюваності та інвалідності.

У 2015 році первинна захворюваність населення України за всіма класами хвороб складала 62,8 тис. хворих на 100 тис. населення. Традиційно найбільше вперше зареєстрованих випадків захворювань населення було в м.Києві, Дніпропетровській та Івано-Франківській областях (понад 80 тис. хворих на 100 тис. населення). У 18 регіонах країни показник первинної захворюваності був вищим за середньоукраїнський. В таких регіонах як Сумська, Полтавська, Херсонська та Запорізька області коефіцієнт первинної захворюваності населення був найнижчим (*рис. 12.1*).

Рис. 12.1. Первинна захворюваність населення в регіонах України у 2015 році

В Україні у 2015 році показник поширення захворюваності серед населення був на рівні 171,1 тис. хворих на 100 тис. населення. Найвищі рівні поширення хвороб серед населення були у м. Києві, Дніпропетровській, Київській, Вінницькій та Чернігівській областях (понад 200,0 тис. хворих на 100 тис. населення). У шести областях країни (Закарпатській, Запорізькій, Донецькій, Луганській, Львівській, Сумській) рівень поширення хвороб серед населення був найнижчим.

Для показника первинної захворюваності населення України у період 2001-2015 років була характерна така динаміка: зростання на 6% до 2010 року та скорочення у 2010-2015 роках на 13%. Слід зазначити, що у зв'язку з тимчасовою окупацією АР Крим та проведенням антитерористичної операції на сході країни, дані з вищезазанчиних регіонів або відсутні (АР Крим), або неповні (Донецька та Луганська області), тому не можуть бути використані при аналізі в динаміці за останні роки.

В регіональному розрізі у 2010-2015 роках зниження первинної захворюваності населення спостерігалось в межах Волинської, Закарпатської, Львівської, Одеської, Харківської, Черкаської областей та м. Києва. В 11 регіонах показник захворюваності населення в цей період зростав (Дніпропетровська, Житомирська, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Миколаївська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Хмельницька та Чернігівська області).

Існує диференціація показників поширення хвороб та первинної захворюваності в залежності від типу поселення. Рівні поширення хвороб та захворюваності міського населення України, як правило, на 10-15% вищі за показники в сільській місцевості. Для Вінницької, Київської, Івано-Франківської, Тернопільської та Чернігівської областей характерні найвищі показники поширення хвороб та первинної захворюваності серед сільського населення. До регіонів з найвищим рівнем показників поширення хвороб серед міського населення належать м. Київ, Київська, Дніпропетровська, Чернігівська та Рівненська області, а найвищий рівень первинної захворюваності міського населення характерний для м. Києва,Івано-Франківської, Дніпропетровської, Рівненської та Чернівецької областей.

У структурі первинної захворюваності в Україні найбільшу частку мають хвороби органів дихання – понад 44%. Найвищі показники

захворюваності населення на хвороби органів дихання характерні для м. Києва, Львівської, Івано-Франківської та Київської областей (більше 35 тис. хворих на 100 тис. населення). На хвороби нервової системи та органів чуття припадає понад 11% первинної захворюваності. Найбільша кількість хворих на даний вид захворювання проживає у Івано-Франківській, Львівській, Рівненськіфй та Дніпропетровській областях (більше 10 тис. хворих на 100 тис. населення). Захворюваність населення на хвороби системи кровообігу та кровотворних органів, як правило, має частку 7-8%. Найвищі показники захворюваності характерні для Миколаївської та Івано-Франківської областей.

Структури розподілу рейтингових місць за показником первинної захворюваності міського та сільського населення відрізяються. Перше місце в обох структурах займають хвороби органів дихання. У сільській місцевості на другому місці – хвороби системи кровообігу, на третьому – травми та отруєння. У містах друге місце посідають хвороби сечостатевої системи, третє – хвороби системи кровообігу.

У структурі поширення захворюваності за класами хвороб серед міського та сільського населення перше місце займають хвороби системи кровообігу (31,0%), майже 20% – хвороби органів дихання, 10% – хвороби органів травлення та по 5,5% – хвороби сечостатевої системи, кістково-м'язової системи та сполучної тканини.

Показники поширення хвороб та первинної захворюваності населення відрізняється за статтю – у жінок вони вищі на 25% та 12% відповідно. Слід зазначити, що тенденція переважання показників поширення хвороб та первинної захворюваності серед жінок характерна для всіх регіонів України.

Важливим для аналізу є показник захворюваності населення в працездатному віці. У 2010-2015 роках в Україні він скоротився на 14%. Найвищий рівень захворюваності населення працездатного віку був зареєстрований у Дніпропетровській, Івано-Франківській, Львівській областях та м. Києві (понад 60 тис. хворих на 100 тис. населення працездатного віку). На території Сумської, Херсонської, Запорізької, Полтавської та Житомирської областей даний показник був найнижчий (менше 45 тис. хворих на 100 тис. населення працездатного віку). У структурі захворюваності населення працездатного віку перше місце посідають хвороби органів дихання (понад 33%),

друге – хвороби сечостатевої системи (понад 10%), третє – травми, отруєння та інші дії зовнішніх причин (понад 8%), четверте – хвороби органів крові та кровотворних органів (понад 7%), п'яте – хвороби шкіри (понад 6%).

Одним із індикаторів стану здоров'я є інвалідність населення, що визначається як соціальна недостатність унаслідок обмеження життєдіяльності людини, яка викликана порушенням здоров'я і потребує соціального захисту та допомоги. За період 2001- 2015 років кількість інвалідів з вперше встановленим діагнозом постійно характеризувалася стрибкоподібною тенденцією у напрямку скорочення і за зазначений період скоротилася на четверту частину.

Основними причинами набуття інвалідності у населення в Україні є: хвороби системи кровообігу (понад 22% інвалідів), злоякісні новоутворення (22%), хвороби кістково-м'язової та сполучної тканин (понад 11%), травми, отруєння та ряд інших зовнішніх причин (11%). У категорії населення працездатного віку структура причин інвалідності має аналогічний вигляд з незначними коливаннями відсотків.

За період 2000-2015 років кількість інвалідів з вперше встановленим діагнозом постійно змінювалася. Наприклад, максимальні значення показника у 2000-2005 роках були у АР Крим, у 2010 році – в Чернігівській області, у 2011-2012 роках – у Вінницькій області, а мінімальні значення у 2000 році реєструвались у Закарпатській області, у 2005 та 2011-2012 роках – у Сумській області, у 2010 році – в Харківській. Найнижчий коефіцієнт інвалідності населення в Херсонській області (менше 50 інвалідів на тис. населення), найвищий – у Хмельницькій (понад 80 інвалідів на тис. населення).

13. Захворюваність населення на серцево-судинні хвороби

Однією з найважливіших медико-біологічних та соціальних проблем як в Україні, так і в світі є захворюваність та поширення серед населення серцево-судинних хвороб. Серцево-судинні захворювання пов'язані з патологією серця або кровоносних судин (системи кровообігу). Причинами їх виникнення та поширення є недотримання здорового способу життя та постаріння населення. Регіональні відміни захворюваності та поширення серцево-судинних хвороб визначаються, насамперед, віковою структурою населення, тривалістю життя, поширенням соціальних негараздів, способом життя, якістю життя.

Захворюваність населення України на серцево-судинні хвороби у 2015 році складала 4,3 тис. хворих на 100 тис. населення. У структурі захворюваності населення у 2015 році на серцево-судинні хвороби припадало понад 30% від усіх захворювань, в т.ч. серед працездатного населення – 24%, осіб пенсійного віку – 50%.

Структура хвороб системи кровообігу дорослого населення в Україні у 2015 році була такою: 40% – гіпертонічна хвороба, 27% – ішемічна хвороба серця, 16,5% – цереброваскулярні хвороби, 16,5% – інші хвороби системи кровообігу.

За період 2001-2015 років захворюваність населення на серцево-судинні хвороби в цілому скоротилася на 11%, маючи стрибкоподібну динаміку. Найвищі показники захворюваності характерні для Миколаївської та Івано-Франківської областей (понад 6 тис. хворих на 100 тис. населення), а найнижчі – для Луганської, Запорізької, Херсонської, Волинської та Чернівецької (менше 4 тис. хворих на 100 тис. населення) [5]. На *рис. 13.1* відображено територіальну диференціацію та динаміку захворюваності населення регіонів України на серцево-судинні хвороби.

Щороку в Україні народжується 4,5 тис. дітей із вродженими вадами серця. У 2015 році захворюваність дітей на серцево-судинні хвороби у віці 0-14 років складала 692 хворих на 100 тис. населення

відповідного віку. Найвищі показники захворюваності серед дітей реєструються у Харківській, Рівненській, Миколаївській, Житомирській областях (понад 1 тис. хворих на 100 тис.), а найнижчі – у Львівській та Херсонській областях (менше 400).

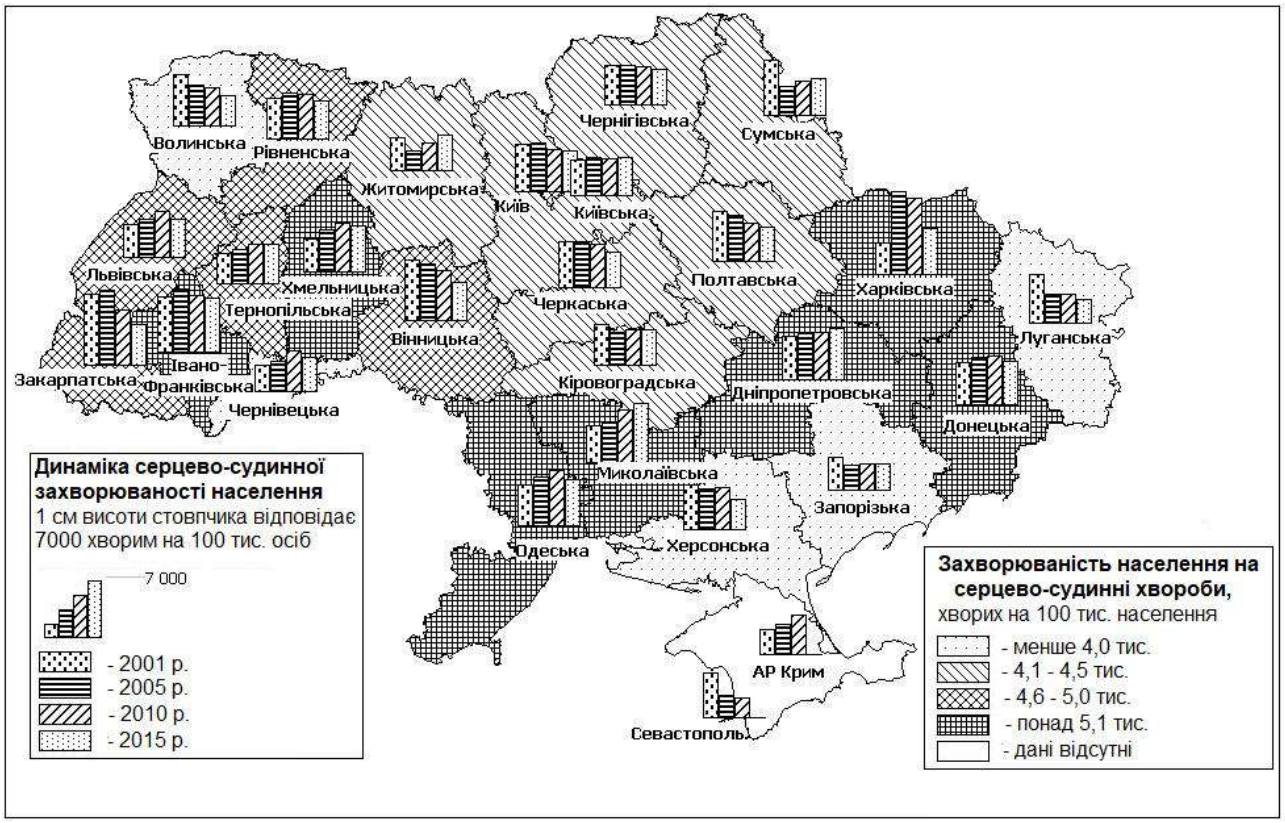

Рис. 13.1. Регіональні відміни та динаміка захворюваності населення України на серцево-судинні хвороби

Серцево-судинні захворювання займають провідне місце серед причин смертності хворих. Щорічно в країнах Європи від ішемічної хвороби серця помирає понад 7 млн. осіб, від інсульту або будь-якої іншої форми цереброваскулярної патології – понад 6 млн. осіб. Від серцево-судинних хвороб в країнах Європи помирає 8 млн. дітей у віці до 5 років, причому 99% у країнах з середнім та низьким рівнем доходів. Серцево-судинні хвороби є основною причиною смертності населення і в Україні. Щорічно від серцево-судинних захворювань помирає 426 тис. українців. Щодня в Україні в стаціонарі помирає 22 пацієнти з гострим інфрактом міокарда [10]. У 2015 році в Україні показник летальності у стаціонарах від серцево-судинних хвороб складав 3,6%. Він коливався від 5,4% у Луганській області (до аналізу

взяті дані по території підконтрольній Україні) до 1,6% у Чернівецькій області (*рис. 13.2*).

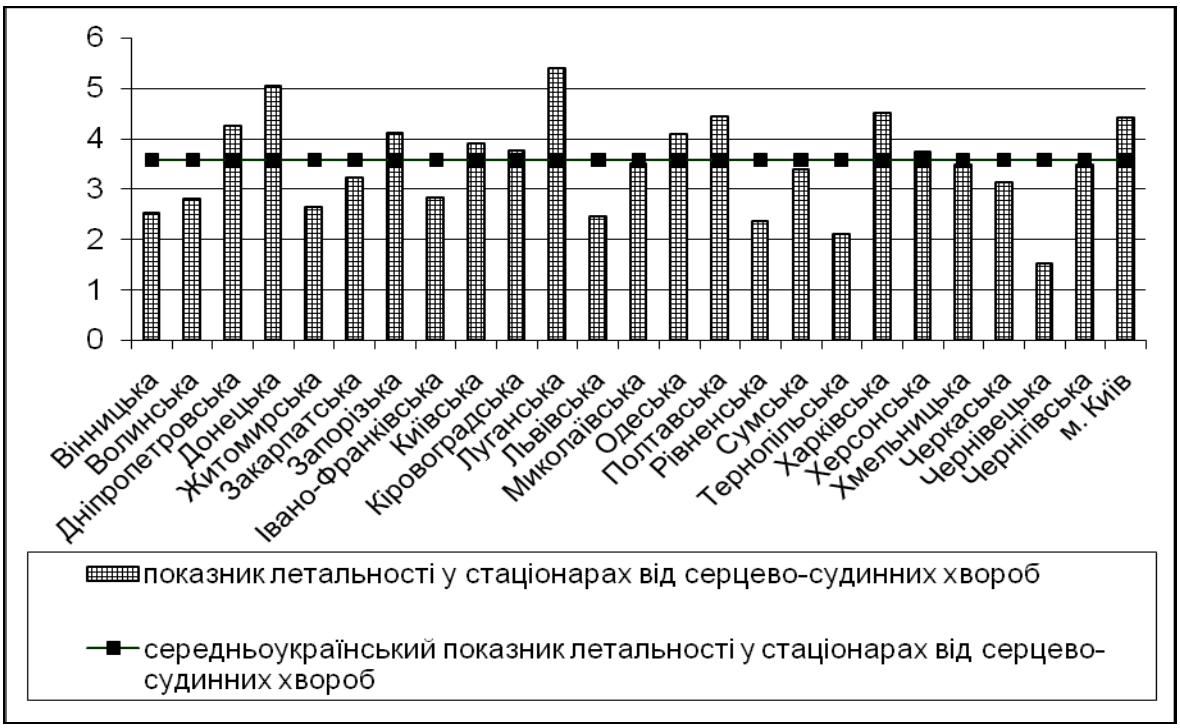

Рис. 13.2. Розподіл показника летальності у стаціонарах від серцево-судинних хвороб у регіонах України у 2015 році

14. Захворюваність населення на злоякісні новоутворення

Карцинома (грец. carcinos, лат. cancer – рак, краб, лат. Oma – пухлина), рак – це злоякісна пухлина з епітеліальної тканини. Даним терміном позначають злоякісні пухлини (новоутворення) незалежно від їхнього походження [2]. За інформацфією ВООЗ щороку в світі рак діагностують близько 10 млн осіб.

В Україні щороку понад 170 тис. осіб дізнаються, що вони онкохворі, помирають близько 90 тис. осіб, з них 35-37% у працездатному віці. Щодня в Україні рак діагностують 470 особам, з них 250 помирають. Щогодини в Україні реєструється понад 20 нових випадків захворювання, а 10 жителів помирають від раку. Злоякісні новоутворення в Україні вражають кожного четвертого чоловіка і

кожну шосту жінку [6]. Онкологічна захворюваність стабільно зростає щороку на 3% і рак «молодшає». За темпами поширення ракової патології Україна посідає друге місце в Європі.

У 2015 році показник захворюваності населення України на злоякісні новоутворення складав 313 хворих на 100 тис. населення. На професійних оглядах було виявлено майже 30% онкологічних хворих (від 19% у Дніпропетровській області до 58% у м. Києві).

Захворюваність на злоякісні новоутворення серед міського населення значно вища, ніж серед сільського. Так, у 2015 році показник захворюваності міських жителів складав 319,5 хворих на 100 тис. населення, а сільських – 300,6 хворих на 100 тис. населення. Максимальні значення показника захворюваності населення на рак були у Кіровоградській та Сумській областях (понад 400 хворих на 100 тис. населення), а мінімальні – у західних Закарпатській, Івано-Франківській, Чернівецькій, Рівненській та Волинській і у східній Луганській областях (менше 280 хворих на 100 тис. населення). Показник максимального рівня захворюваності перевищував мінімальний майже вдвічі.

Визначити, які чинники впливають на територіальну диференціацію захворюваності та поширення злоякісних новоутворень в Україні, достатньо складно. Такий вплив мають спадковість, вікова структура та тривалість життя населення з огляду на те, що у осіб старших вікових груп захворювання діагностується частіше. Безперечно, має вплив і такий чинник як якість життя.

За показником захворюваності населення на злоякісні новоутворення виділено п'ять груп регіонів (*рис. 14.1*):

– з найнижчим рівнем захворюваності населення на злоякісні новоутворення (менше 280 хворих на 100 тис. населення): Закарпатська, Івано-Франківська, Чернівецька, Рівненська, Волинська та Луганська області;

– з середнім рівнем захворюваності населення на злоякісні новоутворення (280-340 хворих на 100 тис. населення): Донецька, Тернопільська, Львівська, Житомирська, Харківська області;

– з вищим за середній рівнем захворюваності населення на злоякісні новоутворення (340-370 хворих на 100 тис. населення): Одеська, Київська, Вінницька та Чернігівська області;

– з високим рівнем захворюваності на злоякісні новоутворення (370-400 хворих на 100 тис. населення): Полтавська, Хмельницька, Дніпропетровська, Запорізька, Херсонська, Миколаївська, Черкаська області та м. Київ;

– з найвищим рівнем захворюваності населення на злоякісні новоутворення (понад 400 хворих на 100 тис. населення): Сумська та Кіровоградська області.

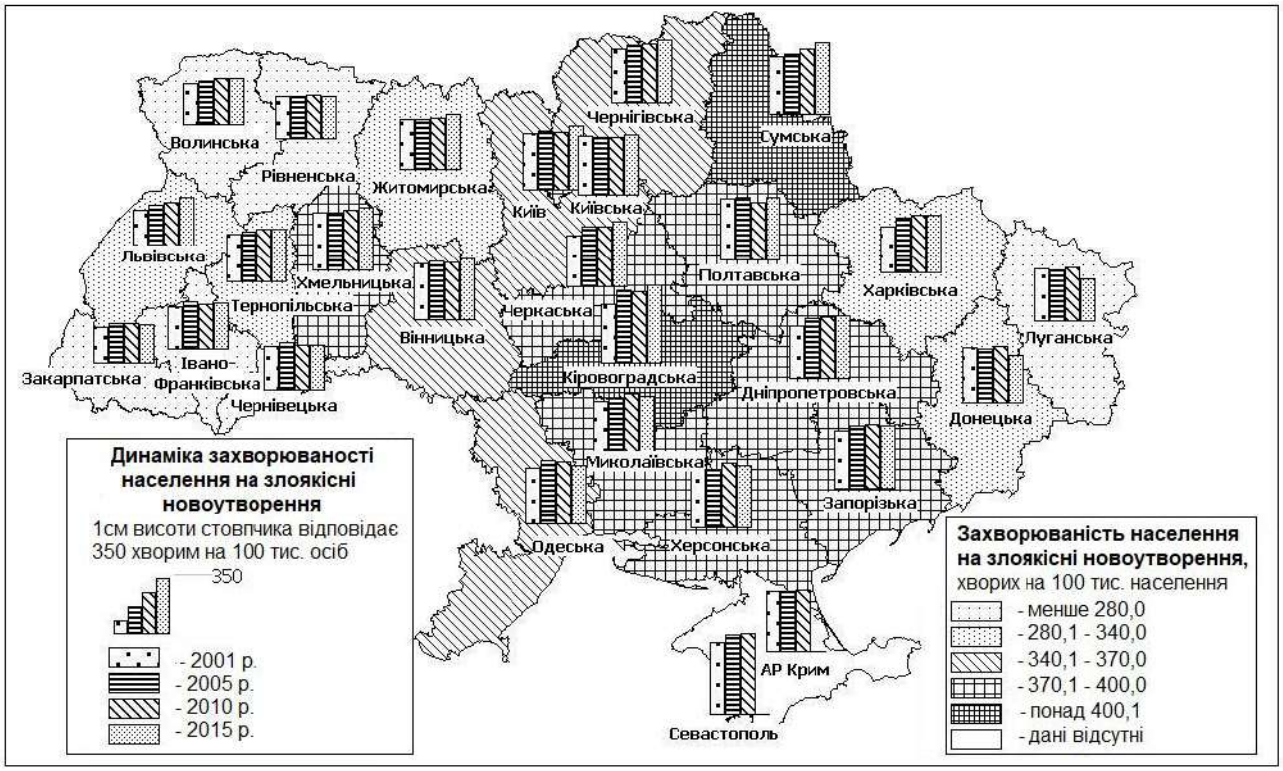

Рис. 14.1. Регіональні відміни та динаміка захворюваності населення України на злоякісні новоутворення

У 2015 році показник поширення злоякісних новоутворень серед населення України складав 2,3 тис. хворих на 100 тис. населення. З 2001 до 2015 року він зріс майже у 1,4 рази. У 2015 році мінімальні значення показника поширення захворюваності на рак були на території Закарпатської, Івано-Франківської та Рівненської областей (менше 2 тис. хворих на 100 тис. населення). Найгірша ситуація склалася на території Сумської, Київської, Миколаївської областей та м. Києва (понад 2,8 тис. хворих на 100 тис. населення).

Показник захворюваності дітей на злоякісні новоутворення у 2015 році складав 14,6 хворих дітей на 100 тис. дітей. Дещо нижчим, але не

суттєво, цей показник є серед дівчат. Найвищий рівень захворюваності дітей на злоякісні новоутворення був у Чернівецькій, Хмельницькій, Черкаській та Сумській областях (понад 17 хворих дітей на 100 тис. дітей), а найнижчий – у Херсонській та Харківській областях (менше 10). Максимальний показник захворюваності перевищував мінімальний удвічі. Регіональна диференціація та динаміка показника захворюваності дітей на злоякісні новоутворення представлені на *рис. 14.2*.

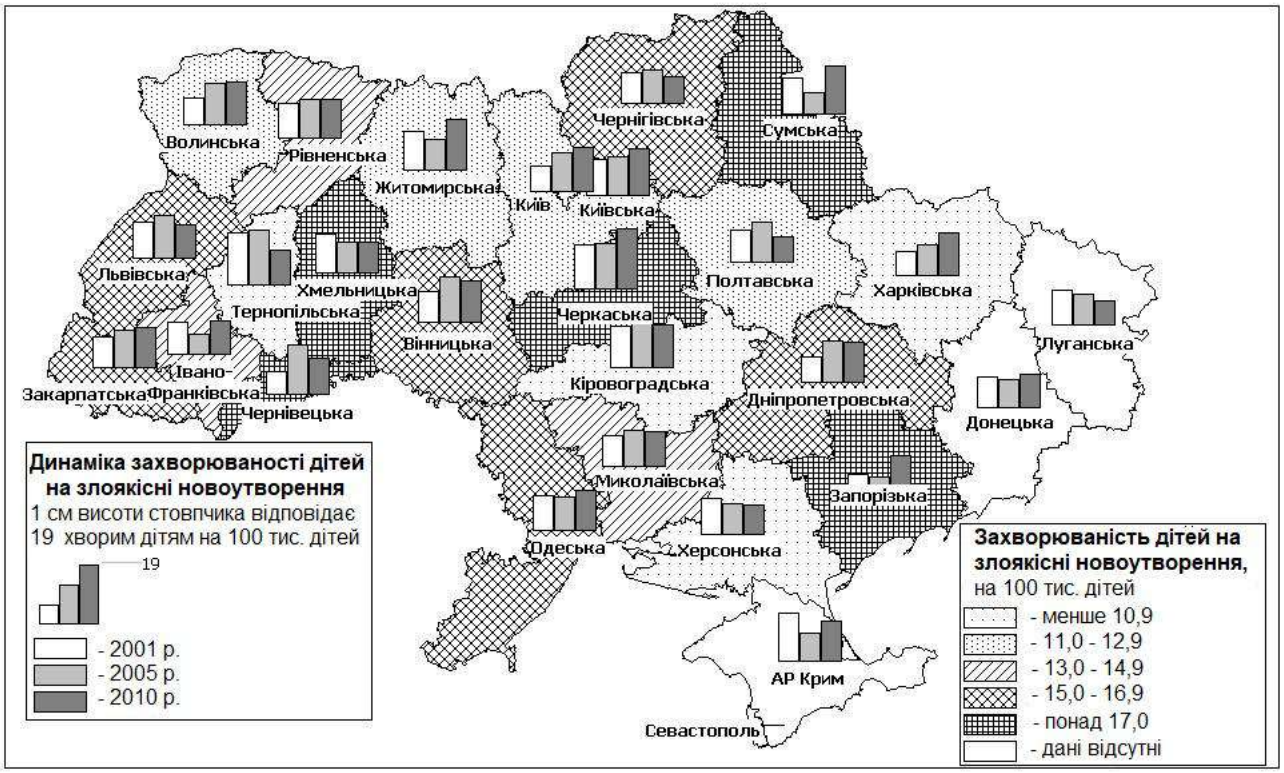

Рис. 14.2. Регіональні відміни та динаміка захворюваності дітей в Україні на злоякісні новоутворення

У 2015 році рівень смертності населення від злоякісних новоутворень складав 172,8 випадків на 100 тис. населення. Найвищі показники смертності населення від раку були характерні для Кіровоградської, Полтавської та Сумської областей (понад 200 випадків), а найнижчими вони були у західних Закарпатській, Рівненській та Волинській областях, а твкож в Одеській області (менше 150 випадків). Максимальний показник смертності від раку перевищував мінімальний вдвічі. Показник смертності дітей від злоякісних новоутворень у 2015 році складав 3,8 смерей на 100 тис. дітей (3,9 – серед хлопчиків та 3,6 – серед дівчаток).

Ефективність лікування хворих на злоякісні новоутворення оцінюють за відсотком хворих, які не прожили одного року з моменту встановлення діагнозу. У 2015 році питома вага таких хворих складала 31% і змінювалась від 23% в Одеській області до 36% у Закарпатській області.

15. Захворюваність населення на туберкульоз

Туберкульоз визначається як соціально небезпечна інфекційна хвороба, що протікає з періодичними загостреннями, рецидивами та ремісіями, вражає переважно найбідніші, соціально дезадаптовані групи населення (алкоголіків, наркоманів, осіб без постійного місця проживання, осіб, що перебувають в установах позбавлення волі тощо) та спричиняє втрату працездатності і вимагає тривалого комплексного лікування та реабілітації хворих [1, 3].

В Україні епідемію туберкульозу ВООЗ офіційно оголосила у 1995 році. Найвищою захворюваність на туберкульоз була у 2005 році, коли показник захворюваності складав майже 100 випадків на 100 тис. населення і втричі перевищував рівень захворюваності на туберкульоз до початку епідемії. За 2005-2015 роки рівень захворюваності населення на активний туберкульоз знизився на 33% складав 56 випадків на 100 тис. населення.

Високий рівень захворюваності населення України на туберкульоз та поширення його мультирезистентної форми обумовлені, насамперед, недостатнім та несвоєчасним виявленням хворих на різні форми туберкульозу, відсутністю фізичного та економічного доступу до медичної допомоги уразливих до захворювання груп населення, низькою ефективністю лікування хворих, яким вперше встановлено діагноз туберкульоз. Регіональна диференціація захворювання зумовлена рівнем життя населення, поширенням соціальних негараздів, ефективністю проведення профілактичних заходів та лікування захворювання.

Найвищі показники захворюваності населення на активний туберкульоз з вперше встановленим діагнозом характерні для Одеської, Херсонської, Дніпропетровської та Кіровоградської областей (понад 70 випадків на 100 тис. населення), а найнижчі – для м. Києва, Тернопільської, Чернівецької, Луганської, Харківської та Вінницької областей (до 50 випадків на 100 тис. населення). Територіальна диференціація та динаміка захворюваності на всі форми активного туберкульозу в Україні відображені на *рис. 15.1*.

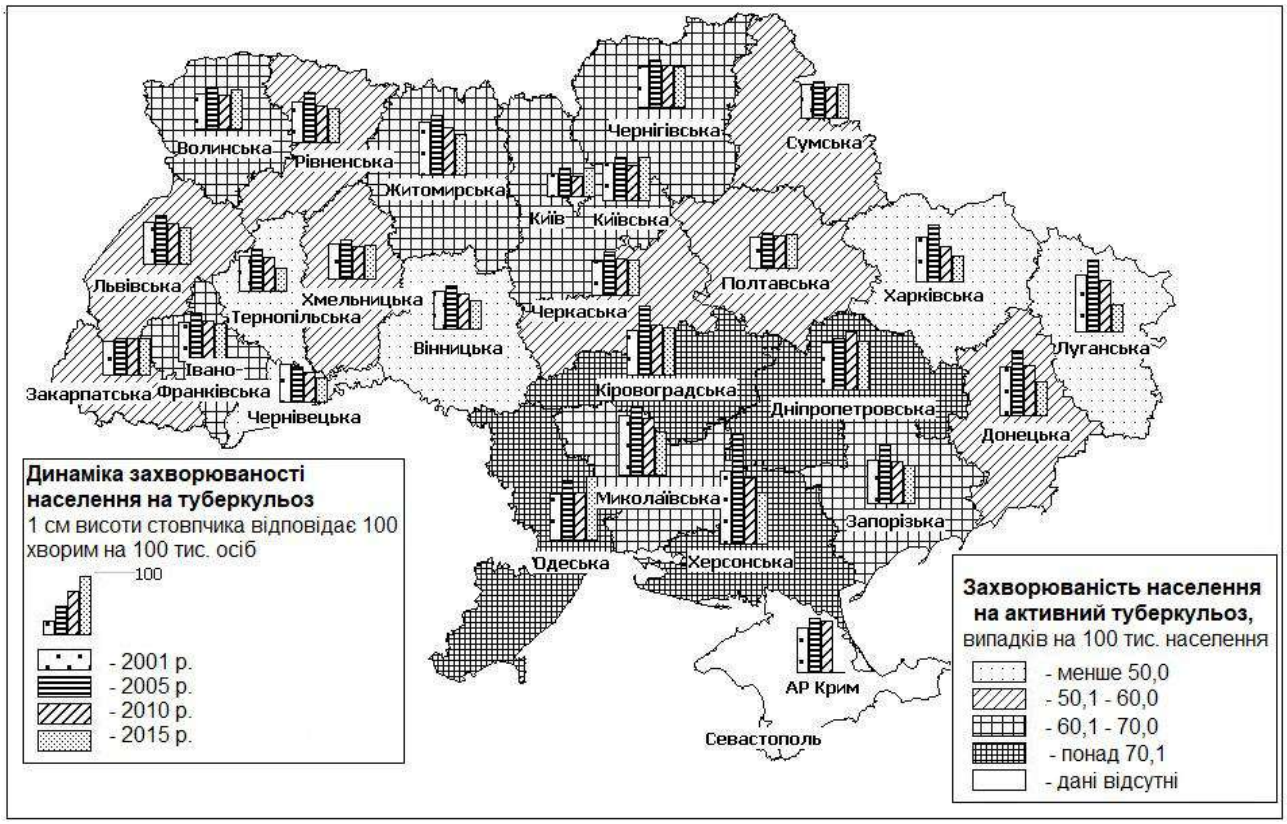

Рис. 15.1. Регіональні відміни та динаміка захворюваності населення України на всі форми активного туберкульозу

У 2015 році захворюваність сільського населення України на активний туберкульоз була на 35% вищою, ніж міського. Захворюваність населення на всі форми активного туберкульозу серед міських жителів скорочується, тоді як у сільській місцевості даний показник характеризується стрибкоподібною динамікою зі зростанням. Максимальні показники захворюваності серед міського населення характерні для Одеської та Херсонської областей, а мінімальні – для Тернопільської та Вінницької. В Одеській, Кіровоградській та

Чернігівській областях показники захворюваності сільського населення на туберкульоз є найвищими, а Тернопільській та Чернівецькій – найнижчими.

Серед хворих на туберкульоз 77% складають особи працездатного віку Соціальна структура хворих на активний туберкульоз з вперше встановленим діагнозом у 2015 році була такою: найбільшу частку складали непрацюючі особи працездатного віку (58%), на другому місці знаходились пенсіонери (12%), особи без постійного місця проживання, які вперше захворіли на активний туберкульоз, складали 2,5%, а особи, які повернулися з місць позбавлення волі – 1% [4].

Найвища частка безробітних працездатного віку, в яких діагностували активний туберкульоз проживає у Херсонській (70%), Одеській (67%), Миколаївській (67%) та Кіровоградській областях (65%). Найменший відсоток хворих на туберкульоз серед безробітних у Києві (менше 50%). Щодо категорії пенсіонерів, то найвища їх частка з вперше встановленим діагнозом активний туберкульоз проживає у Івано-Франківській, Хмельницькій та Чернігівській областях (понад 20%). На території Вінницької Сумської, Тернопільської, Чернігівської областей у 2015 році серед хворих, кому було діагностовано туберкульоз, осіб з місць позбавлення волі не було. Тоді як у Донецькій області та м. Києві даний показник був найвищим – понад 2%.

У 2015 році показник поширення всіх форм активного туберкульозу серед населення України складав 85 хворих на 100 тис. населення. З 2001 до 2015 року рівень поширення туберкульозу серед населення скоротився втричі. Територіальний розподіл хворих на туберкульоз у 2015 році свідчить про високі показники поширення захворюваності у Одеській, Миколаївській, Херсонській та Дніпропетровській областях (понад 120 випадків на 100 тис. населення). Найнижчі показники поширення хвороби у Тернопільській області (менше 60 випадків). Максимальне значення показника поширення активного туберкульозу в 2,5 рази переважало над мінімальним.

В Україні достатньо високою є захворюваність дітей на всі форми активного туберкульозу – 8,5 випадків захворюваності на 100 тис. дітей. З 2001 року до 2010 року рівень захворюваності дітей на всі форми активного туберкульозу знизився на 10%, а з 2010 року по 2015 рік зріс на 9%. Критична ситуація склалася в Житомирській області, де

показник зріс в 3,5 рази, та в Чернігівській, Хмельницькій, Полтавській і Київській областях, де він зріс вдвічі.

Територіальні відміни захворюваності дітей на туберкульоз та її динаміки відображені на *рис. 15.2*. Критична ситуація із захворюваністю характерна для Дніпропетровської, Житомирської, Луганської та Херсонської областей (понад 13 випадків на 100 тис. дітей). Мінімальне значення захворюваності дітей на активний туберкульоз у Полтавській області (4 випадки).

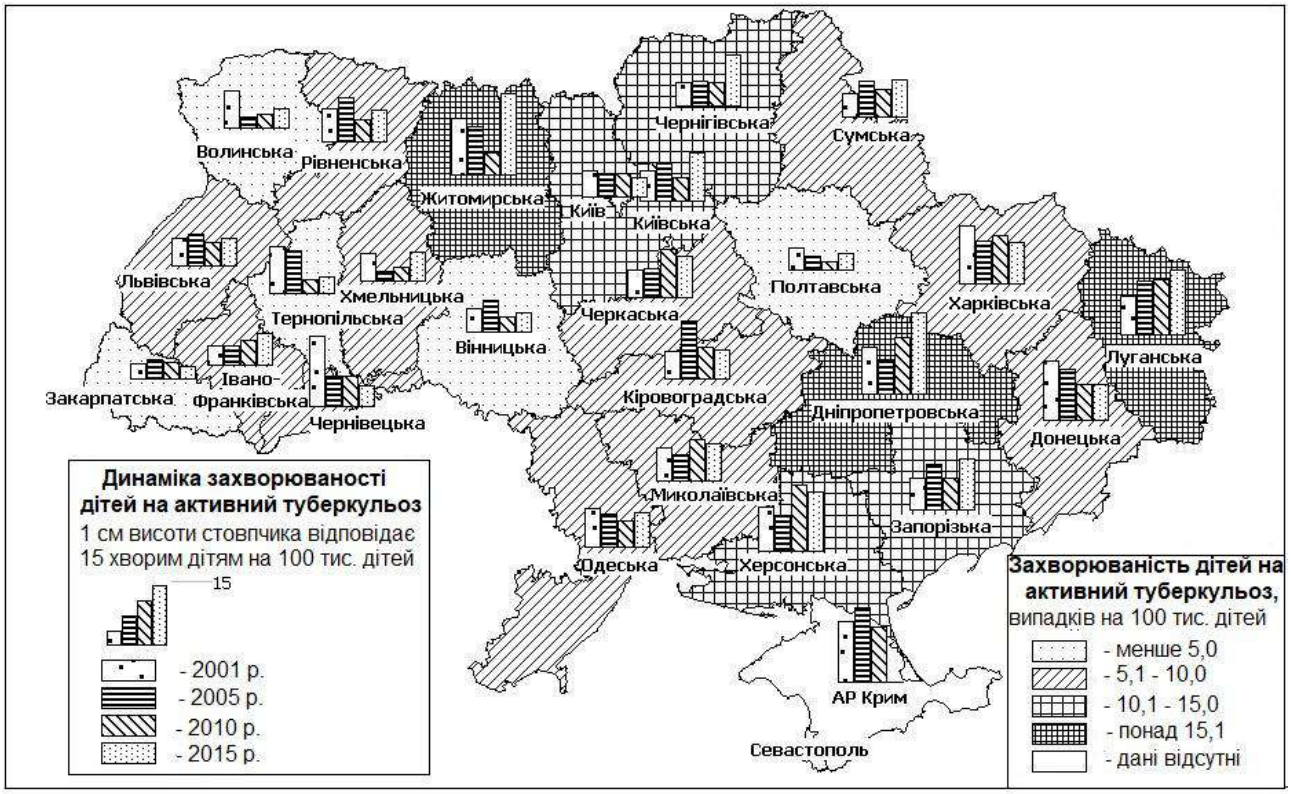

Рис. 15.2. Регіональні відміни та динаміка захворюваності дітей в Україні на всі форми активного туберкульозу

Одним із показників, який визначає ефективність лікування хворих на всі форми активного туберкульозу, є показник первинної інвалідності внаслідок зазначеної хвороби. У Херсонській області показник первинної інвалідності внаслідок захворюваності населення на туберкульоз серед працездатного населення в 9 разів вищий, ніж у Луганській та Харківській областях, де даний показник є найнижчим по країні.

Епідеміологічну ситуацію з туберкульозом характеризує показник смертності від даного захворювання. За період 2008-2015 років рівень смертності населення від туберкульозу зменшився у 2 рази і складав 10,8 випадків смертей на 100 тис. населення. Найвищі показники смертності населення від туберкульозу характерні для Херсонської, Луганської, Дніпропетровської, Донецької та Кіровоградської областей, де спостерігається і найвищий рівень захворюваності, а найнижчі – для м. Києва, Тернопільської, Хмельницької та Рівненської областей.

16. Захворюваність населення на ВІЛ/СНІД

Найгострішою глобальною не лише медичною, а соціальною проблемою сучасності, є проблема поширення ВІЛ/СНІДу. За інформацією ВООЗ у світі близько 35 млн. осіб живе з ВІЛ-інфекцією, майже 2,5 млн. осіб щороку помирає від СНІДу [10].

У 2015 році захворюваність населення України на ВІЛ-інфекцію складала 37 хворих на 100 тис. населення. Впродовж 2001-2015 років показник захворюваності населення України на ВІЛ-інфекцію зріс в 2,6 рази. Майже 68% ВІЛ-інфікованих в Україні складає населення віком 25-49 років, тобто особи працездатного віку. Негативна динаміка захворюваності на ВІЛ-інфекцію пояснюється низьким рівнем проведення діагностики, поширенням певного способу життя. Основними шляхами передачі ВІЛ-інфекції в Україні є інфікування статевим шляхом (54%), парентерально (в основному при введенні ін'єкційних наркотиків) (38%) та шляхом від матері до дитини (7%) [7].

Регіональна диференціація захворювання зумовлена, насамперед, поширенням соціальних негараздів у суспільстві, певного стилю життя.

За показником захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію можна виділити чотири групи регіонів (*рис. 16.1*):

– з найнижчим рівнем захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію (менше 20 хворих на 100 тис. населення): Закарпатська, Чернівецька, Тернопільська, Івано-Франківська, Хмельницька, Львівська, Вінницька, Харківська області;

– з нижчим за середній рівнем захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію (20-37 хворих на 100 тис. населення): Сумська, Рівненська, Волинська, Полтавська, Запорізька та Житомирська області;

– з вищим за середній рівнем захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію (37-60 хворих на 100 тис. населення): Черкаська, Чернігівська, Херсонська, Кіровоградська, Київська області та м. Київ;

– з високим рівнем захворюваності населення на ВІЛ-інфекцію (понад 60 хворих на 100 тис. населення): Миколаївська Дніпропетровська, Одеська області.

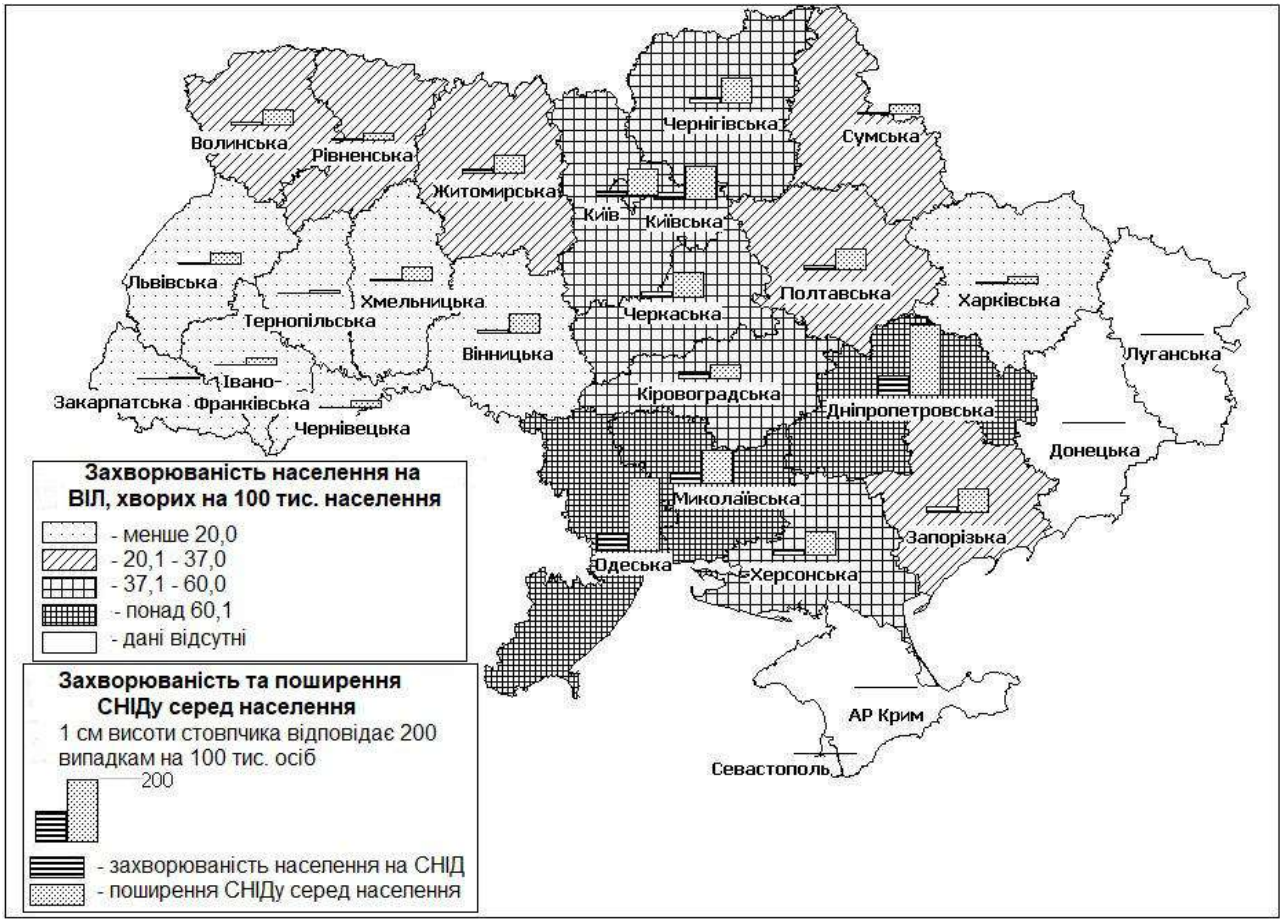

Рис. 16.1. Регіональні відміни захворюваності населення України на ВІЛ та СНІД

Поширеність ВІЛ-інфекції серед населення України у 2015 році складала 298 хворих на 100 тис. населення, і була у 4 рази більшою, ніж у 2001 році. Найвищі показники поширення ВІЛ-інфекції характерні для тих самих трьох областей, де найвищий рівень захворюваності – Одеської, Дніпропетровської та Миколаївської (понад 500

хворих на 100 тис. населення). Стрімке поширення ВІЛ-інфекції серед населення у 2001-2015 роках спостерігалось у Рівненській, Кіровоградській, Київській, Львівській та Чернігівській областях.

У 2015 році показник захворюваності дітей віком від 0-14 років на ВІЛ-інфекцію складав 46 хворих дітей на 100 тис. дітей. Поширеність ВІЛ-інфекції серед дітей була на рівні 127 хворих на 100 тис. дітей і змінювалась від 18 хворих на 100 тис. дітей в Закарпатській області до 400 хворих на 100 тис. дітей в Одеській.

У 2015 році серед ВІЛ-інфікованих 20 хворим на 100 тис. населення було встановлено діагноз СНІД. За період 2001-2015 років даний показник зріс більше як у 13 разів. Найвищі показники захворюваності населення України на СНІД характерні для Дніпропетровської та Одеської областей (понад 50 хворих на 100 тис. населення), а найнижчі – для Тернопільської та Закарпатської (менше 5 хворих на 100 тис. населення).

Показник смертності населення від СНІДу складає 7 померлих на 100 тис. населення. Темп зниження середнього показника смертності у 2015 році склав 11%, проте зростання смертності від СНІДу було зареєстроване у 13 регіонах. Стабільно найвищі показники смертності реєструються у Дніпропетровській, Одеській, Миколаївській та Кіровоградській областях (*рис. 16.2*) [10].

17. Захворюваність населення на інфекційні хвороби

Окрему групу захворювань, які спричиняються живими збудниками, мають здатність передаватися від хворої до здорової людини, викликаючи епідемії, формують інфекційні хвороби.

У 2015 році захворюваність населення України на інфекційні та паразитарні хвороби складала 2,2 тис. хворих на 100 тис. населення. За період 2000-2010 років даний показник зріс на 6%, а у 2010-2015 роках скоротився і досягнув рівня початку 1990-х років. Поширення інфекційних та паразитарних хвороб серед населення у 2010-2015

роках скоротилося на 20%, і складало 3,4 тис. хворих на 100 тис. населення.

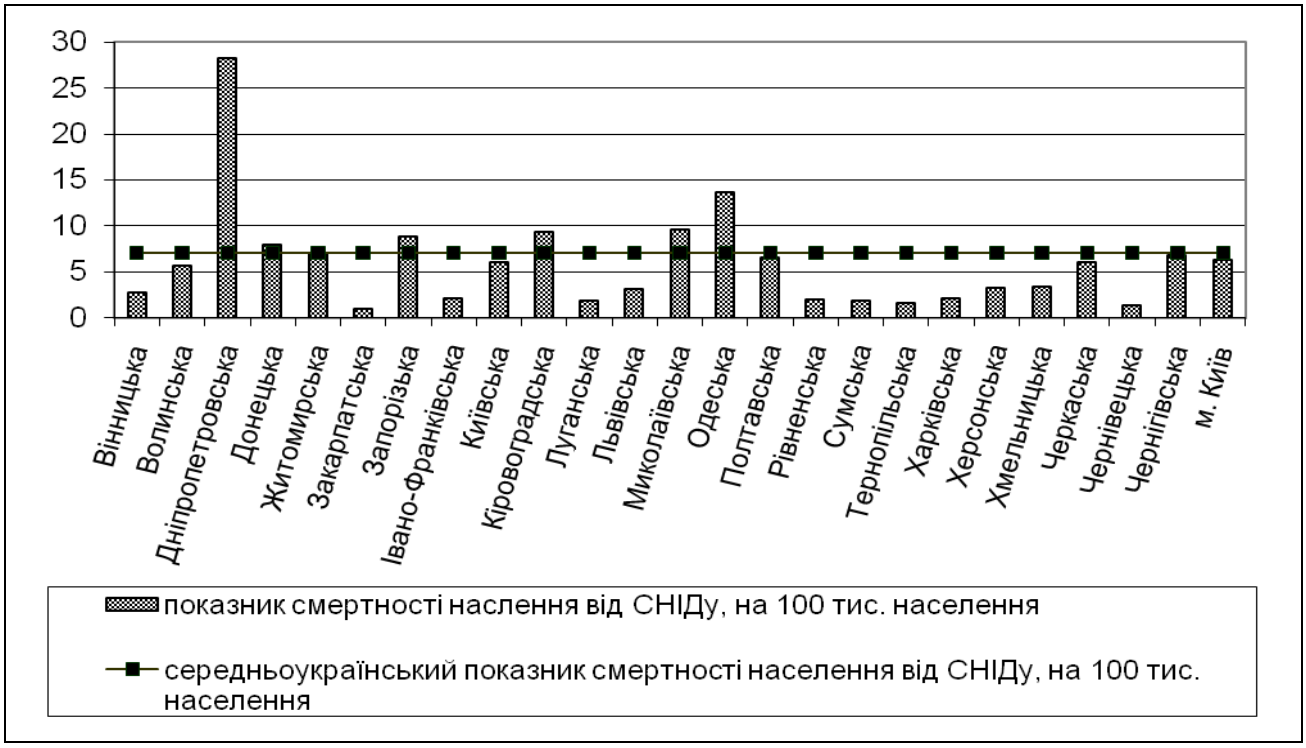

Рис. 16.2. Регіональний розподіл показника смертності населення України від СНІДу у 2015 році

У віковою структурою 50% хворих становить працездатне населення, третину – діти віком до 14 років. Жінки переважають серед хворих на інфекційні та паразитарні захворювання.

Рівень захворюваності населення України на інфекційні хвороби у міських поселеннях майже вдвічі вищий, ніж у сільській місцевості. У регіональному розподілі максимальні значення показника захворюваності характерні для Дніпропетровської, Одеської, Івано-Франківської та Миколаївської областей (понад 2,7 тис. хворих на 100 тис. населення), а мінімальні – Закарпатської, Вінницької, Сумської та Тернопільської областей (менше 2 тис. хворих). Регіональна диференціація та динаміка захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби показані на *рис. 17.1*.

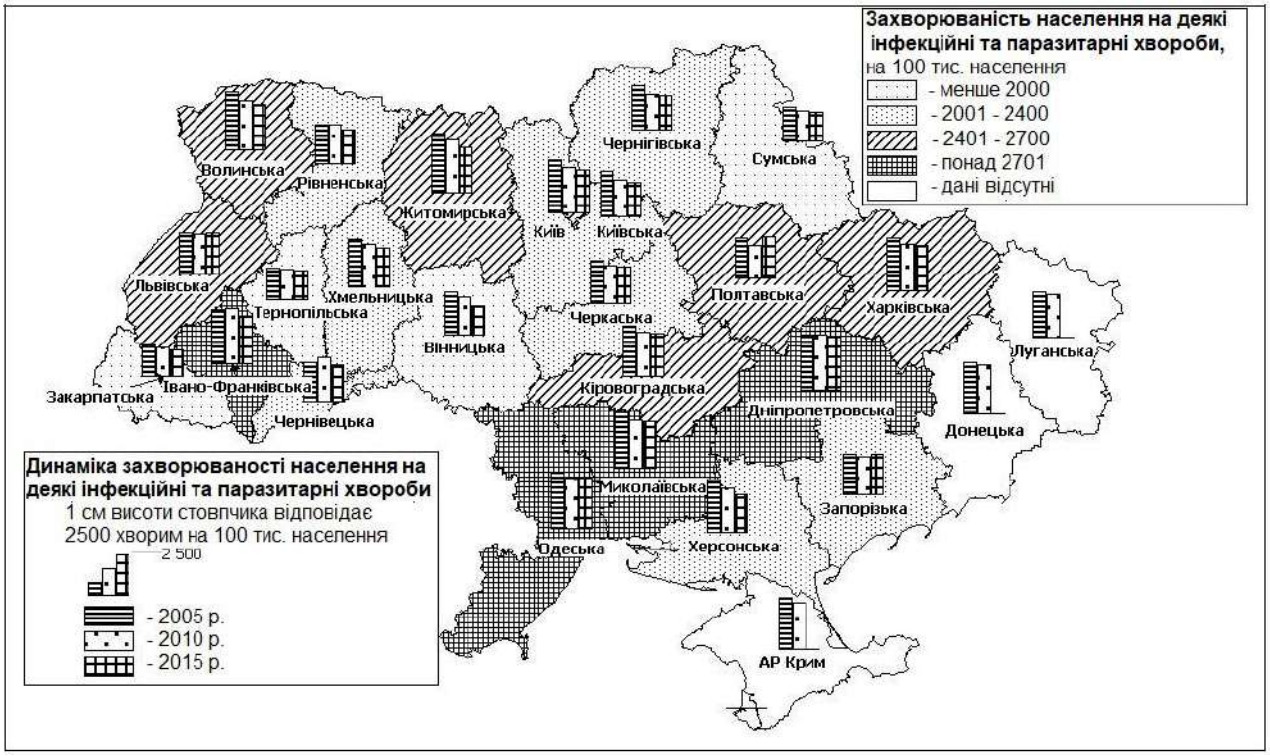

Рис. 17.1. Регіональні відміни та динаміка захворюваності населення на інфекційні та паразитарні хвороби

Структура захворюваності на окремі інфекційні хвороби серед населення загалом та серед дітей є аналогічною з незначною різницею відсотків. Найвищу частку мають грип та гострі інфекції верхніх дихальних шляхів, наступну позицію займає вітряна віспа, третю позицію – гострі кишкові інфекції.

В Україні відсутні законодавчо зобов'язуючі норми щеплення населення. Медики мають можливість лише пропагувати його переваги, а остаточне рішення приймає пацієнт чи відповідальні за нього родичі. Тому питання вакцинації дітей та немовлят стало доволі гострою проблемою. У 2015 році питома вага щеплених дітей проти кору, епідеміологічного паротиту та краснухи зросла та складала 72% (для дітей до двох років) від загальної кількості, проти поліомієліту (для дітей до одного року) – 68%, проти гемофільної інфекції – 48%, проти туберкульозу – 45%. Досить низькі показники вакцинації дітей пояснюються відсутністю повної та кваліфікаційної інформації у роз'ясненні можливих наслідків відмови від щеплень, недотримання рекомендованого календаря вакцинації, подекуди і нерегулярними поставками вакцини.

18. Репродуктивне здоров'я населення

У 2004 році на сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я була прийнята Перша глобальна стартегія ВООЗ у сфері репродуктивного здоров'я, яка передбачала такі основні аспекти: поліпшення допологової, перинатальної, післяпологової допомоги та допомоги новонародженим; надання високоякісних послуг у сфері планування сім'ї (включаючи проблеми пов'язані з безпліддям); ліквідацію небезпечних абортів; боротьбу з інфекціями, що передаються статевим шляхом.

В українському суспільстві набула поширення малодітність (найпоширенішим типом домогосподарст є однодітні сім'ї). Також відбулися зсуви у віковій структурі матерів – переміщення піку народжуваності з вікової групи 20-24 років у групу 25-29 років, а також зростання рівня народжуваності серед жінок середнього та старшого репродуктивного віку. Тобто в Україні має місце процес «постаріння» материнства. Якщо у 1990-х роках середній вік матері на момент народження дитини складав 24,5 років, то нині він складає понад 27 років.

Стан здоров'я дітей визначатиме стан здоров'я населення в майбутньому. У 2015 році структура захворюваності дітей віком 0-14 років в Україні була такою: майже 69% хвороб дітей складали хвороби органів дихання, майже 5% – хвороби шкіри, 3,7% – окремі інфекційні та паразитарні хвороби. Найвища захворюваність дітей на хвороби органів дихання у м. Київ, Чернігівській, Київській, Запорізій, Львівській, Івано-Франківській, Черкаській, Дніпропетровській та Житомирській областях. Проблемою є високий рівень поширення серед дітей ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обмінних речовин, хвороб системи кровообігу, тому що вони впливають на формування репродуктивної функції.

У 2010-2015 роках рівень захворюваності дітей віком від 0-14 років зменшився на 15%. У Закарпатській, Сумській, Чернівецькій та Херсонській областях захворюваність дітей є найнижчою (менше 120 тис. хворих дітей на 100 тис. дітей).

З 2009 по 2015 роки в Україні спостерігається позитивна тенденція до зниження частки вперше виявлених ВІЛ-позитивних вагітних за результатами первинного тестування – з 0,55% у 2009 році до 0,33% у 2015 році. Найвищим показник був у Донецькій (0,9%), Одеській (0,7%), Чернігівській (0,7%), Дніпропетровській (0,6%) областях та м. Київ (0,5%), а найнижчим – в ряді західних регіонів (Закарпатській, Чернівецькій, Тернопільській, Івано-Франківській областях) [7].

На репродуктивне здоров'я жінки впливають запальні захворювання жіночих статевих органів, виступаючи чинниками підвищення ризику позаматкової вагітності, безпліддя, виникнення новоутворень. За даними Національного інституту раку при високих рівнях захворюваності жіночого населення на злоякісні новоутворення жіночих статевих органів та молочних залоз сформувалася тенденція до поступового скорочення їх рівня. Регіональні диспропорції у рівнях захворюваності жінок на злоякісні новоутворення є такими: рівень захворюваності на рак молочних залоз коливався від 45 випадків захворювань на 100 тис. жінок у Івано-Франківській області до 92 випадків –у м. Києві, рак тіла матки – від 21 випадку у Закарпатській області до 48 випадків – у Кіровоградській області, рак яєчників – від 11 випадків у Івано-Франківській області до 22 випадків у Кіровоградській області, рак шийки матки – від 15 випадків у Чернівецькій області до 25 випадків у Кіровоградській та Житомирській областях.

Позитивним є те, що у шести областях України (Одеській, Чернівецькій, Вінницькій, Волинській, Львівській та Миколаївській) у 2001-2015 роках відбулося скорочення показника захворюваності жінок на рак шийки матки. Однак у Кіровоградській, Сумській, Житомирській, Івано-Франківській, Тернопільській, Полтавській та Хмельницькій областях цей показник захворюваності зріс більше як на 30%. При чому у Кіровоградській області більше ніж удвічі.

Однією з основних загроз формування репродуктивного здоров'я є спонтанне переривання вагітності (аборти), що негативно впливає на фертильність жінки, перебіг наступних вагітностей та пологів. Світова статистика співвідношення абортів до живонароджених складає 1:7. У 2001 році в Україні частота абортів перевищувала частоту пологів, а у 2015 році дане співвідношення складало 1:4. Регіональний розподіл

показника змінюється від 4,7 абортів на тис. жінок фертильного віку у Тернопільській області до 15,9 – у Вінницькій області.

Одним з інтегральних показників аналізу репродуктивного здоров'я є безпліддя. Рівень безпліддя в Україні має статеві відміни: для жінок він складає 3,9-4,0 на тис. жінок фертильного віку, для чоловіків – 0,9-0,95 на тис. чоловіків відповідного віку. Показник безпліддя жінок у регіональному вимірі змінюється від 2 на тис. жінок фертильного віку у Рівненській області до 21 – у Запорізькій області, чоловіків – від 0,01 у Чернівецькій області до 15,5 у Запорізькій області [9].

Понад 30% перинатальної патології чи смертності в Україні пов'язані з передчасними пологами. Частота не виношування вагітності складає 5,7 на тис. вагітностей. Максимальні показники не виношування характерні для Дніпропетровської, Полтавської та Чернігівської областей (понад 7,5 випадків на тис. вагітностей), а мінімальні – для Львівської, Івано-Франківської, Хмельницької, Одеської областей та м. Києва (менше 4,0).

У 2015 році показник вроджених вад розвитку серед дітей складав 644 випадки на 100 тис. дітей віком до 14 років. Максимальні значення показника були в м. Київ, Кіровоградській та Харківській областях (понад 1000 випадків на 100 тис. дітей), а мінімальні – в Полтавській та Чернівецькій областях (менше 400 випадків).

Показник перинатальної смертності (смертність плоду чи новонародженого у період від 22-го тижня вагітності до 7 діб після народження) за період з 2000 до 2015 років скоротився з 10 випадків смертей на тис. народжених живими та мертвими до 8,9. Високі показники перинатальних втрат – понад 10 випадків смертей – характерні для Донецької, Чернігівської, Кіровоградської, Харківської, Дніпропетровської, Запорізької, Львівської та Херсонської областей.

В Україні сформувалася позитивна тенденція показника дитячої смертності до 1 року життя, який за 15 років скоротився на 30%. Найвищі показники дитячої смертності мають Закарпатська, Харківська, Луганська та Кіровоградська області, а найнижчі – Київська, Полтавська, Волинська та Івано-Франківська.

Важливим показником при аналізі репродуктивного здоров'я населення є показник материнської смертності. Найнижчий його рівень у м. Києві, Харківській, Чернігівській та Луганській областях.

У результаті комплексної оцінки рівня народжуваності, перинатальної смертності, вроджених вад розвитку серед дитячого населення, захворюваності жіночого населення на рак шийки матки, ВІЛ-інфекції, частоти абортів в регіонах України у 2015 році виділено п'ять груп регіонів за репродуктивним потенціалом (рис. 18.1). У межах Дніпропетровської та Кіровоградської областей існують потенційні загрози репродукції населення. У межах Чернівецької, Івано-Франківської, Волинської, Львівської, Тернопільської та Закарпатської областей найсприятливіший репродуктивний потенціал.

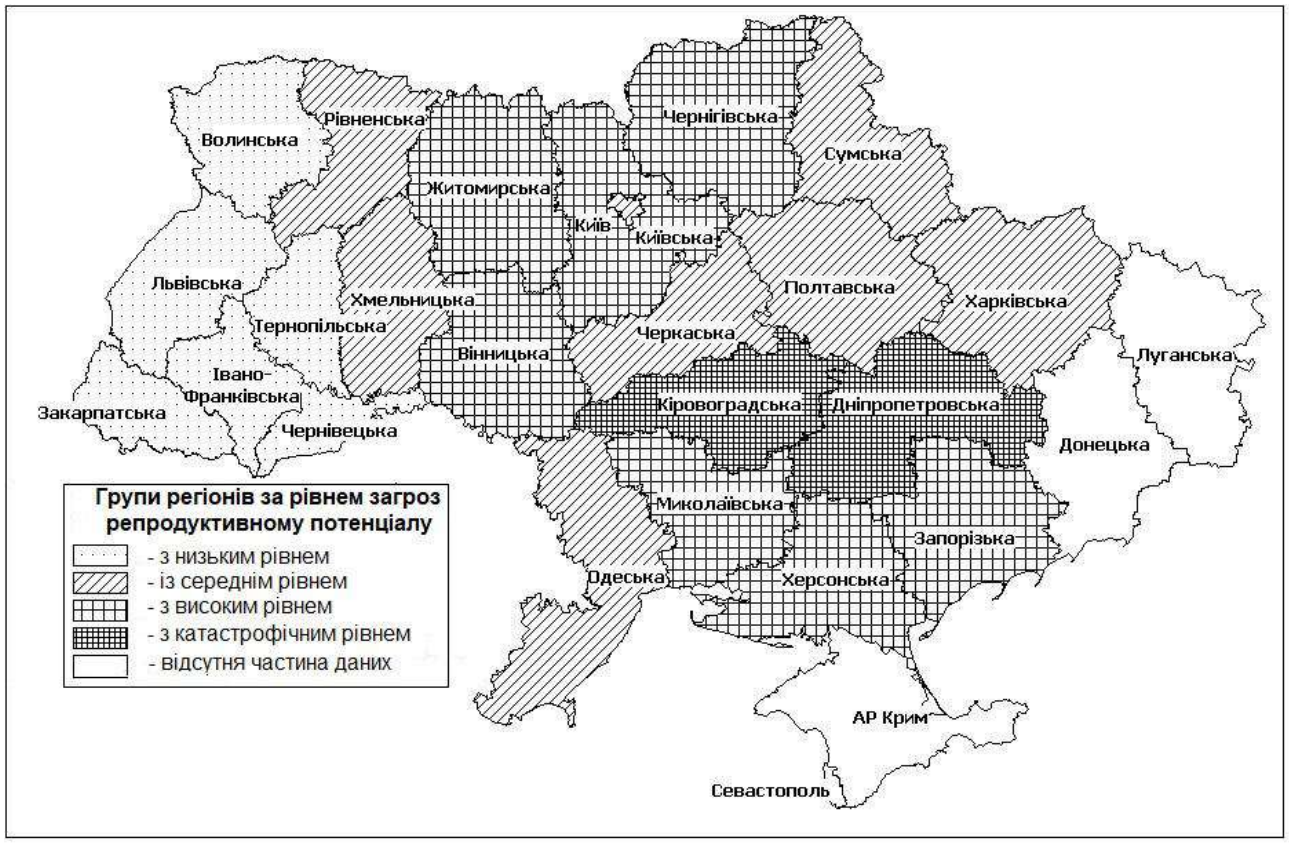

Рис. 18.1. Регіональні відміни за рівнем загроз репродуктивному потенціалу України у 2015 році

1. Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» від 5.07.2001 р. №2586-III : Офіційний сайт Верховної Ради України [електронний ресурс] – режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2586-14.

2. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» від 23.12.2009 р. №1794-VI : Офіційний сайт Верховної Ради України [електронний ресурс] – режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1794-17.

3. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки» від 16.10.2012 р. №5451-VI : Офіційний сайт Верховної Ради України [електронний ресурс] – режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5451-17.

4. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» / За ред. О. К. Толстанової. – К.: МОЗ України, 2016. – 37 с.

5. База даних «Здоров'я для всіх. Україна» : Офіційний сайт Центру медичної статистики МОЗ України [електронний ресурс] – режим доступу: http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203

6. Бюлетень національного канцер-реєстру України №18 «Рак в Україні, 2015-2016: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби» / За ред. О. О. Колеснік. – К. : Національний інститут раку, 2017. – 110 с.

7. Інформаційний бюлетень № 44 «ВІЛ-інфекція в Україні» / Автор. колектив ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л.В. Громашевського НАМН України». – К., 2016. – 37 с.

8. Статистичний щорічник України за 2015 рік / За ред. І. М. Жук. – К.: Державна служба статистики України, 2016. - 575 с.

9. Статистичний бюлетень «Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2015 році» / Від. за вип. О. О. Кармазіна. – К.: Державна служба статистики України, 2016. – 92 с.

10. 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. – К.: МОЗ України, 2016. – 452 с.

Частина 5
ДИНАМІКА ТА ПРОСТОРОВІ ПАТТЕРНИ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

19. Динаміка захворюваності населення регіонів України
20. Групування регіонів України за захворюваністю населення
21. Типізація регіонів України за поширенням хвороб та рівнем захворюваності населення
22. Порівняльна характеристика захворюваності населення України та країн Європи

19. Аналіз динаміки захворюваності населення

Аналіз динаміка захворюваності населення на різні види хвороб дає можливість виділити сучасні тенденції їх поширення, визначити регіональні відміни, що є важливим для здійснення типізації регіонів за захворюваністю населення.

У період 2001-2015 років динаміка поширення серцево-судинних хвороб серед населення в регіонах України мала дві основні тенденції: стабільне поступове зростання та стрибкоподібну тенденцію із зростанням показника в останні роки порівняно з початковим. Максимальні темпи зростання захворюваності характерні для Херсонської (71%), Житомирської (67%) та Чернігівської (62%) областей, а мінімальні – для Київської (18%) та Луганської (15%) областей.

На *рис. 19.1* відображені різні варіанти динаміки поширення серцево-судинних захворювань серед населення: із стрибкоподібною динамікою зростання захворюваності у Київській області; із стрибкоподібною динамікою значного зростанням захворюваності у Вінницькій та Дніпропетровській областях; із стабільним дуже значним зростанням захворюваності у Херсонській області.

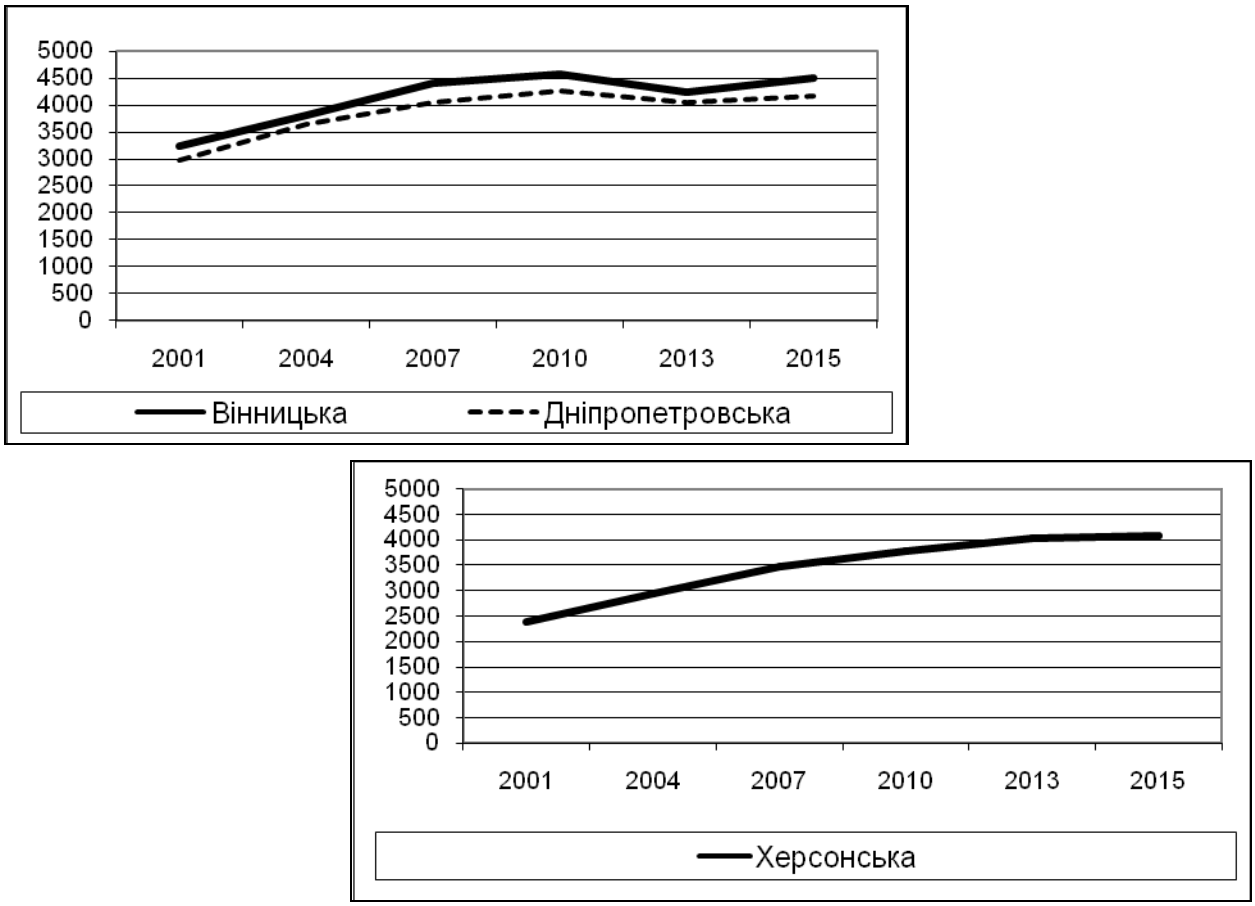

Рис. 19.1. Динаміка поширення серцево-судинних захворювань в окремих регіонах України

За різними варіантами динаміки поширення серцево-судинних захворювань виділено п'ять груп регіонів України (*табл. 19.1*).

Динаміка поширення злоякісних новоутворень серед населення у 2001-2015 роках мала тенденцію до стабільного поступового зростання в усіх регіонах України за винятком Полтавської, Донецької та Одеської областей, де показник характеризувався стрибкоподібною динамікою зі зростанням. Максимальне зростання показника за весь період характерне для Кіровоградської (79%) та Харківської (77%) областей, а мінімальне – для Полтавської області (32%).

Таблиця 19.1. Групи регіонів України за динамікою поширення серцево-судинних захворювань у 2001-2015 рр.

Тенденції динаміки	Регіони
Із стабільним дуже значним зростанням	Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Миколаївська, Херсонська та Харківська області
Із стабільним значним зростанням	Волинська, Запорізька, Львівська, Сумська, Тернопільська, Хмельницька та Черкаська області
Стрибкоподібна динаміка із дуже значним зростанням	Одеська та Чернігівська області
Стрибкоподібна динаміка із значним зростанням	Вінницька, Дніпропетровська, Рівненська та Чернівецька області
Стрибкоподібна динаміка із зростанням	М. Київ, Київська, Донецька, Луганська та Полтавська області

На *рис. 19.2* показано різні варіанти динаміки поширення злоякісних новоутворень серед населення: із стабільним дуже значним зростанням у Закарпатській, Кіровоградській областях та м. Київ; із стрибкоподібною динамікою зі значним зростанням у Полтавській та Донецькій областях.

За різними варіантами динаміки поширення злоякісних новоутворень виділено 5 груп регіонів України (*табл. 19.2*).

У період 2001-2015 років поширення всіх форм туберкульозу мало тенденцію до скорочення. Максимальне скорочення показника було характерне для Харківської та Івано-Франківської (по 76%) та Тернопільської (76%) областей.

На *рис. 19.3* зображені різні варіанти динаміки поширення всіх форм туберкульозу серед населення у 2001-2015 роках: із стабільним дуже значним скороченням у Харківській та Івано-Франківській областях; стрибкоподібна тенденція із скороченням у Закарпатській області.

За динамікою показника поширення всіх форм туберкульозу серед населення виділені чотири групи регіонів України (*табл. 19.3*).

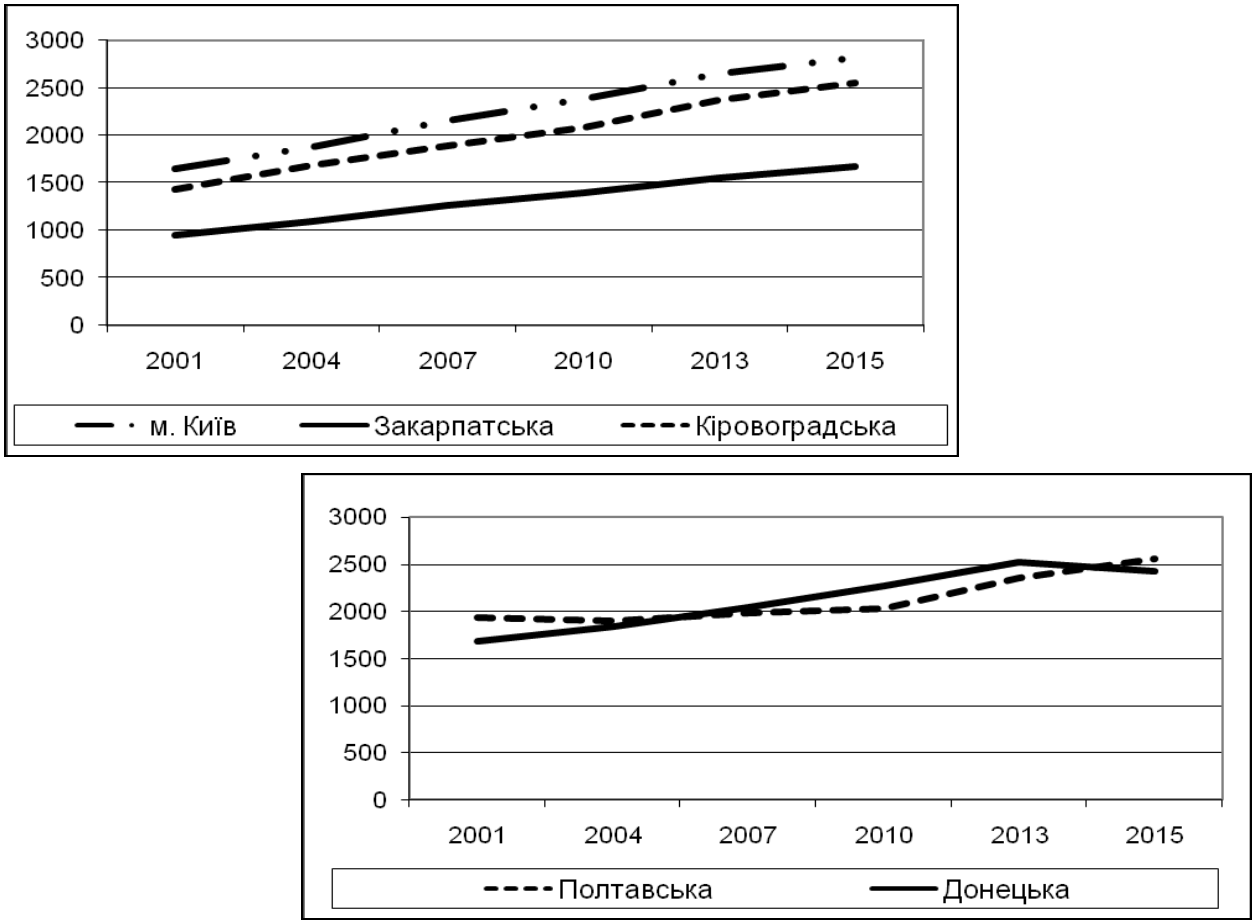

Рис. 19.2. Динаміка поширення злоякісних новоутворень в окремих регіонах України

Таблиця 19.2. Групи регіонів України за динамікою поширення злоякісних новоутворень у 2001-2015 рр.

Тенденції динаміки	Регіони
Із стабільним дуже значним зростанням	Закарпатська, Кіровоградська, Львівська, Харківська області та м. Київ
Із стабільним значним зростанням	Волинська, Дніпропетровська, Житомирська, Запорізька, Київська, Миколаївська, Рівненська, Сумська, Херсонська, Черкаська, Чернівецька та Чернігівська області
Із стабільним зростанням	Вінницька, Івано-Франківська, Луганська, Тернопільська, Хмельницька області
Стрибкоподібна динаміка із значним зростанням	Одеська область
Стрибкоподібна динаміка із зростанням	Полтавська та Донецька області

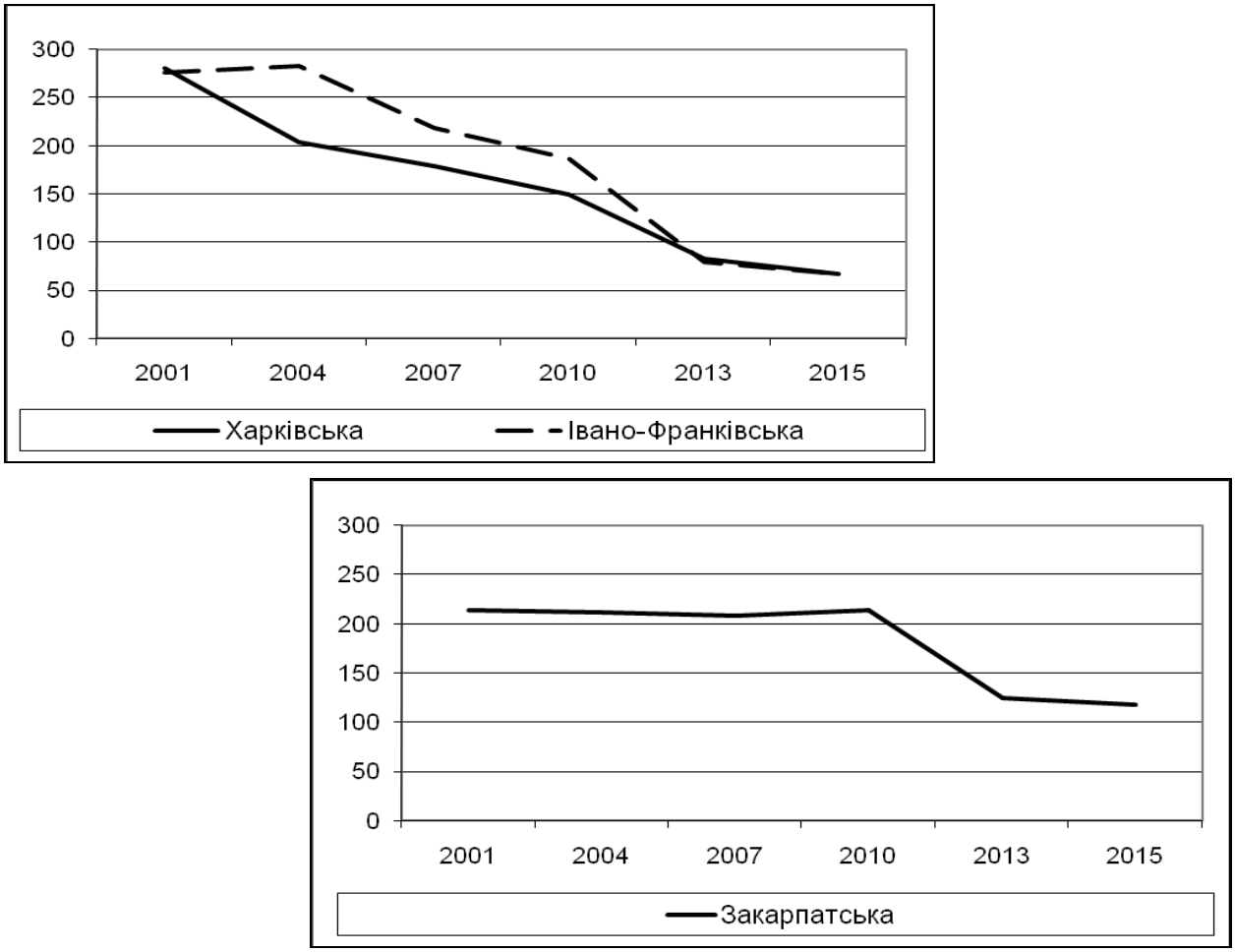

Рис. 19.3. Динаміка поширення всіх форм активного туберкульозу в окремих регіонах України

Таблиця 19.3. Групи регіонів України за динамікою поширення всіх форм активного туберкульозу у 2001-2015 рр.

Тенденції динаміки	Регіони
Із стабільним дуже значним скороченням	Вінницька, Донецька, Луганська, Івано-Франківська, Львівська, Тернопільська, Харківська та Хмельницька області
Із стабільним значним скороченням	Волинська, Дніпропетровська, Сумська, Чернівецька та Чернігівська області
Стрибкоподібна динаміка із значним скороченням	Житомирська, Запорізька, Київська, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Херсонська, Черкаська області та м. Київ
Стрибкоподібна динаміка із скороченням	Закарпатська область

Динаміка поширення ВІЛ-інфекції серед населення регіонів України у період 2001-2015 років характеризувалася зростанням показників захворюваності. На *рис. 19.4* відображено різні варіанти тенденцій динаміки показника: стрибкоподібна тенденція із значним зростанням у Закарпатській та Івано-Франківській областях; із стабільним дуже значним зростанням у Київській, Кіровоградській та Рівненській областях.

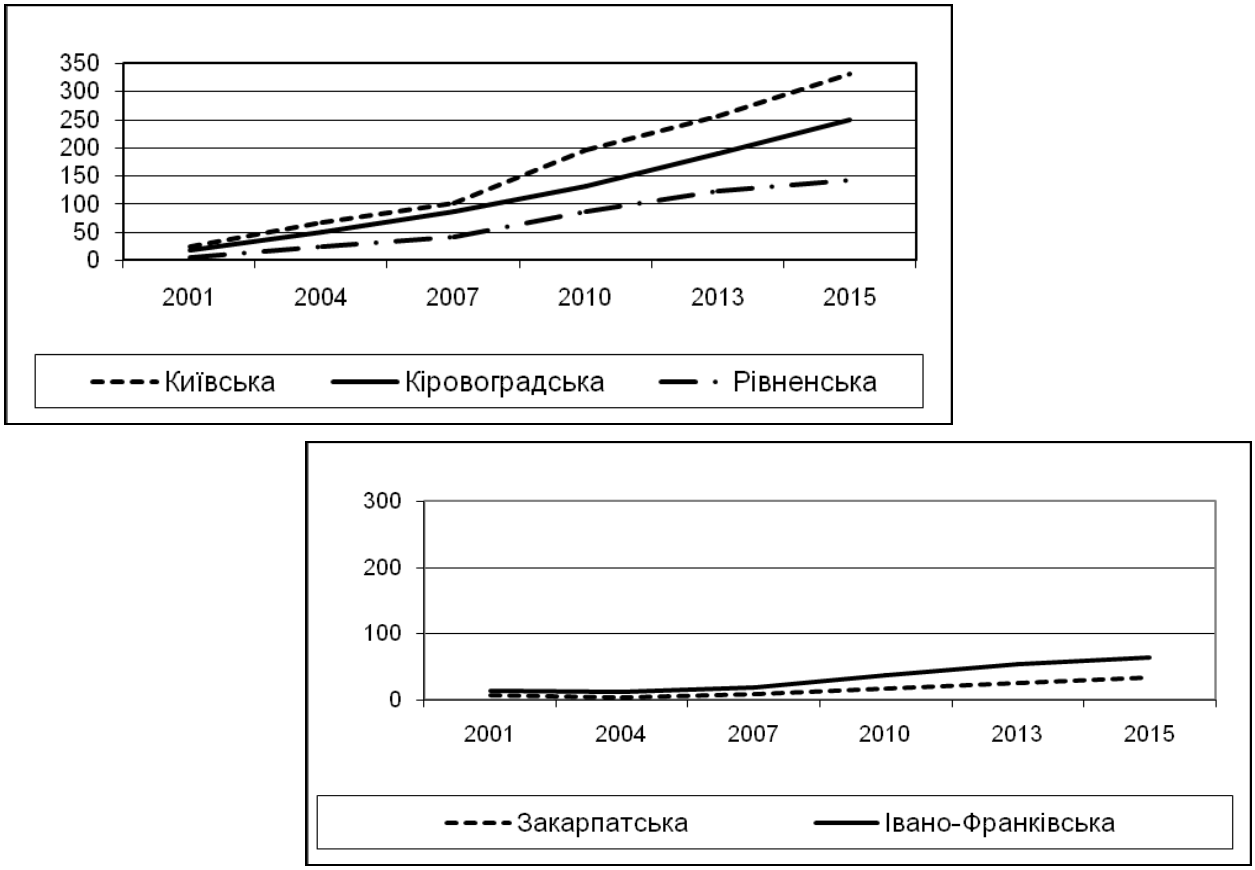

Рис. 19.4. Динаміка поширення ВІЛ-інфекції в окремих регіонах України

За динамікою показника поширення ВІЛ-інфекції серед населення у 2001-2015 роках виділені чотири групи регіонів України (*табл. 19.4*).

Динаміка показника поширення інфекційних та паразитарних хвороб у 2001-2015 роках в Україні мала тенденцію до скорочення зі стрибкоподібною динамікою за винятком регіонів, для яких характерне скорочення показника – Вінницької, Чернівецької, Сумської областей, та регіонів для яких характерне зростання зі стрибко-

подібною динамікою – АР Крим, Дніпропетровська і Харківська області. Максимальні темпи скорочення показника були в Луганській області (46%), а мінімальні – у Полтавській області (1,9%).

Таблиця 19.4. Групи регіонів України за динамікою поширення ВІЛ-інфекції у 2001-2015 рр.

Тенденції динаміки	Регіони
Стрибкоподібна динаміка із значним зростанням	Закарпатська, Івано-Франківська області
Із стабільним зростанням	Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Херсонська, Хмельницька, Черкаська та Чернівецька області
Із стабільним значним зростанням	Вінницька, Волинська, Житомирська, Луганська, Сумська, Тернопільська, Харківська області та м. Київ
Із стабільним дуже значним зростанням	Кіровоградська, Київська, Львівська, Рівненська та Чернігівська область

На *рис. 19.5* відображені кілька варіантів тенденцій динаміки поширення інфекційних та паразитарних хвороб у 2001-2015 роках: зі стабільним скороченням показника у Вінницькій, Сумській та Чернівецькій областях; зі стрибкоподібною динамікою зростання показника у Дніпропетровській та Харківській областях; зі стрибкоподібною динамікою скорочення показника у Волинській, Закарпатській та Чернігівській областях.

Виділені шість груп регіонів України за тенденціями динаміки захворюваності на інфекційні та паразитарні хвороби серед населення у 2001-2015 роках наведені в *табл. 19.5*.

Динаміка показника поширення хвороб органів дихання серед населення у період 2001-2015 років в регіонах України мала стрибкоподібну динаміку із тенденцією від зростання до скорочення показників та характеризувалася такими рисами (*рис. 19.6*): стрибкоподібна динаміка із скороченням (наприклад, у Донецькій та Луганській областях); стрибкоподібна динаміка із незначним скороченням; стрибкоподібна динаміка із незначним зростанням; стрибкоподібна динаміка із зростанням; стрибкоподібна динаміка із значним зростанням (наприклад, в Одеській та Житомирській областях).

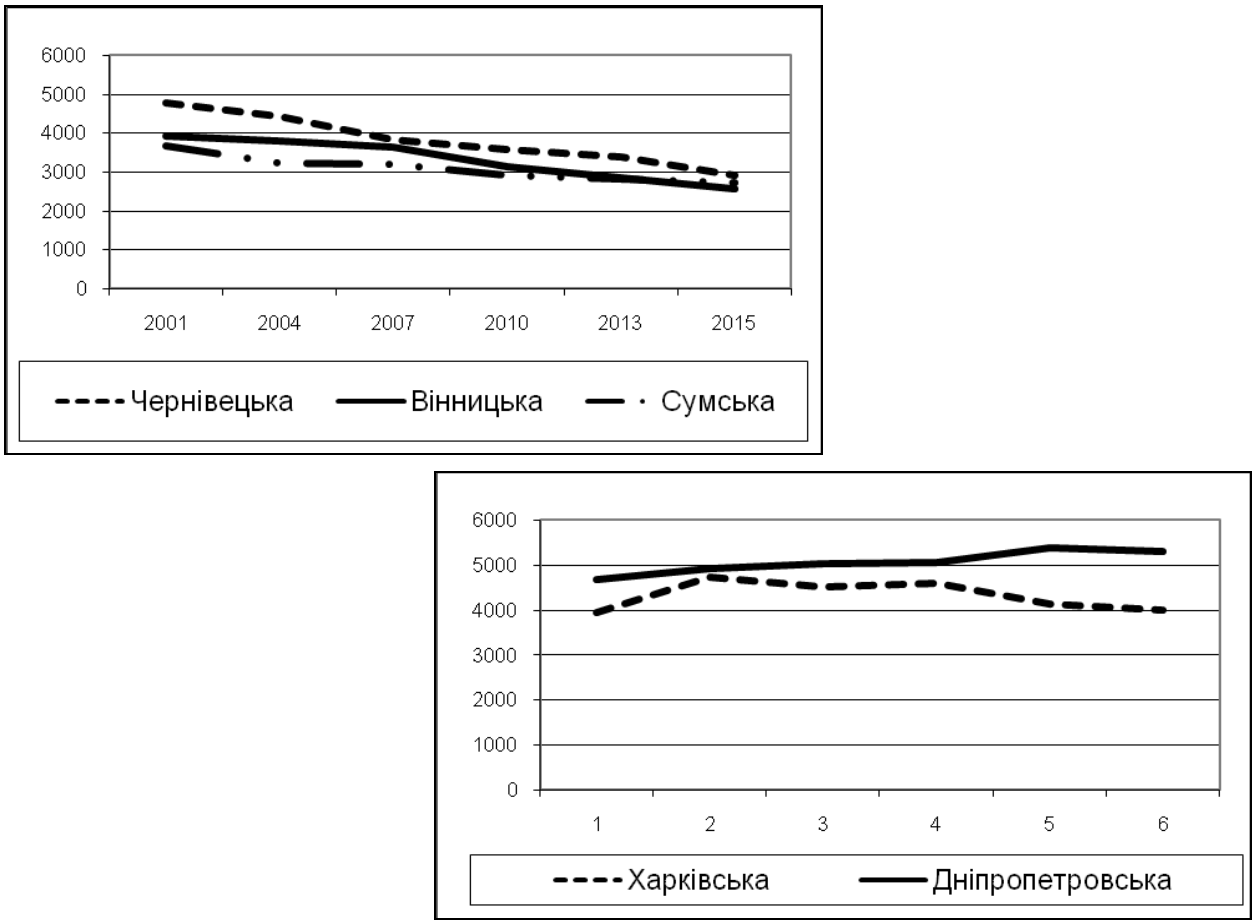

Рис. 19.5. Динаміка поширення інфекційних та паразитарних хвороб в окремих регіонах України

Таблиця 19.5. Групи регіонів України за динамікою поширення інфекційних та паразитарних хвороб у 2001-2015 рр.

Тенденції динаміки	Регіони
Із стабільним значним скороченням	Вінницька та Чернівецька області
Із стабільним скороченням	Сумська область
Стрибкоподібна динаміка з незначним скороченням	Запорізька, Київська, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Херсонська та Хмельницька області
Стрибкоподібна динаміка із скороченням	Волинська, Донецька, Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Черкаська, Чернігівська області та м. Київ
Стрибкоподібна динаміка із значним скороченням	Луганська та Тернопільська області
Стрибкоподібна динаміка із незначним зростанням	Дніпропетровська та Харківська області

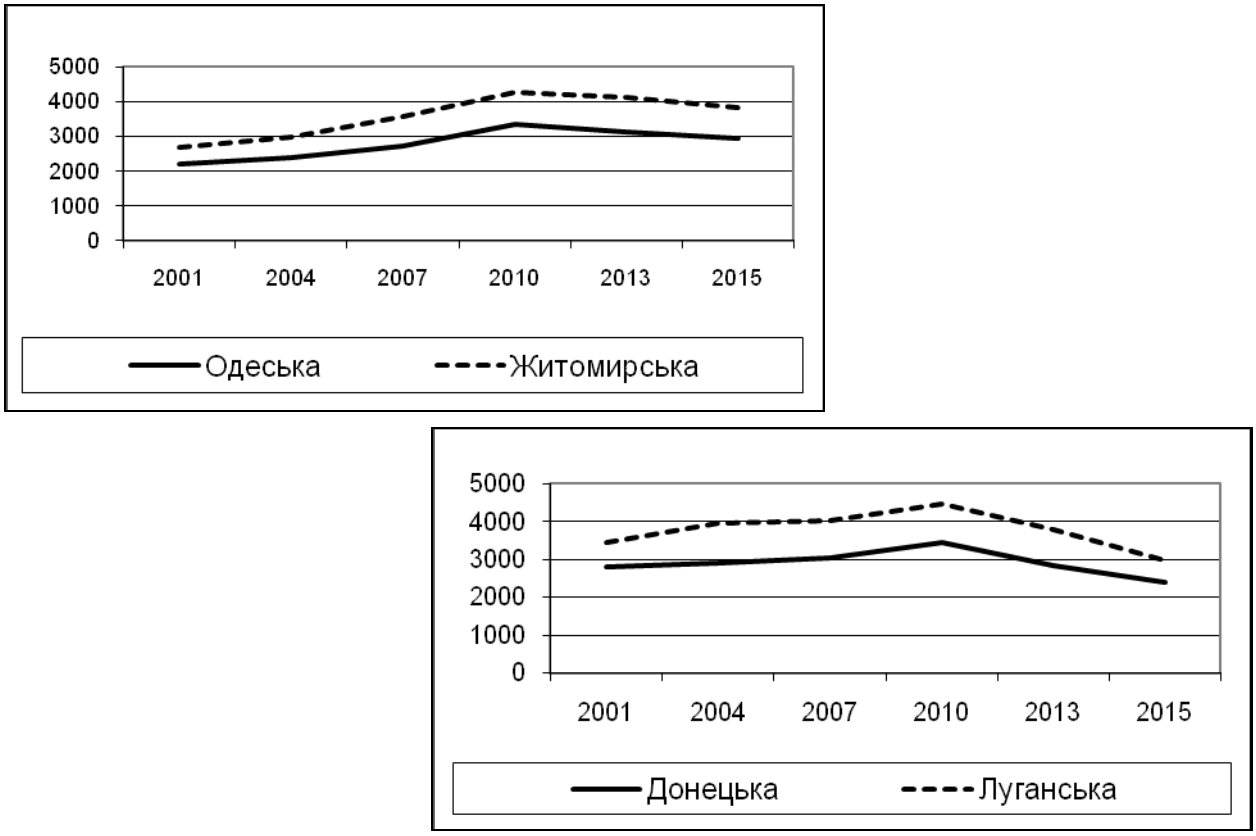

Рис. 19.6. Динаміка поширення хвороб органів дихання в окремих регіонах України

Виділені групи регіонів України за тенденціями динаміки поширення хвороб органів дихання у 2001-2015 роках наведені в *табл. 19.6*.

Таблиця 19.6. Групи регіонів України за динамікою поширення хвороб органів дихання у 2001-2015 рр.

Тенденції динаміки	Регіони
Стрибкоподібна динаміка із скороченням	Донецька, Луганська області
Стрибкоподібна динаміка з незначним скороченням	Вінницька, Івано-Франківська, Київська області та м. Київ
Стрибкоподібна динаміка із незначним зростанням	Волинська, Дніпропетровська, Закарпатська, Запорізька, Сумська, Тернопільська, Харківська, Черкаська та Чернігівська області
Стрибкоподібна динаміка із зростанням	Кіровоградська, Львівська, Миколаївська, Полтавська, Рівненська, Херсонська, Хмельницька та Чернівецька області
Стрибкоподібна динаміка із значним зростанням	Одеська та Житомирська області

Узагальнення тенденцій динаміки різних видів захворювань населення в регіонах України у 2001-2015 роках представлені у *табл. 19.7*.

Таблиця 19.7. Тенденції динаміки різних видів захворювань населення в регіонах України у 2001-2015 рр.

Тенденції динаміки	Захворюваність на активний туберкульоз	Захворюваність на злоякісні новоутворення	Захворюваність на серцево-судинні хвороби	Захворюваність на ВІЛ/СНІД	Захворюваність на інфекційні хвороби	Захворюваність органів дихання
1	2	3	4	5	6	7
Із стабільним дуже значним скороченням	Вінницька, Донецька, Івано-Франківська, Луганська, Львівська, Тернопільська, Харківська, Хмельницька обл.					
Із стабільним скороченням та значним скороченням	Волинська, Дніпропетровська, Сумська, Чернівецька, Чернігівська обл.				Вінницька, Чернівецька, Сумська обл.	
Стрибкоподібна динаміка із скороченням та значним скороченням	Житомирська, Запорізька, Закарпатська, Київська, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Херсонська, Черкаська обл. та м. Київ				Луганська, Тернопільська, Волинська, Донецька, Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Черкаська, Чернігівська обл. та м. Київ	Донецька, Луганська обл.

Продовження табл. 19.7

1	2	3	4	5	6	7
Стрибкоподібна динаміка із незначним скороченням					Запорізька, Київська, Кіровоградська, Миколаївська, Одеська, Полтавська, Херсонська, Хмельницька обл.	Івано-Франківська, Київська, Вінницька обл. та м. Київ
Стрибкоподібна динаміка із незначним зростанням					Дніпропетровська, Харківська обл.	Запорізька, Харківська, Черкаська, Волинська, Тернопільська, Дніпропетровська, Сумська, Закарпатська, Чернігівська обл.
Стрибкоподібна динаміка із зростанням		Донецька, Полтавська обл.	Донецька, Київська, Луганська, Полтавська обл. та м. Київ			Хмельницька, Миколаївська, Рівненська, Полтавська, Львівська, Кіровоградська, Херсонська, Чернівецька обл.
Стрибкоподібна динаміка із значним зростанням		Одеська обл.	Вінницька, Дніпропетровська, Рівненська, Чернівецька, Одеська, Чернігівська обл.	Івано-Франківська, Закарпатська обл.		Одеська, Житомирська обл.

Продовження табл. 19.7

1	2	3	4	5	6	7
Із стабільним зростанням		Вінницька, Івано-Франківська, Луганська, Тернопільська, Хмельницька обл.		Миколаївська, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Херсонська, Запорізька, Полтавська, Черкаська, Чернівецька та Хмельницька обл.		
Із стабільним значним зростанням		Волинська, Дніпропетровська, Запорізька, Житомирська, Київська, Миколаївська, Рівненська, Херсонська, Черкаська, Чернівецька, Чернігівська Сумська обл.	Волинська, Запорізька, Львівська, Сумська, Тернопільська, Хмельницька, Черкаська обл.	Вінницька, Тернопільська, Житомирська, Сумська, Луганська, Волинська, Харківська обл. та м. Київ		
Із стабільним дуже значним зростанням		Закарпатська, Кіровоградська, Львівська, Харківська обл. м. Київ	Житомирська, Закарпатська, Івано-Франківська, Кіровоградська, Миколаївська, Херсонська, Харківська обл.	Чернігівська, Львівська, Київська, Кіровоградська, Рівненська обл.		

Бальна оцінка тенденцій динаміки захворюваності населення на серцево-судинні хвороби, злоякісні новоутворення, активний туберкульоз, ВІЛ/СНІД, деякі інфекційні та паразитарні хвороби та хвороби органів дихання наведена в *табл. 19.8*.

Таблиця 19.8. Бальна оцінка тенденцій динаміки різних видів захворювань населення регіонів України у 2001-2015 рр.

Регіони	Кількість балів за тенденціями динаміки захворювань						Сума балів
	на активний туберкульоз	на злоякісні новоутворення	на серцево-судинні хвороби	на ВІЛ/СНІД	на інфекційні та паразитарні хвороби	органів дихан-ня	
Вінницька	1	8	7	9	2	4	31
Волинська	2	9	9	9	3	5	37
Дніпропетровська	2	9	7	8	5	5	36
Донецька	1	6	6	8	3	3	27
Житомирська	3	9	10	9	3	7	41
Закарпатська	3	10	10	7	3	5	38
Запорізька	3	9	9	8	4	5	38
Івано-Франківська	1	8	10	7	3	4	33
Київська	3	9	6	10	4	4	36
Кіровоградська	3	10	10	10	4	6	43
Луганська	1	8	6	9	3	3	30
Львівська	1	10	9	10	3	6	39
Миколаївська	3	9	10	8	4	6	40
Одеська	3	7	7	8	4	7	36
Полтавська	3	6	6	8	4	6	33
Рівненська	3	9	7	10	3	6	38
Сумська	2	9	9	9	2	5	36
Тернопільська	1	8	9	9	3	5	35
Харківська	1	10	10	9	5	5	40
Херсонська	3	9	10	8	4	6	40
Хмельницька	1	8	9	8	4	6	36
Черкаська	3	9	9	8	3	5	37
Чернівецька	2	9	7	8	2	6	34
Чернігівська	2	9	7	10	3	5	36
м. Київ	3	10	6	9	3	4	35

На основі бальної оцінки тенденцій динаміки різних видів захворювань населення можна виділити такі групи регіонів України (рис. 19.7):

• регіони із *переважанням позитивних рис динаміки* показників захворюваності населення (за виключенням захворюваності на злоякісні новоутворення, серцево-судинні хвороби та ВІЛ/СНІД) – Вінницька, Волинська, Дніпропетровська, Донецька, Закарпатська, Запорізька, Івано-Франківська, Київська, Луганська, Львівська, Одеська, Полтавська, Рівненська, Сумська, Тернопільська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька, Чернігівська області та м. Київ, для яких

характерне скорочення захворюваності населення на туберкульоз, інфекційні та паразитарні захворювання, хвороб органів дихання та зростання захворюваності на злоякісні новоутворення, серцево-судинні хвороби та ВІЛ/СНІД;

• регіони із *переважанням негативних рис динаміки* показників захворюваності населення (за виключенням захворюваності на активний туберкульоз та інфекційні хвороби) – Житомирська, Кіровоградська, Миколаївська, Харківська, Херсонська області, для яких характерне зростання захворюваності на злоякісні новоутворення, серцево-судинні захворювання, хвороби органів дихання та незначне скорочення захворюваності на інфекційні хвороби і туберкульоз.

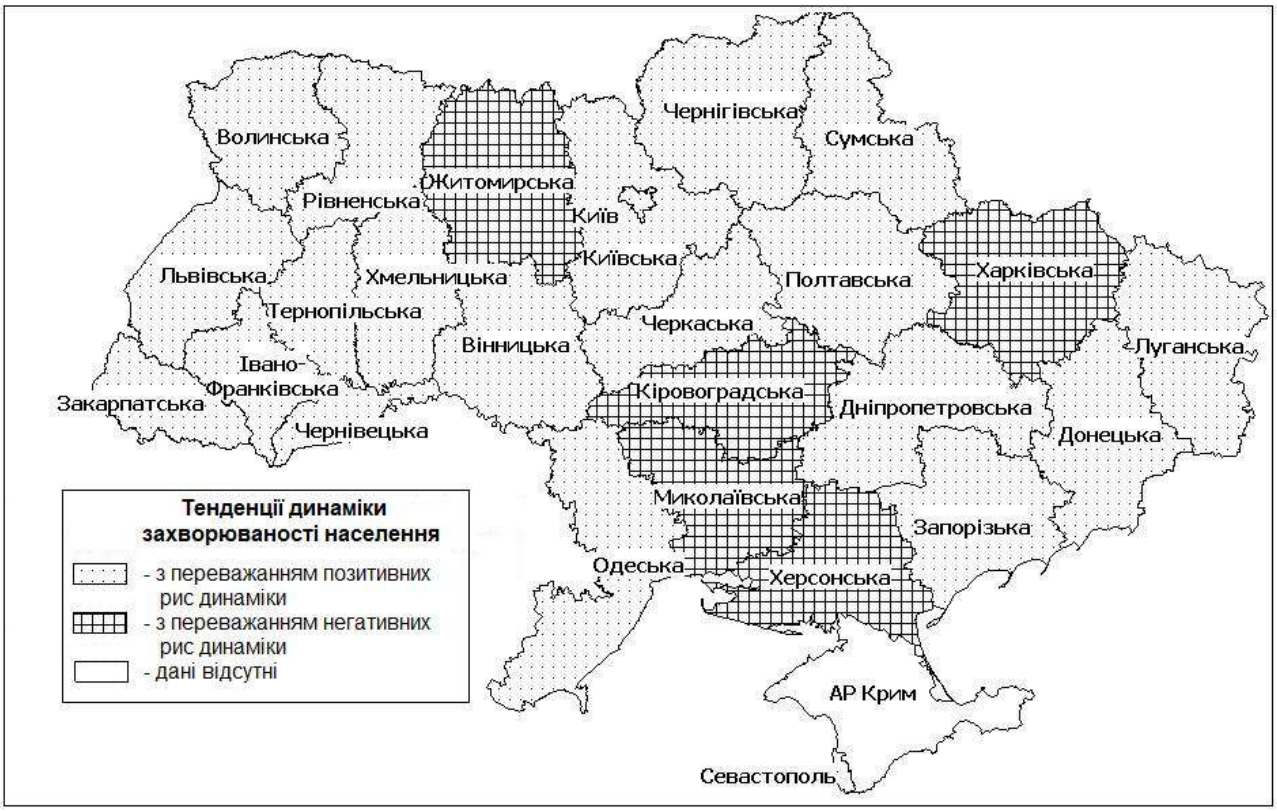

Рис. 19.7. Тенденції динаміки захворюваності населення в регіонах України у 2001-2015 рр.

20. Групування регіонів України за захворюваністю населення

Для виділення груп регіонів України за поширенням різних видів захворювань використано кластерний аналіз. Кластерний аналіз проводився у програмі Statistica агломеративним методом (complete linkage – повного зв'язку) та методом Варда.

Аналіз дендрограми кластеризації регіонів України за рівнем захворюваності населення на серцево-судинні хвороби, злоякісні новоутворення, хвороби органів дихання, туберкульоз, інфекційні хвороби та ВІЛ/СНІД, отриманої методом Варда (*рис. 20.1*), дає підставу виділити шість кластерів регіонів:

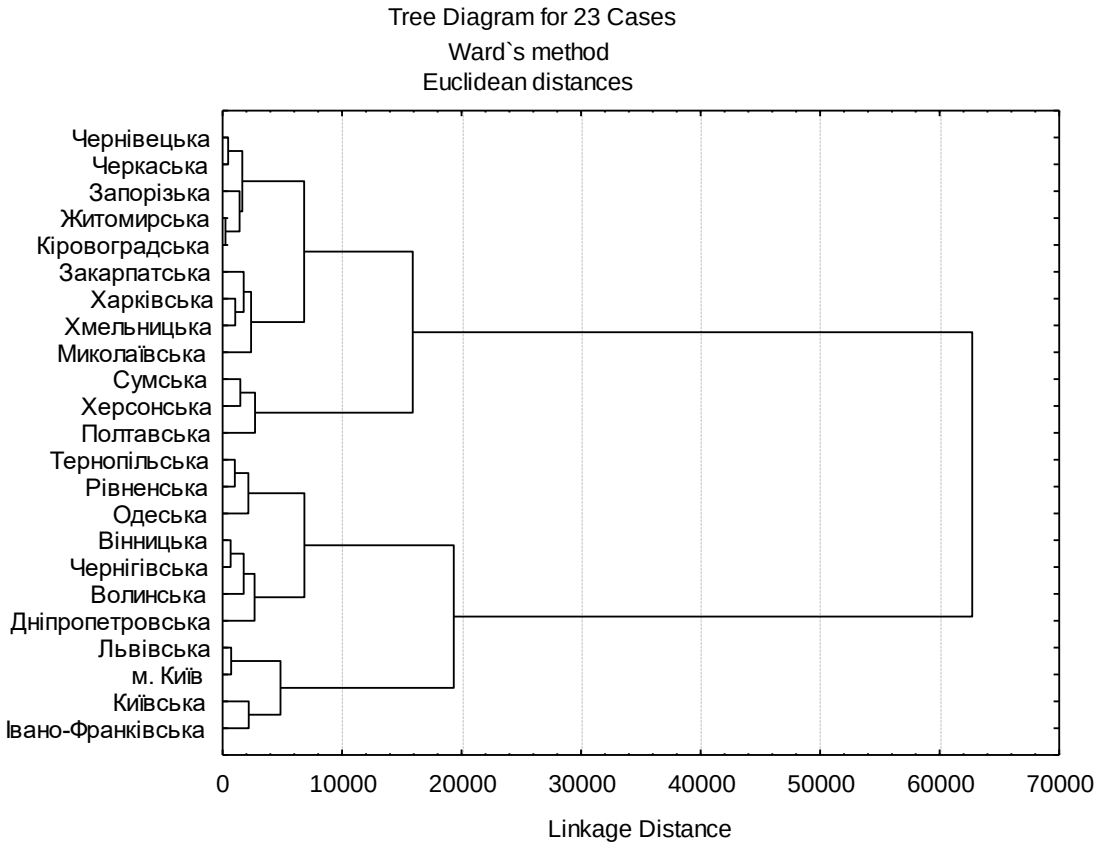

Рис. 20.1. Дендрограма кластеризації регіонів України за показниками захворюваності населення (метод Варда)

Кластер 1 – Кіровоградська, Черкаська, Чернівецька, Запорізька та Житомирська області;
Кластер 2 – Закарпатська, Хмельницька, Миколаївська та Харківська області;
Кластер 3 – Сумська, Полтавська, Херсонська області;
Кластер 4 – Тернопільська, Рівненська, Одеська області;
Кластер 5 – Волинська, Чернігівська, Вінницька та Дніпропетровська області;
Кластер 6 – Львівська, Івано-Франківська, Київська області та м. Київ.

Кластеризація регіонів України за рівнем захворюваності населення на серцево-судинні хвороби, злоякісні новоутворення, хвороби органів дихання, туберкульоз, інфекційні хвороби та ВІЛ/СНІД, отримана методом повного зв'язку (*рис. 20.2, 20.3*), також визначає виділення шести кластерів, склад 3, 4, 5, та 6-го з яких є ідентичним кластерному аналізу, виконаному методом Варда, а склад 1 та 2-го кластерів відрізняється лише на одну регіональну одиницю:

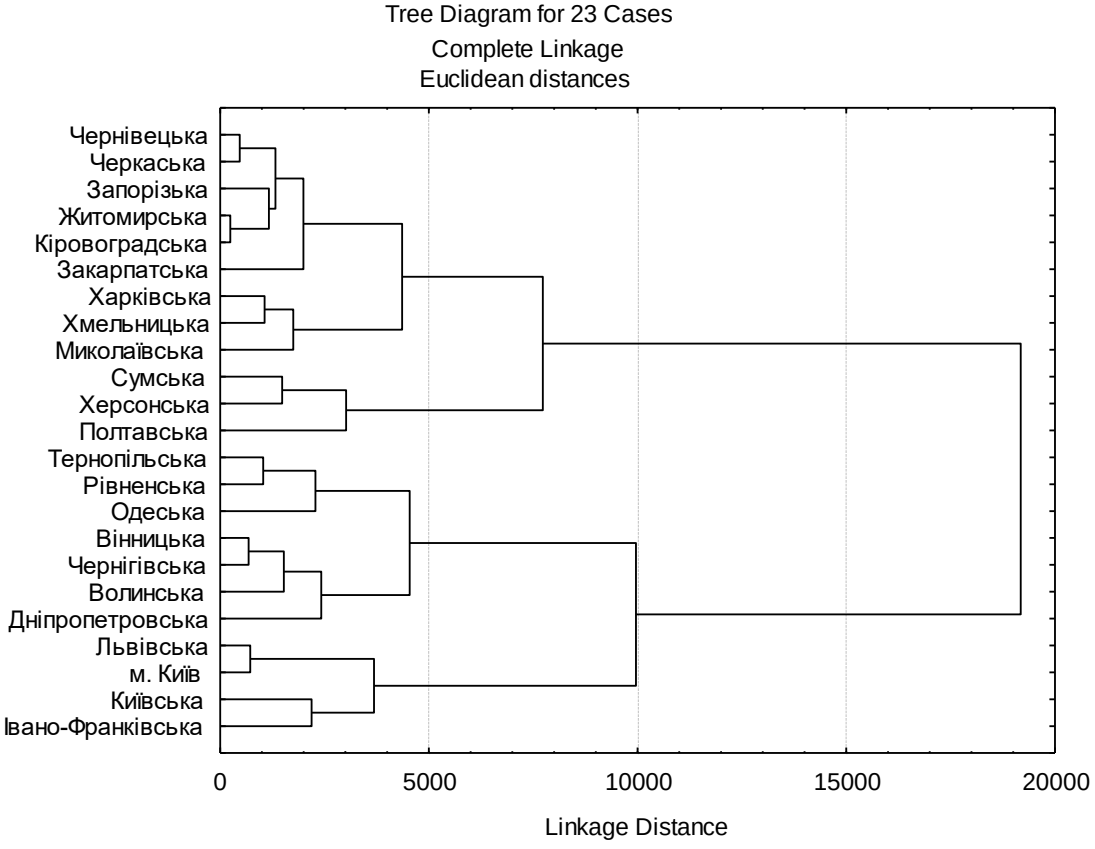

Рис. 20.2. Дендрограма кластеризації регіонів України за показниками захворюваності населення (методом повного зв'язку)

Рис. 20.3. Кластери регіонів України за захворюваністю населення на окремі види хвороб (метод повного зв'язку)

Кластер 1 – Чернівецька, Закарпатська, Житомирська, Кіровоградська Черкаська, Запорізька області;
Кластер 2 – Харківська, Хмельницька та Миколаївська області;
Кластер 3 – Сумська, Полтавська та Херсонська області;
Кластер 4 – Тернопільська, Рівненська, Одеська області;
Кластер 5 – Волинська, Чернігівська, Вінницька та Дніпропетровська області;
Кластер 6 – Львівська, Івано-Франківська, Київська області та м. Київ.

За рівнем захворюваності населення на серцево-судинні хвороби, злоякісні новоутворення, хвороби органів дихання, туберкульоз, інфекційні хвороби та ВІЛ/СНІД ранговим методом доцільно виділяти п'ять груп регіонів (*рис. 20.4*):

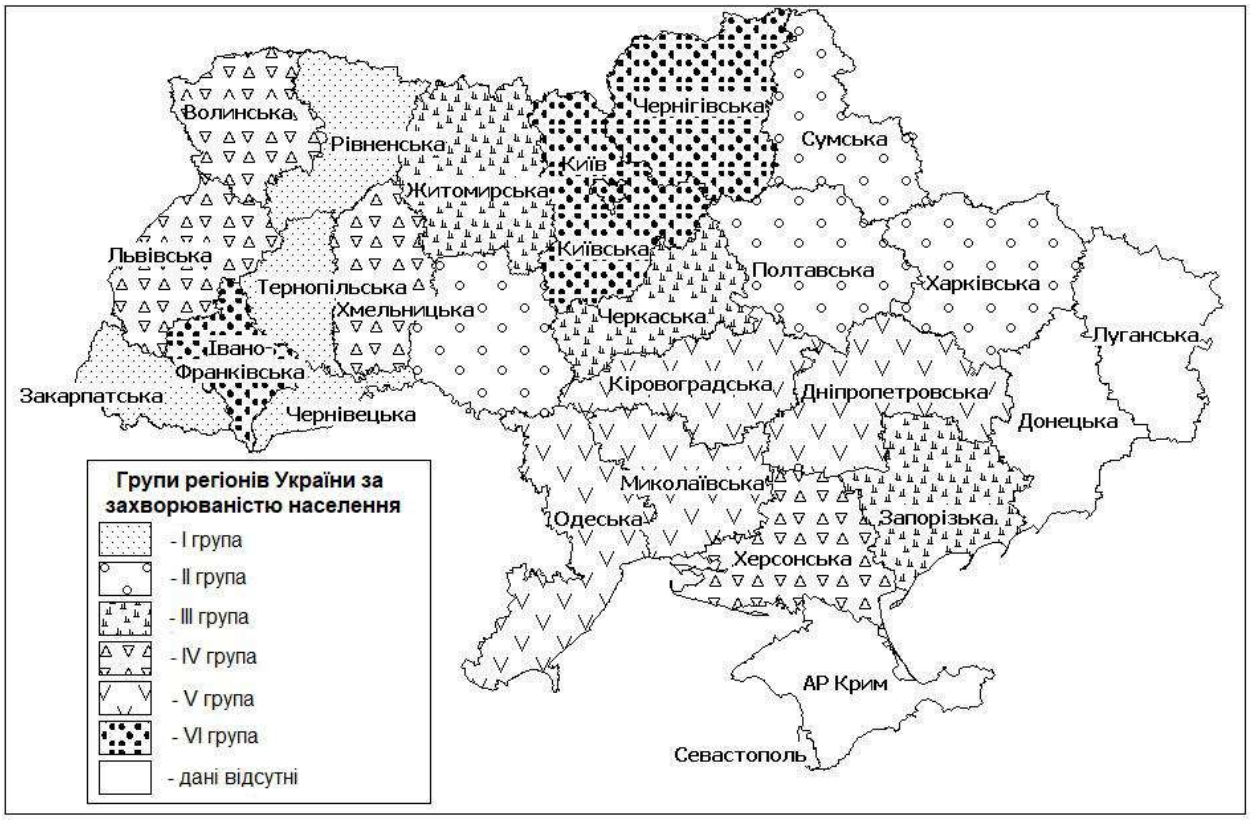

Рис. 20.4. Групи регіонів України за захворюваністю населення на окремі види хвороб (метод рангів)

Група 1 – Закарпатська, Чернівецька, Тернопільська та Рівненська області;

Група 2 – Волинська, Львівська, Хмельницька, Вінницька, Сумська, Харківська та Полтавська області;

Група 3 – Запорізька, Херсонська, Житомирська, Чернігівська, Черкаська та Івано-Франківська області;

Група 4 – Київська область та м. Київ;

Група 5 – Кіровоградська, Миколаївська, Одеська та Дніпропетровська області.

Кластеризація регіонів України за захворюваністю населення на серцево-судинні хвороби, злоякісні новоутворення, хвороби органів дихання, туберкульоз, інфекційні хвороби та ВІЛ/СНІД, здійснена шляхом побудови карт самоорганізації Кохонена з допомогою програми Deductor, передбачає виділення шести кластерів (*рис. 20.5*):

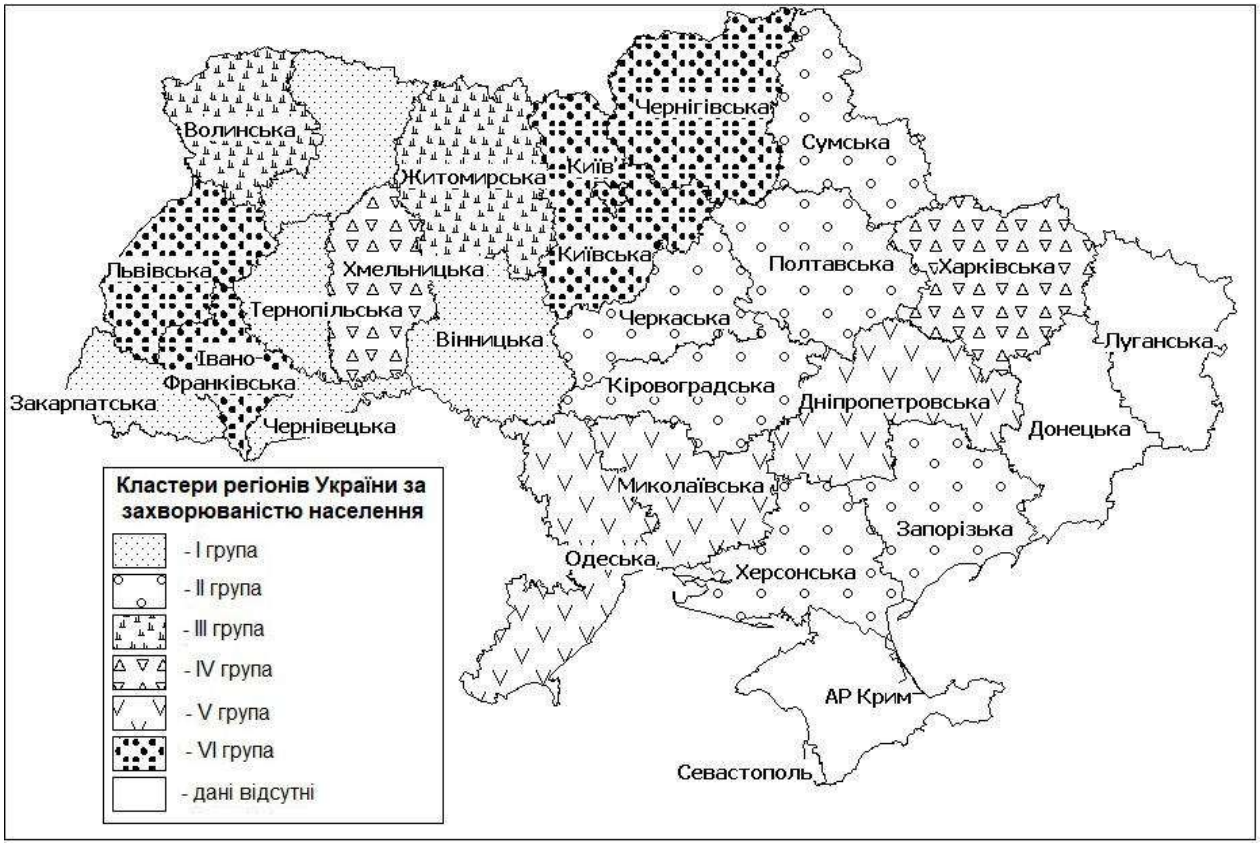

Рис. 20.5. Кластери регіонів України за захворюваністю населення на окремі види хвороб (карти самоорганізації Кохонена)

Кластер 1 – Закарпатська, Чернівецька, Тернопільська, Рівненська та Вінницька області;
Кластер 2 – Сумська, Полтавська, Запорізька, Херсонська, Черкаська та Кіровоградська області;
Кластер 3 – Волинська та Житомирська області;
Кластер 4 – Харківська та Хмельницька області;
Кластер 5 – Дніпропетровська, Миколаївська та Одеська області.
Кластер 6 – Львівська, Івано-Франківська, Київська, Чернігівська області та м. Київ.

У *табл. 20.1* наведена характеристика кластерів регіонів за показниками захворюваності населення, які виділені методом побудови карт самоорганізації Кохонена.

Таблиця 20.1. Характеристика кластерів регіонів за показниками захворюваності населення на окремі види хвороб

Види захворювань	Показники захворювання					
	Кластер 1	**Кластер 2**	**Кластер 3**	**Кластер 4**	**Кластер 5**	**Кластер 6**
Серцево-судинні хвороби	Середні	Низькі та нижче середнього	Низькі та нижче середнього	Вище середнього	Високі	Середні та вище середнього
Активний туберкульоз	Середні	Вище середнього	Вище середнього	Низькі та нижче середнього	Високі	Середні та вище середнього
Злоякісні новоутворення	Низькі та нижче середнього	Вище середнього та високі	Низькі та нижче середнього	Середні	Середні та вище середнього	Середні та нижче середнього
Інфекційні хвороби	Низькі та нижче середнього	Середні	Вище середнього	Середні та вище середнього	Високі	Середні та нижче середнього
Хвороби органів дихання	Середні вище середнього	Низькі та нижче середнього	Середні та нижче середнього	Низькі	Середні	Високі
ВІЛ/СНІД	Низькі та нижче середнього	Середні та вище середнього	Середні	Нижче середнього	Високі	Вище середнього

21. Типізація регіонів України за поширенням хвороб та рівнем захворюваності населення

На основі проведених групувань та кластеризацій регіонів України методом Варда, агломерованим методом, ранговим методом та методом побудови карт самоорганізації Кохонена, аналізу динаміки різних видів захворювань у 2001-2015 роках та виявлення її тенденцій доцільно виділяти такі типи регіонів за поширенням хвороб та рівнем захворюваності населення (*рис. 21.1*):

Тип 1 – Рівненська, Тернопільська, Закарпатська та Чернівецька області – для якого характерні низькі та нижче середнього показники захворюваності населення на злоякісні новоутворення, активний туберкульоз, ВІЛ/СНІД, інфекційні та паразитарні хвороби та середні значення показників захворюваності населення на серцево-судинні хвороби та хвороби органів дихання із переважанням позитивних рис динаміки показників захворюваності населення за виключенням

захворюваності на злоякісні новоутворення, серцево-судинні хвороби та ВІЛ/СНІД.

Рис. 21.1. Типи регіонів України за поширенням хвороб та рівнем захворюваності населення

Тип 2 – Вінницька, Хмельницька, Харківська та Сумська області – для якого характерні нижче середніх показники захворюваності населення на хвороби органів дихання, ВІЛ/СНІД, середні значення захворюваності населення на туберкульоз, інфекційні хвороби та вище середнього рівня захворюваність на серцево-судинні хвороби і злоякісні новоутворення із переважанням позитивних рис динаміки показників захворюваності населення за виключенням стабільного зростання захворюваності на злоякісні новоутворення, серцево-судинні хвороби та ВІЛ/СНІД.

Тип 3 – Волинська, Житомирська, Чернігівська, Полтавська, Черкаська, Запорізька та Дніпропетровська області – характеризується нижче середнього рівня захворюваністю населення на серцево-судинні хвороби, хвороби органів дихання, ВІЛ/СНІД, середнім рівнем захворюваності на туберкульоз, інфекційні хвороби та вище середнього рівнем захворюваності на злоякісні новоутворення із

переважанням позитивних рис динаміки показників захворюваності населення за виключенням захворюваності на злоякісні новоутворення, серцево-судинні хвороби та ВІЛ/СНІД.

Тип 4 – Львівська, Івано-Франківська, Київська області та м. Київ – для якого характерні середні та вище середнього показниками захворюваності населення на серцево-судинні, інфекційні та паразитарні хвороби, злоякісні новоутворення, туберкульоз, ВІЛ/СНІД (за виключенням західних регіонів) та високими значеннями показників захворюваності населення на хвороби органів дихання із переважанням позитивних рис динаміки показників захворюваності населення за виключенням захворюваності на злоякісні новоутворення, серцево-судинні хвороби та ВІЛ/СНІД.

Тип 5 – Кіровоградська, Одеська, Миколаївська, Херсонська області – для якого характерний середній рівень захворюваності населення на хвороби органів дихання та високі рівні захворюваності населення на злоякісні новоутворення, туберкульоз, ВІЛ/СНІД, серцево-судинні, інфекційні та паразитарні хвороби із переважанням негативних рис динаміки показників захворюваності населення за виключенням захворюваності на активний туберкульоз та інфекційні хвороби.

22. Порівняльна характеристика захворюваності населення України та країн Європи

Координуючою організацією в галузі охорони здоров'я в рамках ООН та міжнародного співробітництва щодо удосконалення системи охорони здоров'я є ***Всесвітня організація охорони здоров'я*** (ВООЗ), штаб-квартира якої розташована у Женеві. Вищим керівним органом ВООЗ є Всесвітня асамблея охорони здоров'я, а виконавчим – Виконавча рада. Регіональна структура ВООЗ включає шість представництв: Африканське (м. Браззавіль, Республіка Конго), Американське (м. Вашингтон, США), Південно-Середземноморське (м. Каїр, Єгипет), Європейське (м. Копенгаген, Данія), Південно-

Східне Азійське (м. Нью-Делі, Індія), Західне Тихоокеанське (м. Маніла, Філіппіни).

Основною метою роботи ВООЗ є досягнення певного рівня здоров'я населення світу. ВООЗ разом з урядами країн та іншими партнерами здійснює програму заходів по боротьбі з інфекційними (грип, ВІЛ/СНІД тощо) та неінфекційними (рак, серцево-судинні тощо) хворобами, а також ряд заходів спрямованих на охорону здоров'я матері та дитини. ВООЗ контролює якість повітря, харчових продуктів, води, а також необхідних людині лікарських засобів і вакцин.

За даними ВООЗ з 56,4 млн. випадків смертей в усьому світі у 2015 році більше половини (54%) були викликані 10 основними причинами, зокрема, 15 млн. осіб померли від ішемічної хвороби серця та інсульту (останні 15 років ці захворювання залишаються провідними причинами смертності у світі); 3,2 млн. осіб – від хронічної обструктивної хвороби легень; 8,8 млн. осіб. – від раку (онкологічні захворювання посідають друге місце серед причин смертності в світі, найбільша частота смертей наступає від раку легенів, печінки, шлунку, колоректального раку та раку молочної залози); 1,6 млн. осіб – від діабету; деменції (хвороби Альцгеймера); 3,2 млн. осіб – від інфекції нижніх дихальних шляхів; 1,4 млн. осіб – від діареї; 1,4 млн. осіб – від туберкульозу. У 2015 році в результаті дорожньо-транспортних пригод в світі загинуло 1,3 млн. осіб, три четвертих з яких – чоловіки і хлопчики (*рис. 22.1*) [8].

Структура основних причин смертності населення залежить від рівня соціально-економічного розвитку країн та рівня доходів населення. У 2015 році більше половини (52%) випадків смертей в країнах з низьким рівнем доходів були викликані станами «групи І», що включають інфекційні хвороби, материнську смертність, патології, що виникають при вагітності і пологах, недоїданням і голодом. У країнах з високим рівнем доходів на такі причини припадало менше 7% випадків смертей [8]. Структури основних причин смертності населення у країнах з високим та низьким рівнями доходів населення наведені на *рис. 22.2* та *22.3*.

Виходячи із наявних статистичних даних, для порівняльного аналізу рівня захворюваності населення України з іншими країнами світу репрезентативними є показники дитячої та материнської смертності, а також захворюваність та смертність населення від туберкульозу.

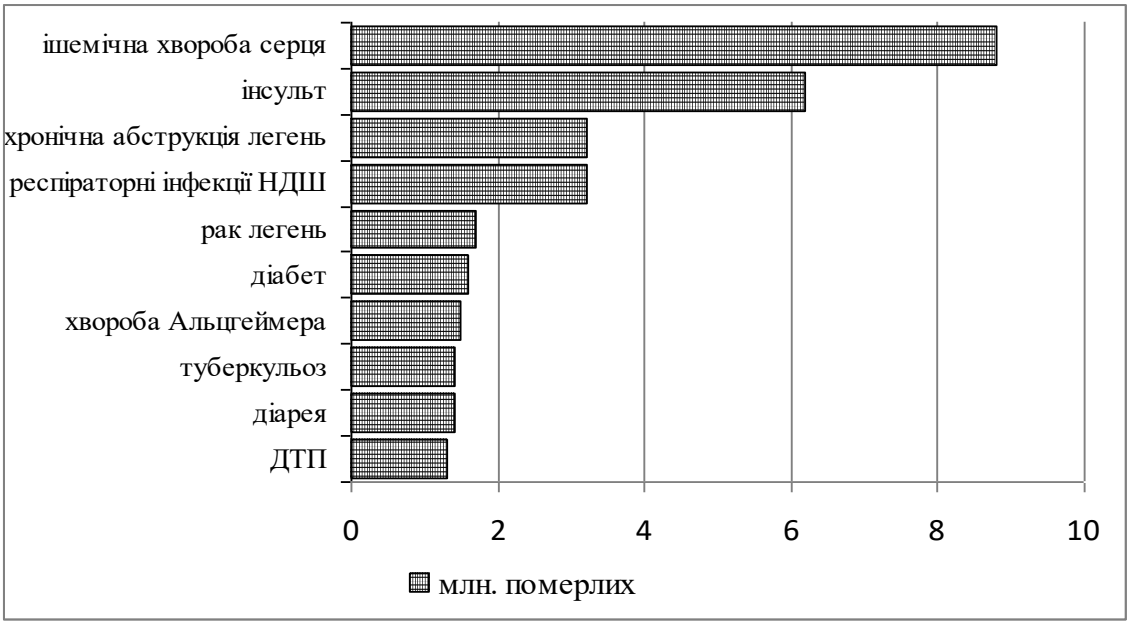

Рис. 22.1. Структура основних причин смертності в світі у 2015 році

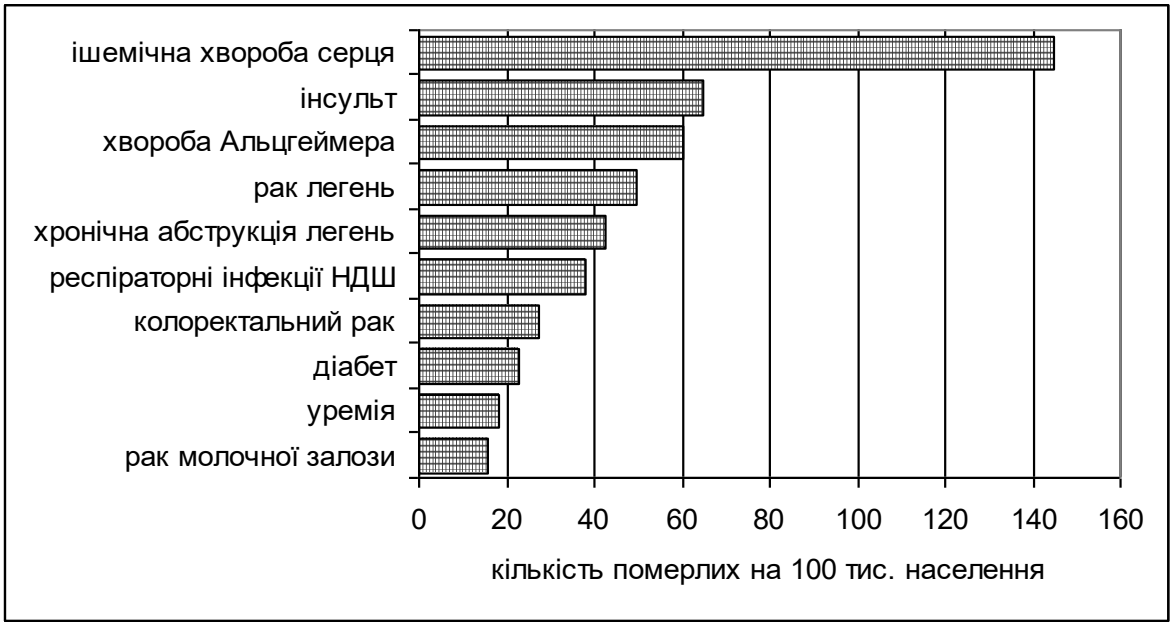

Рис. 22.2. Структура основних причин смертності населення у країнах з високим рівнем доходів у 2015 році

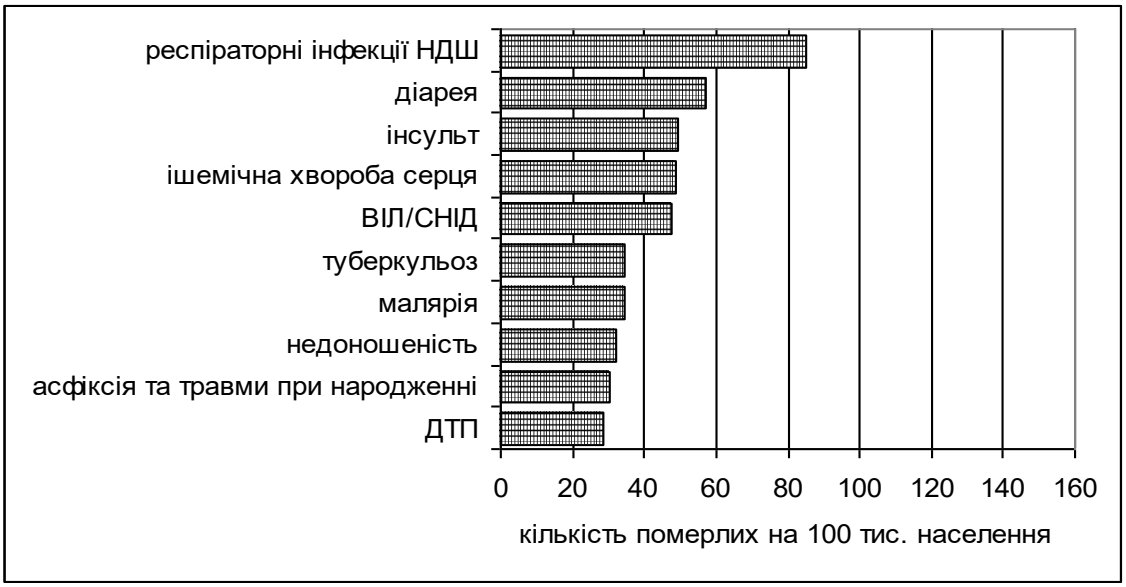

Рис. 22.3. Структура основних причин смертності населення у країнах з низьким рівнем доходів у 2015 році

За даними ВООЗ щодня в світі в результаті ускладнень під час вагітності чи пологів помирає 830 жінок, більша половина з яких проживає у країнах Африки, розташованих південніше Сахари, третя частина – у країнах Південної Азії. З 1990 року показник материнської смертності в світі щорічно скорочується в середньому на 2,3%, а за період 1990-2015 років скоротився на 44% [9].

У Європейському регіоні найнижчі показники материнської смертності характерні для Фінляндії, Греції, Ісландії та Польщі (3 випадки смертей на 100 тис. народжених живими), що у 8 разів нижче, ніж в Україні. Найвищі показники материнської смертності серед країн-сусідів України у Румунії (перевищують українські в 1,3 рази), а найнижчі – у Польщі (у 8 разів нижчі) (*рис. 22.4*).

У 2015 році в світі померло 5,9 млн. дітей у віці до 5 років, 45% склала неонатальна смертність. Найвищий рівень дитячої смертності характерний для країн Африки, які розмішені південніше Сахари, де помирає кожна 12 дитина віком до 5 років. Другу негативну позицію займають країни Південної Азії, де помирає кожна 19 дитина віком до 5 років. За період 1990- 2015 років рівень дитячої смертності в світі знизився більше як удвічі (від 90 до 42,5 смертей на тис. народжених живими). За цей період смертність новонароджених зменшилась від 5,1 млн. до 2,7 млн. [9].

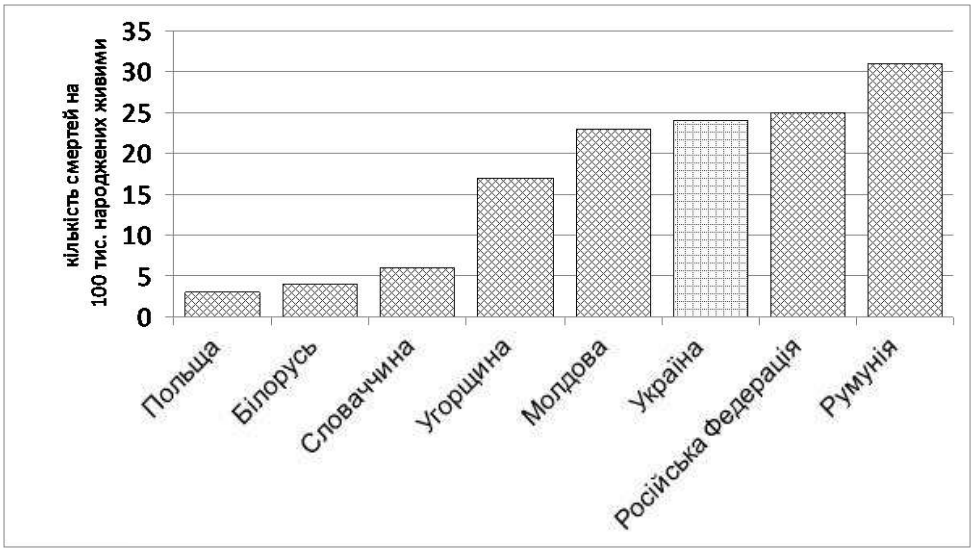

Рис. 22.4. Рівень материнської смертності в Україні та державах-сусідах у 2015 році

У Європейському регіоні мінімальні значення дитячої смертності характерні для Люксембургу (1,9 померлих дітей у віці до 5 років на тис. народжених живими) та Ісландії (2,0), що у 4,7 разів менше, ніж в Україні. Найвищі показники дитячої смертності серед країн-сусідів України були у Молдові (15,8) і перевищували українські у 1,8 разів, а найнижчі – у Білорусії (4,6), які були меншими від українських вдвічі (*рис. 22.5*).

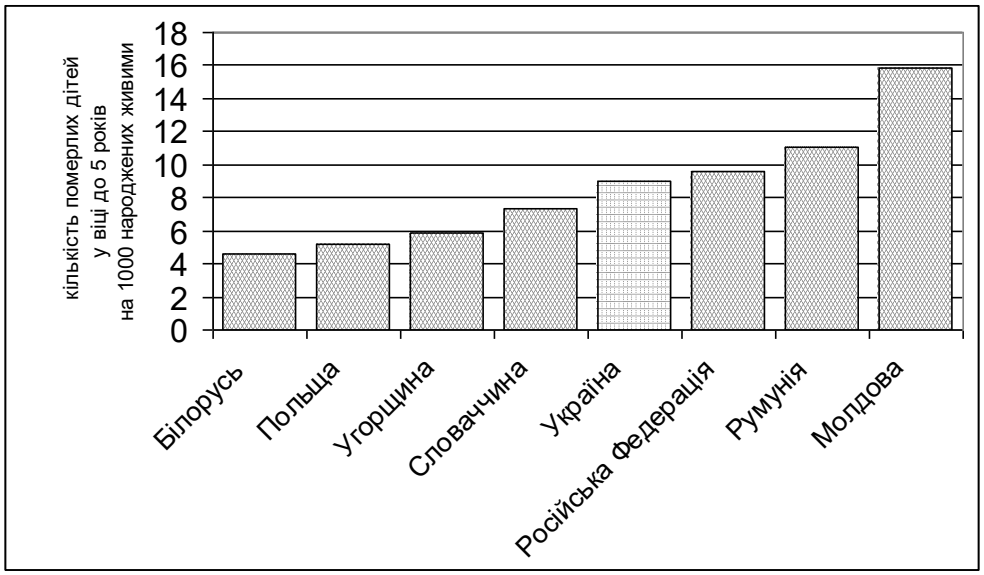

Рис. 22.5. Рівень дитячої смертності в Україні та державах-сусідах у 2015 році

У 2015 році в світі було зареєстровано 10,4 млн. нових випадків захворюваності на туберкульоз, з них 56% у чоловіків, 34% у жінок та 10% у дітей. На шість країн світу – Індія, Індонезія, Китай, Нігерія, Пакистан та Південна Африка – припадало 60% нових випадків захворюваності. 1,2 млн. осіб, в яких діагностовано ВІЛ, у 2015 році вперше захворіли на туберкульоз. Смертність від туберкульозу в світі складала 1,4 млн. смертей, з них 0,4 млн. смертей серед людей, які жили з діагнозом ВІЛ. Із 1 млн. дітей, які захворіли на туберкульоз, померло 170 тис. [9].

У 2015 році мінімальний рівень захворюваності населення на туберкульоз у Європейському регіоні реєструвався в Монако та Ісландії (2,4 хворих на 100 тис. населення) і у 38 разів був меншим, ніж в Україні. Максимальні значення показника були в Киргизстані та Молдові (144 та 152 хворих на 100 тис. населення відповідно). Серед країн-сусідів України найнижчий рівень захворюваності населення на туберкульоз мала Словаччина – 6,5 випадків захворюваності на 100 тис. населення, що було у 12 разів менше, ніж в Україні, а найвищий – Молдова – 152 хворих на 100 тис. населення, що було у 1,7 разів більше, ніж в Україні (*рис. 22.6*).

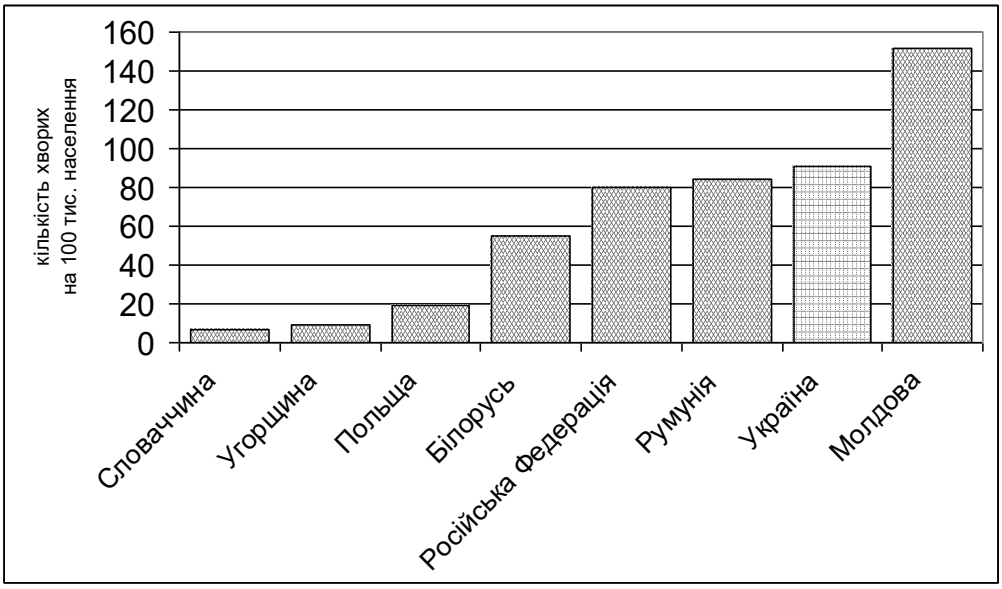

Рис. 22.6. Рівень захворюваності населення на туберкульоз в Україні та державах-сусідах у 2015 році

1. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» / За ред. О. К. Толстанової. – К.: МОЗ України, 2016. – 37 с.

2. База даних «Здоров'я для всіх. Україна» : Офіційний сайт Центру медичної статистики МОЗ України [електронний ресурс] – режим доступу: http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203

3. Бюлетень національного канцер-реєстру України №18 «Рак в Україні, 2015-2016: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби» / За ред. О. О. Колеснік. – К.: Національний інститут раку, 2017. – 110 с.

4. Інформаційний бюлетень № 44 «ВІЛ-інфекція в Україні» / Автор. колектив ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб імені Л. В. Громашевського НАМН України». – К., 2016. – 37 с.

5. Статистичний бюлетень «Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2015 році» / Від. за вип. О. О. Кармазіна. – К.: Державна служба статистики України, 2016. – 92 с.

6. 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. – К.: МОЗ України, 2016. – 452 с.

7. Global tuberculosis report 2016. – Geneva : WHO, 2016. – 214 p.

8. The top 10 causes of death: Офіційний сайт World Health Organization [електронний ресурс] – режим доступу: http://www.who.int/mediacentre /factsheets/fs310/en/

9. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. – Geneva: WHO, 2016. – 136 p.

Післямова

Розвиток медичної географії відбувається шляхом висунення нових ідей та їх концептуалізації, розробки нових підходів та їх апробації, запровадження нових методів дослідження. Аналіз сучасного доробку в медичній географії дає підставу вести мову про те, що цей розвиток відбувається за таким напрямом – від географії захворюваності і поширення хвороб до географії здоров'я населення в контексті якості його життя. При цьому в медичній географії розширюється розуміння поняття здоров'я населення не лише як фізичного стану людини, але й психічного здоров'я, духовного здоров'я.

Важливим конструктивним напрямом медико-географічних досліджень є вивчення змін клімату та їх вплив на здоров'я населення, насамперед, людей старших вікових груп, осіб із серцево-судинними захворюваннями, жителів міст та агломерацій і сільської місцевості.

Саме ці напрями найближчим часом і визначатимуть проблематику медико-географічних досліджень в Україні.

Підсумовуючи власні дослідження захворюваності населення України, зупинимось на проблемах і можливих шляхах їх вирішення. Проблеми захворюваності та охорони здоров'я населення України доцільно об'єднати в три блоки. Перший блок формують *демографічні проблеми* як чинники захворюваності населення України: старіння населення, регресивна вікова структура населення, низька тривалість життя, високий рівень смертності населення, насамперед, чоловіків у працездатному віці, високий рівень дитячої смертності, депопуляція населення.

Другий блок охоплює *проблеми медичного обслуговування* населення України: низьку фізичну (в сільській місцевості) та економічну (для окремих категорій населення) доступність якісної медичної допомоги, нераціональну територіальну організацію системи надання медичної допомоги, недостатній рівень підготовки кваліфікованих фахівців для медичних закладів (насамперед, у сільській місцевості), неукомплекто-

ваність кадрами закладів медичного обслуговування, постаріння кадрів, неконкурентоспроможний рівень заробітної плати працівників медичної сфери, що впливає на мотивацію праці та якість надання медичних послуг, застарілість матеріально-технічної бази та неукомплектованість медичних закладів сучасним обладнанням, приладами та лікарськими засобами, недостатнє та неефективне фінансування медичної сфери.

Третій блок включає *проблеми стану здоров'я населення* України: зростання загального рівня захворюваності, високий рівень захворюваності і смертності населення від туберкульозу та недостатню ефективність реалізації заходів протидії туберкульозу, швидкі темпи поширення та високий рівень захворюваності населення на злоякісні новоутворення, низьку ефективність їх лікування, пізнє виявлення соціально вразливих захворювань, недостатню забезпеченість хворих життєво необхідними медичними препаратами.

Пріоритетними напрямами покращення медико-географічної ситуації в регіонах України можуть бути:

- забезпечення населення закладами охорони здоров'я та медичними фахівцями відповідно до потреб (насамперед, в сільській місцевості);
- поліпшення надання медичної допомоги соціально вразливим верствам населення;
- оптимізація територіальної структури медичної сфери, підвищення територіальної доступності та якості медичної допомоги для сільських жителів, в т.ч. і за рахунок децентралізації управління та створення територіальних громад;
- модернізація та комплектація закладів охорони здоров'я сучасною матеріально-технічною базою;
- регулярні профілактичні огляди населення з метою виявлення різних видів захворюваності на ранніх стадіях розвитку;
- розробка та реалізація стратегії формування здорового способу життя населення;
- створення ефективної моделі координації роботи приватних установ охорони здоров'я;

• проведення активної екологічної політики з метою покращення ситуації із забрудненням атмосферного повітря, якістю питної води та поводження з відходами.

Важливим питанням є вироблення стратегій державного стимулювання соціального-економічного розвитку регіонів України та вирішення проблем захворюваності і охорони здоров'я населення. При цьому вартими уваги є результати географічного дослідження захворюваності населення в Україні, що дозволили виділити такі *закономірності просторової організації* компонентів медичної сфери: залежність кількості медичних послуг та структурних елементів медичної сфери від людності населеного пункту; ієрархічність центрів медичного обслуговування; збільшення впливу потреб власне самого центру медичного обслуговування на його розвиток порівняно із впливом потреб навколишньої території при збільшенні чисельності населення центру; пряму залежність між рівнем соціально-економічного розвитку території та рівнем економічної і фізичної доступності медичних послуг.

Монографія

Наталія Іванівна Мезенцева
Світлана Павлівна Батиченко
Костянтин Володимирович Мезенцев

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ТА ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ: СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНИЙ ВИМІР

Підписано до друку 21.02.2018
Ум. друк. арк. Обл.-вид. арк. Формат 60x90/16.
Папір офс. №1. Гарнітура Times New Roman. Друк: цифровий
Наклад 100 прим. Зам. №
Видавництво ДП «Прінт Сервіс», вул. Ялтинська, 14, м. Київ.
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
Суб'єктів видавничої справи від 24.12.2009 серія ДК № 3655