

О. О. Петриченко

ДУ «Науковий центр радіаційної медицини АМН України», м. Київ

ОСОБЛИВОСТІ САМОЗБЕРЕЖУЮЧОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ НАСЕЛЕННЯ, ЯКЕ ПРОЖИВАЄ НА РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ, У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

Вивчення стилю життя населення радіоактивно забруднених територій (РЗТ) дозволило встановити присутність у них депресивного реалізму та зниження соціально-психологічних адаптаційних функцій, що проявляються через негативний «я-образ». Пусковим механізмом останнього є негативні переживання, зумовлені невдачами в повсякденному житті, у виробничій діяльності, соціальній безнадії. Депресія виступає одночасно як причина і як наслідок деструктивного соціального пізнання та деструктивної соціальної поведінки. Остання проявляється в низькій профілактичній активності у побуті, спрямованій на збереження власного здоров'я за умови проживання на РЗТ, та при достатньо високій зосередженості на питаннях безпеки в умовах виробництва.

Ключові слова: населення радіоактивно забруднених територій, фактори негативного впливу, самозберігаюча поведінка, профілактика

Предметом даного соціологічного дослідження стали профілактична активність, самозберігаюча поведінка в побуті, що пов'язана з проживанням на радіоактивно забруднених територіях (РЗТ), та поведінка в умовах виробництва у віддалений період Чорнобильської аварії.

Об'єктом дослідження стало працездатне населення, яке проживає на радіоактивно забруднених територіях та умовно чистих територіях (УЧТ) Житомирської області в Овруцькому та Андрушівському районах.

Відомо, що всі види соціальної активності регулюються характеристиками масової свідомості: системою цінностей і потреб людей, їх соціальними настановами й інтересами. Для моделювання типів поведінки нами була використана авторська методика М. Рокіча «Ціннісні орієнтації» [1], що передбачає наявність двох класів цінностей:

- термінальні — переконання про те, що якась кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї прагнути;
- інструментальні — переконання про те, що якийсь спосіб дії чи властивість особистості є кращою в будь-якій ситуації.

Така класифікація цінностей відповідає традиційному розподілу на цінності-цілі та цінності-засоби.

Переваги методики в тому, що вона, враховуючи той факт, що цінності не існують кожна окремо, а організовані в системи, дає можливість їх об'єднання в змістові блоки. Аналіз ієрархії цінностей слід проводити з урахуванням їх групування в змістові блоки за різними засадами.

В нашому дослідженні будуть виділені такі групи в рамках кожного класу цінностей. Цінності термінальні були умовно об'єднані таким чином:

- фізичні: «активне діяльне життя», «здоров'я», «продуктивне життя», впевненість в собі»;
- етичні: «кохання», «наявність хороших та вірних друзів», «розваги», «свобода», «щасливе сімейне життя», «щастя інших»;
- професійно-мотиваційні: «цікава робота», «творчість»;
- філософські: «життєва мудрість», «красота природи і мистецтво», «суспільне визнання», «пізнання», «розвиток»;
- матеріальні: «матеріально забезпечене життя».

Цінності інструментальні умовно об'єднані таким чином:

- вольові: «акуратність», «раціоналізм», «самоконтроль», «ефективність в справах»;
- інтелектуальні: «освіченість», «широта поглядів»;
- поведінкові: «вихованість», «життєрадісність», «терпимість», «чесність», «чуйність»;
- особисті: «справність», «незалежність», «непримиренність до недоліків в собі та інших», «відповідальність», «смільсть у відстоюванні своєї думки, своїх поглядів», «тверда воля»;
- матеріальні: «високі потреби».

За допомогою даної методики ми визначили: по-перше, ієрархію цінностей у свідомості особистості, по-друге, які групи цінностей і якою мірою визначають життєву спрямованість особистості.

Зміни в способі життя населення РЗТ після аварії на ЧАЕС, стрес, якому підпадають люди в результаті змін умов і норм життя, висока розповсюдженість саморуйнуючих видів поведінки неодмінно шкодить здоров'ю людини. Основною метою даного фрагмента дослідження є соціологічний аналіз профілактичної активності та самозберігаючої поведінки стосовно здоров'я населення РЗТ.

Ми розглядаємо не лише об'єктивний бік здоров'я людини (наявність хронічних захворювань, умови життєдіяльності), але і суб'єктивні фактори (частота відвідування медичних закладів, наявність шкідливих звичок), а також ставлення респондентів до свого здоров'я. Вивчення самозберігаючої поведінки респондентів у побуті та в умовах виробництва визначається як система дій і стосунків, що впливають на здоров'я і тривалість життя індивіда в умовах проживання на радіоактивно забруднених територіях.

Як було передбачено програмою соціологічного дослідження, опитування проводили в Овруцькому районі Житомирської області на радіоактивно забруднених територіях і в Андрушівському районі Житомирської області на умовно чистих територіях. Ми обрали ці 2 райони за принципом схожості за основними показниками, що підлягали зіставленню, а саме: територія та кількість наявного населення, економічна спрямованість та ступінь розвитку району.

Вибіркова сукупність опитаних склала 200 чоловік з помилкою репрезентативності вибірки $D = 3,5\%$, що є звичайною помилкою надійності. Для контролю населення, яке проживає на УЧТ? було опитано 106 осіб. У дослідженні взяли участь особи віком від 16 до 65 років.

У процесі дослідження було застосовано такі методи: факторного аналізу з використанням методу головних компонент та обернення факторів методом «варімакс»; ієрархічного кластерного аналізу з використанням методу середнього зв'язку, що дозволяє зберегти співвідношення між точками у багатомірному просторі масиву зібраної інформації. Масив зібраної інформації було введено і опрацьовано на ПК з використанням методів дистрибутивної статистики програм SPSS [2].

Нами було проведено групове опитування респондентів, здебільшого, на виробничих підприємствах (молоко-

завод, хлібозавод, цукровий завод), також опитувались співробітники митниці, міліції, пожежної частини, персонал районних закладів охорони здоров'я, закладів освіти, працівники сфери обслуговування та інші.

За рейтингом життєвих цінностей, згідно з даними попередніх досліджень нашої лабораторії та численних публікацій стосовно ставлення людини до свого здоров'я, здоров'я входить в трійку найбільш важливих [3—7]. Значення цінності здоров'я в свідомості людини, частіш за все, обумовлює її подальшу поведінку [8].

Як і передбачалося, життєва позиція, де здоров'я — найголовніше в житті і важливі рішення приймаються так, щоб не зашкодити здоров'ю, найбільш розповсюджена як

серед населення РЗТ, так і УЧТ (41,6 % та 31,1 % відповідно) (табл. 1).

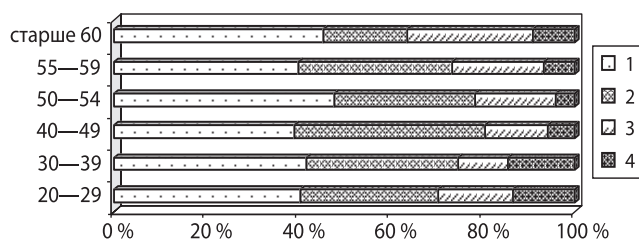
Цінність здоров'я серед населення РЗТ має достовірний кореляційний зв'язок зі статтю ($r = -0,207$ $p < 0,01$), ретроспективними оцінками стану здоров'я за останні роки ($r = -0,179$ $p < 0,05$) та рівнем соціального самопочуття ($r = -0,222$ $p < 0,01$). Серед населення УЧТ ставлення до свого здоров'я має залежність від якості житла ($r = -0,285$ $p < 0,01$) і режиму праці та відпочинку ($r = 0,205$ $p < 0,01$). Існують гендерні відмінності щодо ставлення до свого здоров'я, які підтверджуються даним дослідженням — жінкам притаманна значно більша вага цінності здоров'я, ніж чоловікам.

Таблиця 1

Розподіл респондентів УЧТ та РЗТ в залежності від життєвої позиції щодо цінності здоров'я за статтю (в %)

	Цінність здоров'я	РЗТ			УЧТ		
		чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
1	Здоров'я — найголовніше в житті, важливі рішення повинні прийматися так, щоб не зашкодити здоров'ю	35,1	47,6	41,6	28,2	32,8	31,1
2	Здоров'я, звичайно, важливо, але іноді можна забути про нього заради матеріального добробуту сім'ї	29,8	35,9	33,0	25,6	40,6	35,0
3	Здоров'я важливе для мене на рівні з роботою, відпочинком, навчанням, розвагами	19,1	10,7	14,7	25,6	17,2	20,4
4	Я хочу жити так, як мені подобається, ні в чому себе не обмежуючи	16,0	5,8	10,7	20,5	9,4	13,6

За даними нашого дослідження не було виявлено прямої кореляційної залежності між цінностями стосовно здоров'я та віком респондентів. Проте простежується певна закономірність в перерозподілі цінностей в залежності від віку (рис. 1).



1 — здоров'я — найголовніше в житті, важливі рішення повинні прийматися так, щоб не зашкодити здоров'ю
 2 — здоров'я, звичайно, важливо, але іноді можна забути про нього заради матеріального добробуту сім'ї
 3 — здоров'я важливе для мене на рівні з роботою, відпочинком, навчанням, розвагами
 4 — я хочу жити так, як мені подобається, ні в чому себе не обмежуючи

Рис. 1. Розподіл респондентів РЗТ по відношенню до здоров'я за віковими категоріями (в %)

Найбільший відсоток респондентів зі споживацьким ставленням до свого здоров'я спостерігається у вікових групах до 40 років. В групі 40—49 років спостерігається переоцінка цінностей і здоров'я набуває більшого значення для 54,9 % респондентів, але на рівні з кар'єрою, відпочинком, матеріальними перевагами і т. ін. В похилому віці, коли здоров'я погіршується, логічним є збільшення частини людей, для кого це — головна цінність. Але за даними проведеного дослідження, найбільша частка респондентів, для кого здоров'я понад усе, вже в предпенсійній групі (50—54 роки) і становить 47,8 %.

Попри високий рейтинг цінності здоров'я, переважна більшість населення як на РЗТ, так і на УЧТ дбають про нього виключно за необхідністю (табл. 2). Тобто це і є та більшість, для кого виконання загальновідомих рекомендацій щодо здорового способу життя не увійшли в звичку.

Проте, серед опитаних на РЗТ майже вдвічі більше тих, хто постійно дбає про своє здоров'я, ніж серед респондентів УЧТ, та втричі менше тих, хто взагалі не турбується про нього. Слід відзначити, що найбільший відсоток (47,6 %) респондентів РЗТ, хто постійно дбає про своє здоров'я, саме в групі, де цінність здоров'я найнижча. В цій же групі не знайшлося жодного респондента, хто сказав би, що взагалі не дбає про своє здоров'я.

Таблиця 2

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ за статтю стосовно турботи за своє здоров'я (в %)

Турбота про своє здоров'я	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
Постійно	33,7	14,4	23,6	22,5	9,1	14,2
Коли необхідно	62,1	85,6	74,4	70,0	84,8	79,2
Взагалі не дбаю	4,2	—	2,0	7,5	6,1	6,6

Однією з непрямих оцінок стану здоров'я населення є визначення частки населення, що знаходиться на диспансерному обліку. Таких однакова кількість респондентів в обох досліджуваних районах — чверть опитаних (табл. 3).

Таблиця 3

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо знаходження на диспансерному обліку за статтю (в %)

Диспансерний облік	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
Так	21,7	28,4	25,3	30,0	23,8	26,2
Ні	78,3	71,6	74,7	70,0	76,2	73,8

За ретроспективною оцінкою стану свого здоров'я розподіл відповідей респондентів РЗТ та УЧТ також майже немає відмінностей (табл. 4). Половина респондентів скаржаться на погіршення стану здоров'я, серед яких переважають жінки.

Таблиця 4

Розподіл респондентів УЧТ та РЗТ за статтю стосовно ретроспективної зміни стану свого здоров'я (в %)

Як змінився ваш стан здоров'я	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
змінився на гірше	40,0	60,0	50,5	45,0	57,6	52,8
залишився таким же	53,7	39,0	46,0	50,0	40,9	44,3
змінився на краще	6,3	1,0	3,5	5,0	1,5	2,8

Суттєвою причиною погіршення стану здоров'я 74,7 % респондентів РЗТ вважають саме проживання на радіоактивно забруднених територіях. На другому, третьому та четвертому місцях в рейтингу негативних факторів впливу на здоров'я вони вказують невідповідну якість питної води, рівень чистоти повітря та якість продуктів харчування, що має стійку асоціацію саме з радіаційним забрудненням. Тобто фактор радіаційного ризику для здоров'я через 22 роки після аварії залишається найвпливовішим. Наступними, але менш впливовішими, причинами погіршення свого здоров'я респонденти РЗТ вважають умови праці та матеріальний стан сім'ї. Шкідливі звички та нестабільна ситуація в країні займає 7 та 8 місце в цьому рейтингу. Респонденти УЧТ перші три місця в цьому рейтингу віддали забрудненості повітря, якості продуктів харчування та якості питної води. 57,4 % респондентів УЧТ вважають, що низький рівень добробуту негативно впливає на їх здоров'я.

Для виявлення структурних взаємозв'язків причин негативного впливу на стан здоров'я населення РЗТ був проведений факторний аналіз з застосуванням методу головних компонент та обертання факторів методом «варімакс». Застосування цього методу дозволило виділити три основні групи показників (табл. 5).

I-й фактор включає головні навантаження у загальній дисперсії показників мають фактори негативного впливу якості життя (житлових зручностей, типу житла, умов праці, матеріального стану сім'ї) та поряд з цим нестабільна політична ситуація в країні та проблеми в спілкуванні. Його загальна інформативність становить 25,45 %.

II-й фактор — включає до себе негативні показники екологічного середовища (якість питної води, продуктів харчування, рівень чистоти повітря) поряд з фактором проживання на радіоактивно забруднених територіях. Цей фактор об'єднує екологічно небезпечні причини та віддзеркалює думку 20,64 % опитаних.

III-й фактор можна назвати «реалістичною безвідповідальністю», де найбільші факторні навантаження мають особиста бездіяльність щодо збереження власного здоров'я, спадковість та шкідливі звички. Проте це найменший за інформативністю фактор, що висловлює думку 19,24 % населення.

Таблиця 5

Факторна матриця причин негативного впливу на стан здоров'я населення РЗТ

№	Фактори	Факторні навантаження		
		I	II	III
1	Нестабільна політична ситуація в країні	0,696	0,197	-0,294
2	Проживання на РЗТ	0,129	0,765	-0,095
3	Якість продуктів харчування	0,112	0,753	0,398
4	Якість питної води	0,138	0,807	0,360
5	Рівень чистоти повітря	0,165	0,551	0,582
6	Матеріальний стан сім'ї	0,570	0,541	0,016
7	Умови праці	0,601	0,318	0,393
8	Якість житлових зручностей	0,845	0,046	0,164
9	Якість житла	0,794	0,122	0,271
10	Проблеми в спілкуванні	0,654	0,042	0,407
11	Шкідливі звички	0,467	0,275	0,450
12	Спадковість	0,265	0,217	0,724
13	Особиста бездіяльність щодо збереження власного здоров'я	0,038	0,048	0,795
Загальна інформативність фактора		25,45	20,64	19,24

Особливо слід відзначити, що запропонована нами причина негативного впливу на здоров'я «особиста бездіяльність щодо збереження власного здоров'я» майже не прийнята до уваги респондентами обох районів. Так, 76,6 % респондентів РЗТ та 68,8 % на УЧТ вважають, що це не може вплинути на погіршення стану їх здоров'я. Тому стає зрозумілим чому із індивідуальних заходів, що підтримують здоров'я людини, респонденти дотримуються тільки виконання санітарно-гігієнічних заходів. Їх завжди виконують 59,0 % респондентів на РЗТ та 61,3 % — на УЧТ.

Завжди займатися фізичною активністю вважає за потрібне третя частина респондентів в обох масивах, що порівнюються. Режимом харчування, праці та відпочинку взагалі нехтує чверть респондентів як на РЗТ, так і на УЧТ. Більшість з них дотримуються правильного режиму тільки деякою мірою. Тобто профілактична активність стосовно здорового способу життя не має відмінностей в залежності від території проживання і є надзвичайно низькою.

Із профілактичних заходів з метою з'ясування якості довкілля найбільш розповсюджений — аналіз води з колодязя, який набагато частіше проводять саме респонденти на УЧТ (табл. 6). Скоріше за все, це пов'язано з тим, що респонденти РЗТ краще забезпечені житловими зручностями.

Таблиця 6

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ, що проводять заходи з метою з'ясування якості довкілля, в залежності від місця проживання та статі (в %)

Заходи	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
Аналіз води з колодязя	25,4	28,6	27,2	56,8	43,5	48,5
Аналіз ґрунту на вміст важких металів	9,9	3,3	6,2	5,4	—	2,0
Дотримання правил внесення мінеральних добрив	19,7	27,8	24,2	35,1	22,6	27,3
Аналіз ґрунту на вміст пестицидів	11,3	3,3	6,8	2,7	3,2	3,0
Аналіз продуктів на вміст важких металів та пестицидів	14,1	17,8	16,1	5,4	8,1	7,1
Інше	5,6	4,4	5,0	19,4	16,1	17,3

Дотримуються правил внесення мінеральних добрив тільки чверть населення незалежно від місця проживання. Аналіз ґрунту на вміст важких металів та на вміст пестицидів проводять одиниці, але все ж таки більше на РЗТ.

Аналіз продуктів на вміст важких металів та пестицидів проводять 16,1 % респондентів на РЗТ, але серед респондентів УЧТ таких вдвічі менше.

Виконання захисних профілактичних заходів у побуті в зв'язку з проживанням на радіоактивно забруднених територіях для населення так і не стало звичкою. Як видно з таблиці 7, 55,3 % респондентів ніколи не перевіряють продукти групи ризику (молоко, лісові ягоди, гриби) на радіацію перед вживанням. Завжди обмежують себе у вживанні дичини, грибів та лісових ягід тільки 24,1 % опитаних, що є надзвичайно низьким показником, враховуючи той факт, що за останні роки в багатьох населених пунктах Овруцького району знову відбувається підвищення рівня дози внутрішнього опромінення [7].

Серед тих, хто має худобу в домашньому господарстві, близько 80 % респондентів взагалі не вважають за потрібне утримувати та випасати її відповідно статусу території проживання. Завжди виконують захисні рекомендації 5—8 % населення (табл. 7).

Таблиця 7

Ступінь виконання захисних профілактичних заходів у побуті в зв'язку з проживанням на радіоактивно забруднених територіях (в %)

Виконання захисних профілактичних заходів	УЧТ		
	завжди	іноді	ніколи
Обмеження вживання дичини, грибів, лісових ягід	24,1	53,8	22,1
Перевірка молока, лісових ягід та грибів на радіацію перед вживанням	9,1	35,5	55,3
Випас худоби на спеціально відведених «чистих» пасовищах	11,8	15,1	73,1
Кормові домішки для худоби	5,5	17,5	77,0
Спеціальна відгодівля худоби	8,2	12,6	79,1
Інші	1,0	12,9	86,1

В наступних таблицях наведені показники самозбережувачої поведінки на виробництві. Системою навчання з техніки безпеки охоплено 78,9 % працюючих на УЧТ і 87,4 % на РЗТ, це свідчить про кращу організацію процесу навчання з техніки безпеки на РЗТ (табл. 8).

Таблиця 8

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ по відношенню до навчання з техніки безпеки за статтю (в %)

УЧТ				РЗТ			
чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
так	ні	так	ні	так	ні	так	ні
78,9	21,1	75,8	24,2	87,4	12,6	80,6	19,4

На жаль, зафіксований дуже низький відсоток працюючого населення, охопленого профоглядами, як на РЗТ, так і на УЧТ (17,5 % на УЧТ проти 27,4 % на РЗТ), що свідчить про вплив погіршення економічної ситуації в країні на взаємовідносини між медичними закладами та підприємствами (табл. 9).

Таблиця 9

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ по відношенню до профоглядів за статтю (в %)

УЧТ				РЗТ			
чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
Так	ні	так	ні	так	ні	так	ні
17,5	7,5	12,1	7,6	27,4	5,3	12,4	7,635

Ступінь інформованості щодо шкідливості виробництва приблизно однаковий у працюючого населення РЗТ та УЧТ і досягає майже 50 % (табл. 10).

Таблиця 10

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ за ступенем інформованості стосовно шкідливості виробництва за статтю (в %)

Ступінь інформованості	УЧТ		РЗТ	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Повністю володію інформацією	47,5	43,9	49,5	44,8
Частково	50,0	42,4	47,4	48,6
Зовсім не володію	2,5	13,6	3,2	6,7

Засоби індивідуального захисту використовують 57,5—68,5 % працюючого населення УЧТ і 64,8—68,4 % РЗТ. В цілому засобами захисту користується більше половини працюючого населення (табл. 11).

Таблиця 11

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо використання засобів індивідуального захисту від шкідливого виробництва за статтю (в %)

УЧТ				РЗТ			
чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
так	ні	так	ні	так	ні	так	ні
57,5	42,5	68,2	31,8	68,4	31,6	64,8	35,2

Найбільше застосування серед засобів індивідуального захисту мають одяг, взуття, окуляри, що пов'язане з характером виконуваної роботи. Інтенсивніше застосовують засоби індивідуального захисту працюючі чоловіки РЗТ, що обумовлюється тяжкістю і напруженістю їх роботи та забрудненістю території радіоактивними речовинами (табл. 12).

Таблиця 12

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо застосування засобів індивідуального захисту, які використовують працюючі (за статтю) (в %)

Найменування засобів індивідуального захисту	УЧТ				РЗТ			
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
	так	ні	так	ні	так	ні	так	ні
Одяг	40,0	60,0	57,6	42,4	62,1	37,9	52,4	47,6
Взуття	7,5	92,5	27,3	72,7	53,7	46,3	27,6	72,4
респиратори	7,5	92,5	15,2	84,8	18,9	81,1	6,7	93,3
Беруші	2,5	97,5	1,5	98,5	2,1	97,9	1,3	98,7
Окуляри	15,0	85,0	4,5	95,5	22,1	77,9	2,9	97,1
Інше	20,0	80,0	12,1	87,9	22,1	77,9	16,2	83,8

Практично всі працюючі на РЗТ та УЧТ дотримуються правил пожежної безпеки (табл. 13).

Таблиця 13

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо дотримання правил пожежної безпеки за статтю (в %)

УЧТ				РЗТ			
Чоловіки		Жінки		чоловіки		жінки	
Так	Ні	так	ні	так	ні	так	ні
97,5	2,5	97,0	3,0	94,7	5,3	98,1	1,9

Для працюючого населення РЗТ характерно застосування стимуляторів протягом робочого дня у 1,5—2 рази частіше, ніж у працюючих на УЧТ, що свідчить про виконання працюючими на РЗТ більш тяжкої та напруженої роботи (табл. 14).

Таблиця 14

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо застосування стимуляторів протягом робочого дня за статтю (в %)

Назва стимулятора	УЧТ		РЗТ	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Кава	35,0	52,3	40,9	32,0
Чай	55,0	67,7	57,0	72,8
Алкоголь	10,0	1,5	16,5	4,5
Ліки	5,0	13,8	11,0	29,0
Тютюн	20,0	1,5	42,0	2,9

Як один із важливих профілактичних заходів ми розглядали ступінь оздоровлення населення. За даними останнього опитування, таку фінансову можливість мають тільки чверть населення в обох районах (табл. 15). З наданням профспілкових та соціальних путівок на оздоровлення ситуація теж не краща. Оздоровлення населення, що має 3 категорію посвідчення постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС, майже не має відмінностей з населенням, що проживає на умовно чистих територіях.

Таблиця 15

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо фінансових можливостей оздоровлення в залежності від статі (в %)

Можливість оздоровлення	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
Так	33,3	17,1	24,7	35,1	20,0	25,5
Ні	66,7	82,9	75,3	64,9	80,0	74,5

Особливе занепокоєння викликає той факт, що майже припинилося оздоровлення дітей на РЗТ. Більше 80 % населення, що не мали можливості оздоровлення протягом останніх 5 років і не відновлюють своє здоров'я, згодом можуть поповнити лави хворих людей. Проте саме за оздоровлення відповідно до Закону України «Про соціальний статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» несе відповідальність держава.

Близько 35 % респондентів в обох групах проходять регулярне медичне обстеження 1 раз на рік (табл. 16). Нехтують цим дієвим профілактичним заходом 40,5 % респондентів на РЗТ та 48,1 % на УЧТ, які проходять медичне обстеження вже за вимушеною необхідністю.

Таблиця 16

Частота проходження профілактичного медичного обстеження респондентів РЗТ та УЧТ за статтю (в %)

Проходження медобстеження	РЗТ			УЧТ		
	чол.	жінки	загал.	чол.	жінки	загал.
1 раз у 3 місяці	5,3	1,9	3,5	2,5	1,5	1,9
1 раз в півроку	9,5	14,3	12,0	15,0	10,6	12,3
1 раз на рік	26,3	42,9	35,0	45,0	30,3	35,8
1 раз на 2 роки	9,5	3,8	6,5	—	—	—
час від часу, за необхідністю	45,3	36,2	40,5	32,5	57,6	48,1
зовсім не проходжу	4,2	1,0	2,5	5,0	—	1,9

Частково цей факт можна пояснити зростаючою невдоволю до державної системи охорони здоров'я, особливо серед респондентів РЗТ (табл. 17). Все більша кількість населення сподівається, здебільшого, на власні знання та здібності (57,5 % в порівнянні з 25,7 % в 2000 році).

Головні дорікання до лікувально-профілактичних закладів — це відсутність необхідних спеціалістів, за даними опитування з цієї проблемою ситуація гірша на РЗТ (табл. 18).

Таблиця 17

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ стосовно довіри до закладів охорони здоров'я (в %)

Заклади охорони здоров'я	РЗТ	УЧТ
Існуючі лікувально-профілактичні заклади	53,5	68,3
Нетрадиційні методи лікування та оздоровлення	14,0	15,4
Страхова медицина	14,0	16,3
Приватна медицина	17,5	12,5
Власні знання та здібності	57,5	46,2
Ні на що не розраховую — «як буде, так буде»	19,0	19,2
Ваш варіант відповіді	1,0	2,9

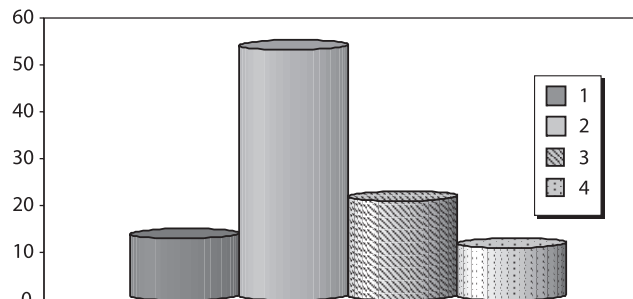
Таблиця 18

Розподіл респондентів РЗТ та УЧТ щодо причин незадоволеності медичним обслуговуванням (в %)

Причини незадоволеності	РЗТ	УЧТ
Відсутність будь-якої медичної допомоги в нашому населеному пункті	9,2	4,0
Далека відстань до лікувальних закладів	6,7	15,0
Відсутність необхідних спеціалістів	64,6	58,0
Неможливість виконувати всі призначення та поради лікаря (процедури, харчування і т. і.)	42,6	34,0
Неможливість придбання медичних препаратів через відсутність коштів	59,5	56,0
Інше	6,7	3,0

Наступна причина незадоволеності медичним обслуговуванням, скоріше, не медична, а матеріальна — неможливість придбання медичних препаратів через відсутність коштів. Третя, найбільш важлива причина незадоволеності, пов'язана з неможливістю виконувати всі призначення та поради лікаря (процедури, харчування і т. ін.). Загальна незадоволеність медичним обслуговуванням вища серед респондентів РЗТ. Напевно, цей факт можна пояснити невідповідністю стану медичного обслуговування ступеню ризику проживання на РЗТ.

Протягом останнього десятиріччя не знижується відсоток населення, що хотіли б переїхати до «чистої зони» (рис. 2).



- 1 — виїхати на постійне місце проживання в «чисту зону»
- 2 — добиватися від влади підвищення компенсації за проживання на небезпечній території
- 3 — жити як усі, виконуючи певні рекомендації, в зв'язку з проживанням в цій місцевості
- 4 — жити як усі, незважаючи на радіацію та розмови про неї

Рис. 2. Життєві плани в зв'язку з проживанням на радіоактивно забруднених територіях

Слід відзначити, що за даними попередніх досліджень, потенційні екологічні мігранти під цією настановою завуальовують вирішення своїх звичайних сімейних та побутових проблем, притаманних для всього населення України. Проте більшість населення все ще не втрачає надію добитися від владних структур держави перегляду Закону України «Про соціальний статус та соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», де буде переглянуто відшкодування за ризик проживання на РЗТ. Частина людей, що адекватно сприймає ситуацію, що склалася, становить тільки 21,1 %. Це люди, що виконують певні рекомендації в зв'язку з проживанням на РЗТ.

Тобто можна визначити, що соціальна політика, яка провдилася стосовно населення РЗТ, не призвела до позитивних результатів. До того ж, інформаційно-просвітницька робота щодо збереження особистого здоров'я в умовах проживання на РЗТ повинна бути негайно відновлена та посилена.

Вивчення стилю життя населення радіоактивно забруднених територій дозволило встановити, що характерною його особливістю є присутність депресивного реалізму та зниження соціально-психологічних адаптаційних функцій, що проявляються через негативний «я-образ». Пусковим механізмом останнього є негативні переживання, зумовлені невдачами в повсякденні, у виробничій діяльності, соціальній безнадії. Депресія виступає одночасно як причина і як наслідок деструктивного соціального пізнання та деструктивної соціальної поведінки. Деструктивна соціальна поведінка проявляється в низькій профілактичній активності у побуті, спрямованій на збереження власного здоров'я за умови проживання на РЗТ, та при достатньо високій зосередженості на питаннях безпеки в умовах виробництва.

Але найбільший ресурс в боротьбі за здоров'я — залучення людей до профілактичних заходів по збереженню власного здоров'я, спонукання до самозбережувачої поведінки і розуміння власної відповідальності за своє

здоров'я через зміну на краще способу життя, всупереч рекламі тютюну і алкоголю.

Для створення дієвої системи профілактики здоров'я необхідно розробляти нові підходи з урахуванням складності мотиваційної поведінки населення з різними типами емоційності і психічними особливостями, шукати шляхи впливу на свідомість і підсвідомість, залучати до цієї роботи фахівців з різних галузей науки, соціальних робітників, школи і вищі навчальні заклади, громадські організації.

Список літератури

1. Головаха Е. И. Интегральный индекс социального самочувствия (ИИСС): конструирование и применение социологического теста в массовых опросах / Головаха Е. И., Панина Н. В. — К.: Ин-т социологии НАНУ, 1997. — 64 с.
2. Куценко В. І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти / Куценко В. І., Трілленберг Г. І. — НАН України. — К., 2005. — 365 с.
3. Здоров'я населення радіоактивно забруднених територій як соціальна проблема / [В. А. Прилипка, Ю. Ю. Озерова, І. В. Бондаренко, М. М. Морозова] // Чорнобиль і соціум. — К., 2006. № 12. — С. 97—113.
4. Шилова Л. С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения / Л. С. Шилова // Социологические исследования. — 2007. — № 9. — С. 102—109.
5. Ефименко С. А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья / С. А. Ефименко // Социологические исследования. — 2007. — № 9. — С. 110—114.
6. Хабибуллин К. Н. Динамика факторов риска и профилактика здоровья населения / К. Н. Хабибуллин // Там же. — 2005. — № 6. — С. 140—144.
7. Перевозников О. М. Мониторинг индивидуальных доз облучения за допомогою лічильників випромінювання людини / Перевозников О. М., Василенко В. В. — В кн.: Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції; за ред. О. Ф. Возіанова, В. Г. Бебешка. — Київ: ДІА, 2007. — С. 71—85, 49—54.
8. Шилова Л. С. О стратегии поведения людей в условиях реформы здравоохранения / Л. С. Шилова // Социологические исследования. — 2007. — № 9. — С. 102—109.

Надійшла до редакції 25.06.2010 р.

А. А. Петриченко

ГУ «Научный центр радиационной медицины АМН Украины», г. Киев

Особенности самосохраняющего поведения и профилактической активности населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях, в отдаленный период Чернобыльской катастрофы

Исследования стиля жизни населения радиоактивно загрязненных территорий позволило установить наличие у них депрессивного реализма и снижение социально-психологических адаптационных функций, которые проявляются через негативный «я-образ». Пусковым механизмом последнего служат негативные переживания, обусловленные неудачами в повседневной жизни, производственной деятельности, социальная безнадежность. Депрессия выступает одновременно как причина и как следствие деструктивного социального познания и поведения. Деструктивное социальное поведение проявляется в низкой профилактической активности в быту, направленной на сохранение собственного здоровья, при условии проживания на РЗТ, на фоне достаточно высокой сосредоточенности на вопросах безопасности в условиях производства.

Ключевые слова: население радиоактивно загрязненных территорий, факторы негативного влияния, самосохраняющее поведение, профилактика.

A. A. Petrichenko

State institution "Scientific center of nuclear medicine of the AMS of Ukraine", Kyiv

Peculiarities of self-preservation behavior and prophylactic activity of population living on radio-active contamination territory in the remote period of Chernobyle disaster

Research of population style of life the radio-active contamination (RAC) has allowed to establish the existence of depression realison and reduction of socio-psychological functions which are manifested through negative "I-image". Starting devise is a negative emotion limited by failures in every-day life, process of production, social hopeless. The depression the same is as the cause and effect of social knowledge and behavior. The destructive social behavior manifests itself in the low prophylactic activity in the way of life and to safe its health living in the RAC condition on the phone of high concentration on the point of safely in productive condition.

Keywords: population of radio-active, contamination, factors of negative, influence, self-preservation behavior, prophylaxis.