**Девіантогенна та нозологічна смертність в Україні.**

***Бідність як чинник смертності в сучасній Україні.***

Здатність держави забезпечити стійкі позитивні тенденції соціально-

економічного рівня суспільства вважається запорукою успішного

розвитку країни, гарантує справедливий ефективний розвиток,

сприяє освіті громадян, стимулює прогрес і допомагає вирішенню

такої складної проблеми, як найвищий рівень смертності. Украї-

на в 2012-2013 р посіла друге місце серед держав світу за рівнем

смертності. Згідно з даними звіту Центрального розвідувального

управління США, було cкладено рейтинг з розрахунку кількості

смертей на 1 тис. мешканців країни. Перше місце за рівнем смерт-

ності зайняла ПАР із показником 17,36. Друге місце зайняла Укра-

їна із показником 15,75 смертей на 1000 мешканців. Трете місце

отримало Лесото із показником 15,02, четверте місце – Чад із по-

казником 14,85 померлих на 1 тис. людей. Згідно з дослідженнями

ООН, при збереженні динаміки скорочення населення до 2030 р.

кількість українців зменшиться до 39 млн. Як зазначалося в де-

мографічному звіті ООН, в Україні зафіксовано найнижчий в світі

природний приріст населення. Слід зауважити також, що кількість

мешканців держави станом на 1 травня 2013 р. склала 45,49 млн.,

При цьому Протягом 2012 року чисельність населення України

скоротилася на 80,6 тис. осіб., за 2011 рік скорочення населення

становило 162 000 осіб, при цьому перше місце за статистикою

смертності займають інфаркти та інсульти [http://www.unian.net/

188

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

news/497272-kajdyiy-chetvertyiy-ukrainets-ne-dojivaet-do-60-let-

kajdyiy-desyatyiy-do-35.html].

Основи соціального захисту та соціальних гарантій для на-

селення України при переході до ринкової економіки, забезпе-

чення проведення соціальної політики, спрямованої на підтрим-

ку найменш соціально захищених верств населення, формування

взаємопов’язаної системи мінімальних доходів громадян і видатків

держави на їх утримання було закладено законом України «Про мі-

німальний споживчий бюджет» у 1991 році [zakon.rada.gov.ua/laws/

show/244-91-п]. Як ми побачимо в блоці, присвяченому харчовим

девіаціям, структура бюджету продуктів харчування в Україні в

2012-2013 р. змістилася до вуглеводів нижчої групи (картоплі і хлі-

ба) при істотному зниженні споживання яловичини, риби, фруктів

та свіжих овочів. Такого роду зміни також повязані із бідністю.

Виходячи з того, що одне із перших місць в статистиці смерт-

ності займають інфаркти та інсульти, а передумовою останніх, як

вже було з’ясовано в 2-му розділі, виступають фізіологічні чинники

(гіперхолестерінемія при cупутньому підвищеному тиску), то мо-

жемо припустити, що при досягненні показників бідності до рівня

70% та подібному раціонуванні саме серед представників нижчої

соціальної групи смертність має досягти найвищих величин. Ве-

личина вартості межі малозабезпечення щорічно затверджується

Верховною Радою при затвердженні Державного бюджету Укра-

їни на поточний рік та підлягає індексації з метою дотримання

встановлених Конституцією України гарантій щодо забезпечення

достатнього життєвого рівня населення України. Починаючи з

1999 року, в Україні введено поняття *прожиткового мінімуму* на

одну особу на місяць відповідно до основних соціальних та демо-

графічних груп населення, при цьому межа малозабезпеченості за-

стосовується як розрахункова величина, яка визначається в Законі

«Про державний бюджет» [zakon.rada.gov.ua/go/4282-17].

Нині трохи не єдиним засобом боротьби із бідністю виступа-

ють соціальні виплати, які, звісно, не мають регуляторного впливу

189

Медвєдєва Ю. Ю.

на статистику смертності населення до 60 років (цими видами до-

помоги охоплені переважно особи пенсійного віку). З іншого боку,

ці засоби анітрохи не впливають на вимивання тієї частини демо-

графічної піраміди, яка складає віковий контингент 45-60 років

[http://zet.in.ua/state/socium/mezha-bidnosti-v-ukraїni-ta-yevropi/].

На нашу думку, істотними чинниками смертності для означеної

категорії населення виступають аномія, соціальний макрострес та

пов’язаний із ними низький рівень резистентності щодо серцево-

судинних захворювань. Тому доцільно було б поряд з боротьбою

за підвищення соціальних виплат створювати умови для розви-

тку малого та середнього бізнесу в Україні, як це було зроблено в

успішних країнах постсоціалістичного табору, що зберігає і націо-

нальну ідентичність, створює умови для здорової конкуренції но-

вітніх технологій, виводить країну на якісно новий рівень життя,

робить її конкурентноспроможною у порівнянні з іншими країна-

ми світу, чим сприяє зниження показників смертності.

Аномія та соціальний макрострес при створенні штучних об-

межень для підвищення рівня та якості життя (до них відносяться,

зокрема, істотний податковий тиск на малий та середній бізнес,

обмеження інвестицій в інноваційні технології та науковий сектор,

міграція значної частини продуктивного населення за кордон) іс-

тотно знижують позитивні соціальні настрої впевненості, оптиміз-

му та дієвості власних зусиль в майбутньому.

Бідність, за визначенням Е. Дюркгейма, означає постійний

страх перед майбутнім, який спонукає особу скорочувати життє-

вий час і простір. «Страх зменшує все: будинки, столи і стільці,

розмір тарілок і душі… Страх – це стискання. І це найнегативніше

в бідності – страх перед майбутнім, який доводить до відчаю і спо-

нукає до втечі із життєвого простору. Страх спустошує все, а страх,

що випливає з бідності, створює атоми і пустоти в суспільстві…»

[Дюркгейм, 1994, с.60] Як відзначає у зв’язку з цим М. Лепський,

«єдина основа в різних визначеннях оптимізму і песимізму є міра

життя, що формує систему цінностей у єдності існування, здій-

190

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

снення (реалізації існування або знаходження душевного і духо-

вного в житті) і реалізації здійснення (справдження душевного і

духовного в дійсність). Воля в цьому взаємозв’язку забезпечує вза-

ємодію оптимізму і песимізму у дієвості суб’єкта. Міра життя без-

посередньо пов’язана зі способом (режимом та організацією жит-

тєвого шляху), рівнем (відносною кількісною характеристикою

життя у порівнянні з іншими суб’єктами життя) та якістю життя

(ступенем здійснення життя, суттєвими біологічними та соціаль-

ними сторонами життєдіяльності). Міра життя виражає органічну

єдність якісної та кількісної визначеності життя.

*Стиснення міри життя означає спрощення та падіння якос-*

*ті життя, зниження ступеня реалізації суттєвих біологічних та*

*соціальних сторін життєдіяльності, тобто скорочення ступеня*

*задоволення людських потреб, зменшення життєвих ліній твор-*

*чості та самореалізації, тривалості біологічного та соціально-*

*го життя* (курсив мій – Ю.Р.). Розширення міри життя означає

підйом якості життя, зростання потреб до рівня душевного та ду-

ховного життя, якісно нового стану способу життя, у збільшенні

тривалості життя, створення можливостей високого ступеня за-

безпечення соціального здоров’я, відтворення смисложиттєвих

відносин, зв’язків, збереження результатів творчості у наступних

поколіннях. Отже, оптимізм забезпечує оцінно-вольову спрямо-

ваність на підвищення якості та рівня життя, песимізм обмежує

здійснення життя та самозбереження суб’єкта» [http://librar.org.ua/

sections\_load.php?s=philosophy\_psychology&id=6].

За нормативами ООН, середня вартість споживчого кошика

для однієї людини має становити 17 дол. на добу. Як відзначає

Уповноважений ВРУ з прав людини Н. Карпачова, за цією цифрою

в цивілізованих країнах починається межа бідності. Отже, якщо

зарплата складає приблизно 510 дол., то населення перебуває на

межі бідності. Враховуючи те, що за підсумками квітня-травня

2013 заробітна плата становила 3 тис. 253 грн.[http://www.varianty.

net/13076-derzhstat-zvituie-shcho-serednia-zarplata-v-ukraini-u-

191

Медвєдєва Ю. Ю.

chervni-zrosla-do-3380-hrn], виходить, що український рівень жит-

тя є поки що нижчим за офіційну межу бідності в сусідніх євро-

пейських країнах. Якщо визначати бідність за критерієм Світового

банку, то рівнем бідності вважаються доходи менші 1 дол. на добу,

а з 2008 року –1,25 дол. на добу, що дорівнює приблизно 10 грн. За

умови меншого доходу виникає загроза виживанню людини.

За оцінками кроскультурного дослідження рівня бідності

ООН, в Україні 78% населення проживає за межею бідності, при

цьому близько 7 млн українців, що становить 16,3% від усього на-

селення України, в 2012 році жили за межею бідності [http://zik.ua/

ua/news/2013/07/31/422180]. Така ситуація сприяє не лише соціаль-

ній нестабільності та напруженості, але і високій смертності. Для

порівняння: в РФ згідно з офіційними даними Мінстату, чисель-

ність нуждених людей складає близько 10-13%. Проте, в цілому

кількість бідних громадян у Росії ненабагато різниться від України

і складає близько 70%. Їхній рівень життя відповідає європейським

уявленням про бідність.

В країнах Європи, за даними європейської соціологічної служ-

би «Євробарометр», за межею бідності перебуває приблизно 17%

жителів. До речі, 2010 рік у Європі оголошено Роком боротьби з

бідністю та соціальною незахищеністю. Бідні верстви населен-

ня змушені «проїдати» близько 70% своїх доходів. У середньому

українські громадяни витрачають на продукти харчування біль-

ше половини заробітку. За даними Держкомстату, у 2012 році

16,9% населення витрачало на продукти харчування майже весь

свій бюджет (від 75% до 100%). При цьому за європейськими

нормами забезпеченими можна вважати громадян, які витрача-

ють на їжу менше 20% свого місячного бюджету [ukrstat.org/uk/

metaopus/2013/0134001\_2013.htm].

Згідно даних Інституту демографії та соціальних досліджень

ім. Птухи НАН України, після економічної кризи 2008-2009 років

в Україні стало більше людей, які відчувають себе жебраками. За

статистикою ООН, 2010 році за межею бідності в Україні пере-

192

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

бувають 78% людей. Україна посіла 83-е місце за рівнем розвитку

суспільства, опустившись за рік на 7 сходинок рейтингу. Таке па-

діння викликане тим, що реальні доходи українців упали на 10%,

і зросла кількість малозабезпечених. В 2011 році Україна посідала

36-е місце в списку зі 124 країн за рівнем добробуту населення.

Україна займає перше місце в Європі за кількістю серцево-су-

динних захворювань, і як наслідок – смертей від цих хвороб. Про

це повідомляє Всесвітня організація охорони здоров’я в офіційній

доповіді. За словами експертів, тільки в 2011-2012 роках ці захво-

рювання забрали життя 440 тис. українців. Європейці пояснюють

цей факт відсутністю звички ходити до лікарів для профілактики,

непроведенням оглядів на ранніх стадіях, недовірою до медичних

працівників. Одним з факторів також є низький рівень доходів на-

селення, який просто не дозволяє українцям витрачати «зайві»

гроші на консультації у гарних фахівців [http://tsn.ua/zdorovya/

ukrayina-zaynyala-pershe-misce-v-yevropi-za-kilkistyu-smertey-vid-

infarktiv-ta-insultiv.html].

Дослідження бідності як чинника смертності у 2010-2012 рр.

показало катастрофічні негативні зрушення у якості життя насе-

лення України в тому числі і економічно активної складової сус-

пільства. Саме за ці роки різко зросла соціально-економічна нерів-

ність у суспільстві, що спричинило різку диференціацію населен-

ня, причому різниця в доходах за останні три роки зросла більш ніж

у пять разів. Випереджаюче зростання цін призвело до зменшення

реальних доходів населення. На кінець 2012 року (за офіційною

статистикою [http://zet.in.ua/state/socium/mezha-bidnosti-v-ukraїni-

ta-yevropi/]) вони складали всього 29,6% від рівня 2008 року, а

фактично падіння рівня життя та добробуту населення було ще

більшим. При цьому суттєво зросла частка витрат населення на

харчування з одночасним зниженням та погіршенням структури

споживання, а більш ніж третина міських сімей та 100% сільських

змушена була перейти на натуральні форми господарювання.

За 2011-2012 р. значно збідніла частка зайнятого населення

193

Медвєдєва Ю. Ю.

внаслідок поглиблення розриву між оплатою праці та вартістю

життя, при цьому гіпертрофованих форм набула заборгованість

із заробітної плати як у бюджетній так і в небюджетній сферах.

Власне, не доводиться дивуватись тому, що при значному падінні

доходів населення та зростанні цін відбулося звуження харчових

потреб населення та деформація структури споживання. Протягом

2010-2012 рр. питома вага вартості харчування в структурі витрат

збільшилася з 32,8% до 70%. Для порівняння слід зазначити, що в

країнах ЄС ці витрати становлять незначний відсоток: наприклад,

в Данії та Німеччині – 15%, у Великобританії–12,7% [http://zet.

in.ua/state/socium/mezha-bidnosti-v-ukraїni-ta-yevropi/]. Таким чи-

ном, існуючі структура та рівень споживання звужують можливос-

ті нарощування інтелектуального та загальнокультурного розвитку

людських ресурсів, що негативно позначається на перспективах

демографічного зростання України.

Якщо не досягти реального зростання доходів, позитивне ви-

рішення проблеми демографічного спаду за рахунок зростання

бідності виявляється неможливим. Бідність населення загалом і

економічно активного населення зокрема створює обмеження для

демографічного зростання. Ризики та наслідки бідності в Украї-

ні є такими, що їх без перебільшення можна назвати загрозою де-

мографічній безпеці країни. Разом з тим, залишаються численні

питання, що потребують комплексного підходу та вирішення на

державному рівні через співпрацю різних гілок та органів влади

в тісному контакті законотворців з громадськістю, незалежними

експертами, що якісно підвищить рівень та механізми реалізації

законів. Слід враховувати також, що значне збільшення виплат

з державного бюджету, незабезпечених товарною пропозицією,

спричиняє інфляційні процеси в країні і не призводить до покра-

щення рівня життя населення.

В Україні абсолютна межа бідності визначається мінімальним

продуктовим кошиком, який гарантує споживання їжі, що містить

2508 калорій на добу. Цю межу бідності спільно розробили екс-

194

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

перти Світового Банку та Інституту демографії України, і вона є

порівнянною з мірилами абсолютної бідності, використовуваними

Світовим Банком в усьому світі. При порівнянні наведених методів

розрахунків бачимо, що використання багатовимірного підходу у

дослідженнях бідності дозволить виявити різноманіття її проявів,

що відповідно, удосконалить засоби боротьби з нею, хоча більша

схильність проявлена до абсолютної методики вимірювання бід-

ності. Загальновизнана та широко використовувана ООН, Всес-

вітнім Банком у багатьох країнах світу ця методика передбачає,

що найбільш доцільно використовувати як індикатор добробуту

середньодушові споживчі витрати сімей, оскільки грошові доходи

лише частково відбивають реальне споживання населення Украї-

ни. Такий підхід до визначення бідності означає, що люди, навіть

маючи рівні доходи, можуть мати різні можливості для забезпе-

чення базових потреб життя: так, мешканці малих міст, і особливо

сіл, мають більш обмежений доступ до отримання якісної освіти,

до якісного медичного обслуговування, комунально-побутових по-

слуг, ніж жителі великих міст.

***Політика як стресозумовлюючий чинник смертності в***

***Україні.*** В будь-якій державі політика виступає впливовим чинни-

ком регулювання смертності, як в позитивному, так і негативному

вимірі. З одного боку, здавалося б, кожна держава є зацікавленою

в зростанні народонаселення та покращення показників народжу-

ваності, оптимізації системи медичного обслуговування та соці-

ального захисту, репродуктивної потенції жінок і чоловіків і т.п.

Саме через програми демографічної політики здійснюється гаран-

тування демографічної безпеки суспільства, залохочуєтсья дітона-

родження, створюється нова інфраструктура, відбувається виплата

субсидій тощо. З іншого боку, політика виступає потужним чинни-

ком соціального макростресу перш за все через природну підвлад-

ність будь-якої політичної еліти стратегічним похибкам, а з іншого

боку – неспроможністю будь-якої держави задовольнити інтереси

всіх соціальних груп через політику. Держава може виступати іні-

195

Медвєдєва Ю. Ю.

ціатором багатьох військових кампаній та реформаційних ініціа-

тив, що спричиняє потужні соціальні струси та дезадаптацію зна-

чної чисельності населення щодо впроваджуваних змін. Навряд

чи потребують коментарів антидемографічні ініціативи багатьох

держав в ході 1-ї та 2-ї світових війн, багато чисельних револю-

ційних зламів 19-20 століття, геноцидів, депортацій, економічних

депресій та ін.

Отже, політика є обосічним інструментом, який чинить ре-

гуляторний вплив як на покращення, так і погіршення репродук-

тивних показників населення. Щодо України ця думка також зна-

ходить своє емпіричне підтвердження в двовимірності політики.

Від року незалежності в Україні взяли естафету одне від одного

чотири уряди, кожен з яких був антагоністом щодо свого попере-

дника. Сама непрогнозованість політичної ситуації, спричинена

суперечливістю зовнішньо-політичних пріоритетів, відсутністю

чіткої економічної політики, паралельним стимулюванням та згор-

танням ринкових реформ, перманентним протистоянням регіо-

нальних мафіозних лоббі, невдалими пенсійними реформами і т.п.

створили соціопатичну ситуацію очікування хаосу. Саме по собі

перебування в умовах політичної невизначеності виступає непря-

мим чинником смертності. Адже переважна більшість реакцій ма-

кросоціального стресу супроводжуються різноманітними форма-

ми втечі від нього. З іншого боку, всі ці форми втечі так чи інакше

ведуть до зростання статистики смертності. Так, соціально-макро-

стресовими подіями 2012-2013 р. стали прийняття податкового та

трудового кодексу, пенсійна реформа, перерозподіл влади, що став

причиною чергової хвилі реприватизації землі та об’єктів держав-

ної власності.

З вищевикладеного матеріалу нам вже відомо, що перші міс-

ця в статистиці смертності в Україні належать серцево-судинним

захворюванням. Елементарний розгляд етіології інфарктів та ін-

сультів, з огляду на їх фізіологічне походження, дає підстави для

розуміння соціального походження статистики смертності від хво-

196

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

роб подібного різновиду. Адже чинниками інфарктів та інсультів

виступають тютюнопаління, алкоголізація та неправильне харчу-

вання, які спричиняють гіперглікемію, гіперліпідемію та артері-

альну гіпертензію. Для переважної більшості населення контроль

над правильністю харчування є істотно утрудненим, особливо з

огляду на статистику бідності. Але навіть при наявності достатніх

коштів, як стане зрозуміло далі, переважна значна чисельність на-

селення нині споживає продукти харчування, які виступають дже-

релом гіперглікемії та гіперліпідемії. Першопричиною в етіології

серцево-судинних захворювань, за даними ВООЗ, виступають де-

віації у вигляді шкідливих звичок, порушення рухового режиму

та харчування. Якщо політика виступає постачальником макро-

стресових ситуацій, то для громадян України втеча від соціального

макростресу супроводжується тими чи іншими формами вказаних

девіацій. Розглянемо це на прикладі прийняття нового податкового

кодексу. Його впровадження стало приводом для стресової реакції

багатьох суб’єктів середнього та дрібного бізнесу, значна чисель-

ність яких змушена була, якщо не закрити власну справу, то скоро-

тити виробництво або обіг. Подія справила негативний вплив і на

власників, і на найманих працівників, і на членів їх сімей.

Зрозуміло, що доволі незначний відсоток з них в ситуації іс-

тотного посилення невизначеності майбутнього відреагував на

цю подію включенням екологічних механізмів самозахисту. На тлі

майже повної відсутності в Україні пропаганди здорового способу

життя при надлишку реклами засобів знищення власного здоров’я

переважна більшість застосувала традиційні інструменти буденної

стресотерапії, які можна віднести до числа девіантних.

Частина вдалася до шкідливих звичок як цілком звичних в

таких ситуаціях релаксантів – тютюну та алкоголю (адже цілком

природним з точки зору їх впливу на організм є зниження рівня

актуального усвідомлення ситуації). Певна (хай і невелика) части-

на вдалася до споживання наркотиків, найшкідливішим з яких з

точки зору етіології інфарктів та інсультів є вживання їжи із висо-

197

Медвєдєва Ю. Ю.

ким вмістом жиру, цукру та солі. При наявності стресової ситуа-

ції певна частина найманих працівників, службовців та власників

змушена була засиджуватись на місці роботи у зв’язку із податко-

вими перевірками, що, звісно, не сприяло правильному руховому

режиму і навряд стимулювало підприємців відвідувати спортивні

зали опісля візиту податкової служби на промислові та торговельні

об’єкти.

Частина підприємців вдалася до участі в акціях протесту, які

також не можна не назвати стресогенними. Зрозуміло, що всі ви-

щезазначені процеси супроводжувалися зростанням патофізіоло-

гічних явищ, які ставали істотними чинниками порушення фізіо-

логічної безпеки означених соціальних суб’єктів. Принаймні, про-

тягом періоду адаптації до податкових нововведень їм було гаран-

товано посилення дії чинників ризику інфарктів та інсультів. Але

зрозумілим є те, що не тільки підприємці перебувають в подібному

психосоціальному стані. В ньому перебуває практично все укра-

їнське суспільство, яке, переживаючи аномічно-макростресовий

стан із супутніми йому соціальними настроями депресії, тривож-

ності, страху, невпевненості в завтрашньому дні та зневір’ї фак-

тично стає суцільним контингентом ризику в прив’язці до першої

засадничої статті смертності – інфарктів та інсультів.

Ми, власне, не збираємося впадати в психологізм, підтверджу-

ючи тривіальний постулат про психогенне походження більшос-

ті соматичних хвороб, вдало виражений у висловлюванні одного

відомого персонажу радянського кінематографу («всі хвороби від

нервів»).

З іншого боку, обминути роль відповідних макросоціальних

процесів у виникненні макростресових станів фактично неможли-

во. І тут, власне, неможливо заперечувати постулат щодо поліетіо-

логічності вказаних хвороб. В таких розвинених країнах, як США,

Австрія та Чехія інфаркти та інсульти теж є лідерами статистики

смертності, проте, їх етіологія пов’язана із політикою (в негатив-

ному сенсі) доволі побічно. Тут йдеться, передусім, про культур-

198

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

но-легітимовані харчові девіації, пов’язані із споживанням легкого

алкоголю (пива) та свинини, які виступають засадними чинниками

гіперхолестерінемії, а отже, і атеросклерозу, що виступає вже без-

посередньою причиною інфаркту або інсульту. І справа тут, напев-

но, буде полягати в активнішому просуванні відповідної пропаган-

ди санації раціонів харчування для широких верств населення при

відповідній переорієнтації продовольчої політики. Така етіологія

смертності буде пов’язана вже із стабільним суспільством, в якому

споживання жиру виступає не інструментом захисту від макросо-

ціального стресу, а радше індикатором недостатньо високої куль-

тури харчування.

Українська держава виступає суб’єктом впровадження демо-

графічної політики, що являє собою цілеспрямовану діяльність

державних органів та інших соціальних інститутів у сфері регу-

лювання процесів відтворення населення. Вона покликана впли-

вати на формування бажаного для суспільства режиму відтворен-

ня населення, збереження або зміни тенденцій у галузі динаміки

чисельності та структури населення, темпів їх змін, динаміки на-

роджуваності, смертності, сімейного складу, розселення, внутріш-

ньої і зовнішньої міграції, якісних характеристик населення.

Нормативно-правовим базисом демографічної політики в

Україні виступає Концепція демографічного розвитку (2005-

2015 р.) [http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/879-2006-п].

Метою демографічної політики української (як і будь-якої ін-

шої) держави є поступова стабілізація чисельності населення та

формування передумов для подальшого демографічного зростання.

В контексті наявних в українському суспільстві демографічних

проблем, пов’язаних із негативними прирощенням населення, ви-

сокими показниками немовлячої та жіночої смертності, передчас-

ної смертності чоловіків продуктивного віку, завданнями демогра-

фічної політики України в області зниження смертності, зміцнення

здоров’я і збільшення очікуваної тривалості життя Концепцією де-

мографічного розвитку передбачено: А) створення умов для забез-

199

Медвєдєва Ю. Ю.

печення доступу широких верств населення до засобів збереження

та поліпшення здоров’я, якісного медичного та санаторно-курорт-

ного обслуговування; Б) формування суспільної налаштованості

на здоровий спосіб життя, особистісну мотивацію до збереження

та поліпшення здоров’я; В) формування у населення світоглядних

принципів свідомого самозбереження як суспільно бажаної етич-

ної норми; Г) створення безпечного для життя і здоров’я довкіл-

ля; Д) поліпшення якості платних медичних послуг; Є) посилення

боротьби з наркоманією та проституцією; Ж) сприяння розвитку

масової фізичної культури та спорту, зокрема розширення доступу

дітей і підлітків до фізкультурно-спортивних і оздоровчих закла-

дів, підліткових клубів за місцем проживання з метою створення

належних умов для зміцнення їх фізичного та психічного здоров’я;

З) забезпечення належного гігієнічного виховання і навчання гро-

мадян; І) реформування системи охорони здоров’я з метою підви-

щення її ефективності та поетапного збільшення обсягу фінансу-

вання; К) запровадження загальнообов’язкового державного ме-

дичного страхування; Л) забезпечення розвитку профілактичного

та реабілітаційного напряму в системі охорони здоров’я, зокрема

розроблення комплексних програм, спрямованих на профілактику

найпоширеніших хронічних захворювань, а також тютюнокуріння

і зловживання алкоголем; М) вдосконалення порядку акредитації

закладів охорони здоров’я; Н) охоплення дедалі більшої частини

населення профілактичними медичними оглядами та підвищення

їх якості; О) забезпечення закладів охорони здоров’я усіх рівнів

сучасним діагностичним обладнанням; П) реформування системи

медичної допомоги на користь первинної лікувально-профілактич-

ної допомоги, поліпшення якості стаціонарної та спеціалізованої

медичної допомоги; Р) розробка та забезпечення виконання про-

грам ранньої діагностики та якісного лікування найпоширеніших

небезпечних захворювань; С) утворення перинатальних центрів з

відділеннями перинатальної діагностики, реанімації та інтенсив-

ної терапії, виходжування і реабілітації новонароджених на базі

200

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

діючих закладів охорони здоров’я; Т) поширення практику надан-

ня медико-генетичних консультацій; У) впровадження нових ме-

тодів лікування безпліддя; Ф) створення системи медичного об-

слуговування сімейними лікарями; Х) розробка та запровадження

механізму участі недержавних організацій та представників гро-

мадськості у реформуванні та розвитку системи охорони здоров’я;

зміцнення державних гарантій щодо охорони материнства і дитин-

ства, розвиток медичних технологій, що забезпечують поліпшення

репродуктивного здоров’я населення та збереження здоров’я дітей;

створення оптимальної мережі закладів планування сім’ї, забезпе-

чення доступності медичних послуг, спрямованих на збереження

репродуктивного здоров’я; Ш) поліпшення якості надання медич-

ної допомоги сільському населенню; підвищення рівня охоплення

населення імунізацією та здійснення лікувально-профілактичних

і протиепідемічних заходів; створення умов праці, що сприяють

творчому розвитку працівників, збереженню їх фізичного та пси-

хічного здоров’я; впровадження на виробництві з шкідливими

умовами праці новітніх технологій, які забезпечуватимуть усунен-

ня або зменшення їх негативного впливу на здоров’я працівників;

забезпечення координації роботи органів виконавчої влади і гро-

мадських організацій, які здійснюють нагляд за умовами праці;

створення умов для відновлення здоров’я працівників, передусім

тих, що зайняті на важких роботах і на роботах з шкідливими і

небезпечними умовами праці; реформування системи оздоровчих

та рекреаційних закладів, забезпечення доступності послуг, що

ними надаються, для широких верств населення; Щ) відновлення

системи медичного та санаторно-курортного обслуговування; Ю)

удосконалення структури і підвищення ефективності здійснення

державного санітарно-епідеміологічного нагляду; приведення са-

нітарних норм та нормативів екологічної безпеки у відповідність

з міжнародними стандартами, а також посилення контролю за їх

дотриманням; удосконалення механізму відшкодування збитків,

викликаних впливом екологічних чинників; поліпшення стану іс-

201

Медвєдєва Ю. Ю.

нуючих та забезпечення будівництва нових доріг, які б відповідали

міжнародним стандартам з безпеки дорожнього руху; посилення

контролю за відповідністю транспортних засобів вимогам безпе-

ки, охорони праці та екології; Я) підвищення рівня безпечності

експлуатації об’єктів житлово-комунального призначення, створи-

ти умови для безперешкодного доступу до них осіб з обмеженими

фізичними можливостями; посилення державного та громадсько-

го контролю за безпекою продукції, забезпечення реалізації права

споживачів на її належну якість, зокрема контроль за безпекою для

життя і здоров’я людини продуктів харчування, непродовольчих

товарів повсякденного вжитку, ліків тощо; посилення громадсько-

го порядку та боротьби із злочинністю [http://zakon4.rada.gov.ua/

laws/show/879-2006-п].

Якщо здійснити критичний аналіз цілей запропонованої кон-

цепції, співставивши її цільові настанови із структурою смертнос-

ті в Україні, то стане унаочненою певна невідповідність цільових

установок домінуючим статтям смертності, а з іншого боку – етіо-

логії цих різновидів смертності.

Одна з провідних статей смертності – серцево-судинні захво-

рювання – пов’язана із девіаціями харчової поведінки, щодо яких

в програмі фігурує лише одна мета – «забезпечення належного гі-

гієнічного виховання і навчання громадян». Цікаво, що відносно

тютюнопаління, алкоголізації та наркотизації законодавець фор-

мулює доволі широку (неспецифічну) цільову установку – «забез-

печення розвитку профілактичного та реабілітаційного напряму в

системі охорони здоров’я, зокрема розроблення комплексних про-

грам, спрямованих на профілактику найпоширеніших хронічних

захворювань, а також тютюнокуріння і зловживання алкоголем»,

розміщуючи при цьому наркоманію поруч із проституцією (без

урахування того, що ці два соціальних явища далеко не завжди

пов’язані одне з одним, а шкоду соціальному організму наносить

переважно іллегальна проституція, яка, до речі, і є єдиною фор-

мою проституції в Україні).

202

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

***Тютюнопаління, алкоголізм та наркоманія.*** *Вживання тю-*

*тюну* є зростаючою проблемою, особливо серед молоді в Україні

(Світовий банк, 2010 р.). Згідно бази даних ВООЗ «Здоров’я для

всіх» (HFA) в Україні, 56,8% усіх причин смертей у 2005 році

відносяться на рахунок причин, пов’язаних зі вживання тютюну

(56,3% та 59,9% серед чоловіків та жінок, відповідно) [Основні

причини високого рівня смертності в Україні, 2010, с.18].

Вживання тютюну є важливою причиною великої кількості

видів захворювання на рак, і може, крім того, діяти синергічно з

іншими причинами захворювання на рак, такими як вплив азбес-

ту і, у випадку цервікального раку, папілома вірусу людини. Па-

ління – відомий фактор ризику серцево-судинного захворювання,

викликає легеневий та інші форми раку і підвищує серйозність за-

хворювання на пневмонію, емфізему та хронічний бронхіт. Темпи

захворювання на рак легенів ідуть слідом за темпами паління з за-

тримкою у часі десь від 5 до 15 років до початку позитивних (або

негативних) змін у способі життя, які викликають зміни у розпо-

всюдженості хвороби.

43% вибіркової групи населення викурило принаймні 100 ци-

гарок у своєму житті. 36% – ті, хто належить до категорії «палить

зараз», а 8% доповідають, що колись палили, але з тих пір кинули

палити. Із категорії тих, «хто палить зараз» 85% палять щоденно,

а решта палить час від часу. Спостерігалося деяке регіональне ко-

ливання з найнижчим рівнем паління щоденно в західному регіоні

(24,6%) і найвищим рівнем у східному регіоні (34,0%).

Чоловіків, які палять щоденно, більше, ніж жінок – чоловіки

складають 80% тих, хто палить щоденно. Більше, ніж 58% чолові-

ків і приблизно 17% жінок відносяться до категорії «палять зараз»,

з якої приблизно 52% чоловіків та 12% жінок – до категорії «па-

лять щоденно». Для порівняння, в Європейському регіоні ВООЗ

рівень розповсюдженості паління становить 40% серед чоловіків

та 18,2% серед жінок. Серед жінок, які проживають в північно-

му і центральному регіонах рівень розповсюдженості щоденного

203

Медвєдєва Ю. Ю.

паління був найвищий (14,3%). Для порівняння, такий самий рі-

вень був найвищим серед чоловіків, які проживають на сході кра-

їни (51,9%). Населення молодших вікових груп (<40 років) більш

ймовірно відноситься до категорій «палять зараз» і «палять що-

денно». Це характерно як для чоловіків, так і для жінок у всіх ре-

гіонах. Рівні розповсюдженості паління серед жінок зростають зі

зменшенням віку. Рівень розповсюдженості паління серед жінок в

молодшій віковій групі перевищує в 4 рази рівень розповсюдже-

ності серед жінок в старшій віковій групі. Спостерігається значне

коливання у розповсюдженні паління за рівнями освіти серед чо-

ловіків та жінок.

Майже 70% чоловіків з початковою освітою палять щоденно

порівняно з 51% з вищою освітою та 40% з освітою на рівні коле-

джу. З іншого боку, 54,0% колишніх курців мають середню освіту,

а понад третини мають освіту на рівні коледжу (37,6%). Для по-

рівняння, жінки з вищою освітою більше схильні палити і бути

курцями, які палять щоденно, ніж жінки з початковою освітою. Ці-

каво, що жінки, які колись палили, виходячи з вищевикладеного,

наближаються до більш освічених, ніж їх чоловічі аналоги.

Паління не лише починається у ранньому віці, але й середній

вік початку паління серед курців, які палять щоденно, знижується з

часом. Зараз середній вік тих, хто вперше почав палити, становить

16 років серед тих, кому до 30 років, в той час, як він був 19 років

для тих, кому зараз від 60 до 65 років. Серед молодших вікових

груп (менше 40 років) колишні курці, як правило, почали палити

пізніше, ніж курці, що палять щоденно. Цікава тенденція полягає в

тому, що середній вік початку паління для категорії «колись пали-

ли» залишився відносно стійким на рівні 17 років з перебігом часу,

за винятком віковою групи 30-39 років [Основні причини високого

рівня смертності в Україні, 2010, с.19-22].

Після розпаду Радянського Союзу, коли смертність різко ви-

росла до аномального рівня, навантаження на навколишнє се-

редовище зменшилося, в першу чергу, у зв’язку з падінням ви-

204

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

робництва і багаторазовим зниженням рівня хімізації сільського

господарства. Обсяги викидів шкідливих речовин в атмосферу і

навколишнє середовище, в цілому, істотно скоротилися. В серед-

ині 1990-х вперше за довгі роки настала деяка стабілізація навко-

лишнього середовища [Яблоков, 2001]. Все це відбувалося на тлі

катастрофічного зростання смертності населення. Немає сумніву,

що не надто сприятлива екологічна ситуація негативно позначала-

ся і позначається на здоров’ї і вносить певний внесок у підвищену

смертність, особливо, в зонах екологічного лиха.

В Україні таким екологічним лихом став славнозвісний Чор-

нобиль, результатом якого стало додаткове зростання смертності,

так і досі недосліджене в науковій площині. Проте, в цілому є оче-

видним, що екологічна ситуація сама по собі не є чинником, що по-

яснює феномен надсмертності в пострадянській Україні 1990-х рр.

На думку В. Нужного та С. Савчука, економічна криза також не є

головною причиною кризи смертності в Україні та Росії [Нужный,

Савчук, 2005; 5: 18-26, 6: 27-35, 7: 24-31, 8: 15-21].

По-перше, справжня криза надсмертності вибухнула у 1990-

1994 рр. в економічно менш постраждалих північних пострадян-

ських країнах: Україні, Росії, Білорусії і країнах Балтії. У той же

час, в найбідніших країнах Центральної Азії, а також Закавказ-

зя, де економічна криза була нестандартно важкою навіть за по-

страдянськими мірками, приріст смертності був істотно меншим

[Brainerd, Cutler, 2005].

По-друге, в Україні найбільше від кризи надсмертності по-

страждали не найбідніші статево-вікові групи: діти і жінки, а еко-

номічно найбільш заможна статево-вікова чоловіків середнього

віку. Відносне прирощення смертності (у відсотках) серед пенсі-

онерів також було істотно нижчим, ніж серед чоловіків працездат-

ного віку [Левчук, 2011, с.225].

Безумовно, економічна криза внесла істотний внесок у не-

гативний розвиток демографічної ситуації в Україні, однак вона

пояснює лише меншу частину феномену української надсмерт-

205

Медвєдєва Ю. Ю.

ності, який так яскраво виявив себе на початку 1990-х і в повній

мірі зберігається в наші дні. Особливо чітко це виявляється при

аналізі демографічного і економічного розвитку України в крос-

національній перспективі. Існують десятки країн зі значно мен-

шим ВВП на душу населення, ніж в Україні, і із значно більш спри-

ятливою ситуацією зі смертністю і тривалістю життя. Економічна

ситуація в країні, як правило, найсильнішим чином відбивається

на стані медицини та системи охорони здоров’я, в цілому. Ряд до-

слідників вказували саме на кризу української медицини в якості

основного чинника катастрофічного зростання смертності.

Хоча кількість лікарняних ліжок і лікарів на душу населення

майже не зменшилася, українська медицина тримається на заста-

рілих фондах і обладнанні, а з іншого боку – переживає високий

кадровий дефіцит, про що неодноразово робили заяви як міністр

охорони здоровя, так і народні депутати. Останні такі констатації

можна було почути від Р. Богатирьової та Т. Бахтєєвої, детально

викладені в їх інтерв’ю [див. детальніше: http://www.lancet.org.

ua/index.php?option=com\_content&view=article&id=59:sybirka-u-

zaporozhskiy-oblasti&catid=36:news-of-moh; http://www.moz.gov.ua/

ua/portal/pre\_20130417\_7.html].

Звичайно, важка економічна криза стала найпотужнішим уда-

ром по системі охорони здоров’я України, проте в основі своїй ця

система встояла: хворих продовжували приймати в лікарні, як і

раніше робилися операції, медики продовжували вести прийом

населення. Таким чином, криза медицини не є головною причи-

ною кризи надсмертності в зазначених країнах. Стан медицини в

Україні навряд чи є гіршим, ніж у країнах Закавказзя і Централь-

ної Азії, де ситуація зі смертністю і тривалістю життя, в цілому,

помітно є більш благополучною (за виключення Казахстану, де

значний відсоток населення становлять слов’яни) [demoscope.ru/

weekly/2011/0451/analit02.php‎].

Ряд показників свідчить про позитивні тенденції в українській

медицині в останні роки – наприклад, спостерігається незначне

206

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

зниження материнської та малюкової смертності та дитячої смерт-

ності від лейкемії. Все це перебуває в разючому контрасті з три-

ваючим зростанням загальної смертності українців [www.likarnya.

org.ua/files/articles/114/90\_4.pdf].

Однак залучення цього фактора є зовсім недостатнім для по-

яснення феномену української надсмертності. Соціопсихологічні

дослідження показують, що, жителі низки пострадянських та схід-

ноєвропейських республік у 1990-і рр. були анітрохи не більше, а

часто менш щасливі, задоволені життям і оптимістичні, ніж укра-

їнці. Однак це не заважало мешканцям Вірменії, Грузії та Молдови

мати значно, а іноді і разюче менші показники смертності і значно

більші показники тривалості життя. Аналізуючи дані опитування в

рамках програми «Центрально- та східноєвропейський барометр»,

Є. Брейнерд і Т. Кутлер вказують на те, що після 1998 р. рівень

соціального песимізму українських чоловіків 25-64 років істотно

знизився, що відбулося на тлі істотного прирощення смертності

в цій групі [Brainerd, Cutler, 2005]. Опитування фонду «Громад-

ська думка» також фіксують значне поліпшення психологічного

самопочуття українців з 1998 по 2004 роки [www.semynozhenko.

net/content/files/innov.pdf‎]. Незважаючи на зростання оптимізму і

поліпшення психологічного самопочуття, смертність в Україні за

цей період суттєво зросла – з 13,6 ‰ у 1998 р. до 15,6 ‰ у 2001 р.,

тобто майже на 300 тис. за рік [www.umj.com.ua/.../risk-obshhej-

i-serdechno-s]. Отже, песимізм і незадоволеність життям в зазна-

чених часових межах не були найважливішими чинниками кризи

надсмертності в Україні.

І. Гундаров на підтвердження значущості внеску психологіч-

них факторів в кризу смертності [Гундаров, 1995, 2001] наводить

результати статистичного тесту, заснованого на підрахунку коефі-

цієнтів кореляції для показників смертності з різними соціальни-

ми та економічними показниками, а також результати регресійно-

го тесту для деяких країн Східної та Центральної Європи та СНГ.

Сила зв’язку з показниками смертності виявилася вищою за все

207

Медвєдєва Ю. Ю.

для рівня вбивств, дещо меншою для рівня харчування, заробіт-

ної плати і самогубств. При розрахунках використовувалися також

такі показники, як промислове і сільськогосподарське виробни-

цтво, споживання алкоголю, забезпеченість лікарями, роздрібний

товарообіг і введення в експлуатацію житлових будинків [Гунда-

ров, 2001].

Як і багато дослідників, І. Гундаров користувався невірними

офіційними даними по споживанню алкоголю в Україні, Росії та

інших державах. Офіційні дані по споживанню алкоголю в постра-

дянських країнах не враховують об’ємів тіньового сектору у ви-

робництві та імпорті алкогольних напоїв, який займає в ряді країн

домінуюче становище.

Дані по Україні і, наприклад, Казахстану, не витримують ні-

якої критики, оскільки в цих двох країнах офіційні дані і реальне

споживання різниться у кілька разів. Що стосується рівня вбивств,

то він залежить не тільки від морального стану населення. Най-

потужнішим чинником рівня вбивств в суспільстві, як показують

дослідження російських фахівців, зокрема – О. Нємцова, є спо-

живання алкоголю [Немцов, 2003; Харченко, Какорина, Миш-

нев, 2004: 1-20]. Значна кількість вбивць в Україні перебувають в

стані сп’яніння в момент вбивства [archive.nbuv.gov.ua/e-journals/

FP/2010-4/10koozcm.pdf‎]. Географічний розподіл демографічних

показників смертності вказує на важливість чинника алкоголізації.

Всі ті країни, де мав місце демографічний спад, а саме – Росія,

Україна, Білорусія і країни Балтії, на відміну від країн Закавказзя

та Середньої Азії, а також глибоко ісламізованих республік Пів-

нічного Кавказу, мають важкі алкогольні проблеми.

Несприятливі демографічні тенденції склалися в Україні як

частині колишнього Радянському Союзі ще в середині 1960-х рр.,

коли тривалість життя чоловіків почала знижуватися, а жінок –

стагнувати на тлі деяких успіхів радянської охорони здоров’я і

практично повсюдного зростання тривалості життя в інших регіо-

нах світу. Б.Ц. Урланіс пов’язав зростання розриву між тривалістю

208

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

життя чоловіків і жінок з більшим споживанням останніми алко-

голю [Урланис, 1978]. Додаткове підтвердження думки Б. Урла-

ніса про алкоголезалежну смертність внесло вивчення наслідків

антиалкогольної кампанії в Радянському Союзі в 1984-1987 рр.

О. Нємцовим. В означений період, за даними автора, «реальне спо-

живання алкоголю скоротилося приблизно на 27%, що призвело

до падіння смертності на 12% серед чоловіків і на 7% серед жінок.

Смертність від алкогольних отруєнь знизилася на 56%. Смертність

серед чоловіків від нещасних випадків і насильства знизилася на

36%, від пневмонії на 40%, від інших захворювань дихальної сис-

теми на 20%, від інфекційних захворювань на 20%, а від серцево-

судинних захворювань – на 9%» [Немцов, 2001, с.63-64].

Після згортання антиалкогольної кампанії показники смерт-

ності, особливо чоловічої, різко зросли. І в радянські роки, і після

перебудови основними джерелами кризи надсмертності в Украї-

ни є смерті від хвороб системи кровообігу і від зовнішніх причин

[http://hostgame.com.ua/?tag=%D0%B1%D0%BB%D0%B0%D0%B

D%D0%B]. Обидва класи причин є алкоголезалежними. Саме тому

ці види смертності особливо жваво «відгукнулися» на антиалко-

гольну кампанію, відхід від неї і лібералізацію виробництва і реа-

лізації алкоголю. Можна цілком погодитись з думкою українського

демографа Н. Левчук про те, що «в більшості випадків наявність

алкоголю в крові не фіксується в офіційних актах про смерть (не-

рідко, мабуть, з етичних міркувань), що призводить до колосальної

недооцінки алкогольної смертності» [Левчук, 2011, с.313].

Узагальнюючи, можна сказати, що за даними всіх трьох до-

сліджень, алкогольна смертність прийняла в Росії характеру гу-

манітарної катастрофи, а в сукупності алкогольна та наркотична

смертність вносять вирішальний внесок у сучасну демографічну

катастрофу в Україні.

Алкогольна смертність, яка прийняла характер гуманітарної

катастрофи, співіснує в Україні з іншим чинником смертності спо-

живанням наркотиків. З точки зору смертоносності особливо виді-

209

Медвєдєва Ю. Ю.

ляються наркотики, що вводяться ін’єкційним шляхом. Залежність

від ін’єкційних наркотиків виробляється надзвичайно швидко: від

героїну після однієї – п’яти ін’єкцій, а від кустарно виготовлених

препаратів амфетамінової групи навіть швидше, і вкрай важко під-

дається лікуванню. Значна кількість ін’ектівних наркоманів у бага-

тьох населених пунктах Україні, в кінцевому рахунку, заражаються

ВІЛ, а більшість ВІЛ-інфікованих – наркомани. Серед наркоманів

поширені також інші хвороби крові (наприклад, вірусні гепатити),

які істотно знижують тривалість життя. У результаті середня три-

валість життя наркомана, що вживає героїн, не перевищує 7 років

з початку попадання в наркотичну залежність. Фактично, переваж-

на більшість з них приречені на ранню смерть. Якщо за спожи-

ванням наркотиків, в цілому Україна відстає від більшості країн

Заходу та РФ [Шереги, Арефьев, 2005], то за споживанням най-

більш смертоносних ін’єктівних наркотиків вона перебуває в числі

лідерів [zik.ua/ua/news/2013/07/29/421650;www.damonitoring.net.

ua/.../EMCDDA%20Drug%20Country%20Profile%..]. Варто мати на

увазі, що далеко не всі наркозалежні готові зізнатися в ході опиту-

вання, що приймають наркотики. Вклад у наркотичну смертність

вносять не тільки ін’єктивні наркотики, але і всі інші. Таким чи-

ном, близько 0,5% української молоді (близько 144 тис.) приречені

померти в молодому віці, не залишивши дітей, тільки в результаті

наркоманії [http://ua.comments.ua/life/189894-v-ukraini-narahuvali-

144-tis.html].

І хоча від горілки і самогону в Україні помирає значно більша

кількість людей, ніж від наркотиків, наркоманія вибиває помітну

частину молоді, тобто, якраз тієї частини суспільства, яка володіє

найбільшим репродуктивним потенціалом, а тому вона також є од-

нією з основних загроз демографічного розвитку України.

Алкоголізація України відбулася за тим же сценарієм, що й у

всьому світі. У дореволюційний період споживання алкоголю було

в кілька разів нижче, ніж у наші дні. Особливо сильне зростання

споживання алкоголю почався в 1960-і рр., Коли рівень життя ра-

210

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

дянських громадян почав відчутно зростати. Нещасливою особли-

вістю алкоголізації України стала типова для північних європейців

модель переважного споживання міцних алкогольних напоїв, що

сприяють сильній інтоксикації. Як показали Ю. В. Андрієнко та

О. В. Нємцов, споживання алкоголю залежить від цін на спиртне.

Однак важливим фактором споживання алкогольних напоїв є і до-

ходи громадян. Аналіз даних показав, що «ризик бути споживачем

алкоголю зростає разом з індивідуальним доходом» [Андриенко,

Немцов, 2005].

У цілому, масова алкоголізація населення носить епідемічний

характер. Алкоголізація і наркотизація, будучи за своєю природою

деструктивними соціальними інноваціями, змінюють якісні ха-

рактеристики соціальної системи, розвиваються по мірі зростання

економічної та/або фізичної доступності алкоголю та наркотиків за

відсутності серйозних стримуючих факторів (релігійна заборона,

обмежувальна політика держави і т. д.). Ці дві деструктивні со-

ціальні інновації потребують оперативного і компетентного втру-

чання держави. За умови доступності наркотиків обов’язково зна-

ходиться певний відсоток молодих людей, сприйнятливих до ідеї

отримання приємних відчуттів від наркотиків і готових залучити

нових членів до спільноти споживачів наркотиків. У свою чергу

зниження смертності в Україні потребує розробки та впроваджен-

ня адекватної алкогольної політики і наркополітики. Необхідно

вивчати світовий і вітчизняний досвід у боротьбі з алкогольними

проблемами, тютюнопалінням, наркоманією, токсикоманією і т.д.

Серйозні скоординовані зусилля державних структур, експертного

співтовариства, яке проводить всебічні емпіричні дослідження, і

громадянського суспільства здатні призвести до нейтралізації фак-

торів, що вносять в сукупності найпотужніший внесок в демогра-

фічну кризу в сучасній Україні.

***Девіації харчової поведінки як чинник смертності в Украї-***

***ні.*** **З**гідно даним ВООЗ [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/

fs317/ru/], «основними факторами ризику хвороб серця та інсульту

211

Медвєдєва Ю. Ю.

є неправильне харчування, фізична інертність і вживання тютю-

ну. Така поведінка призводить до 80% випадків ішемічної хворо-

би серця і хвороби судин головного мозку. Наслідки нездорового

харчування і відсутність фізичної активності можуть виявлятися

у деяких людей у вигляді артеріальної гіпертензії, гіперглікемії,

гіперліпідемії та її наслідків – зайвої ваги і ожиріння. Ці «проміж-

ні фактори ризику» можуть бути зафіксовані у медико-санітарних

установах і вказувати на підвищений ризик розвитку інфаркту,

інсульту, серцевої недостатності та інших ускладнень». На рівні

медичних досліджень ВООЗ давно доведено, що припинення вжи-

вання тютюну, зменшення споживання солі, споживання фруктів

і овочів, регулярна фізична активність і запобігання шкідливого

вживання алкоголю знижують ризик розвитку серцево-судинних

захворювань. Серцево-судинний ризик можна також знизити з

допомогою профілактики або лікування гіпертонії, діабету і під-

вищеного рівня ліпідів у крові [http://www.who.int/publications/

list/9241546727/ru/].

Для того, щоб люди обирали і підтримували здорові форми

харчової поведінки, є необхідною політика щодо правильного ра-

ціонування, сприятливого для забезпечення здорового харчового

вибору, його доступності та прийнятності за вартістю. Існує також

цілий ряд факторів, що впливають на розвиток хронічних хвороб,

або «основоположних причин". Вони є відображенням основних

рушійних сил, що призводять до соціальних, економічних і куль-

турних змін – це глобалізація, урбанізація і старіння населення.

Іншими визначальними факторами для серцево-судинних захво-

рювань є злидні і стрес.

*Злидні і соціальний макрострес є основними перешкодами на*

*шляху до здорового способу життя та повноцінного харчування в*

*Україні.*

Найважливішими чинниками протидії смертності є соціальна

гігієна харчування та пропаганда (соціальна реклама) здорового

способу харчування. На рівні багатьох емпіричних досліджень

212

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

встановлено, що близько 80% випадків з інфарктів та інсуль-

тів можна було уникнути завдяки соціальній гігієні харчування.

При цьому санація харчових раціонів дозволяє знизити статис-

тику смертності від онкопаталогій на 40-50% [http://www.who.int/

publications/list/9241546727/ru/].

Зміна способу життя через реструктурацію системи харчуван-

ня дає високий соціогігієнічний ефект, як на рівні індивідуального,

так і соціального здоров’я. Покращення демографічних показників

на організмічному рівні дається взнаки приблизно через 2 роки,

на спільнотних соціодемографічних показниках – в діапазоні 12-15

років. Істотною проблемою в аспекті ролі етіології харчових девіа-

цій в статистиці смертності в Україні є, з одного боку, надлишкове

споживання баластних вуглеводів в порівнянні з білковою їжею; з

іншого боку, при надспоживанні баластних вуглеводів, надлишку

полінасичених жирів та дефіциті білків має місце істотне знижен-

ня частки здорових харчових продуктів, які дозволяють загальму-

вати етіогенез багатьох захворювань, включаючи – серцево-судин-

ні захворювання та онкопаталогії.

Цілком очевидно, що на тлі соціально-економічного зубожіння

та наявності великої кількості людей, які страждають від прихо-

ваного голоду (а при статистиці бідності 78% це цілком природне

явище) питання про культуру харчування, соціогігієнічні обмежен-

ня та дієтарні програми виглядають чимось надлишковим. Пере-

важна більшість населення споживає харчові продукти в кількості,

яка є нижче за раціонально обґрунтовані нормативи. Це виступає

основною проблемою, яка призводить до нерозбірливого спожи-

вання малозабезпечених прошарків населення і зростання статис-

тики захворюваності. Природно, що при споживанні сурогатної

їжи із великою кількістю синтетичних речовин, барвників та ста-

білізаторів стан здоров’я представників цих соціальних груп може

не покращуватись, а тільки погіршуватись.

Проте, захворюваність не обходить і небегаточисельний се-

редній, і вищий прошарок. Адже йдеться про *танатогенну куль-*

213

Медвєдєва Ю. Ю.

*туру харчування* українців, яка характеризується наступними осо-

бливостями.

По-перше, ця культура припускає нерівномірне споживання

алкоголю паралельно із їжею. При цьому споживання передба-

чає чергування періодів утримання від алкоголю із споживанням

ударних доз, що шкідливими чином впливає на показники ліпідів,

цукру та артеріального тиску. Раптові інфаркти та інсульти мають

ґенезу, пов’язану із пишними застіллями.

По-друге, через поширену в суспільстві бідність можна спо-

стерігати так зване «компенсаторне переїдання», коли періоди

недоспоживання відповідних продуктів чергуються із їх надспо-

живанням в період свят. Швидке переналаштування організму на

режим харчових перевантажень також має шкідливі наслідки, пе-

реважно у вигляді захворювань травного тракту та серцево-судин-

них патологій.

По-третє, українська кулінарія (хоча вона не виступає чимось

ексклюзивним в ряді інших кулінарій) містить набір шкідливих для

здоров’я традицій, пов’язаних із вживанням неекологічних продук-

тів та використання неекологічних способів їх обробки. Йдеться,

наприклад, про сало, свинину, дріжджове тісто, пиво, майонези і

т.п. Буденна свідомість заохочує споживання таких продуктів або,

як мімінум, не встановлює обмежень на їх вживання. Порівняння

фактичного споживання харчових продуктів населенням України

в порівнянні з науково обґрунтованими нормативами виглядає да-

леким від позитиву. Злиденні умови проживання значної чисель-

ності населення в селах, районних центрах та невеликих містечках

сприяють наближенню споживання базових харчових продуктів

до рівня мінімального споживчого кошика, що є набагато нижчим

гранично припустимих медичних норм.

При порівнянні статистики споживання харчових продуктів в

90-х р. (в найнесприятливіший період товарного дефіциту та не-

сплати зарплат) із сучасним станом в Україні напрошується висно-

вок про подібність двох ситуацій. У 2009-2012 р. фактичне спо-

214

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

живання основних видів продуктів харчування було нижчим за рі-

вень раціональних норм. Дефіцитарним в означений період можна

вважати споживання фруктів, ягід і винограду (-49.3%), молока і

молочних продуктів (-42%), м’яса та м’ясопродуктів (-40%), риби

та рибопродуктів (-24,5%). Зауважимо, що саме перша та четверта

група вказаних продуктів є профілакторами переважної більшос-

ті серцево-судинних захворювань, включаючи ішемічну хворобу

серця, інфаркти та інсульти. Слід відзначити, що в 2009 р., порів-

няно з 2008 р., під впливом падіння доходів українців відбувалося

зменшення фактичного споживання молока, м’яса й риби на душу

населення на 1,3, 0,6 і 1,9 кг відповідно.

В групі баластних вуглеводів в харчовому раціонуванні спо-

стерігалося відчутне зміщення (в бік зростання) обсягів спожи-

вання хліба, хлібопродуктів, картоплі та рослинної олії, що можна

розглядати як показник зниження рівня життя при спробі населен-

ня надолужити дефіцит калорійності об’ємом продуктів зниженої

фізіологічної цінності. З точки зору соціогігієни, перехід до про-

дуктів баластної групи є свідченням пауперизації населення і зрос-

танням розриву між середньою та нижчою соціальною групами

[http://www.who.int/publications/list/9241546727/ru/].

Доступність продуктів харчування обмежується платоспро-

можністю населення. Якщо в 1990 р. місячна вартість продуктово-

го набору становила 19.5% середньомісячної заробітної плати, то в

2009 р. витрати на продовольчі товари (включаючи харчування поза

домом) становили 51.8%. У країнах Європи питома частка витрат

на харчування – в межах 20-25%. Однак і при такій спрямованості

сімейного бюджету населенням України споживається значно мен-

ше основних харчів (м’ясо-, молокопродуктів, риби, фруктів), ніж

у країнах ЄС [http://www.who.int/publications/list/9241546727/ru/].

Має місце також недоїдання, пов’язане із соціально-економіч-

ними причинами. «Впродовж останнього року значно зріс відсо-

ток людей, які недоїдають, тобто споживають менш ніж 2100 кі-

локалорій на добу. За рік відсоток таких людей в Україні зріс до

215

Медвєдєва Ю. Ю.

16,2%. Про це заявила К. Рибальченко, старший програмний ме-

неджер Програми розвитку ООН. «В українців є значні проблеми

зі зрівноваженням власного бюджету. Бідними вважаються ті, хто

витрачає понад 60% сімейного бюджету на харчування. За мину-

лий рік відсоток таких людей в Україні зріс до 41,5%», – відзна-

чила в одному із інтерв’ю К. Рибальченко. За її словами, зростання

цього показника є незначним, проте, порушена позитивна тенден-

ція. До 2008 року рівень бідності стало знижувався, а сьогодні

Україна повернулася на рівень 2006 року»[http:www.if.ua/index.

php?option=com\_content&view=article&id=737:2012-10-18-07-11-

36&catid=31:ukrain1&Itemid=19].

До того ж, через подорожчання продуктів та зниження до-

ходів українські сім’ї вже протягом 5 років стабільно переходять

на дешеві продукти. Так, згідно з статистикою Держкомстату, за

2011-2012 р. помітно знизилось споживання соків і газованих мі-

неральних вод – на 30 і 26% відповідно.Обсяги споживання м’яса

склали 51,2 кг/рік на людину в 2011-му проти 45,7 кг/рік у 2007-

му, однак, це пояснюється масовим переходом м’ясопереробних

підприємств на більш дешеву курятину і, відповідно, зростанням

обсягів її споживання. Споживання свинини залишилося відносно

стабільним – 11,7 кг/рік у 2007-му і 10,4 кг/рік у 2011-му. У той же

час, частка яловичини скоротилася в 2,7 рази – з 9 кг/рік на людину

до 3,3. Збільшення цін на молочну продукцію також призвело до

помітного скорочення обсягів її споживання. За минулу п’ятирічку

продажі сирів впали на 25%, вершкового масла – на 24%, кисло-

молочних продуктів – на 11%. У той же час, в раціоні населення

збільшилась частка найдешевших овочів, на зразок картоплі, та ба-

штанних – приріст 8 та 37% відповідно.

Дослідження, проведене компаніями Noblet Media CIS та GfK

Україна показало, що у поточному році (2012 р.) 46% опитаних

респондентів відзначило, що доходів вистачає лише на їжу та одяг.

На більш якісний та дорогий одяг, або найнеобхіднішу побутову

техніку, гроші вже доводиться відкладати. Варто також зазначити,

216

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

що лише на харчування зароблених грошей вистачає 17% опита-

них, а 6% змушені заощаджувати навіть на продуктах» [http://tsn.

ua/groshi/ukrayinci-masovo-perehodyat-na-naydeshevshu-yizhu.html].

Таким чином, в цьому етіологічному ланцюжку одне із пер-

ших місць займає аномія, яка призводить до створення ціннісно-

го вакууму, розпаду соціальних зв’язків та поляризації соціальної

структури. Оскільки зростає розрив між елітою та масами, зрос-

тає, відповідно, соціальне відчуження, виникає значна чисельність

людей, в прямому розумінні цього слова викинутих на соціальні

задвірки, фактично тих, хто поповнює нижчий нижчий клас.

Бідність нижчого класу супроводжує харчові девіації, оскільки

раціонування повсякденного харчування зміщується в бік спожи-

вання найдешевших продуктів; бідна людина, здешевлюючи сама

себе, не може не здешевлювати того, що вона споживає. Якщо час

мого життя нічого не вартує (а він не вартує нічого тоді, коли бід-

ність стає застійною і у значної чисельності людей скорочується

часова перспектива), то нічого не вартує і його наповнення. Таким

чином, бідна людина перестає стежити за гігієною харчування,

чим створює умову для нарощування захворюваності. При наро-

щуванні захворюваності представники нижчих класів змушені ви-

трачати значну частину бюджету на медичне обслуговування, що

призводить до зростання пауперизованості сім’ї через надвитра-

ти і т.д. Утворюється замкнене коло бідності: «бідність – неякісне

харчування – захворюваність – вимушені витрати на лікування –

нарощування бідності» і т.д. Зменшення об’ємів вживання овочів і

фруктів на 28% корелює із зростанням статистики смертності від

інфарктів та інсультів. Незважаючи на зростання в Україні з 2000-

го по 2009 р. споживання на душу населення овочів – на 34, а фрук-

тів на 57%, ці показники залишаються істотно нижчими показників

Італії та Франції, які, згідно з даними ВООЗ, мають найнижчі в Єв-

ропі показники смертності від хвороб системи кровообігу [www.

euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0019/88201/RC54\_rdoc08.pdf].

Загальна тенденція харчової поведінки населення індустрі-

217

Медвєдєва Ю. Ю.

ально-розвинених країн Америки, Європи (України це стосується

також) пов’язана із значним зниженням в 2000-х р. енерговитрат

на одну людину і здешевленням бюджету харчування із належною

вмісткістю біологічно активних речовин. Так, згідно підрахункам

ВООЗ, житель України отримує біля 2900 ккал щодобово (для по-

рівняння: цей же показник в США складає приблизно 3896, країнах

ЄС – 3456 ккал). Вже за цими формально-кількісними показника-

ми харчової цінності їжі споживач не може одержати достатньої

кількості поживних компонентів, у т.ч. – біологічно активних ре-

човин (БАР) [www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0011/152849/

e94973R.pdf – 1915k].

У 2011 р. середньодобова поживність раціону українця ста-

новила 2951 ккал, що на 22% перевищує граничний критерій

(2500 ккал). Порівняно з 2010 р., споживання калорій населенням

України зменшилося на 1.7%. При цьому, як і в попередні роки,

основну частку калорій українці отримували із рослинної про-

дукції, і тільки 27,1% середньодобового раціону забезпечувалося

за рахунок споживання продуктів тваринного походження, що в

2 рази нижче встановленого граничного критерію (55%). Недо-

статня забезпеченість організму БАР є одним із факторів ризику

розвитку та обтяжування перебігу багатьох захворювань. Порів-

няно з 1990 р. на 37,8% скоротилося споживання ретинолу, на 32

– β-каротину (еквівалента ретинолу), на 11 – аскорбінової кислоти,

на 17,4 – тіаміну, на 24.9 – рибофлавіну, на 19,2 – ніацину, на 32.3

– кальцію, на 20 – заліза, на 25% – протеїну. При значному скоро-

ченні споживання БАР відзначено надлишкове споживання жирів

(зокрема, насичених), цукру й солі [http://www.who.int/publications/

list/9241546727/ru/].

Наслідком сучасної структури харчування є насамперед такі

порушення харчового статусу: дефіцит тваринних білків (особливо

в групах населення з низькими доходами); поліненасичених жир-

них кислот (на фоні надлишкового надходження тваринних жирів);

багатьох вітамінів (виявляється в більшості половини населення);

218

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

недостатність низки мінеральних речовин (кальцію – особливо для

осіб літнього віку, що супроводжується розвитком остеопорозу та

підвищеної ламкості кісток; заліза – переважно для вагітних жінок

і дітей раннього віку, що супроводжується розвитком анемії; йоду

– особливо для дітей у період інтенсивного розвитку центральної

нервової системи, що призводить до часткової втрати інтелекту;

фтору; селену; цинку); досить значний дефіцит харчових волокон

[http://www.who.int/publications/list/9241546727/ru/].

Не викликає сумнівів, що провідним за ступенем негативного

впливу на здоров’я населення є дефіцит мікронутрієнтів–вітамінів,

мікроелементів, окремих ПНЖК, що й призводить до різкого зни-

ження резистентності організму до несприятливих факторів навко-

лишнього середовища, оскільки порушено функціонування систем

антиоксидантного захисту.

Для населення України залишається актуальною проблема

надлишкової маси тіла й ожиріння. В економічно розвинутих кра-

їнах майже 50% населення має надмірну масу тіла, при цьому у

30% з них спостерігається ожиріння. Серед дорослого населен-

ня США число осіб з ожирінням зростає на 8% кожних 10 років.

За прогнозами дослідників, якщо ожиріння зростатиме такими ж

темпами, то до 2230 р. все населення США буде мати надмірну

вагу [http://www.health-ua.org/archives/angio/55.html]. Серед пра-

цездатного населення України ожиріння виявляють майже в 30%

випадків, а надмірну масу тіла має кожний четвертий мешканець

України. Характерні для сучасного суспільства малорухомий спо-

сіб життя, нераціональне харчування зі збільшенням кількості ра-

фінованих продуктів, постійні психологічні стреси призводять до

зростання частотності ожиріння серед осіб всіх вікових груп, осо-

бливо молоді.

У багатьох країнах світу за останні 10 років захворюваність на

ожиріння збільшилася в середньому вдвічі. Розрахунки експертів

ВООЗ засвідчують, що до 2025 р. число хворих на ожиріння в сві-

ті становитиме 300 млн. осіб. Відзначається збільшення кількості

219

Медвєдєва Ю. Ю.

осіб із ожирінням серед дитячого населення [http://www.health-ua.

org/archives/angio/55.html]. Згідно з статистичними даними МОЗ,

53% українців страждають від надмірної ваги, з них біля 20% по-

трапляють під діагноз «ожиріння». Лідерами за часткою мешкан-

ців з діагнозом ожиріння є Донецька та Полтавська області. На

третьому місці – Херсонська область, де показники повноти трохи

перевищують середні по країні. Найнижчі показники статистики

ожиріння спостерігаються в західних областях та АР Крим, який

є лідером серед регіонів України за статистикою нормалізованої

ваги: лише 49,7% мешканців Криму мають периферійне ожиріння

в межах норми, 12,7% жителів страждають на ожиріння з істотни-

ми відхиленнями для стану здоров’я та виникнення супутніх захво-

рювань [http://ipress.ua/news/naybilshe\_hvoryh\_na\_ozhyrinnya\_\_v\_

donetskiy\_ta\_poltavskiy\_oblastyah\_9363.html].

Пауперизація населення України призводить до зростання

кількості захворювань за рахунок зниження якості харчування,

оскільки споживання баластних вуглеводів за умови дефіциту по-

вноцінної білкової продукції, фрукто-овочевої клітчатки та вітамі-

нів спричиняє ряд негативних організмічних ефектів, а саме: А)

Зростає кількість людей із симптомами ожиріння, оскільки баласт-

ні вуглеводи на рівні організму конвертуються в резервну жирову

клітчатку; Б) За рахунок зростання кількості людей із симптомами

ожиріння паралельно зростає статистика гіпертонії, діабету, що

тягне за собою зростання кількості інфарктів та інсультів, а отже, і

зростання смертності по двох провідних статтях загальної картини

смертності.

Таким чином, якщо визнати, що основою профілактики ін-

фарктів та інсультів виступає збалансовування раціону в бік збіль-

шення кількості білкових та клітчаткових інгредієнтів (м’ясо, риба,

овочі та фрукти), то пауперизація призводить до формування спе-

цифічної культури бідності і, відповідно, *культури харчування в*

*умовах бідності*, яка, у свою чергу, сприяє нарощуванню смерт-

ності від аліментарно-залежних захворювань.

220

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

Ознаками цієї культури харчування є споживання великої кіль-

кості об’ємної вуглеводної їжи (хліб, хлібобулочні вироби, різно-

манітні крупи-гарніри, які мають поповнювати нестачу білкової

їжи); епізодичне споживання жирів та ненормоване споживання

жировмістких продуктів в поєднанні з великою кількістю міцних

алкогольних напоїв; використання неекологічних способів оброб-

ки харчових продуктів (смаження замість варіння) та включення в

раціон великої кількості сурогатних продуктів (напр., соєве м’ясо,

соуси, майонези, штучна рибяча ікра, замінники свіжих овочів

тощо); чергування переїдання з недоїданням.

Із вищевикладеного можна зробити висновки про те, що зни-

ження кількості біологічно-активних речовин при паралельному

зростанні у раціоні харчування населення України баластних вуг-

леводів та полінасичених жирів призводить до серйозних наслідків

у вигляді зростання статистики смертності від серцево-судинних,

шлунково-кишкових, онкологічних захворювань, а також захворю-

вань імунної системи, які загалом супроводжують пауперизацію,

люмпенізацію та маргіналізацію суспільства, поєднану із зростан-

ням поляризованості соціальної структури та аномально-високим

рівнем висхідної та низхідної вертикальної мобільності. Дефіцит

в раціонах харчування повноцінних білків та овочево-фруктової

клітчатки негативно впливає на юнацьку молодь та дітей у вимі-

рі зниження їх фізичної та розумової працездатності та опірності

інфекційним та неінфекційним захворюванням. Тим самим відбу-

вається посилення негативного впливу на організм несприятливих

екологічних умов, шкідливих факторів виробництва, підвищення

професійного травматизму, скорочення тривалості активного пра-

цездатного життя.

***Інфекційні та соціально-зумовлені захворювання як чинник***

***смертності в Україні.*** Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є однією

з найтяжчих серед країн Східної Європи та Співдружності Неза-

лежних Держав. Сучасний стан розвитку епідемічного процесу

ВІЛ-інфекції в країні характеризується широким поширенням ВІЛ

221

Медвєдєва Ю. Ю.

серед різних контингентів населення, у першу чергу серед осіб, які

відносяться до груп з високим ризиком інфікування; нерівномір-

ним поширенням ВІЛ-інфекції за різними територіями України;

зміною домінуючих шляхів передачі ВІЛ; переважним ураженням

осіб працездатного віку. За період 1987-2011 рр. в Україні офіційно

зареєстровано 202787 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян Укра-

їни, у тому числі 46 300 випадків захворювання на СНІД та 24626

випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом [http://www.

unaids.org/ru/regionscountries/countries/ukraine/].

Зростання показника смертності від СНІДу в Україні обумов-

лено такими ж самими причинами, що призводять до збільшення

захворюваності на СНІД. Основним контингентом ризику леталь-

них випадків залишаються СІН, для яких доступність медичної до-

помоги все ще знаходитися на низькому рівні і вимагає подальшо-

го розширення обсягу та якості медичних послуг.

Розширення програм замісної терапії для ВІЛ-інфікованих

СІН дозволить суттєво підвищити їх прихильність до лікування

і вплинути на рівень показника смертності в цій групі пацієнтів.

Важливу роль в цьому може зіграти тісна взаємодія різних медич-

них служб з метою інтеграції послуг для хворих на ВІЛ-інфекцію,

особливо у випадках наявності поєднаних захворювань – ВІЛ і ту-

беркульозу, ВІЛ і наркозалежності, ВІЛ і вірусних гепатитів, наяв-

ності у хворих на ВІЛ-інфекцією патологій, пов’язаних з порушен-

нями психічної діяльності.

Аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ-інфекції в Україні свідчить

про те, що ця інфекція кинула виклик системі охорони здоров’я:

темпи розвитку епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу випереджають темпи

розгортання діяльності щодо її запобігання та лікування, зокрема

надання антиретровірусної терапії (АРТ) всім, хто її потребує.

Смерть безпосередньо від захворювань, зумовлених СНІД,

вже стала реальною загрозою для тисяч ВІЛ-інфікованих мешкан-

ців України: в 2011 році від захворювань, зумовлених СНІДом,

померло 3 736 осіб, у тому числі 22 дитини. Найбільша кількість

222

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

дітей померла в Донецькій області – 5 випадків, в Дніпропетров-

ській області – 4, в АР Крим, Житомирській, Одеській, Полтав-

ській, Хмельницькій по 2 випадки, а в Запорізькій та Харківській

областях по 1.Показник смертності від хвороб, зумовлених СНІ-

Дом, у 2011 році виріс у порівнянні з попередніми роками і склав

8,2 на 100 тис. населення; в попередні шість років він становив 4,6;

5,2; 5,4; 5,8; 5,6; 6,8 на 100 тис. населення, відповідно [http://www.

unaids.org/ru/regionscountries/countries/ukraine/].

Обмеження у наданні АРТ, особливо особам з груп підвище-

ного ризику, призвело до зростання з 2010 року показників захво-

рюваності на СНІД та смертності від СНІДу серед молоді (рисунок

3.3.3.1).

**Рисунок 3.2.1. Динаміка захворюваності на СНІД та смерт-**

**ності від СНІДу серед осіб віком 15-24 років в Україні по роках**

**[Цит. згідно: ВІЛ-інфекція в Україні, 2011, с.13]**

Показники смертності (за даними Держкомстату України) ма-

ють тенденцію до зниження – на 24,8% (з 22,2 – 2000 рік до 16,6

– 2010 рік). У 2010 році найвищий показник захворюваності на всі

форми активного туберкульозу зареєстровано у південно-східних

регіонах України, тобто в областях із потужними протитуберку-

223

Медвєдєва Ю. Ю.

льозними закладами в пенітенціарній системі.

Епідемічну ситуацію з туберкульозу також характеризує по-

казник смертності. За даними Держкомстату України з 2000 до

2005 року він щороку зростав з 22,2 до 25,3 випадків на 100 тис.

населення, в 2006 році смертність знизилась на 11,9% (22,3 на

100тис. населення), в 2007 році зазначений показник трохи збіль-

шився (22,6), з 2008 по 2010 рік знову намітилась тенденція до зни-

ження показника смертності на 25,9% (з 22,4 до 16,6 на 100 тис.

населення).

Але високі показники смертності від туберкульозу в 2010 році

були зареєстровані в Луганській області (24,8), у Кіровоградській

області (23,0), Донецькій області (21,5), в Автономній Республіці

Крим (21,0), Херсонській області (20,8). В 2010 році від загально-

го числа померлих від туберкульозу (за даними закладів охорони

здоров’я системи МОЗ України – 7302 або 15,9 на 100 тис. населен-

ня) до 28,9% хворих помирає вдома. Найгірші показники 2010 року

спостерігались у Київській області (46,8%), Житомирській області

(36,9%), Автономній Республіці Крим (35,1%), Чернівецькій об-

ласті (34,2%).

За даними 2010 року, значний відсоток (15,6%) помирає до од-

ного року спостереження і найвищим зазначений показник був у

Вінницькій області (32,2%), Чернівецькій області (28,9%), м. Киє-

ві (28,3%), Тернопільській області (26,7%).[Туберкульоз в Україні,

2011, с.10, 15-17].

*За даними фахівців ВООЗ, високий артеріальний тиск обу-*

*мовлює в Україні 36,3% всіх смертей, а тютюнопаління – 14,8%.*

*Якщо в організації первинної профілактики вирішальна роль нале-*

*жить державі, то у здійсненні вторинної основна роль відводить-*

*ся медичному закладу і медичним працівникам».* Поширеність сер-

цево-судинної захворювань серед населення України зросла протя-

гом останніх 25 років утричі. Надалі високим залишається рівень

смертності й летальності внаслідок хвороб системи кровообігу, що

за останні десятиріччя збільшився в Україні на 45%. У європей-

224

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

ських країнах смертність від ішемічної хвороби серця сягає 48%

у загальній структурі. Україна ж посідає сьогодні одне з перших

місць у Європі за цим показником – смертність від серцево-судин-

них захворювань складає 801,6 на 100 тис. населення. Основними

факторами ризику розвитку серцево-судинних захворювань і їх

ускладнень є артеріальна гіпертензія (АГ), ожиріння, куріння, гі-

подинамія, порушення ліпідного обміну, зокрема гіперхолестери-

немія, і цукровий діабет [http://www.unaids.org/ru/regionscountries/

countries/ukraine/].

Основою як первинної, так і вторинної профілактики серцево-

судинних захворювань є корекція основних факторів ризику, які

сприяють розвитку захворювання або ж погіршують його перебіг і

призводять до розвитку ускладнень. За даними Горбась І. М., при

поєднанні в особи чотирьоїх факторів ризику рівень смертності

від усіх причин зростає втричі порівно з тими, у яких не виявлено

жодного фактора ризику Особливо важливою є корекція факторів

ризику на етапі вторинної профілактики у хворих, які перенесли

інфаркт міокарда чи інсульт.

«В середньому 72-73% смертей у віці до 65 років відбувається

в Україні через хронічні захворювання неінфекційного характеру,

тобто хвороби, більшість з яких пов’язана зі способом життя. У

структурі передчасної смертності провідну роль відіграють хворо-

би системи кровообігу (35,6% від усього числа померлих у віці до

65 років), зовнішні причини (20,6%) та злоякісні новоутворення

(16%). Порівняльний аналіз з країнами ЄС свідчить про доміну-

вання тих самих причин смерті, проте найбільша частка передчас-

них смертей у західних країнах припадає не на серцево-судинні

хвороби, а злоякісні новоутворення (34,5%) (рис. 2.18). Показни-

ки смертності від хвороб системи кровообігу в Україні протягом

1989-2008 рр. підвищилися в 1,7 разу, тоді як у країнах ЄС, навпа-

ки, майже настільки ж знизились. Нині рівень серцево-судинної

смертності населення у віці до 65 років в Україні більш ніж у 4

рази перевищує відповідний показник країн ЄС, а серед чоловіків

225

Медвєдєва Ю. Ю.

віком 30-44 роки розрив у показниках більше 5 разів. Від цих за-

хворювань українці вмирають значно раніше, ніж жителі розви-

нутих європейських країн; їх висока розповсюдженість за своєю

генезою є наслідком накопиченого впливу різних чинників, в т. ч.

стресогенного впливу різкої зміни соціально-економічних умов та

пов’язаної з нею соціально-психологічної дезадаптації населення.

[Людський розвиток в Україні: мінімізація соціальних ризиків,

2010, с.154-155].

Гіподинамія – фактор виникнення багатьох захворювань, на-

самперед ішемічної хвороби серця, інсульту, гіпертонічної хво-

роби, інсулінозалежного цукрового діабету, остеохондрозу тощо.

У людей, які ведуть малорухливий спосіб життя, ризик розвитку

серцево-судинних захворювань удвічі вищий, ніж у фізично актив-

них. Гіподинамію за ступенем ризику розвитку серцево-судинних

захворювань можна порівняти з найвідомішими факторами – ку-

рінням та гіперхолестеринемією.

Малорухомий спосіб життя – одна з десяти причин смертності

й інвалідності, зазначає ВООЗ. З кінця 80-х років і до початку ХХІ

сторіччя поширеність ожиріння у Європі зросла на 10-40%. Ак-

тивного способу життя дотримується лише третина молоді. Рухова

діяльність забезпечує поліпшення як фізичного, так і психічного

благополуччя та позитивно впливає на всі системи організму.

В Україні свого часу був накопичений чималий досвід фізич-

ного виховання людей будь-якого віку і соціального стану. В ті

часи показники захворюваності та поширення хвороб були значно

нижчими. Їх невпинне зростання з початку 90-х років вдається за-

гальмувати лише зараз, коли з’явилась реальна можливість для вті-

лення багатьох задумів, напрацювань та програм.

Користь фізичної культури не викликає сумнівів, проте сис-

тематично нею займається лише незначна частина людей. Тільки

третина населення має рівень фізичних навантажень, рекомендо-

ваний для поліпшення стану серцево-судинної системи. За даними

медико-соціальних досліджень, проведених Українським інститу-

226

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

том громадського здоров’я, вагу вище норми (індекс маси тіла біль-

ше 27 кг/м2) мають 37,9% міських жителів України віком 15 років і

старше. З них 17,5% страждають ожирінням.

В Україні ЗСК посідають перше місце у структурі поширенос-

ті хвороб та в ієрархії причин смерті працездатного населення: за

даними Міністерства охорони здоров’я України, у 2010 р. питома

вага ЗСК у структурі загальної захворюваності склала 30,63%, а

смертність від ЗСК – 66,6%. ІХС є найпоширенішою патологією в

Україні і на 64,7% визначає рівень смертності населення від ЗСК

(І. М. Горбась, 2010; В. М. Корнацький, І. В. Третяк, 2011). На від-

міну від країн Західної Європи та Північної Америки, де протя-

гом останніх десятиріч відзначали тенденцію до зниження смерт-

ності від ІХС, в Україні спостерігають зростання цього показника

– за останні десять років рівень смертності від ЗСК підвищився

майже на 20% [цит. авторів згідно: http://apps.who.int/iris/bitstre

am/10665/44701/6/9789244564370\_rus.pdf].

Така ситуація пов’язана з ігноруванням заходів, що довели

свою високу медичну та соціальну ефективність у подоланні епі-

демії ЗСК у розвинених країнах світу, важлива роль серед яких

належить впровадженню ефективних програм реабілітації та вто-

ринної профілактики. Сучасний підхід до реабілітації хворих на

ІХС передбачає попередження, виявлення та корекцію факторів

ризику розвитку патології серцево-судинної системи (ССС). Осо-

бливу увагу в останні роки приділяють виділенню важливого з

прогностичної точки зору комплексу несприятливих факторів, так

званого «метаболічного синдрому» (МС), що складається з по-

єднання абдомінального ожиріння, артеріальної гіпертензії, дис-

ліпідемії та порушення толерантності до вуглеводів [Р. Ziramet,

J. Shaw, G. Alberti, 2003; S.M. Grundy, 2004; Н.А. Бєляков та ін.,

2005; О.І. Мітченко, 2008 згідно: http://apps.who.int/iris/bitstre

am/10665/44701/6/9789244564370\_rus.pdf].

Дані епідеміологічних досліджень свідчать про високу розпо-

всюдженість МС, яка в середньому складає близько 24% та пере-

227

Медвєдєва Ю. Ю.

вищує 40% у віковій категорії понад 60 років (Г. В. Дзяк, Т. А. Хо-

мазюк, 2010).

Відзначено, що розповсюдженість МС серед осіб з ІХС є

значно вищою, ніж у загальній популяції (D.S. Bader et al., 2001;

G. Hu et al., 2004). За даними міжнародного регістру REACH

(2006), 45,0% хворих на ІХС страждають на ожиріння, 80,0%

– на артеріальну гіпертензію, 77,0% – на дисліпідемію; згідно з

останніми даними багатоцентрового епідеміологічного дослі-

дження EUROАSPIRE-III, у 22 державах Європи серед пацієнтів

з ІХС розповсюдженість ожиріння становить 35%, центрального

ожиріння – 53%, гіпертензія виявляється у 56%, гіперхолесте-

ринемія – у 51%, а у 25% діагностовано цукровий діабет 2 типу

(A. David, 2008) [цит. авторів згідно: http://apps.who.int/iris/bitstre

am/10665/44701/6/9789244564370\_rus.pdf].

Встановлено, що наявність МС більше ніж удвічі збільшує ри-

зик загальної смертності та більше ніж у тричі – ризик смертності

від ЗСК (H.M. Lakka et al. 2002; J.B. Meigs et al., 2003; A.M. McNeill

et al., 2004; Р.Г. Оганов, 2007). Водночас цей стан є зворотним, тоб-

то за умови відповідного відновного лікування із пріоритетним за-

стосуванням засобів фізичної реабілітації можливо досягти зник-

нення або зменшення виразності його проявів (О.Ю. Дмитрієва,

2007; О.І. Мітченко, 2008), що обумовлює актуальність досліджень

у цьому напрям [цит. авторів згідно: http://apps.who.int/iris/bitstre

am/10665/43222/4/9244546728\_rus.pdfі]. При більш детальному

вивченні явища високої серцево–судинної смертності в Україні

з’ясовується, що основним внеском у зростанні її показників стало

збільшення рівня смертності у найбільш продуктивному віці 30–

59 років, тобто віці, коли людина закінчила базову освіту, набула

певного досвіду, і, відповідно, більше може віддавати суспільству.

Саме населення цього віку більшою мірою формує національний

продукт, несе відповідальність за утримання дітей, людей похило-

го віку і непрацездатних.

На думку О. Чорнобривенка, «рекомендаціями ВООЗ і Між-

228

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

народного товариства з гіпертензії (1999), проживання у країнах

СНД було віднесено до додаткових чинників ризику смерті від

серцево-судинних захворювань одночасно із загальновизнаними

чинниками ризику. Так, в Україні порівняно з країнами Євросою-

зу перевищення рівня передчасної смертності від хвороб системи

кровообігу (ХСК) було більш істотним (у 4,6 рази), ніж унаслідок

всіх причин (відповідно, у 2,9 рази).

Потрібно підкреслити, що передчасна смертність від серцево–

судинних хвороб, які впродовж останніх років беззаперечно пере-

важали серед основних її причин, практично постійно зростала,

за винятком коротких проміжків часу (першого, що збігається з

антиалкогольною кампанією середини 80-х років ХХ ст., другого –

незначного зниження після піку 1995 р.), залишаючись при цьому

втричі вищою від загальноєвропейського рівня, тоді як у країнах

ЄС спостерігалося невпинне зниження її показника.

Сьогодні передчасна смертність від хвороб системи кро-

вообігу в Україні є ненабагато нижчою рівня 1995 року – най-

гіршого за всіма медико–демографічними показниками року

останніх десятиріч [цит. згідно: http://apps.who.int/iris/bitstre

am/10665/43222/4/9244546728\_rus.pdf]. Однак, якщо в колишніх

країнах соціалістичного табору, які також на початку 90-х років

переживали соціально–економічні трансформації, показники пе-

редчасної смертності від хвороб системи кровообігу поступово

зменшувались, наближаючись до рівня розвинених європейських

країн, то в Україні (як і у Російській Федерації і дещо менш істот-

но – у Білорусі та Казахстані) спостерігалось погіршення ситуації

(рис. 2). «…виявляється, що українці вмирають унаслідок серцево-

судинних захворювань значно раніше від громадян Європейсько-

го Союзу: так, українські чоловіки відносно молодого віку (30-44

роки) помирають в 6 разів частіше, ніж їх однолітки з країн ЄС,

причому показник ненабагато відрізняється від такого в групі на

15 років старших європейців (відповідно 171,7 та 181,6 на 100 тис.

осіб).

229

Медвєдєва Ю. Ю.

На думку експертів, однією з причин надмірно високої смерт-

ності від хвороб системи кровообігу в Україні може бути практика,

відповідно до якої випадки раптової смерті через інші причини,

які важко було визначити ретроспективно, реєструються як ви-

падки смерті від хвороб системи кровообігу [http://medstrana.com/

articles/1639/]. Як відзначає у зв’язку з цим С.П. Семенов, *«природа*

*цього хворобливого стану може бути самою різною, але однією*

*з найчастіших причин є надмірне нервово-психічне напруження.*

*Справа в тому, що при нервовому напруженні організм перебуває в*

*стані мобілізаційної готовності, яка необхідна як для ефективно-*

*го втечі від ворога, так і для відсічі йому. Підвищений артеріаль-*

*ний тиск є одним з обов’язкових параметрів стану мобілізаційної*

*готовності, яке інакше називається стресом (Курсив мій – Ю.Р.)*.

Як виявляється з викладеного в теоретичній частині брошури,

найчастішою причиною нервово-психічної напруги є конфлікто-

генна комунікація, тобто засмучене спілкування з оточуючими. А

найчастішою причиною такого розладу є використання неадекват-

ної ролі. У всіх таких випадках медикаментозне лікування гіперто-

нії саме по собі недостатньо ефективно – треба неодмінно змінити

свій стан, треба освоїти лікувальну роль і на її основі налагодити

взаємодію з середовищем. При цьому виправлення підлягає і спо-

сіб життя взагалі, і характер відносин з оточуючими. Ретельний

психологічний аналіз показує, що такий підхід до лікування гі-

пертонії куди більш ефективний, ніж просто лікарське лікування»

[http://www.switching.ru/rs/hiperton.html].

Цю ж саму точку зору поділяє І. Г. Малкіна-Пих, яка відзна-

чає: *«Артеріальна гіпертонія часто починається тоді, коли лю-*

*дина перебуває в ситуації хронічного напруженого очікування.*

*Типові висловлювання гіпертоніків: «я повинен бути готовий до*

*всього», «я такий, що приймаю на себе всі труднощі», «ніхто*

*мене не втримає, я готовий на все». Провокуючими ситуаціями*

*часто бувають тривалі стани страху, брак часу і наростаюче на-*

*пруження (Курсив мій – Ю.Р.) .* Крім того, описуються ситуації, в

230

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

яких є можливість розрядки ворожості і агресивності, але цього не

відбувається в силу гальмування або педантичності. Численні екс-

перименти як з тваринами, так і з людьми показали, що при стра-

ху, гніві і озлобленості підвищується тиск і що хронічне емоційне

перенапруження може призводити до стійкої гіпертонії. Загально-

прийнятою є думка, що у гіпертоніків існує пов’язана зі страхом

хронічно придушувана агресія. Для хворих гіпертонією опису-

ють типову невротичну особистісну структуру з переважанням

нав’язливих станів, в результаті чого часто виникають внутрішні

і зовнішні конфлікти, що ускладнює емоційну розрядку (Groen et

al., 1971) [Малкина-Пых, 2005, с.411].

*Погоджуючись із дослідницею, маємо внести деяке уточнен-*

*ня, яке буде стосуватись вже соціальної етіології підвищеного ар-*

*теріального тиску.*

Якщо більша частина гіпертоніків переживає стан внутріш-

нього хронічного напруження (стресу), а першопричиною стресу

виступає реакція психіки на неспецифічні (нерозрізнювані) по-

дразники, то з цього з очевидністю випливає, що кількість таких

подразників-стресорів зростає за умови, якщо суспільство харак-

теризується підвищеними показниками соціального макростресу.

Зрозуміло, що саме в умовах соціального макростресу значна чи-

сельність людей (якщо приймати дані медичної статистики, то це

переважно чоловіки) перебувають в цьому самому стані наруженої

над готовності при слабкій можливості психофізичної розрядки.

В попередніх розділах також відзначалося, що суспільство

стає тим більш стресогенним, в суспільстві зростають показники

соціального макростресу, чим в більшій мірі зростають показни-

ки макросоціальної невизначеності через аномію та похідні від неї

процеси соціальної атомізації, есканізму та маргіналізації.

Розрив соціальних зв’язків та вимушене усамітнення людей,

втрата соціальної солідарності, взаємодопомоги та взаємопідтрим-

ки, соціальне відчуження та скорочення життєвої часової перспек-

тиви є похідними від аномії, а аномія, в свою чергу, виступає одні-

231

Медвєдєва Ю. Ю.

єю з можливих причин зростання соціального макростресу. Таким

чином, в суспільстві знижується рівень екологічності (тут йдеть-

ся, уточнимо ще раз, не стільки про стан природного середовища,

скільки про соціальне середовище, рівень комфортності, захище-

ності і соціальної безпеки як показники, які в першу чергу випли-

вають на соціальну екологічність). З цього випливає, що показники

соціального макростресу впливають на показники мікростресу у

окремих громадян, виступаючи додатковою причиною в етіології

смертності.