

9. Рудницький С. Нафта Східної Галичини. Відень, 1922. 44 с.
10. Степан Рудницький (1877-1937). Історія. Геополітика. Географія. В 5-ти кн. Київ: Темпора. Кн. 1. 736; Кн. 2. 624.
11. Сацький П. Галицька нафта і Центральна Європа між світовими війнами [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <https://zn.ua/ukr/HISTORY/galicka-nafta-i-centralna-uevropa-mizh-svitovimi-viynami-istoriya-zamorozhenogo-konfliktu-.html>.
12. Шаблій О. І. Академік Степан Рудницький — фундатор української географії / О. І. Шаблій. Львів-Мюнхен : Ред.-вид. відділ Львів. держ. ун-ту, 1993. 223 с.
13. Шаблій О. І. Академік Степан Рудницький. Львів: ЛНУ ім. І. Франка, 2007. 408 с.
14. Таємниці галицьких надр. Нафтовий бум початку ХХ століття до Першої світової війни [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <https://photo-lviv.in.ua/tajemnytsi-halytskyh-nadr-naftovuj-bum-pochatku-xx-stolittya-do-pershoji-svitovoji-vijny>.

МЕДИКО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ АНАЛІЗ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

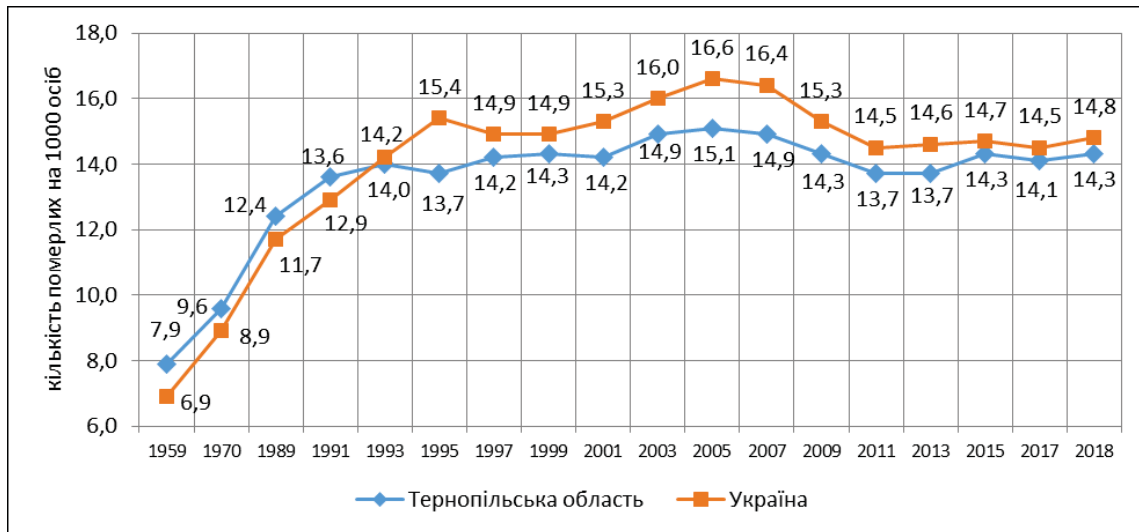
*Петро Дем'янчук, Ілона Дем'янчук, Наталя Турецька
dempetrom@gmail.com, swallows.shadow@gmail.com
Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка, Тернопіль, Україна*

Annotation: The level, structure and dynamics of mortality for individual nosology analyzed among residents Ternopil region. The basis of the causes of mortality patterns of region forming: the circulatory system diseases (primarily – ischemic heart disease) and cancer.

Key words: mortality, territorial identity, Ternopil region.

Упродовж 1959-2018 рр. рівень смертності у Тернопільській області постійно змінювався і до 1991 р. мав стійку тенденцію до зростання, й перевищував, при цьому, середньодержавний на 0,7-1 ‰ (рис. 1). У 2005 р. рівень смертності в області досяг максимальної позначки за аналізований період часу (15,1 ‰), після чого почав повільно спадати. Примітно, що з 1993 р. й у наступні роки рівень смертності у Тернопільській області був завжди меншим аніж в Україні загалом, в окремі роки ця різниця становила 1,5-1,7 промільних пункти. Однак з 2015 р. темпи зростання смертності почали зростати, рівень смертності впритул наблизився до середньодержавного показника й у 2018 р. був лишень на 0,5 ‰ меншим).

Рисунок 1. Динаміка загальних коефіцієнтів смертності населення Тернопільської області та України у 1959-2018 рр.



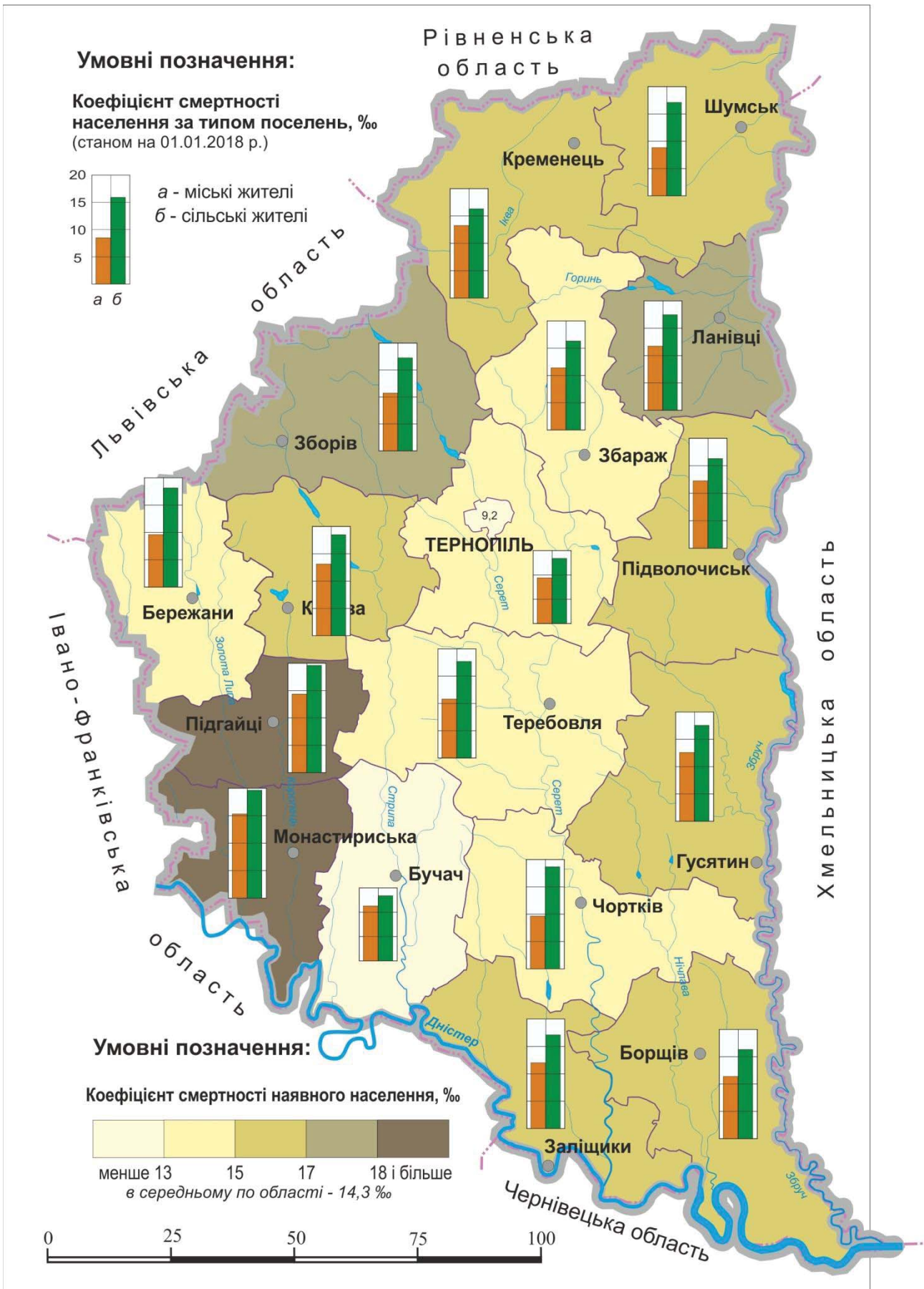
Складено за [8].

З рисунка 1 видно, за більш ніж півстолітній період часу рівень смертності населення зріс на 6,4 промільних пункти, або на 55,2 % – з 7,9 ‰ до 14,3 ‰. З часу здобуття незалежності (1991 р.) темп зростання рівня смертності трохи сповільнився – висхідний тренд змінився хвилеподібним, при цьому проглядаються десятирічні цикли – піки максимальних і мінімальних значень поперемінно змінюються приблизно через п'ять років; на рис. 4.8 добре простежуються два таких цикли).

З рисунка 2 видно, що за показниками рівня смертності у 2018 р. адміністративні райони суттєво різняться. Найвищі показники смертності були у 4 із них (Монастириському і Підгаєцькому районах – більше 18 летальних випадків на 1 000 осіб населення), де процеси старіння населення є найбільшими. А найнижчі показники рівнів смертності були у Буцацькому і Тернопільському районах (12,3 і 13,4 ‰ відповідно), де у вікових структурах населення найменші частки осіб похилого віку (біля 15 %), а також у Тернополі (9,2 ‰) і Чорткові (9,6 ‰), де крім структурного чинника на меншу смертність впливає значно краще медичне обслуговування.

У 2018 р. смертність у містах Тернопільської області була на рівні 10,6 летальних випадків на 1 000 осіб населення, тоді як у селах цей показник досяг позначки 17,4 ‰, від 12,3 у Буцацькому районі до 20,0 у Монастириському (рис. 2). Загалом, рівень смертності сільського населення перевищував рівень смертності мешканців міст майже на 7 промільних пункти (6,8‰). Зауважимо однак, що в останні роки простежується тенденція до деякого зменшення розбіжності у рівнях смертності сільського і міського населення. До цього, як свідчать статистичні дані [4], впродовж щонайменше двох десятиліть поспіль, ця різниця була на рівні 7,6-9,6 ‰.

Рисунок 2. Рівень смертності населення Тернопільської області у 2018 р.



Побудовано за даними [4].

Згідно з «Міжнародною шкалою...» [9] смертність міського населення області відповідає «дуже низькому рівню», а населення сільських місцевостей оцінюється як «високий». Факторами такої великої різниці між рівнями смертності сільського населення у порівнянні з міським – є важкі умови сільського побуту та сільськгосподарської праці, високий рівень безробіття, недоступність у багатьох випадках до своєчасної та якісної кваліфікованої медичної допомоги. Крім цього, у селах значно більша частка населення похилого віку, ніж у містах, для якого характерні максимальні показники смертності тощо. Таку ситуацію добре відображають «центро-периферійні» тенденції, тобто чим далі знаходиться населений пункт від обласного центру та міст, тим гіршими є медико-демографічні показники та якість життя населення загалом.

Для того аби з'ясувати просторово-часові зміни показників смертності в розрізі адмінрайонів області нами простежено динаміку смертності упродовж останніх 25 років – з 1994 до 2018 рр. Для цього нами було розраховано кілька показників динамічного ряду, зокрема: абсолютний приріст, показник росту та темп приросту. На підставі здійснених обрахунків з'ясовано, що у 2018 р. рівні смертності населення зросли у порівнянні із середніми їх значеннями за 25-літній період у дев'яти адмінрайонах області. Найбільші темпи зростання відбулися у Монастириському та Підгаєцькому районах. Основним чинником такої ситуації зі смертністю в цих районах є значна частка осіб похилого віку (18-20 %) у вікових структурах населення, через це рівень смертності тут об'єктивно більший, аніж в інших районах області. Загалом, для тих районів області, де у віковій структурі населення частка осіб похилого віку велика, характерна тенденція до зростання показників смертності населення. Цю взаємозалежність підтверджують результати обрахунку коефіцієнта кореляції (r_{xy}), який показує силу зв'язку між явищем і фактором, у нашому випадку – між рівнем смертності та часткою осіб похилого віку у віковій структурі населення кожного з адмінрайонів. Коефіцієнт кореляції дорівнює 0,778, це свідчить про те, що між явищем і фактором існує тісний зв'язок.

Рівень впливу фактора на результативну ознаку визначається обчисленням коефіцієнта детермінації ($D = r^2$). У нашому випадку він дорівнює 0,605. Це означає, що рівень смертності населення на 60,5 % формується під впливом великої частки осіб похилого віку, решту (39,5 %) – зумовлюють інші фактори.

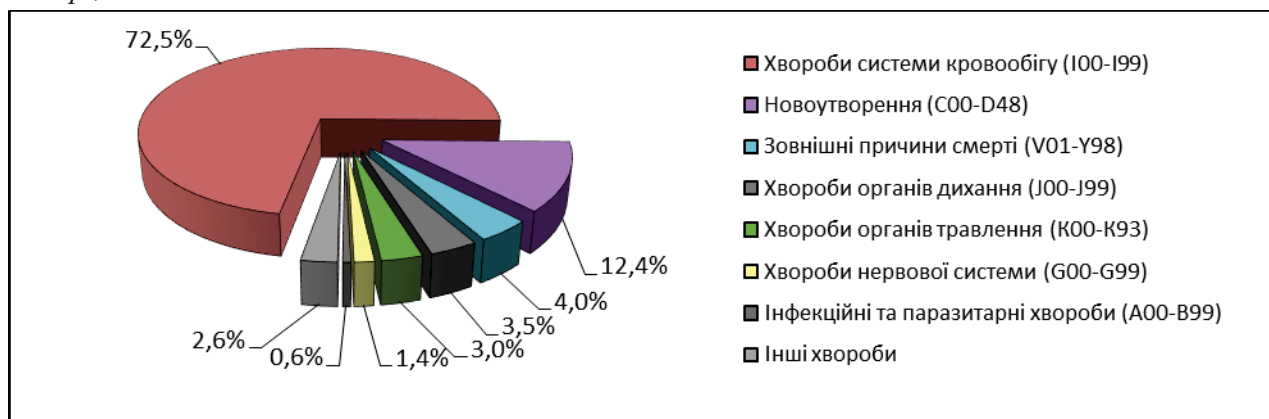
В ієрархії причин смерті населення Тернопільської області в 2018 році перші місця займали такі класи (рис. 3): хвороби системи кровообігу (72,5% від загалу померлих), новоутворення (12,4%), зовнішні причини смерті (4,0%) і хвороби органів дихання (3,5%).

Як видно з рис. 3 основні ризики смерті в регіоні були пов'язані із *хворобами системи кровообігу (ХСК)*, частка яких у структурі основних причин смерті становила понад 2/3 від усіх летальних випадків.

Коефіцієнт смертності від *хвороб системи кровообігу (ХСК)* у 2018 р. становив 103,7 випадків на 10 тис. населення, й мало відрізнявся від загальнодержавного показника, але значно перевищував загальноєвропейський; у середньому, жителі регіону майже в 2,5 рази частіше помирають від ХСК, аніж мешканці країн Європи.

Розбіжності показників смертності від недуг системи кровообігу в адмінрайонах області можна пояснити багатьма причинами, у тім числі – різницею у віковій структурі населення та різними рівнями захворюваності на окремі форми ХСК.

Рисунок 3. Структура основних причин смертності населення Тернопільської області у 2018 р., %



Розраховано за даними [8].

Іншим класом хвороб, які у структурі смертності населення Тернопільщини займають значну частку (12,4%), є *онкологічні захворювання*. Коефіцієнт смертності від злоякісних новоутворень у 2018 р. становив 17,8 випадків на 10 тис. населення. У структурі цього класу найбільше летальних випадків були спричинені новоутворами трахеї, бронхів і легенів – 2,3%. Цікаво зазначити, що у Тернопільській області, як і в Україні загалом, смертність працездатного населення від онкозахворювань значно нижча, ніж в країнах ЄС. Це єдиний з основних класів хвороб, смертність від якого в нашій державі традиційно нижча, ніж у європейських країнах. Однак, зазначимо, що така ситуація може бути обумовлена не стільки нижчими показниками, скільки тим, що значна частина наших співгромадян через надвисоку смертність від ХСК та зовнішніх причин просто не доживає до потенційного онкологічного захворювання, яке зазвичай виникає переважно у старшому віці [6].

Летальні випадки, спричинені *зовнішніми причинами*, складають 4,0% від усіх причин смерті мешканців області; смертність у 2018 р. становила 6 летальних випадків на 10 тис. населення. Найбільша частка (1/5 або 18,5%) смертей із цього класу припадає на навмисні самоушкодження (самогубства). При цьому, за даними Головного управління статистики у Тернопільській області [10], найбільше схильні до суїциду чоловіки – 82,5%; жінки, що покінчили життя самогубством, складають 17,5%. Найбільше суїцидів у 2018 р. було скоєно у віці 30-35 і 50-55 років (разом 23,3%), ще 12,4% – людьми похилого віку (70 років і старших). Загалом, смертність населення області від самогубств становить 1,06 летальних випадків на 10 тис. населення, що в 1,5 разу менше від пересічноукраїнського. За оцінками фахівців [2, 3 та ін.], причинами свідомого позбавлення себе життя, як найтяжчого наслідку розладу психіки та поведінки, можуть бути: надмірно важкі матеріально-побутові умови життя, безробіття, травматична подія (смерть дружини чи близького родича), бездуховність тощо. З другого боку, самогубство може бути також раціональною відповіддю на невиліковну хворобу (рак, СНІД).

Значну частку у структурі смертності населення Тернопільщини займають *хвороби органів дихання* (3,5%), особливо хронічний бронхіт та емфізема легень (біля 4%). Загалом, загальна кількість жителів нашого краю, причиною летальних випадків в яких були хвороби органів дихання, становила у 2018 р. 523 особи.

Серед чинників ризику, що призводять до хронічних захворювань органів дихання, основними є забруднення атмосферного повітря і повітря робочої зони, а також тютюнопаління. При цьому останній чинник є найагресивнішим з поміж перелічених; курці більше ризикують захворіти будь-якими інфекційними захворюваннями дихальних шляхів, ніж некурящі і мають у 30 разів вищу ймовірність розвитку хронічної обструктивної хвороби легень у порівнянні з некурящими [1], а смертність серед курців, котрі нездужають від хронічного бронхіту, вища в 21 раз [7].

За критеріями ВООЗ передчасною смертністю вважається та, яка настала у віці до 65 років. Якщо оцінювати рівень смертності населення Тернопільської області керуючись цими критеріями, то можемо констатувати таке:

1) із семи основних класів хвороб найбільші ризики передчасної смерті пов'язані з чотирма з них (класи I Інфекційні та паразитарні хвороби, VI Хвороби нервової системи, XI Хвороби органів травлення, XX Зовнішні причини смерті), бо середній вік смерті від цих нозологій значно менший 65 років;

2) один із класів (клас II Новоутворення) на рівень передчасної смертності впливає мало, бо більшість населення (53%) помирає від цієї недуги у

близькому до 65-літнього віку (середній вік смерті 63,4 роки); за умови збереження наявної позитивної динаміки (+1,1) цей клас хвороб може перейти в ранг тих, середній вік смерті від яких виходить за межі 65-річного рубежу.

Загалом, майже чверть смертей у 2018 р. у Тернопільській області були передчасними і недетермінованими процесам старіння, тобто виникали від причин, не пов'язаних безпосередньо з віком.

Задля покращання ситуації зі смертністю населення в Тернопільській області слід розв'язати низку проблем: 1) вирішити проблему зайнятості населення; 2) поліпшити санітарно-епідеміологічну ситуацію в сільських місцевостях та екологічну ситуацію у містах, 3) посилити заходи з упередження, діагностики та профілактики захворюваності задля поліпшення репродуктивного здоров'я населення; 3) сприяти зменшенню соціально детермінованих причин захворюваності та смертності населення; 4) забезпечити формування механізму заохочення населення до ведення здорового способу життя.

Список використаних джерел

1. Андреева Т. И., Красовский К. С. Табак и здоровье. К., 2004. С. 72-75.
2. Воднік В. Д. Самогубство: причини та шляхи профілактики // Вісник Нац. ун-ту Юридична академія України ім. Я.Мудрого. 2013. № 3 (17). С. 140-160.
3. Данило О., Скалецький М. Причини та мотиви суїцидальної поведінки в умовах економічної кризи // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». 2010. № 661: Філософські науки. С. 85-90.
4. Демографічний паспорт території. Тернопільська область. URL: http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Dialog/statfile1_c_files/pasport.files/pasport/61/61_12_18.htm
5. Дем'янчук І.П., Дем'янчук П.М. Сучасні тенденції смертності населення Тернопільської області // Екологічні проблеми природокористування та охорона навколишнього середовища: Зб. наук. праць Другої Всеукр. наук.- практ. конф. за міжнар. участю (Рівне, 21–23 жовтня 2015 р. / за ред. проф. Д.В.Лико [та ін.]. Рівне: РДГУ, 2015. С. 56-57.
6. Дем'янчук І.П., Ковальчук І.П. Структура и иерархия причин смертности населения Тернопольской области // Веснік Брэсцкага універсітэта: Навукова-гэарэтычны часопіс. Сер. 5. Хімія. Біялогія. Навукі аб зямлі. 2016. № 1. Брест, 2016. С. 102-109.
7. Захворювання, пов'язанні із палінням. URL: <http://www.mvrukiev.ho.ua>
8. Населення України за 2018 рік: демограф. щоріч. К.: ДП Інформаційно-аналітичне агентство, 2019. 120 с.
9. Пальян З. О. Демографічна статистика: посіб. К.: КНЕУ, 2003. 132 с.
10. Статистичний щорічник Тернопільської області за 2018 рік / за ред. А. А. Чорного. Тернопіль: ГУС у Тернопільській області, 2019. 430 с.