**Ієрархічна модель соціальних передумов в етіології**

**смертності.**

Як вже відзначалося вище, в основу соціоекологічного підходу

є покладеним уявлення про супідрядність п’яти рівнів зумовленос-

ті смертності як соціального явища: *духовно-смислоутворюваль-*

*ного, соціоструктурного та* *соціоінституційного, соцієтально-*

*психічного, індивідуально-психічного та тілесно-організмічного*.

*На першому рівні* перебувають системні дисфункції смисло-

утворення, до яких відноситься передусім аномія та похідний від

неї аномічний соціальний макрострес [Kopp, Skrabski, Szekely,

Stauder, Williams, 2007]. Їй відповідає *аномічна смертність.*

*На другому рівні* перебувають дисфункції соціальних інститу-

тів та зміщення в соціальній структурі суспільства, які призводять

до бідності та шерегу взаємопов’язаних девіацій. На цьому рівні

перебуває *девіантогенна смертність.*

*На третьому рівні* виникають спричинені девіаціями багато-

чисельні хвороби, як інфекційної, так і неінфекційної генези. За

рахунок цього формується стаття *нозологічної смертності.*

*На четвертому рівні* відбуваються постстресові розлади

психічного та оргіназмічного походження, які спонукають до асо-

ціальної або гіпосоціальної поведінки і формують передумови

для самогубств, нещасних випадків та кримінальної злочиннос-

ті, пов’язаної із позбавленням життя. Це є так звана *оказіональна*

*смертність,* яка поділяється на *власне оказіональну*, *суїцидальну*

та *кримінальну смертність*.

*На п’ятому рівні* можна здійснювати спостереження відповід-

них тілесних процесів, які, як відзначалося вище, є зкорельовани-

ми із відповідними духовними, соціальними та психічними про-

цесами.

Зв’язок першого рівня чинників із культурою суспільства на-

36

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

вряд чи потребує спеціального доведення, оскільки вирізняєтсья

достатньою дослідженістю завдяки роботам в соціології структур-

ного функціоналізму та неофункціоналізму Т. Парсонса, Р. Мерто-

на, Л. Сроула, Н. Луманна, Дж. Александера та ін. авторів, огляд

яких представлено в хрестоматійній монографії Дж. Рітцера [http://

socioline.ru/book/dzhordzh-rittser-sovremennye-sotsiologicheskie-

teorii].

Провідними статтями першого та другого рівня смертності за

статистикою Держкомстату України є серцево-судинні та церебро-

васкулярні захворювання, які включають ішемічну хворобу серця

(ІХС) та інсульт і разом складають понад 50% тягаря хвороб і п’яту

частину тягаря інвалідності в Україні. Попри поліетіологічні по-

яснення демографії та медицини, маємо висловити обґрунтоване

припущення, згідно з яким в основі підвищеної смертності від

серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань перебуває

соціальний макрострес як явище, пов’язане із дисфункціями цін-

нісно-смислової сфери як першооснови соціального порядку.

В Україні смертність від захворювань серцево-судинної сис-

теми почала зростати саме з того часу, коли почала скорочуватися

тривалість життя. З 1990 по 1995 рр. мало місце різке зростання

розповсюдженості серцево-судинного захворювань з наступним

більш повільним зростанням з 1995 року до цього часу.

Це пояснює цілком піддатливу для аналізу емпіричну законо-

мірність збігу найвищої статистики серцево-судинних захворю-

вань із апогеєм шокових соціальних змін, спричинених аномією та

соціальним макростресом. За вказаний період населення України

пережило ряд соціальних струсів у вигляді тотального дефіциту

продуктів харчування у великих містах при дефіциті готівкових

грошей (70% населення не отримувало зарплату по 6 і більше міся-

ців); обвальну девальвацію рубля із подальшою грошовою рефор-

мою; шокову приватизацію, масові шахрайства трастових кампа-

ній; пауперизацію населення в сільській місцевості при застійній

бідності в містах.

37

Медвєдєва Ю. Ю.

З урахуванням того, що інші країни Східної Європи, на від-

міну від України, завершили соціально-політичні та економічні

перетворення, і, до того ж, ці перетворення здійснювалися набага-

то послідовніше з урахуванням наявності в цих країнах елементів

ринкової економічної системи (це стосується передусім Польщі та

Угорщини, в яких і в період 60-90-х. рр. зберігався доволі висо-

кий відсоток приватних господарств в аграрному секторі; в НДР

існували практично приватно-власницькі сільгоспкооперативи та

існував значний відсоток дрібного приватного бізнесу у сфері по-

слуг та ін..), то країни ЄС змогли уникнути зростання статистики

смертності від серцево-судинних та цереброваскулярних хвороб за

рахунок подолання застійного соціального макростресу1.

Відповідь на запитання про те, з яких соціальних причин їм

вдалося це (подолання застійного соціального макростресу і, від-

повідно, високої статистики серцево-судинної та цереброваскуляр-

ної смертності) краще, ніж в Україні, полягає в констатації вищо-

го рівня радикалізму політичного керівництва відповідних країн у

впровадженні інституцій ринкової системи та демократії.

Зважаючи на вже встановлені у другому та третьому розділах

положеннях про ієрархічну детермінованість відповідних політич-

них процесів ідеологічними, а ідеологічних – релігійними, маємо

підстави визнати, що боротьба із соціальним макростресом в кра-

їнах ЄС була продуктивнішою за рахунок подолання релігійно-

ідеологічної аномії. Останнє ж було досягнутим за рахунок майже

поверхневої імплементованості комуністичної ідеології та інсти-

туцій в країнах Східної Європи, що дозволило відновити висхідні

аттрактори католицько-християнської та протестантської доктрин

та підняти за рахунок цього на більш високий щабель ідеологіч-

1 – Згідно даних звіту Світового банку, «ішемічна хвороба серця (ІХС) є єдиною найбільшою причиною

смертності в Україні, в той час, як смертність від інсульту трохи зменшилася, але залишається на високо-

му рівні. ІХС є причиною майже 40% усіх смертей в 2005 р. З 1990 по 1995 рр. смертність від церебровас-

кулярної хвороби (також відомої як інсульт) в Україні збільшувалася. Починаючи з 1995 року, відсоток

смертності від інсульту в Україні почав зменшуватися, але він все ще в 2 рази вище, ніж в інших країнах

Східної Європи» [Основні причини високого рівня смертності в Україні, 2010, с.21].

38

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

не виробництво європейської ідентичності, а отже, і розгорнути

трансформації в усіх сегментах соціальної системи.

Вище вже відзначалося, що саме високий рівень соціальної

невизначеності, пов’язаний із релігійно-ідеологічною аномією

(невизначеністю аттрактору, місії та соціально-історичної макро-

ідентичності країни [Романенко, 2006, 2007]) імплікує соціальний

макрострес.

Комплекс соціальних, психічних та організмічних реакцій на

нього являє собою активну протидію невизначеності – зростан-

ня усвідомлення соціальних проблем з боку еліти суспільства та

солідарне і консолідоване подолання їх, або ж реакція соціальної

хаотизації, пов’язана із відповідними настроями страху, невизна-

ченості, невір’я в майбутнє, панічного небажання соціальних змін.

Україна ж, на відміну від цих країн, колапсично застрягла

в релігійно-ідеологічній аномії, оскільки за 22 роки незалеж-

ності українське суспільство, як показують дані недавніх опи-

тувань фонду Разумкова, не досягло єдності в питанні макро-

ідентичності: євразійської чи європейської [www.pravda.com.ua/

news/2013/01/10/6981191/; razumkov.org.ua/poll.php?poll\_id=865;

dif.org.ua/ua/publications/press.../ukraini---22-dumka-gromadjan.htm;

tyzhden.ua/Tag/опитування та ін.].

Перебування в стані вимушеної транзиторності при незавер-

шеності вибору шляху релігійного, ідеологічного та соціально-по-

літичного розвитку призводить, як уже відзначалося, до темпо-

ральної інфляції і, таким чином, провакує прихильність значної

чисельності населення до девіацій.

З соціальним макростресом пов’язані істотні системні дис-

функції різних соціальних інституцій: політики, економіки, освіти,

сім’ї та ін., які призводять до поглиблення дезінтеграційних проце-

сів, зростання атомізації, а отже, дефіциту соціального капіталу в

українському суспільстві. Серед населення поширюються девіації,

що дає поштовх до розгортання *девіантогенної смертності.*

На нашу думку, девіантогенна смертність як похідна від бід-

39

Медвєдєва Ю. Ю.

ності є пов’язаною із дефіцитом соціального капіталу, в той час як

дефіцит соціального капіталу пов’язаний із дефіцитом духовного

капіталу, спричиненого аномією і соціальним макростресом.

Перебування в стані латентного напруження при збереженні

ознак вимушеної невизначеності можна розглядати як передумову

гіпертонії2, гіперглікемії, імунодефіцитарних станів, які посилю-

ють впливовість інших чинників ризику, супутніх харчовим деві-

аціям, тютюнопалінню та алкоголізації, а з іншого боку – вразли-

вості щодо різних хвороб.

Таким чином, починають включатися чинники нозологічної

смертності, які впливають на ефект узвичаєння хвороби та своє-

рідну рутинізацію поширеності хвороб як соціальної норми.

Для зниження рівня усвідомлення депривованості потреби в

контролі над соціально-політичною та економічною ситуацією в

країні, а також внаслідок зростаючої пауперизації близько 60% на-

селення вдаються до вживання речовин, основним призначенням

яких виступає релаксація та гіпнотизація свідомості3.

До них відносяться не лише традиційні алкоголь та тютюн,

але і холестериновмісткі продукти з високим відсотком жирнос-

ті, цукор та сіль. Фізіологічні ефекти останніх щодо порушення

холестеринового обміну, а отже, і щодо зростання в’язкості крові

та тромбоутворювальних процесів не потребують спеціального до-

ведення, оскільки достатньо проаналізовані в медичній літературі.

2 – За даними звіту Світового банку, «місце проживання, зайнятість та рівень доходів мають значення.

Українці з початковою стадією гіпертонії, як правило, сконцентровані в містах та селах (а не в малих

міських поселеннях), як по регіонах, так і за статтю. Близько 47,2% хворих на гіпертонічну хворобу в

початковій стадії не мають оплачуваної роботи. Українці на сході, хворі на початкову стадію гіпертоніч-

ної хвороби, не мають оплачуваної роботи, особливо чоловіки. Дві третини жінок з початковою стадією

гіпертонічної хвороби на сході не мають оплачуваної роботи, у той час, як лише близько половини жінок

з початковою стадією гіпертонічної хвороби на заході не мають оплачуваної роботи» [Основні причини

високого рівня смертності в Україні, 2010, с.24].

3 – В Україні спостерігаються набагато вищі рівні смертності від причин, пов’язаних з палінням серед

чоловіків та жінок, ніж в ЄС, і ці рівні не змінилися суттєво за останнє десятиріччя. В цілому, рівень

розповсюдженості паління в Україні високий, 36% населення віком 18-65 є курцями, що належать до

категорії «палять зараз» і 31% з них – ті, хто відноситься до категорії «палить щоденно». Це вище се-

реднього показника розповсюдження паління 28,6% для населення віком 18 років і старше, визначеного

Європейським регіональним бюро ВООЗ [ВООЗ, 2007].

40

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

Поруч із гіперхолестеринемією4 та гіперглікемією перебувають

атеросклероз та діабет5.

Зауважимо лише, що вкорінені в українській культурі харчу-

вання звички щодо вживання жирної, солоної, гострої та смаженої

їжи в поєднанні із епізодично ударними дозами міцного алкоголю

та паралельним тютюнопалінням в ситуації аномії стають її фізі-

ологічно-організмічними відповідниками. Аномії як тому самому

беззаконню в макросоціальному масштабі цілком відповідає без-

законне поводження із власним здоров’ям. Адже якщо соціальний

час людини є знеціненим, то чи буде вартувати що-небудь здоров’я

у віддаленій особистісній перспективі?

Скорочення часової перспективи, як уже відзначалося, висту-

пає одним із ключових корелянтів аномії: ціннісно-нормативне

беззаконня робить один і той же фізичний та субєктивно-психіч-

ний [Головаха, Кроник, 1981] час соціально-коротшим, оскільки

часова перспектива є там, де існують надситуаційні регулятори со-

ціальності, пов’язані із аксіологічними структурами вищої цензури

культури суспільства [Романенко, Скідін, 2011, с.108].

З урахуванням вищевикладеного стає зрозумілим, що провідні

статті в структурі смертності в українському суспільстві, які, на

перший погляд є суто організмічними, насправді мають суто со-

ціальну зумовленість. Якщо бути більш точним, то це є культур-

но-ціннісна зумовленість, з якої випливають відповідні соціальні

ефекти. Ці статті смертності в нашому дослідженні можна визна-

4 – Високий рівень холестерину та цукру найпоширені серед населення на сході країни (5,1% та 4,3%

відповідно). Оскільки ці дві хронічні хвороби є ризиковими факторами, на сході спостерігається найви-

щий відсоток інсультів та інфарктів (2,0% та 1,9% відповідно). Вірогідність поєднання цих хвороб є ви-

сокою, оскільки майже 20% населення на сході України мають 2 чи більше хронічні хвороби – особливо

чоловіки[Основні причини високого рівня смертності в Україні, 2010, с.28].

5 – Один із трьох українців віком від 18 до 65 років має підвищеній кров’яний тиск, і майже одна п’ята

частина дорослого населення хворіє на ожиріння. В цілому кореляційні зв’язки між кров’яним тиском,

холестерином та індексом маси тіла (ІМТ) і ЦВХ – прямі та постійні з відносно низьких рівнів, показу-

ючи, що оптимальними рівнями є приблизно 115/75 міліметрів ртутного стовпчика (мм рт.ст.), 3.8 мілі-

молей на літр (ммоль/л), та 21 кілограм на квадратний метр (кг/м2), відповідно («Пріоритети в боротьбі

з захворюваннями в країнах, що розвиваються», 2 видання, 2006 р) [Основні причини високого рівня

смертності в Україні, 2010, с.21].

41

Медвєдєва Ю. Ю.

чити як *аномічну та нозологічну смертність6.*

Аномічна смертність від ССЗ виражено гендеризована: чо-

ловіки помирають від них частіше за жінок. Негативні кореляції

стосуються освіти та рівня соціально-майнового статку: особи з

вищою освітою менше піддаються впливу факторів ризику, за ра-

хунок чого імовірність передчасної смерті істотно знижується. Для

чоловіків з вищої та нижчої страти в Україні імовірність смерті від

інсульту та інфаркту є приблизно однаковою ( в силу неусвідом-

лення такого чинника ризику, як гіпертонія).

Анозогнозичний компонент чоловічої смертності, на нашу

думку (яка тут повністю співпадає із думкою Г. Бондар [Бондар,

2012], є тісно пов’язаним із гендерною дискримінованістю україн-

ського чоловіцтва, гендерний статус якого в українському суспіль-

стві є найнижчим7.

І якщо трігерами аномічної смертності на рівні культури ви-

ступають релігійна та ідеологічна аномія при супутній їй політич-

ній перманентній кризовості, то на рівні соціальної структури її

6 – Майже одна чверть дорослого населення України має принаймні 1 хронічне захворювання чи стан,

близько 7% мають декілька (3 чи більше) хронічних захворювань або станів. Найбільш поширений діа-

гноз (7,3%) – стенокардія. Наступним за поширенням діагнозом є високий рівень холестерину у крові

(гіперхолестеринемія) – 3,8%, за яким є діабет чи надмірний вміст цукру у крові – 3,6% . З усієї вибірки

розповсюдженість інфаркту становить 1,2% та інсульту – 1,3%. Для остеопорозу відповідний відсоток

вибірки дорівнює 2,4%. Розповсюдженість раку дещо нижча – 0,8% хворіють на рак тієї чи іншої форми,

хоча на заході країни цей показник найвищий – 1,3%. Це можна пояснити відносно короткою тривалістю

життя. Українці помирають від інших причин, оскільки середній вік захворюваності на рак припадає на

пізніші роки життя (про це свідчить досвід промислово розвинутих країн) [Основні причини високого

рівня смертності в Україні, 2010, с.26].

7 – Українці, особливо чоловіки працездатного віку, не тільки помирають у ранньому віці, але й живуть

менше років здоровим життям у порівнянні з чоловіками інших європейських країн. Зміни у вікових

групах та ґендерному розподілі населення України мають серйозні соціальні та економічні наслідки…

Кожен третій з тих, хто був класифікований при обстеженні як гіпертонік, не усвідомлював наявності

у нього гіпертонічного стану, при чому вдвічі більше чоловіків у порівнянні з жінками не знали про

це. Число чоловіків, яке не усвідомлює свій гіпертонічний стан, більше, ніж жінок – 48% чоловіків по-

рівняно з 24% жінок. Така ситуація ненабагато відрізняється по регіонах. Слід особливо зазначити, що

61% чоловіків та 74% жінок, які не усвідомлювали свій гіпертонічний стан, були класифіковані шляхом

вимірювань при обстеженні як такі, що мають гіпертонію 2 стадії. Дорослі українці на сході були більше

обізнані про свій гіпертонічний стан, ніж ті, хто проживає в інших регіонах. Найбільша частка людей

з невиявленою гіпертонічною хворобою була зареєстрована на заході країни, де 19,2% були визначені

шляхом вимірювання при обстеженні як такі, що мають гіпертонію 2 стадії [Основні причини високого

рівня смертності в Україні, 2010, с.18, 29].

42

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

ініцієнтами стають соціальна поляризація та бідність, які відпо-

відають низькому рівню соціального капіталу.

Загалом під соціальним капіталом в даному контексті слід ро-

зуміти сукупність зв’язків, збудованих на основі довіри, прихиль-

ності та солідарності, як своєрідний соціально-інтерактивний де-

позит. І якщо значення коефіцієнту Джинні та показники бідності

в суспільстві зростають, то це виступає непрямим свідченням де-

фіциту соціального капіталу в суспільстві.

У дефіциту соціального капіталу існують свої психічні та ор-

ганізмічні ізоморфи, тобто подібні нульовому або мінімальному

соціально-інтерактивному депозиту психічні та організмічні уре-

чевлення. Ними виступають, на нашу думку, стан самоізольова-

ності та відповідні йому хвороби імунної системи.

Суспільство, як і людина, має свій імунітет, якому відповідає

система розрізнення чужорідних агентів, які, проникаючи у вну-

трішнє середовище організму, спричиняють вироблення антитіл,

які атакують контрагентів. Спроможність до таких атак визнача-

ється швидкістю розпізнавання, якій відповідає злагоджена робота

відповідних імунозабезпечуючих клітин. Їх ізоморфом на соціаль-

ному рівні виступають системи ідеологічної фільтрації та цензури,

які обмежують сугестивну проникність суспільства щодо чужорід-

них впливів [Романенко, 2006, с.164].

Підвищена проникність щодо таких впливів при наявній різ-

норідності населення відповідає стану соціального імунодефіци-

ту, в якому лідерство належить і відповідним хворобам, зокрема

– туберкульозу, СНІДу, і, в першу чергу – онкопаталогіям. Останні

перебувають на 3-му місці опісля серцево-судинних та церебро-

васкулярних розладів.

З аномічною та нозологічною смертністю пов’язана *девіанто-*

*генна смертність,* яка, однак, ієрархічно підпорядкована першому

різновиду. Адже будь-які девіації означають не просто відхилення

від здорового способу життя; вони виступають індикаторами збоїв

в перерозподілі соціального капіталу, оскільки виражають прихо-

43

Медвєдєва Ю. Ю.

вану схильність до саморуйнування, спричинену дефіцитом значу-

щих соціальних зв’язків. При цьому йдеться не просто про будь-які

соціальні зв’язки на рівні мікрооточення, а про можливість кому-

нікацій з будь-якими суб’єктами макрооточення, а саме для широ-

кого кола людей і груп, з якими особа або група не перебуває на

близькій відстані в фізичному та соціальному просторі.

Українське суспільство на тлі плюралістичних відмінностей

характеризується низьким рівнем соціального капіталу, який під-

тверджений демографічними дослідженнями Н. Левчук та рядом

інших соціологічних досліджень [Левчук, 2011; Злобіна, 2006].

Вище вже відзначалося, що девіантні звички (включаючи не-

правильне харчування та порушення рухового режиму) вмоти-

вовані, з одного боку, зниженням рівня усвідомлення актуальної

депривованості особи, а з іншого – прихованим намаганням упо-

вільнення життєвої динаміки (з чим також важко посперечатись,

оскільки і алкоголь, і тютюн, і жировмістка їжа, і малорухливий

спосіб життя (особливо при їх поєднанні)) спричиняють істотне

уповільнення організмічної динаміки. Але в аспекті соціальної

депривованості девіації виражають передусім ухилення від со-

ціальних зв’язків, побудованих на довірі до суспільства. І справа

не лише в тому, що девіації є порушенням соціальних норм, а в

тому, що більша частина так званих просоціальних девіацій (напр.,

вживання алкоголю) все одно вмотивована небажанням безпосе-

редньої комунікації. Годі вже й казати про такі девіації, як кри-

мінальна поведінка (до неї справа доходить за умови відсутності/

заблокованості комунікації) або ж вживання наркотиків (сам факт

їх вживання сам по собі виражає комунікативну заблокованість і

замкненість особи на внутрішньому світі, точніше, її аутистичну

відгородженість від соціальності).

В тенденції до зниження кількості соціального капіталу (уточ-

нимо ще раз: зниження єдності, солідарності, інтегрованості сус-

пільства при зростанні готовності до боротьби, протистояння,

тобто агональності на противагу соцыальному кооперуванню,

44

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

комунікації та інтеграції) переживається «стрес під контролем»,

що для значної чисельності людей призводить до набирання ваги

(надлишкової ваги або ж діагнозу «ожиріння»[див. у зв’язку з цим:

Малкина-Пых, 2010; Воронов, 2006]). При цьому статистика ожи-

ріння в Україні також випереджає відповідні показники ЄС та РФ8

Ми, звісно, не будемо стверджувати, що само ізольованість

спричиняє набирання ваги, або ж набирання ваги спричиняє со-

ціальну самоізольованість (це доволі неверифіковані твердження).

Резон ніше було б зауважити, що набирання ваги значною чисель-

ністю населення, з високою імовірністю, є супутнім процесам со-

ціальної атомізації. Останнє, звісно, поки що має статус гіпотези і

потребує подальших наукових досліджень в руслі зв’язку соціаль-

них та психосоматичних чинників смертності.