**Оказіональні, кримінально-насильницькі та суїци-**

**дальні чинники в етіології смертності.**

Навмисні і ненавмисні травми екзогенного походження, поруч

із чинниками смертності, що мають ендогенний характер, продо-

вжують залишатися значною проблемою в аспекті етіології смерт-

ності, яка до того ж у багатьох країнах сильно недооцінюється або

навіть взагалі ігнорується. Однією з основних причин такого стану

справ є відносна недооцінка соціальних масштабів цієї проблеми і

вже наявних заходи для ефективної боротьби з нею.

Згідно з наявними даними, в Європейському регіоні ВООЗ у

2002 р. травми були причиною втрати 21 мільйона років здорового

життя. На ненавмисні травми припало 14,5 мільйона DALYs (69%),

а на навмисні – 6,5 мільйона DALYs (31%). Розподіл основних при-

чин втрати років здорового життя, пов’язаний з травматизмом, роз-

різняється між групами країн. Провідними причинами є наступні:

дорожньо-транспортні травми, навмисні самоушкодження, падін-

ня, насильство і отруєння в країнах Євр-A і-B; навмисні самоуш-

кодження, насильство, отруєння, дорожньо-транспортні травми і

падіння в країнах Євр-C [http://search.who.int/search?q=%D1%81%

D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%82%D0]. Підвищення показників

насильства і отруєнь у країнах Євр-C слід розглядати в конкрет-

ному контексті: загальні показники травматизму в перерахунку на

136

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

DALYs в цих країнах в п’ять разів вище, ніж у країнах Євр-A. Від-

повідний показник у Євр-B є в два рази вищим, ніж у Євр-A [http://

search.who.int/search?q=%D1%81%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1

%82%D0].

Ця виражена відмінність у показниках деструктивної і аутоде-

структивної поведінки свідчить про те, що країни східної частини

регіону особливо вирізняються в стратегіях попередження травм і

насильства і що всі такі стратегії в цьому регіоні слід розробляти з

урахуванням конкретних особливостей фізичного і соціального се-

редовища проживання, а також культурних установок і традицій.9

Слід особливо відзначити, що дослідження статистики оказіо-

нального травматизму в гендерному вимірі дає підстави констату-

вати, що у чоловіків загальна частка DALYs, обумовлених оказіо-

нальним травматизмом, є майже вдвічі вищою, ніж у жінок, незва-

жаючи на наявність певних відмінностей за типами травм.

Ця гендерна відмінність виявляється вже в ранньому дитин-

стві, і для її соціологічного пояснення необхідно розуміти і вра-

ховувати цілий ряд факторів, наприклад, конкретні особливості

статевих ролей, пов’язана з цим обережна/ризикована поведінка,

ризики алкоголізації та вживання наркотиків серед чоловічої ви-

бірки та супутні фактори, пов’язані з кожним типом умов і травм в

конкретних країнах, такі, наприклад, як час отримання травми, тип

сім’ї та / або професійний статус постраждалих і т.д. Більше того,

показники смертності та інвалідності в оказіональному травматиз-

9 – Держави-члени шести регіонів ВООЗ було розбито на 14 епідеміологічних субрегіонів. Європейський

регіон ВООЗ був розділений на три таких субрегіони, що отримали назву Євр-A,-B і-C.

1. Євр-A (27 країн з дуже низькими показниками смертності у дітей і дорослих): Андорра, Австрія,Бельгія,

Німеччина, Греція, Данія, Ісландія,Іспанія, Ірландія, Ізраїль, Італія, Кіпр,Люксембург, Мальта, Монако,

Нідерланди, Норвегія,Португалія, Сан-Марино, Словенія, Сполучене Королівство, Швейцарія, Швеція,

Фінляндія,Франція, Хорватія, Чеська Республіка;

2. Eвр-B (16 країн з низькими показниками смертності дітей і дорослих): Азербайджан, Алба-

нія, Вірменія,Болгарія, Боснія і Герцеговина, Колишня Югославська Республіка Македонія, Грузія,

Киргизстан,Польща, Румунія, Сербія і Чорногорія, Словаччина,Таджикистан, Туркменістан, Туреччина,

Узбекистан;

3. Євр-C (9 країн з низькими показниками дитячої смертності і високими показниками смертності дорос-

лого населення): Білорусь, Угорщина, Казахстан, Латвія, Литва, Республіка Молдова,Російська Федера-

ція, Україна, Естонія.

137

Медвєдєва Ю. Ю.

мі є безпосередньо пов’язаними з такими факторами, як бідність

та соціально-економічні депривації різноманітної генези [http://

search.who.int/search?q=%D1%81%D0%BC%D0%B5%D1%].

Одним із ключових чинників смертності в ДТП виступає пе-

ревищення швидкості. Є багато причин, які спонукають окремих

водіїв перевищувати швидкість. На думку Ф. Рачіоппі, «з них на

практиці при припущенні летальних випадків найчастіше зустрі-

чаються економія часу, гедоністичні мотиви (задоволення від ве-

ликої швидкості), мотиви соціальної грандіозності, психологічний

тиск клієнтів та роботодавців та ін» [Рачиоппи, 2004, с.46-49].

Їзда на більш високій швидкості приносить негайну «винаго-

роду» у вигляді того, що на поїздку витрачено менше часу. Усві-

домлення цієї вигоди посилюється кожен раз, коли водій здійснює

поїздку з перевищенням швидкості, і вона закінчується без будь-

яких несприятливих наслідків *(мотивація заощадження часу).*

Важливо відзначити, що в той час як перевищення швидкості

в дуже великій мірі є причиною високого відсотку ДТП з тяжки-

ми наслідками та ДТП зі смертельним результатом, з точки зору

окремого водія, ймовірність потрапляння в серйозну аварію в ре-

зультаті перевищення швидкості є досить низькою, тому загрозу

потрапляння в аварію через перевищення швидкості водій сприй-

має як менш ймовірну, у порівнянні із загрозою сплати штрафу за

перевищення швидкості *(мотивація самосподіваності та соціаль-*

*ної грандіозності).*

Обставини конкретних поїздок можуть вплинути на вибір во-

дієм швидкості. Наприклад, якщо автомобіль належить робото-

давцю, у водія може виникнути спокуса їздити на більш високих

швидкостях. Коли людина перебуває під тиском або відчуває, що

їй потрібно поспішати, вона також може обирати небезпечні швид-

кості *(мотивація психологічного тиску).*

Іноді водії автомобілів і мотоциклів перевищують швидкість

просто для задоволення *(гедоністична мотивація).* При цьому в

поставарійних опитуваннях респонденти-винуватці аварій ствер-

138

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

джують, що вони не знали про обмеження швидкості, а значить, іс-

нує необхідність у встановленні відповідних дорожніх знаків, хоча

незнання і не є виправданням в ситуаціях аварій та смертельних

ушкоджень.

Важливо відзначити, що деякі дослідники вважають, що люди

завжди прагнуть оптимізувати рівень своєї ризикованої поведінки,

наприклад, вони вважають, що можна їхати швидше на «більш без-

печних» дорогах, особливо якщо вони розуміють, що ризик пока-

рання є мінімальним. До цього ж приєднується усвідомлення того,

що швидка їзда дає гострі відчуття або почуття великих досягнень

*(мотивація досягнення та грандіозності).*

Переважна більшість водіїв, згідно опитуванням та підрахун-

кам Г. Джекобса, А. Томаса та А. Астропа, вважають, що їх вміння

водити автомобіль є вищим за середній рівень. Велика кількість

досліджень, проведених авторами у різних країнах світу [Jacobs,

Thomas, Astrop, 2000, р.342], наочно демонструє, що до 90% водіїв

вважають, що їх рівень водіння є вищим за середній, у зв’язку з

чим їх можна віднести до водіїв з низьким рівнем ризику. З цієї

причини водії вважають, що вони можуть їздити з перевищенням

швидкості, при цьому не піддаючи ризику смерті як себе, так і ін-

ших учасників руху [Jacobs, Thomas, Astrop, 2000, р.343-344].

Як справедливо зауважує у зв’язку з цим Д. Сеті, щоразу ба-

гато хто з водіїв є впевненим, що обмеження безпеки руху є нео-

бгрунтованими, і тому вони не до кінця розуміють зростаючі ри-

зики, пов’язані навіть з невеликим збільшенням швидкості. Крім

того, важливим чинником їзди з підвищеною швидкістю у бага-

тьох країнах є тиск, який чинять на водіїв менеджери транспорт-

них компаній і роботодавці, які хочуть, щоб їх робота була більш

продуктивною (наприклад, поїздки з більшою швидкістю) [Sethi,

2008, р.12-13].

Водії громадського транспорту також перебувають під психо-

логічним тиском адміністрації та споживачів, оскільки вони мають

дотримуватися жорстких графіків, і навіть їхати дуже швидко, щоб

139

Медвєдєва Ю. Ю.

встигнути забрати пасажирів і вантажі *(мотивація психологічного*

*тиску).*

Дослідження, проведене Європейським регіональним бюро

ВООЗ «Попередження дорожньо-транспортного травматизму:

перспективи охорони здоров’я в Європі» [Доклад о состоянии до-

рожного движения в мире, 2009] показало, що, в силу своєї особли-

вої вразливості діти і літні люди піддаються підвищеному ризику

загинути в разі дорожньо-транспортних пригод (ДТП). У доповіді,

яка ґрунтується на результатах цього дослідження, розглядаються

основні чинники смертності, пов’язані з транспортом, а також те,

який вплив ці фактори справляють на різні країни і групи населен-

ня в Європейському регіоні ВООЗ. В доповіді, зокрема, наголо-

шується, що серед жертв ДТП близько 34 000 – це люди віком до

14 років або старші за 60 років. Пішоходи і велосипедисти підда-

ються високому ризику зіткнення з мототранспортними засобами,

і на них припадає 33% жертв ДТП, що складає близько 40 000 ви-

падків смерті на рік [Доклад о состоянии дорожного движения в

мире, 2009, с.52].

До інших вразливих груп користувачів доріг, особливо в кра-

їнах Європейського союзу (ЄС), відносяться туристи, професійні

водії та особи, які щодня їздять на роботу з передмість. За дани-

ми В. Екслера, С. Лассара та І. Томаса, дорожньо-транспортний

травматизм є однією з провідних причин смерті серед дітей у віці

від 5 до 14 років. Щороку на них припадає близько 5% (приблиз-

но 5000) від загального орієнтовного числа випадків смерті від

ДТП. Найбільшу небезпеку транспорт представляє для дітей віком

9-10 років, оскільки в цьому віці дітям буває важко зконцентрува-

тися на тому, що відбувається на дорозі [Eksler, Lassarre, Thomas,

р. 826-828]. В. Екслер, С. Лассар та І. Томас вважають, що діти під-

даються особливо високому ризику смертельного травмування в

умовах інтенсивного і швидкого руху мототранспорту та в умовах

обмеженої видимості або розсіяної уваги водіїв. У Європейському

регіоні, згідно матеріалів вже цитованої доповіді, найвищі показ-

140

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

ники смертності від ДТП серед дітей зафіксовано у таких країнах

як Латвія, Республіка Молдова, Румунія, Російська Федерація [До-

клад о состоянии дорожного движения в мире, 2009, с.66]. Через

слабкий фізичний стан і знижену здатність правильно орієнтува-

тися у важких дорожніх ситуаціях, особи старші за 60 років під-

даються особливо високому ризику дорожньо-транспортної смерт-

ності. У Європейському регіоні на літніх людей щорічно припадає

понад 27 000 випадків смерті від ДТП. Зокрема, майже половина

всіх пішоходів, що гинуть від ДТП в європейських державах-чле-

нах Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР)

– це літні люди 60-80 р. [Доклад о состоянии дорожного движения

в мире, 2009, с.67].

Згідно з прогнозними даними до 2030 р Г. Джекобса, А. Томаса

та А. Астропа, у всіх цих країнах частка літніх людей в структурі

населення в цілому складе 25%, і тому зараз дуже важливо роз-

робити нові стратегії, які дозволяють забезпечити задоволення їх

потреб, пов’язаних з мобільністю і безпекою. Зокрема, ці стратегії

повинні включати наступні елементи: «оцінка дорожньої інфра-

структури та її належне підтримання, можливості використання

громадського транспорту, нові технології, покращене проектуван-

ня автомобілів, прийняття та впровадження відповідних нормати-

вів і правил» [Jacobs, Thomas, Astrop, 2000, р.830].

У випадку ДТП найбільш важкі травми з більш тривалими

наслідками для здоров’я, які вимагають більшого обсягу лікуваль-

но-реабілітаційної допомоги, отримують також пішоходи, вело-

сипедисти та мотоциклісти. За даними Ф. Рачіоппі, в середньому,

пішоходи та велосипедисти складають близько 20% від загальної

чисельності учасників серйозних ДТП в Європейському регіоні

ВООЗ. Однак, у порівнянні з користувачами автомобілів, ризик

смерті або травматизму в цій групі користувачів доріг є диспро-

порційно високим. У 1997 р. частка пішоходів і велосипедистів се-

ред учасників серйозних ДТП склала тільки 22%, але в числі заги-

блих від ДТП їх питома вага склала 33% [Рачиоппи, 2008, с.61-62].

141

Медвєдєва Ю. Ю.

Аналіз ризику, проведений в країнах ЄС [Доклад о состоянии

дорожного движения в мире, 2009, с.77-89], показує, що ризик

смерті від ДТП для осіб, які використовують моторизовані дво-

колісні транспортні засоби, є найвищим серед користувачів усіх

видів транспорту, і в середньому він є в 20 разів вищим, ніж ри-

зик для користувачів легкових автомобілів. З іншого боку, там, де

для поліпшення безпеки велосипедистів і пішоходів урядами країн

було прийнято ефективні заходи, показники смертності серед цієї

групи вдалося знизити.

У Європейському Союзі ДТП мабуть, є провідною причиною

cмертності серед туристів, оскільки саме в цій групі населення на

ДТП припадає 50% всіх випадків смерті, 20% випадків госпіталі-

зації і 30% відвідувань відділень невідкладної допомоги [Jacobs,

Thomas, Astrop, 2000, р.345].

Дорожньо-транспортний травматизм є однією з найважливі-

ших причин смертності не тільки серед професійних водіїв, а й се-

ред осіб, які вчиняють щоденні поїздки між передмістям і місцем

роботи. Так, наприклад, в 1999 р. в країнах Європейського союзу

41% всіх випадків смерті, пов’язаних з роботою, включаючи доро-

гу до роботи і назад, були пов’язані з ДТП.

Крім того, навіть у країнах з високим рівнем доходів спостері-

гаються виражені соціальні відмінності у показниках пов’язаного

з ДТП травматизму серед пішоходів, а також чітка залежність між

приналежністю до більш низького соціального класу і більш ви-

сокими рівнями дорожньо-транспортного травматизму серед пі-

шоходів-дітей. Діти, пов’язані з етнічними меншинами, також

піддаються більш високому ризику такого травматизму. Дорож-

ньо-транспортний травматизм в Європейському регіоні ВООЗ У

Європейському регіоні відмінності у показниках смертності від

ДТП між найбільш благополучними і найбільш неблагополучними

в цьому відношенні країнами досягають 11 разів.

У Греції, Латвії, Литві та Російській Федерації спостеріга-

ються найвищі такі показники, однак дуже низькі показники, реє-

142

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

струються деякими країнами в Південно-Східній Європі та в Цен-

тральній Азії, швидше відображають неадекватну якість даних,

ніж високий рівень дорожньої безпеки. Розширення ЄС у 2004 р.

може ще більше збільшити відмінності у показниках смертності

між країнами, якщо на тлі очікуваного зростання транспортних по-

токів не будуть реалізовуватись стратегії, спрямовані не лише на

підвищення безпеки на дорогах, але і на деполяризацію соціальної

структури цих соціумів [див. у зв’язку з цим: Vision, strategy and

targets for road traffic safety in Norway 2006–2015, 2006].

У 2001 р. згідно проведеною оцінкою, в ЄС мало місце 40 000

випадків смерті, а між країнами з найнижчими і найвищими показ-

никами смертності від ДТП на 100 000 населення спостерігалося

чотириразове відмінність. У ЄС на ДТП припадає до 97% всіх ви-

падків смерті, пов’язаних з транспортом, і понад 93% всіх витрат,

пов’язаних з транспортними пригодами, і вони є провідною причи-

ною смерті і госпіталізацій для людей у віці до 50 років. Середній

показник смертності від ДТП в Україні, РФ та Білорусі є майже в

три рази вищим, ніж у Північних країнах Європи. При цьому за

період з середини до кінця 1990-х років цей розрив майже не змі-

нився. Незважаючи на відмінності між країнами, показники смерт-

ності від ДТП знизилися повсюдно [див. у зв’язку з цим: Vision,

strategy and targets for road traffic safety in Norway 2006–2015, 2006,

р.82-83].

У ряді емпіричних досліджень, проведених на базі фінан-

сування програм з безпеки руху [напр.: Global road safety crisis.,

2003; THE PEP – Transport, Health and Environment Pan-European,

2005; European Road Safety Action Programme, 2006 Transport policy

guidelines and transport network investment and financing programme

until 2020, 2006] було доведено, що представники менш привілейо-

ваних в соціально-економічному відношенні груп є схильними до

більшого ризику смертності у всіх випадках, включаючи ДТП. У

випадку ДТП це можна пояснити не лише їх більшою схильністю

до ризику, але і релігійно-ментальними чинниками, які мінімізу-

143

Медвєдєва Ю. Ю.

ють страх смерті і сприяють частковому знеціненню/нейтраліза-

ції потягів до самозбереження. Подібне припущення, однак, може

бути релевантним щодо країн Африки із доволі низьким рівнем со-

ціально-економічного розвитку та релігійним синкретизмом.

Так, в Кенії в 2002 р. було, наприклад, виявлено, що з числа

осіб, які не мають формальної освіти, 27% пересувалися до місця

роботи пішки, 55% користувались автобусами або міні-автобуса-

ми, і лише 8% використовували приватні автомобілі. На відміну

від цього, 81% респондентів, які мали середню освіту, пересува-

лися на приватних автомобілях, 19% користувалися автобусом, і

ніхто з опитаних не пересувався пішки [приклад наведено за ма-

теріалами: Federal action programme for greater road safety. Berne,

Federal Roads Office, Switzerland, 2005].

Місце проживання людей також може впливати на їх схиль-

ність ризику ДТП. В цілому ті, хто проживає в міських районах,

не є схильними до більшого ризику потрапити в дорожньо-тран-

спортні пригоди з суб’єктивних причин, однак ті, хто проживає

в сільських районах, є схильними до більшого ризику загинути

або отримати серйозну травму, якщо вони стануть учасниками

ДТП. Одна з причин таких явищ полягає в тому, що автотран-

спортні засоби в сільських районах часто пересуваються з біль-

шою швидкістю. У багатьох країнах з низьким і середнім рівнем

соціально-економічнонго розвитку виникає багато нових ризиків,

коли у місцях проживання сільських мешканців прокладаються

нові дороги [Federal action programme for greater road safety. Berne,

Federal Roads Office, Switzerland, 2005]. Пішоходи, велосіпедісти,

водії мопедів і мотоціклісти є найбільш вразливими учасниками

руху. У країнах з низьким і середнім рівнем соціально-економічно-

го розвитку на них припадає значна частка смертельних випадків

у результаті ДТП [Federal action programme for greater road safety.

Berne, Federal Roads Office, Switzerland, 2005].

У країнах з високим рівнем соціально-економічного розвитку

власники і водії автомобілів складають значну частину учасників

144

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

руху, і на них припадає основна частина смертельних випадків у

ДТП. Тим не менш, навіть у цих країнах пішоходи, велосіпедисти і

водії мопедів і мотоциклів є схильними до значно більшого ризику

смерті з розрахунку на кілометр шляху. Під всіх вікових групах на

чоловіків припадає більша кількість смертельних випадків, ніж на

жінок. У 2002 р. в країнах ЄС, включаючи Україну, РФ та Білорусь,

показники смертності в ДТП становили 27,6 на 100000 чоловіків

і 10,4 на 100000 жінок [Всемирный доклад о предупреждении до-

рожно-транспортного травматизма, 2004].

На чоловіків припадає 73% смертельних випадків і 70% всіх

DALY, втрачених в результаті дорожнього травматизму. У 2002 р.

на осіб віком 15-44 років припадало більше половини всіх смер-

тельних випадків в ДТП в усьому світі. На них також припадало

близько 60% всіх DALY, втрачених у зв’язку з ДТП. У країнах з

високим рівнем соціально-економічного розвитку на осіб віком 15-

29 років припадали найбільш високі показники смертності на 100

тис. осіб, однак, у країнах з низьким і середніх доходом на осіб у

віці 60 років і старше прихо-дилися найвищі показники смертнос-

ті. У країнах з низьким і середнім доходом на дітей припадають

значно вищі показників Чи смертності в результаті ДТП, ніж у кра-

їнах з високим доходом.

У 2002 р. на осіб віком 60 років і старше припадало більше ніж

193000 смертельних випадків в ДТП. Їх показники смертності на100

тис. осіб були найвищими з усіх вікових категорій у країнах з низь-

ким і середнім доходом. Потрапляючи в автомобільну катастрофу,

особи похилого віку мають більше шансів загинути або отримати

серйозну інвалідність, ніж молоді люди, оскільки в середньому

опірність їх організму є набагато меншою [Всемирный доклад о

предупреждении дорожно-транспортного травматизма, 2004].

***Кримінальне насильство як чинник смертності.*** Згідно

оцінки рівня смертності від кримінального насильства та суїцидів,

наведених Р. Уолтерсом та Р. Парком, Д. Мерсі, М. Розенбергом,

М. Бавініком та А. Морісоном [Walters, Parke, 1964, p. 231-276;

145

Медвєдєва Ю. Ю.

Mercy, 1993, р. 7-29; Foege, Rosenberg, Mercy, 1995, р.2-9] в пе-

ріод від початку 20 стіоліття 1,6 млн осіб у світі щорічно гинуло

в результаті замахів на своє життя і здоров’я, а також в результаті

міжособистісних і колективних форм насильства, що дає загальну

стандартизовану за віком цифру – 28,8 випадків на 100 000 осіб.

Більшість з цих смертних випадків мали місце в країнах Азії та

Африки. На частку країн Європи і Америки припадає, у порівнянні

з Азією та Африкою, менше 10% всіх смертей в результаті актів на-

сильства. Близько половини з цих 1,6 млн смертей складають само-

губства, майже третину – вбивства і п’ята частина їх є пов’язаною з

війнами. Рівень смертності в них був залежним від статі і віку. Як

і багато інших явищ в світі, насильство є нерівномірно поширеним

серед статево-вікових груп [Rosenberg, Mercy, 1995, р.6].

У 2000 р., згідно з оцінками ВООЗ, сталося близько 520000

вбивств, що дає загальний стандартизований показник 8,8 випад-

ків на 100 000 осіб З них на чоловіче населення припадає приблиз-

но 77% всіх випадків, на жіноче – 23% [World report on violence and

health, 2005, p.43-67]. Кількість насильницьких смертей при дослі-

дженні статистики, залежить від середнього рівня доходів у краї-

ні. У 2000 р. рівень смертності в результаті насильства в країнах з

низьким і середнім доходом склав 32,1 випадку на 100 000 чоловік,

тобто, був більш ніж в два раза вище, ніж у країнах з високим до-

ходом (14,4 випадки на 100 000 чоловік).

Авторами доповіді [World report on violence and health, 2005,

p.48] відзначаються, крім того, значні регіональні відмінності у

показниках смертності в результаті насильства. В Африці і в Пів-

нічній та Південній Америці рівень вбивств є майже в три рази

вищим за рівень самогубств. У Європі і в Південно-Східній Азії,

навпаки, самогубств відбувається майже в три рази більше, ніж

вбивств (19,1 випадків на 100 000 чоловік проти 8,4 в Європі і 12,0

проти 5,8 у Південно-Східній Азії), а в Західно-Тихоокеанському

регіоні рівень самогубств є майже в шість разів вищим за рівень

вбивств (20,8 випадків на 100 000 чоловік проти 3,4) [World report

146

on violence and health, 2005].

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

В статистиці ВООЗ та емпіричних дослідженнях з девіанто-

логії та кримінальної соціології представлено також значні відмін-

ності між цими показниками в різних країнах всередині регіонів

світу. Наприклад, за даними Бавініка та Морісона, «в 1994 р. рівень

вбивств серед чоловіків у Колумбії склав 146,5 випадків на 100 000

чоловік, тоді як відповідні показники для Куби і Мексики дорівню-

вали 12,6 і 32,3» [Buvinic, Morrison, 1999, p.1-8].

Великі відмінності відзначаються девіантологами та соціоло-

гами США і всередині країн, наприклад між міським і сільським

населенням, між багатими і бідними, і між різними етнічними гру-

пами. Так, за даними Бавініка і Морісона, в 1999 р. в США серед

афро-американської молоді у віці від 15 до 24 років рівень вбивств

(38,6 випадків на 100 000 чоловік) був більш ніж в два рази вищим,

ніж у іспаномовних молодих людей того ж віку (17,3 на100 000), і

більше ніж у 12 разів вищим, ніж у їх білих, неіспаномовних одно-

літків [Buvinic, Morrison, 1999, p.1-8].

Оцінка насильства із смертельним результатом і монофактор-

ні пояснення не дають можливості зрозуміти, чому один людина

поводить себе агресивно, а інша – ні, або чому в одних районах

здійснюється більше актів смертельного насильства, ніж в інших.

В 70-90 р. ХХ ст.. в соціології девіантної поведінки було запо-

чатковано *соціо-екологічний підхід,* фундатори якого розглядають

танатогенне насильство як результат складної взаємодії індивіду-

альних, групових, соціальних, культурних факторів і факторів се-

редовища.

Вперше ця модель була використана в кінці 1970-х років в пра-

цях Дж. Гарбаріно та В. Бронфенбреннера [Bronfenbrenner, 1979;

Garbarino, 1985] для вивчення жорстокого поводження з дітьми, а

пізніше екстрапольована на дослідження насильства в молодіжно-

му середовищі.

В 90-і рр. ХХ ст. Р. Чок, П. Кінг, Л. Хейс, Л. Шемберг та Р. Карп

застосовували її для осмислення насильства щодо партнера і жор-

147

Медвєдєва Ю. Ю.

стокого поводження з літніми людьми. Дана модель дозволяє до-

сліджувати взаємозв’язки між індивідуальними і контекстуальни-

ми факторами і розглядати насильство як продукт безлічі факто-

рів, що впливають на поведінку людини [Chaulk, King, 1998; Heise,

1998, р.262-290; Schiamberg, 1999, р.79-103; Carp, 2000].

*Перший рівень соціо-екологічної моделі* спрямований на ви-

явлення біологічних факторів і факторів особистої біографії, які

впливають на поведінку людини в аспекті танатогенного ризику.

Крім того, тут розглядаються і такі фактори, як імпульсивність,

низький рівень освіти, зловживання психоактивними речовинами,

а також відзначені у людини в минулому агресивну поведінку і

жорстокість. Інакше кажучи, на цьому рівні основна увага зверта-

ється на такі риси особистості, які збільшують ймовірність того,

що вона стане або жертвою смертельного насильства, або його ви-

нуватцем [Schiamberg, 1999, р.80-81].

*Другий рівень соціо-екологічної моделі* досліджує те, як соці-

альні зв’язки і відносини, наприклад, відносини з однолітками, з

партнерами або членами сім’ї, збільшують ризик стати потенцій-

ною жертвою смертельного насильства або здійснити акт смер-

тельного насильства. Наприклад, постійні контакти або проживан-

ня в одній квартирі можуть збільшувати можливість здійснення

насильницьких дій по відношенню до партнера і поганого пово-

дження з дітьми.

Оскільки люди в цьому випадку є постійно пов’язаними одне

з одним, цілком імовірно, що жертва, за твердженням Райса і Рота,

буде багатоактно піддаватися жорстокому ставленню, що матиме

смертельний фінал [Reiss, Roth, 1993, p.221-245]. Що стосується

молодіжного насильства, то дослідження М. Ліпсея та Дж. Дер-

зона, а також М. Максфілда та Ц. Уідома показують, що молоді

люди з більшою імовірністю схиляються до віктимної поведінки,

якщо вона знаходить підтримку у їх друзів [Lipsey, Derzon, 1998,

р.86-105; Maxfield, Widom, 1996, р.390-395]. Однолітки, партнери

та члени сім’ї мають можливість сформувати норми поведінки для

148

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

членів даної групи і передавати їм свій досвід.

*Третій рівень соціо-екологічної моделі* досліджує оточення

людини, в якому вона вступає в соціальні відносини: школа, міс-

це роботи і проживання. На цьому рівні можна визначити, які ха-

рактеристики соціального простору детермінують статус людини

як жертви або винуватця насильства. Високий рівень мобільнос-

ті населення (коли люди не залишаються надовго в одному місці,

але постійно змінюють місця проживання), його гетерогенність

(тобто, виключне розмаїття характеристик, коли оточенню бракує

соціального «клею», інтегрованості) і висока щільність населен-

ня є прикладами характеристик, які мають зв’язок з насильством

[Hersov, Berger, Shaffer, 1978, p. 73-93].

Громади, для яких є характерними торгівля наркотиками, ви-

сокий рівень безробіття і велика соціальна ізоляція (коли люди

не є знайомими зі своїми сусідами або не беруть участі в житті

громади), також мають більшу імовірність жити в обстановці на-

сильства. Дослідження танатогенного насильства (вбивств, важких

тілесних ушкоджень із заподіянням смерті тощо) показують, що

ризик прояву насильства є більшим в деяких громадах, наприклад,

в бідних районах, в районах з непридатним житлом, там, де мало

установ або вони працюють незадовільно тощо. Stark, Flitcraft,

1995, р. 43-64].

*На четвертому рівні соціо-екологічної моделі* досліджуються

найважливіші макросоціальні фактори, які впливають на рівень

смертельного насильства. Сюди відносяться фактори, які створю-

ють сприятливий для прояву насильства клімат, зменшують забо-

рони на прояви насильства, сприяють створенню та підтриманню

нерівності між сегментами суспільства або напружених відносин

між групами населення або країнами.

До найважливіших макросоціальних факторів смертельного

насильства можна віднести:

– Культурні норми, з позиції яких відбувається легітимація на-

сильства як прийнятного способу вирішення конфліктів;

149

Медвєдєва Ю. Ю.

– Нерівномірність розподілу ресурсів щодо середньої та ниж-

чої соціальних груп із порушенням соціальної справедливості;

– Корупція правової системи із посиленням кланово-корпора-

тивного впливу та порушенням збалансованості між різними со-

ціальними групами в аспекті застосування заохочень та каральних

санкцій;

– Персоналізоване ставлення до самогубства як до питання

індивідуального вибору, а не як до акту насильства, якому можна

запобігти;

– Норми, які ставлять права батьків вище благополуччя дітей;

– Норми, які стверджують владу чоловіків над жінками та ді-

тьми;

– Норми, які припускають використання поліцією сили проти

громадян;

– Норми, які підтримують політичні конфлікти.

Важливим макросоціальним фактором смертельного насиль-

ства є також така політика в галузі охорони здоров’я, освіти, еко-

номіки і соціальних відносин, яка підтримує високий рівень еконо-

мічної та соціальної нерівності між різними групами суспільства,

де високий рівень соціальної поляризованості в розподілі та пере-

розподілі економічного багатства, влади та культурного капіталу.

В сучасних наукових дослідженнях сформувалося три базові

підходи щодо розуміння самогубства: *світоглядно-філософський,*

*психологічний та власне соціологічний.*

Історично першим в історії суїцидології можна вважати *світо-*

*глядно-філософський підхід,* в рамках шерегу напрямків, які можна

вважати суїцидоцентричними. До них можна віднести, наприклад,

римський стоїцизм (в рамках цього напрямку філософствування

склалося розуміння самогубства як екстремного способу реалізації

свободи людини в подоланні важких життєвих обставин – Сенека)

та атеїстичний екзистенціалізм (самогубство розглядалося в кон-

тексті обезсмислення життя та абсурду сучасної культури – Сартр,

Камю).

150

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

В історії філософських концепцій, які були присвячені суїци-

дологічній проблематиці, спостерігається широкий спектр оціноч-

них ставлень до суїциду – від героїзації та захоплення до табую-

вання та остракізму (останнє в особливій мірі стосується хрис-

тиянської апологетики та всіх напрямків релігійно-орієнтованої

філософії).

*Психологічний підхід* в суїцидології представлено психоана-

лізом, логотерапією, клінічною патопсихологією. В психоаналізі

З. Фройда суїцидальну поведінку розглядається як вияв девіацій

психосексуального розвитку, а її детермінантами виступають та-

кож танатос і танатофілічність як особистісні риси. Проблемати-

ці самогубства приділяли увагу також представники логотерапії

(В. Франкл), патопсихології (А. Лічко, К. Леонгард, В. Змановська,

А. Абрумова, С. Бородін) [див. огляд в.: http://psyfactor.org/lib/

suicide4.htm].

При цьому автори акцентували увагу на таких чинниках само-

губства, як екзістенційна тривога, що має своїм наслідком пере-

живання нестерпного страху і вакууму смисловтрати яяк чинника

самогубства (В. Франкл); стан фрустрації, який переживається як

нестерпний (Е. Шнейдман); акцентуації характеру та темпера-

менту, які спричиняють вразливість індивіда щодо різноманітних

екзогенних впливів та стають чинниками суїцидальної поведінки

(А. Личко, К. Леонгард, В. Тихоненко); напруженість потреб, під-

вищена потреба в емоційній близькості при надзначущості від-

носин, низька фрустраційна толерантність і слабка здатність до

компенсацій (М. Конончук, К. Мягер та ін. [див. огляд в.: http://

psyfactor.org/lib/suicide4.htm].

*Засади соціологічного підходу до вивчення самогубств* було за-

кладено Е. Дюркгеймом в його праці «Про самогубство» [Дюрк-

гейм, 1994]. Відмовившись від вивчення самогубств на індивіду-

альному рівні, як це робили представники першого та другого під-

ходів, автор визначав в якості першорядних соціальні детермінанти

суїциду, тобто, розглядав самогубство перш за все як соціальний

151

Медвєдєва Ю. Ю.

феномен. Не спростовуючи в цілому постулату про те, що люди з

психологічними відхиленнями мають більше шансів вчинити са-

могубство, він заявив, що не цей факт є ключовим для розуміння

суті даного явища.

Простеживши кореляції між частотою самогубств, з одного

боку, і психічними відхиленнями (як спадковими, так і набутими)

і схильністю людей до наслідування, з іншого, соціолог не знай-

шов їх суттєвими. Набагато важливішим, на його думку, є вплив

суспільства.

«Ми не збираємося, – відзначає автор, – дати якомога більш

повний перелік всіх умов, які можуть слугувати причиною при-

ватних випадків самогубства, а ставимо собі за мету відшукати ті

з них, від яких жорстко залежить певний факт, який ми називає-

мо соціальним відсотком самогубств. Не можна не погодитися з

тим, що ці два питання значно різняться між собою, незважаючи

на існуючий між ними зв’язок. …серед чинників самогубства для

соціолога є цікавими саме ті, які діють на ціле суспільство. Відсо-

ток самогубств є продуктом цих чинників, і ось чому вони повинні

цікавити нас» [Дюркгейм, 1994, с.7].

Найпоширенішою класифікацією самогубств в суїцидології є

та, що була запропонована Дюркгеймом в зазначеній праці. Кри-

терієм цієї класифікації виступають мотиви (рушійні сили) само-

губства. У відповідності із нею, автором виділено *егоїстичне, аль-*

*труїстичне та аномічне самогубство.*

*Егоїстичне самогубство* – тип самогубства, який найчастіше

пов’язаний із мікрооточенням або індивідуально-психологічни-

ми причинами. Так, відсутність можливості здобути багатство у

зв’язку із мріями про нього і скоєння на цьому грунті суїциду буде

відноситись до егоїстичного самогубства. При егоїстичному са-

могубстві фруструється перш за все его, яке потерпає від неспро-

можності здолати певні безумовні обставини. З іншого боку, егоїс-

тичне самогубство може вичинятись із причин макросоціального

масштабу, які замасковані під мікропричини.

152

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

Так, підлітки можуть скоювати самогубство під впливом пе-

дагогічної репресії, внаслідок невідповідності між припущеною

педагогами несправедливістю і жорстокістю, з одного боку, та у

зв’язку із неможливістю отримати.

*Альтруїстичне самогубство* – це тип самогубства, який ви-

ступає похідним від протиріччя між інстинктом самозбереження

і соціальними експектаціями щодо самопожертви індивіда в ім’я

спільноти. Він виступає є повною протилежністю егоїстичним.

Якщо в егоїстичному самогубстві вираженою є індивідуалістич-

на мотивація, то при скоєнні альтруїстичного самогубства людина,

навпаки, спонукається суспільством до контрбіологічної поведін-

ки самопожертви заради цінностей спільноти.

*Аномічне самогубство* – це тип самогубства, пов’язаний із зла-

мом ціннісно-нормативної надбудови суспільства і дезадаптивни-

ми реакціями великих груп людей щодо стрімких соціальних змін

(спричинених революціями, політичними переворотами, еконо-

мічними кризами тощо). Адаптивність як володіння необхідним

потенціалом пристосування може слугувати запорукою збережен-

ня від самогубства, що однак, є доступним далеко не для всіх.

Це стосується перш за все ситуацій соціальних змін, які мають

маятникоподібний характер прогресу-регресу, наслідком чого стає

застійна транзиторність і пов’язаний із нею «соціально-дистре-

совий аномічний стан» [Головаха, Панина, 1994; Донченко, 1994;

Романенко, 2006; Крячко, 2010; Людський розвиток в Україні: мі-

німізація соціальних ризиків, 2010].

 Сучасні типології дозволяють встановлювати відмінності між

власне *суїцидом* та *суїцидальною поведінкою,* яка має щодо суїциду

допоміжний або демонстраційний характер.

Наприклад, серед російських дослідників цікаву модель було

запропоновано фахівцем в галузі психіатрії В. Тіхоненко [див.: Су-

ицидология: прошлое и настоящее, 2001, с.89], який розмежовує

варіанти суїцидальної поведінки за критерієм цільової установки,

яку переслідував чоловік у кожному конкретному випадку.

153

Медвєдєва Ю. Ю.

Адже типологія Дюркгейма ґрунтується на апріорному при-

пущенні щодо справжності мотивів суїцидента звести рахунки з

життям. З іншого боку, автор справедливо припускає, що самогуб-

ство може бути пов’язаним із несуїцидними (демонстраційними,

шантажу вальними, оказіональними) цілями.

На думку автора, власне на позбавлення життя в типології є

спрямованим так зване *істинне самогубство*. Набагато частіше

на практиці зустрічаються різні варіанти суїцидальної поведінки,

коли демонстративно-шантажні дії використовуються як засіб ви-

словлення протесту, привернення уваги, уникнення покарання або

ж самопокаранння.

З іншого боку, небезпечні для життя дії можуть бути пов’язані

з імпульсивними та оказіональними мотивами (наприклад, нарко-

ман може здійснити ненавмисний суїцид внаслідок передозування

наркотиків), тому їх слід взагалі відносити до нещасних випадків.

Доповнюючи теорію аномічного самогубства Е. Дюркгейма,

авторка вважає за потрібне здійснити деякі уточнення поняття са-

могубства.

По-перше, самогубство може бути розтягнутим в часі проце-

сом і характеризуватись латентністю. Більше того, є доцільним роз-

ширено тлумачити це поняття, застосовуючи його не лише щодо

суїцидів та суїцидальної поведінки, але і щодо широкого кола дій,

які, будучи замасковані екзогенними причинами, насправді висту-

пають різновидом латентного і пролонгованого суїциду.

Наприклад, застійне споживання алкоголю може характеризу-

ватись як розтягнутий в часі аномічний суїцид із ознаками латент-

ності та прихованості. Значна чисельність людей в умовах аномії

ніби-то просто споживає алкоголь, але насправді йдеться про ал-

коголізацію, яка виступає інструментом суїциду в тривалому про-

міжку часу.

По-друге, суїцидальна поведінка може стосуватись в тому чис-

лі так званих оказіональних ситуацій (за умови, якщо їх статистика

є дуже високою, як, наприклад, в Україні). Значний відсоток смер-

154

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

тей від нещасних випадків (ДТП, отруєння алкоголем, порушення

правил техніки безпеки, що спричинили смерть і т.п.) може бути

ознакою *латентного соціоциду або ж латентного аутоетноциду.*

При цьому суїцидальну поведінку слід розглядати як таку, що

є замаскованою випадковими (оказіональними) обставинами, які,

по суті, не змінюють оцінки таких дій як аутосуїцидентних.

Таким чином, вбачається доцільним впровадити в тезаурус

суїцидології та соціології смертності поняття *латентного ауто-*

*етноциду* як феномену, пов’язаного із аномально-високими показ-

никами смертності, які відповідають втраті інтенцій збереження

життя великими соціальними контингентами.

Емпіричним індикатором, яким фахівці послуговуються задля

визначення частотності суїцидів, є показник «рівня самогубств»,

який дозволяє визначати кількість суїцидентів на 100 тис. осіб на-

селення (при цьому, зрозуміло, враховуються лише завершені суї-

циди, а не суїцидальна поведінка). Усередненим показником відсо-

тка самогубств є 14-15 випадків на 100 тис. населення (з розрахун-

ку 1 самогубство на 40 секунд астрономічного часу). Саме такими

усередненими показниками характеризувалися країни Європи в

2001-2010 [дані розміщено на відповідному сайті рhttp://www.who.

int/healthinfo/statistics/regions/en/index.html].

Суїцид, звісно, являє собою одну з серйозних проблем охоро-

ни здоров’я і соціальної безпеки не лише в Європі, але і в усьому

світі. За останні 45 років показники поширеності суїциду збіль-

шилися на 60%, і сьогодні з причини суїциду кожен рік помирає

майже один мільйон осіб. Це виражається загальним світовим по-

казником 16 осіб на 100 тисяч населення і ставить суїцид на десяте

місце серед провідних причин смертності в усьому світі.

У віковій категорії від 15 до 44 років суїцид є однією з трьох

провідних причин смертності [Всемирная организация здравоох-

ранения. Предотвращение самоубийств, 2001].

Масштаби проблеми стануть ще більш значущими, якщо дода-

ти до цих показників кількість спроб самогубства, оскільки випад-

155

Медвєдєва Ю. Ю.

ків суїцидальних спроб нараховується приблизно в 20 разів біль-

ше, ніж випадків завершеного суїциду [Всемирная организация

здравоохранения. Предотвращение самоубийств, 2001].

Між країнами існують великі відмінності у показниках по-

ширеності суїциду: найнижчі річні показники відзначаються в

мусульманських і латиноамериканських країнах (менше 6,5 на

100 тисяч населення), а найвищі – у Східній Європі: в таких краї-

нах, як Білорусь, Литва і Російська Федерація реєструється більше

30 випадків суїциду на 100 тисяч населення [Mann, 2011, p.2064-

2074]. Переважна більшість суїцидів (73%) реєструється в країнах,

які розвиваються, причому приблизно 60% всіх суїцидів припадає

на Азію, зокрема – на Індію, Китай і Японію [Mann, 2011, p.2066].

Це відображає як велику чисельність населення цих країн, так і

значну поширеність суїциду в багатьох азіатських країнах (біль-

ше 15 на 100 тисяч населення в Індії і понад 20 на 100 тисяч в

Китаї, Республіці Корея, Шрі-Ланці та Японії) [http://www.who.int/

mental\_health/resources/suicide\_prevention\_asia.pdf].

Неоднорідною є епідеміологічна картина суїцидальної пове-

дінки. У розвинених країнах суїцид найчастіше спостерігається

у віковій групі від 15 до 24 років і серед чоловіків похилого віку

старших за 65 років, тоді як у країнах, що розвиваються, частіше

всього здійснюють самогубство люди у віці до 30 років. У розвине-

них країнах більше 90% суїцидентів страждають на психічні роз-

лади, в той час як у країнах, що розвиваються, цей показник стано-

вить 60-90% [Vijayakumar, 2004, p.158-159]. У більшості країн чо-

ловіки здійснюють самогубство частіше, ніж жінки. Проте, в Китаї

картина є протилежною, особливо в сільських районах [Sakinofsky,

2007, p.7-8].

Більшість дослідників і фахівців, які займаються профілакти-

кою суїциду, сходяться на думці про те, що суїцид асоціюється зі

складним переплетенням таких факторів, як психічне захворюван-

ня, соціальна ізоляція, наявність в анамнезі суїцидальної спроби,

соматичне захворювання, зловживання психоактивними речовина-

156

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

ми, насильство в сім’ї і доступ до засобів вчинення самогубства

[Всемирная организация здравоохранения. Предотвращение само-

убийств, 2001; Mann, 2002; Suicide prevention, 2011].

У відповідь на цю серйозну проблему уряди різних країн вжи-

вають значних зусиль з профілактики суїциду. Проте, в різних кра-

їнах фактори ризику є різними, і часто вони різняться залежно від

віку, статі та етнічної приналежності. При цьому дослідниками не

виявлено жодного чинника, який був би генералізованою причиною

суїциду. Саме тому представлені в різних країнах програми профі-

лактики та превенції суїциду зазвичай припускають багатогранний

підхід, і не є зосередженими на якомусь одному факторі ризику.

Узагальнення результатів дослідження статистик суїциду в

різних країнах дає підстави виділити групи чинників (детермінант)

суїциду. До них можна віднести *статево-вікові, часові, соціальні,*

*психофармакологічні, технічні, соціально-економічні та етнічні*

*детермінанти.*

*Статевовікові детермінанти.* З віком ймовірність скоєння су-

їциду зростає, оскільки люди у віці від 75 років і вище здійснюють

самогубства в три рази частіше, ніж молодь 15-24 років. З іншого

боку, за останні кілька років саме в цій молодіжній групі вчені фік-

сують тривожне збільшення суїцидів у всьому світі.

Статистика суїцидів серед чоловіків, за даними О Коннела, Бо-

ата та Уорнера, є втричі більшою за аналогічну статистику серед

жінок, водночас серед жінок спостерігаються частіші прояви не-

послідовної (демонстраційної та імпульсивної) суїцидальної пове-

дінки [O’Connell, Boat, Warner, 2009]. Пояснення цим емпіричним

закономірностям може стосуватись соціопсихічних особливостей

жінок, зокрема – їх аутопластичності та високих показників адап-

тивності до стресових ситуацій. Зрозумілим є те, що жіноцтво як

гендерна група характеризується вищим, у порівнянні з чоловіка-

ми, потенціалом виживання за рахунок стрес-резистентності та

схильності до компромісів [Бендас, 2007].

*Часові детермінанти.* Найчастіше самогубства відбуваються

157

Медвєдєва Ю. Ю.

вдень, з більшою ймовірністю навесні або влітку, що пояснюєть-

ся негативним впливом спеки та спекотних умов на інтелектуаль-

ні процеси, зокрема – зниженням рівня когнітивного контролю в

умовах підвищення температури повітря, на що вказують Р. Берон

та Д. Річардсон [Бэрон, Ричардсон, 2006]. Водночас, цей чинник

не можна визнати генералізованим, оскільки тоді в країнах із тро-

пічним кліматом статистика самогубств мала б бути найвищою (це

стосувалося б також і країн Латинської Америки, де статистика са-

могубств є однією з найнижчих). Отже, цей чинник не є генералі-

зованим, а радше ситуаційним.

*Соціальні детермінанти.* Найчастіше самогубства вчиняють

самотні і розлучені особи. Особи з вищою освітою є менш схиль-

ними до суїциду, аніж люди з низькою (початковою) освітою (най-

вищим є відсоток суїцидентів серед осіб з неповною середньою

освітою). Сильним стимулом скоєння суїциду є раптова зміна ста-

тусно-рольового набору (напр., одночасна втрата роботи і розлу-

чення). Є зрозумілим те, що поціновування життя є залежним від

його змістовності та інтенцій внутрішнього світу, який, в свою чер-

гу, формується завдяки освіті [Суицидология в трудах зарубежных

ученых., 2003, с.111].

*Психофармакологічний чинник.* У США біля 25% всіх суїци-

дентів є хронічними алкоголіками та наркоманами. Подібна коре-

ляція є представленою також між зловживаннями психоактивними

речовинами, і спостерігається і в інших країнах.

*Технічні детермінанти.* Цей чинник визначає рівень доступ-

ності знарядь суїциду для потенційних суїцидентів, напр., до ток-

сичних речовин (Китай, Індія і Шрі-Ланка) і зброї (США). Мен-

ший рівень доступності корелює з нижчим рівнем суїцидів.

*Соціально-економічні детермінанти.* Загалом у більш замож-

них та розвиненіших в соціо-економічному відношенні країнах

світу фіксуються більш високі показники суїцидів, ніж у країнах

з низьким рівнем соціально-економічного розвитку. Можливо, од-

нак, що кардинальним чинником виступає не стільки рівень розви-

158

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

неності країни сам по собі, скільки приналежність до групи країн

Європи. В цих країнах при більш високому рівні соціо-економіч-

ної стабільності зустрічається і підвищена статистику суїцидів.

Остання обставина знаходить своє пояснення в тому, що при до-

волі високому рівні життя в цих кранах часто спостерігається не-

стача необхідних для життя екологічних стресорів, а також істотне

зниження вмотивованості деяких соціальних груп щодо боротьби

за життя при високому рівні соціальної захищеності населення

(перш за все це стосується країн Півночі Європи, де статистика

суїциду є однією з найвищих, а також країн Прибалтики) [Суици-

дология: прошлое и настоящее, 2001, с.89-90].

*Етнічні (етнокультурні) детермінанти.* Висока частотність

суїцидів корелює із фіно-угорською етнокультурою (Фінляндія,

Угорщина, Естонія). У США рівень самогубств серед представ-

ників білих англо-саксів приблизно вдвічі вище, ніж серед афро-

американців. Якщо вивчити зміну рівня самогубств за останні два

століття, то помітною є загальна тенденція до її зростання.

«За інформацією Центрів контролю і профілактики захворю-

вань, останнім часом найбільше американців гине в результаті са-

могубства, ніж у ДТП. Так, кількість громадян США, що наклали

на себе руки у віці 35-64 років збільшилася майже на 30%, повідо-

мляє Сьогодні. «Суїцид вважався проблемою підлітків і літніх лю-

дей, і сплеск самогубств серед американців середнього віку диво-

вижний», – пише видання, посилаючись на статтю в The New York

Times. Впродовж останніх десяти років число самогубств серед

американців середнього віку різко зросло. За статистикою, з 1999

по 2010 роки кількість громадян США, котрі наклали на себе руки

у віці 35-64 років збільшилася майже на 30%. Найрізкіші скачки

спостерігаються серед чоловіків 50 років (із 30% до 50%) і серед

жінок 60-64 років (на 60%). Причини, з яких люди накладають на

себе руки, часто є досить складними, тому посадовцям і дослід-

никам складно пояснити, що спричиняє таке зростання суїцидів,

зазначає NYT. За припущеннями деяких експертів, люди зводять

159

Медвєдєва Ю. Ю.

рахунки з життям через економічні проблеми останніх років. Ще

однією причиною може бути широке поширення сильнодіючих

ліків» [http://www.ukrinform.ua/ukr/news/amerikantsi\_serednogo\_

viku\_vse\_chastishe\_skoyuyut\_samogubstva\_1823852].

***Висновки 2.3.:*** Соціо-екологічна модель показує, що є безліч

причин танатогенного насильства, а також чинників ризику такого

насильства, які діють всередині сім’ї, громади, соціального, куль-

турного та економічного простору. Якщо застосувати цю модель

до процесу розвитку суспільства та людини, то можна побачити,

що на різних етапах життя різні фактори впливають на виникнен-

ня насильства. Деякі фактори ризику є характерними тільки для

одного виду насильства (моновіолентні), існують також різнови-

ди насильства із загальними факторами ризику (полівіолентні). На

думку Е. Старка та А. Фліткрафта, домінантні в суспільстві куль-

турні норми, бідність, соціальна ізоляція, зловживання алкоголем

і психоактивними речовинами, а також доступність вогнепальної

зброї не можуть розглядатися як фактори ризику тільки для одного

різновиду смертельного насильства. Аж ніяк не рідкісними є ви-

падки, коли індивид піддається відразу декільком видам насиль-

ства. Наприклад, жінки, яким загрожує фізична розправа з боку

партнера, зазвичай піддаються також ризику сексуального насиль-

ства [Stark, Flitcraft, 1995, p.50-51]. Також не рідкісним є тісний

взаємозв’язок не тільки між факторами ризику, а й між різними

видами насильства. Дослідження М. Ліпсея та Дж. Дерзона пока-

зують, що насильство, пережите в батьківському домі, має зв’язок з

тим, що дана особа стає жертвою або винуватцем насильства в під-

літковому або зрілому віці [Lipsey, Derzon, 1998, р.99]. Коли батьки

відкидають або ігнорують своїх дітей, не піклуються про них і не

надають їм матеріальної та моральної допомоги, таке ставлення

з більшою ймовірністю призводить до того, що вони будуть по-

водити себе агресивно і антисоціально, виявляти жорстокість та з

вщою імовірністю нехтувати чужим життям в зрілі роки [Maxfield,

Widom, 1996, р.393; Lipsey, Derzon, 1998, р.101].

160

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

В емпіричних дослідженнях Е. Брістоу, Дж. Коллінза, П. Толла-

на та Н. Гуерри було встановлено також зв’язки між суїцидальною

поведінкою і деякими видами насильства, включаючи погане по-

водження з дітьми із заподіянням тілесних ушкоджень, несумісних

із життям, насильство по відношенню до партнера, згвалтування

та жорстоке і несумісне з життям поводження з літніми людьми

[Bristowe, Collins, 1995, р.1-4; Tolan, Guerra, 1994, р.251-273].За да-

ними Д. Самасундарама та С. Ра, в Шрі-Ланці рівень самогубств

мав тенденцію до зниження в період військових дій, але потім,

після завершення конфлікту, знову зріс [Somasundaram, Rajadurai,

1995, р.1-4]. У багатьох країнах, які пережили військові та полі-

тичні конфлікти з застосуванням сили, рівень міжособистісного

насильства продовжує залишатися високим і після закінчення вій-

ськових дій – в тому числі і тому, що насильство розглядається як

соціально-прийнятне явище і внаслідок доступності зброї. Зв’язки

між різними видами насильства і взаємодія окремих факторів з

більш широким соціальним, культурним та економічним контек-

стом говорять про те, що, впливаючи на фактори ризику на різних

рівнях екологічної моделі, можна знизити показники смертності

відразу по декількох різновидах кримінального та оказіонального

насильства. Аналіз даних довгострокової динаміки суїцидів і ком-

паративні дослідження її в країнах з високим та низьким рівнем

соціоекономічного розвитку демонструють зворотню залежність

між рівнем соціально-економічної розвиненості та безстресовос-

ті соціального середовища та кількістю суїцидентів: чим стабіль-

нішою та екологічнішою в соціальному відношенні є країна, тим

частіше зустрічаються тут випадки самогубств.

Серед безлічі детермінант підвищення частотності суїциду

можна виділити детермінанти, що пов’язані із соціальною інте-

грацією, релігійністю, інформаційним простром та показниками

соціально-макростресової завантаженості. В аграрних і традицій-

них суспільствах рівень соціальної інтегрованості є традиційно

вищим,ніж в постіндустріальних суспільствах із мегаполісами та

161

Медвєдєва Ю. Ю.

низьким рівнем соціальної інтегрованості. Тому проблемою за-

можних суспільств стає соціальна атомізація та самотність, яка

призводить до суїцидів. При цьому в колективістичних суспіль-

ствах із нижчим рівнем соціально-економічної розвиненості кіль-

кість суїцидів єменшою, ніж в індивідуалістичних суспільствах з

високим рівнем соціально-економічного розвитку.

Другим чинником зростання суїцидів є секуляризація та ре-

лігійна аномія в переважній більшості країн, падіння авторитету

іудео-християнських релігійних течій при зростанні динаміки сек-

тантства та нетрадиційних релігійних течій. При зростанні впли-

вовості орієнталістських (переважно – індо-буддійських) релігій

та синкретичних нетрадиційних релігійних течій із притаманною

їм розмитістю релігійних обмежень в питаннях безумовного збере-

ження життя (це стосується в тому числі і ісламу) спостерігається

посилення релігійної індиферентності та атеїзму, що не може не

сприяти зростанню статистики суїцидів.

Третім чинником суїцидентності можна вважати збільшен-

ня розриву між буденним життям і ідеалами масової культури. З

розвитком науково-технічного прогресу люди отримали додаткові

можливості проявляти властиву їм індивідуальність. Але одночас-

но із зростанням індивідуалізму виникає протилежна тенденція

– складається масова культура, яка починає диктувати кожній лю-

дині загальні для всіх ідеали життя. Завдяки ЗМІ та шоу-бізнесу

тиражуються зразки життєвого успіху і благополуччя. Невідповід-

ність цим критеріям сприймається багатьма людьми не як прояв

своєї індивідуальності або тимчасові негаразди, а як особистісна

неспроможність і трагедія. Самогубство, таким чином, стає однією

з можливих реакцій на невідповідність еталону масової культури.

Зростання соціальної впорядкованості при одночасному зрос-

танні стресогенності. Високий рівень впорядкованості життя

має своєю зворотною стороною компенсаторну наднапружінсть,

оскільки переважна більшість високоупорядкованих систем вима-

гає стаціонарного контролю та моніторингу. Таке наднапруження

162

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

при зовнішній комфортності також може бути спонукою до само-

губства (позірний спокій і налагодженість життя в розвинених кра-

їнах обумовлює більш високий суїцидентний фон у порівнянні з

країнами із низьким рівнем соціоекономічного розвитку.

До причин нижчого рівня загальності, які впливають на зрос-

тання статистики суїцидів, можна віднести прогресуюче старіння

населення розвинених країн та формування постіндустріальних

урбанополісів із притаманним їм інформаційним перевантажен-

ням та негативним впливом ЗМІ, який часто полягає в популяриза-

ції та легітимації суїцидальної поведінки. Останнє також не може

не впливати на відповідні статистичні показники.

**Висновки за розділом 2.**

Запропонована авторкою модель має в якості теоретико-ме-

тодологічного базису структурний функціоналізм Т. Парсонса та

Р. Мертона, культурологічно-орієнтований позитивізм та функ-

ціоналізм П. Сорокіна, неофункціоналізм Н. Лумана та теорія

фрактального соціонаналізу Ю. Романенка. Смертність в контек-

сті висхідних постулатів вище окреслених напрямків є передусім

соцієтально-детермінованим явищем та процесом, який відбиває

зростання розузгодженості між засадничими соціальними під-

системами та інституціями в напрямку втрати аутопоезійності

-центроверсійності та посилення показників соціальної нонеко-

логічності. Загальними емпіричними індикаторами такої соціаль-

ної нонекологічності можуть слугувати: релігійна та ідеологічна

аномія, супроводжувана втратою авторитету конфесій при збере-

женні непродуктивної конкуренції маргінальних релігійних течій

та доктрин, розмитість ідеологічної спрямованості для суспільства

та окремих соціальних груп при збереженні неконструктивного

ідеологічного плюралізму та узаконеної ідеологічної мультивер-

сальності на тлі переважання різноманітних форм ідеологічного

партикуляризму (передусім – фаміліаризму як ідеології «сімейних

163

Медвєдєва Ю. Ю.

цінностей»); перманентна політична кризовість, супроводжувана

непродуктивною конкуренцією клубних політичних сил, слабко

пов’язаних із базисом відповідних соціальних груп та прошарків,

та корупційними практиками; поляризованість соціальної струк-

тури суспільства при збереженні високих показників коефіцієнта

Джинні, з супутньою їй бідністю, пауперизованістю, люмпені-

зованістю та маргіналізованістю значної соціальної більшості;

зростання статистик аутодеструкційних девіацій (харчові девіації,

алкоголізація, наркотизація, тютюнопаління), які, в свою чергу,

спричиняють зростання статистики неінфекційних (соціально-

зумовлених), ожиріння, цукровий діабет, артеріальна гіпертензія,

інсульти, інфаркти)) та інфекційних (туберкульоз, СНІД, малярія))

танатогенних захворювань; зростання статистик оказіональної та

суїцидальної смертності, яке відбувається у вигляді індукційно-

го ефекту на макрорівні (воно має місце внаслідок переважання

безсвідомих чинників регуляції соціальної поведінки над свідо-

місними, що спричиняє послаблення інтелектуально-вольового

самоконтролю та безумовно-регуляторних програм самозбережу-

вальної поведінки (суїциди, ДТП, навмисні самоушкодження та

ушкодження з невизначеними намірами, випадкові отруєння, уто-

плення, падіння, нещасні випадки, спричинені дією диму, вогню,

жару, природних факторів, електричного струму, випромінювання,

температури або тиску).

Перші дві групи складників (релігійна та ідеологічна аномія)

пов’язані із так званою *аномічною смертністю*, якій є ієрархічно

підпорядкованою *девіаційна смертність,* якій, в свою чергу, під-

порядкована *оказіональна та суїцидальна смертність.*

*Аномічна смертність –* сукупність типів смертності, що ма-

ють відношення до соціальної невизначеності і зростання генера-

лізованої соціопатії – соціального макростресу. Соціальний макро-

стрес в нашому розумінні є таким соцієтальним станом, в якому

на тлі зростання кількості свідомісно-неконтрольованих чинників

та обставин життєдіяльності суспільства, соціальних інституцій,

164

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

соціальних груп та осіб відбувається послаблення адаптаційних

механізмів культурного, соціоструктурного та особистісного ко-

ригування цієї невизначеності. Соціальний макрострес, як вже

відзначалося в розділі 1, сприяє скороченню часової перспективи

(відбувається знецінення часу, супроводжуване зростанням риту-

алізму, ескапізму, мімікрійних та симуляційних практик) та зрос-

таючій периферизації соціального простору, в якому утворюються

зони запущеності (в буквальному фізично-економічному розу-

мінні цього поняття). Провідними статтями аномічної смертнос-

ті є смертність в результаті війн (як міждержавних, так і грома-

дянських), революційних потрясінь, голоду, пандемій та епідемій,

спричинених війнами, революційними потрясіннями та голодом.

Такі статті смертності формуються в країнах третього світу, які

переживають означені соціопатії вимушено (напр., якщо мова ве-

деться про країни Африки). Однак, аномічна смертність внаслідок

соціального макростресу в суспільстві за умові відсутності над-

звичайних обставин набуває зовсім інших профільних ознак. До

неї включаються такі статті, як смертність від танатогенних захво-

рювань, що мають характер соціально-зумовлених (інфаркти, ін-

сульти, онкопаталогії – всі так звані неінфекційні захворювання) та

від інфекційних захворювань, які мають імунопатогенну етіологію

(напр., туберкульоз, СНІД). Адже всі ці захворювання або клінічні

стани вражають організм на тлі зростання стресогенної напруже-

ності соціального середовища і послаблення, внаслідок цього, від-

повідних імонозабезпечувальних систем регуляції діяльності (як

соцієтальних, так і психічних, і організмічних).

*Девіаційна (девіантогенна) смертність* – це смертність,

пов’язана із найпоширенішими в суспільстві культурно-легітимо-

ваними девіаціями, зокрема – з девіаціями харчової та рухової по-

ведінки, тютюнопалінням, наркоманією, алкоголізмом. Девіаційна

(девіантогенна) смертність є похідною (в аспекті їхньої суборди-

нованості) від аномічної смертності, оскільки аномічна смертність

пов’язана із чинниками мікросоціального (макроінституційого)

165

Медвєдєва Ю. Ю.

рівня, в той час як девіаційна (девіантогенна) смерність є профі-

льованою в залежності від тих чи інших великих соціальних груп.

Так, смертність в результаті інсульту, який є етіологічно похідним

від атеросклерозу судин, зкорельована із відповідними статусно-

груповими диспозиціями, статтю та рівнем освіти мортидента (по-

мерлого) – чоловіки помирають в результаті інфарктів та інсультів

частіше за жінок, в заможних країнах від інсультів та інфарктів

частіше помирають представники нижчого класу, поширеність

ожиріння в середовищі яких є вищою і т.п.). Те саме стосується і

смертності від інших девіацій (напр., інфаркту як результату тю-

тюнопаління – кількість інфарктів в чоловічій субпопуляції є ви-

щою, ніж в жіночій через меншу кількість випалюваних жінками

цигарок та меншу тютюнозалежність, пов’язану із психофізіоло-

гічними та соціально-рольовими особливостями статі).

*Оказіональна та суїцидальна смертність –* сукупність типів

смертності, що мають відношення до послаблення інтелектуаль-

но-вольового самоконтролю безпеки та безумовно-регуляторних

програм самозбережувальної поведінки. Оказіональна та суїци-

дальна смертність є підпорядкованими частково аномічній смерт-

ності, частково – девіантогенній смертності. Це пов’язано з тим,

що послаблення соціально-свідомісних складових регулювання

соціальної поведінки відбувається частково за рахунок кризи сис-

теми культури (від якої залежить аномічна смертність), частково

– за рахунок девіацій (напр., алкогольні отруєння, пов’язані з алко-

голізмом та пияцтвом; самогубства, що мають егоїстичну, колекти-

вістичну або ж аномічну мотивацію, в усіх випадках сформовану

за рахунок культури).