**Соціальні девіації як передумови та чинники смерт-**

**ності.**

***Бідність як соціоекономічний та девіантогенний чинник***

***смертності****.* Бідність в сучасному суспільстві буває спричинена

частіше не стільки нестачею матеріальних благ, скільки цілеспря-

мовано створюваними обставинами, які полегшують завдання

досягнення політичного панування. Це питання докладно розгля-

нуто в монографії А.Сена «Політекономія голоду» [http://www.

monographies.ru/129-4240]. Автором доведено, що бідність в сус-

пільстві і смертність від голоду пов’язана не стільки з кількістю ви-

роблених благ, а визначається можливістю людей отримати доступ

до цих благ, (системою розподілу/перерозподілу).

Сен стверджує, що недоїдання, голод і голодна смерть є ре-

зультатом функціонування всієї економіки, а не тільки виробни-

цтва продовольства і сільськогосподарської діяльності. Тому слід

з’ясувати насамперед взаємозалежність, що викликає виникнення

голоду в сучасному світі. Так, людина може бути приречена на

голодну смерть через безробіття, зумовленої відсутністю систе-

ми соціального забезпечення (зокрема, страхування по безробіт-

тю). Тобто, голод може наздогнати людину навіть за умови, коли в

державі є велика кількість продуктів харчування і спостерігається

максимум продовольчого забезпечення.

В якості прикладу вчений наводить ситуацію в Бангладеш

1974 р. Голод настав тоді, коли «забезпеченість» продовольством

на душу населення була вищою, ніж в інші роки (1971-1976). Він

був спровокований регіональним безробіттям, спричиненим по-

вінню, наслідки якої лише через кілька місяців негативно позна-

чилися на виробництві продовольства, але викликали різку втрату

86

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

доходів сільськогосподарськими працівниками. Голод був посиле-

ний за рахунок зростанням цін на продукти харчування, яке було

обумовлено панічними очікуваннями нестачі продовольства. Не-

безпека була перебільшеною і стала об’єктом певних маніпуляцій.

Ціни відкоригували, але до того часу голод у країні вже поширився

[http://www.monographies.ru/129-4240].

До початку 90-х років ХХ століття значна частина людей на

планеті, як відзначається в одному із звернень ООН, зіткнулися «з

безмірними стражданнями і загрозою смерті». У багатьох країнах

Африки деградує освіта, лютують епідемії, масового характеру на-

була смерть від голоду.

Згідно із заявою Правління Азійського банку розвитку (2003),

більше 700 мільйонів чоловік в Азії живуть в умовах злиднів . На

зустрічі економістів і політиків країн Латинської Америки в Сан-

Паулу в 1992 році було відзначено, що 60% населення цієї час-

тини планети ледь животіють, 130 мільйонів латиноамериканців

(більше 25% населення) практично не мають можливості отримати

медичну допомогу. Через це, наприклад, в далеко не найбіднішій

Мексиці в кінці 80-х років цілком виліковна дизентерія забирала

щорічно до 20 000 дітей. Нестримне прагнення до все більш ви-

сокого рівня матеріального споживання, яке є характерним для

провідних країн, зробило дійсністю виникнення ресурсної кризи в

планетарному масштабі. У 60-ті роки ХХ ст.. про це як про реальну

загрозу заговорили вчені.

Наближення ресурсної кризи констатував розроблений в 70-і

роки в США документ «Велика стратегія»: «Ми стоїмо перед по-

хмурою перспективою світу,.. де прагнення розвинених країн збе-

регти високий рівень життя вступає в очевидне протиріччя з праг-

ненням інших країн вижити»[http://www.kprf33.com/агитатору/

библиотека/историческая-обреченность/].

З іншого боку, смертність внаслідок бідності є обов’язковим

елементом у соціальній структурі навіть найбагатших країн Захо-

ду, тобто, стає так званою структурною смертністю. Політичні елі-

87

Медвєдєва Ю. Ю.

ти часто бувають зацікавленими в збереженні низького рівня життя

певної частини громадян. При цьому смертність їх припускається

як результат природного відбору в суспільстві та неминучого ви-

бракування певної частини населення внаслідок конкуренції.

Відштовхуючись від цього твердження, можна зрозуміти, на-

віщо в деяких країнах третього світу, в тому числі в Україні та РФ,

створено доволі складні умови для ведення в країні приватного

бізнесу та впроваджено практику офшорних схем володіння під-

приємствами, які дозволяють залишати більшу частину прибутку

за кордоном, сплачуючи при цьому мінімальні зарплати. Для по-

літичних еліт зазначених держав бідність населення залишається

чи не єдиним і, при цьому, вельми дешевим способом збереження

влади.

Близько 7 млн. українців, що становить 16,3% від усього на-

селення України, в 2012 році жили за межею бідності. Про це свід-

чать дані Державної служби статистики України. Так, у 2012 році

рівень доходу до 480 грн мали 0,3% українців, від 480,1 грн до

840 грн – 3,1% та від 840,1 до 1200 грн – 12,9%. При цьому роз-

мір середньої по 2012 року мінімальної заробітної плати склав

1105 грн. В свою чергу, розмір прожиткового мінімуму для пра-

цездатних осіб у 2012 році становив 1134 грн. [http://zik.ua/ua/

news/2013/07/31/422180].

У світі постійно збільшується прірва між багатими і бідними.

За даними Г. Сміта, М. Бартлі та Д. Блейна, [Smith, Bartly, Blane,

1990] фінансовий розрив між багатими і бідними не скорочується,

а відмінності у стані здоров’я між соціальними класами поступово

поглиблюються. Бідність і соціальна нерівність справляють пря-

мий і непрямий вплив на соціальне, психічне і фізичне благопо-

луччя індивіда.

Слід відзначити, що бідність і нерівність є тісно

взаємопов’язаними із смертністю. За даними Р. Вілкінсона

[Wilkinson, 1996], нерівність доходів спричиняє психосоціальний

стрес, який з часом призводить до руйнування здоров’я і до більш

88

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

високої смертності серед представників нижчого класу. Однак, за-

лежність між нерівністю доходів і тривалістю життя поступово

зникає і вже не має широкого прийняття. Ті, хто живе в бідних ра-

йонах з недостатніми інвестиціями в соціальну і матеріальну інф-

раструктуру, відрізняються поганим здоров’ям, що призводить до

більш високої смертності серед представників нижчого класу.

Наслідки нерівності доходів також поширюються на суспіль-

ство, викликаючи стрес, фрустрацію і приводячи до руйнування

сімей. Наслідком цього стає підвищення показників злочинності,

самогубств і насильства [Wilkinson, 1996]. В цілому бідність ство-

рює декілька передумов для зростання статистики смертності.

По-перше, шкідливим впливам навколишнього середовища

(як природного, так і соціального) піддаються саме бідні, які (якщо

вони є працевлаштованими) часто мають низькооплачувану робо-

ту, яка викликає стрес. При цьому представники нижчого класу

часто бувають позбавлені предметів першої необхідності та інших

можливостей для гідного життя, а також інформації та соціальної

підтримки, оскільки вони не є головною частиною суспільства. За

даними Г. Каплана, існує зворотній зв’язок між рівнем соціально-

економічної стабільності і ризиком розвитку захворювань, який є

одним з найбільш поширених і постійних спостережень у системі

охорони здоров’я [Kaplan et al, 1987].

По-друге, в групах з нижчим доходом частіше виявляються

негативні наслідки «небезпечних» для здоров’я способів пове-

дінки, ніж серед менш бідного населення з аналогічними демо-

графічними показниками. Ці «дезадаптивні» форми поведінки не

обов’язково спрямовані на заподіяння шкоди своєму здоров’ю, але

їх можна розглядати як способи психологічної адаптації, що забез-

печують розраду або звільнення від стресових умов життя.

По третє, представники нижчих класів в силу своїх життєвих

обставин піддаються більшій кількості стресорів при меншому об-

сязі ресурсів, необхідних для того, щоб з ними впоратися, і тому

є більш вразливими по відношенню до цих стресорів, внаслідок

89

Медвєдєва Ю. Ю.

чого вони стають жертвами різної оказіональної смертності.

По-четверте, бідність супроводжується багатьма довготрива-

лими проблемами, зокрема – поганим станом здоров’я і підвище-

ною смертністю, неуспішністю в школі, злочинністю та зловжи-

ванням психоактивними речовинами.

Дослідження, проведене в 70-х р. ХХ ст.. Ф. Дрейером та

Р. Бантінгом дозволило виявити зв’язок між приналежністю до

нижчої соціальної групи і смертністю. Отримані авторами резуль-

тати показали, що показник смертності серед чоловіків у віці 20-

64 років, представників класу V (нижчого класу), майже в два рази

перевищував аналогічні показники серед представників класу I

(вищого класу), а на початку 1990-х він був майже в три рази ви-

щим [Drever & Bunting, 1997].

За даними Департаменту здоров’я, в розслідуваннях само-

губств і вбивств, скоєних людьми з психічними захворюваннями,

як і в деяких інших дослідженнях, повідомлялося про те, що біль-

шість людей, які вчинили самогубство, були або безробітними, або

страждали довгостроковим поточним психічним захворюванням

[Department of Health, 1999a]. У порівнянні з генеральною сукуп-

ністю, люди, які вдаються до суїцидальних спроб, частіше відно-

сяться до соціальних категорій, в яких спостерігаються соціальна

дестабілізація і бідність [Department of Health, 1999a, р.33-38].

За даними дослідження парасуїцидальної поведінки Д. Ган-

нела, Т. Петерса та Р. Каммерлінга, [Gunnell, Peters, Kammerling,

1995, p.422-426] існує достовірний кореляційний зв’язок між са-

могубством, парасуїцидальною поведінкою і соціально-економіч-

ними нестатками (+078, +0,86). Авторами було виявлено сильний

зв’язок між самогубством і парасуїцидальною поведінкою, при

цьому несприятливе соціально-економічне становище майже по-

вністю пояснювало цей зв’язок. Цей висновок підтверджувався да-

ними дослідження Х. Кенеді та Р. Івсона, згідно з якими вбивства і

самогубства частіше здійснюються в густонаселених бідних райо-

нах [Kennedy, Iveson, 1999].

90

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

Емпіричні дослідження М. Кроуфорда та М. Прінца [Crawford,

Prince, 1999] також підтверджують ці дані. Автори констатують

зростання показників суїциду серед молодих безробітних чоло-

віків, які мешкають в умовах крайньої соціальної депривації. До

цього варто додати ще й те, що висока частотність випадків пере-

дозування кокаїну і опіатів асоціюється з бідністю [Marzuk et al,

1997].

Показники смертності в середовищі нижчого класу зростають

також за рахунок зловживання алкоголем та іншими психоактив-

ними речовинами. Алкогольна й наркотична залежність кореспон-

дує із загальною тенденцією люмпенізації, при цьому високі по-

казники зловживання є характерними для нижчого нижчого класу.

Серед чоловіків і жінок цього соціального прошарку алко-

гольна та наркотична залежність набагато частіше спостеріга-

ється в групі безробітних. Нижча нижча соціальна група, таким

чином, стає фактором підвищеного ризику смертності, яка ви-

кликана вживанням алкоголю і пов’язана з соціальними струк-

турними факторами [Harrison, Gardiner, 1999]. Л. Харрісон та Е.

Гардінер констатують, що показники смертності, яка пов’язана з

вживанням алкоголю, є вищими серед чоловіків, які займаються

фізичною працею, ніж серед службовців, але при цьому віднос-

на величина показника залежить від віку. Автори доволять, що

«серед чоловіків, які виконують некваліфіковану фізичну працю,

25-39-річні вмирають внаслідок розладів, спричинених вживан-

ням алкоголю, в 10-20 разів частіше, ніж представники класу фа-

хівців, 55-64-річні – лише в 2,5-4 рази частіше, ніж фахівці з ана-

логічними демографічними показниками. Більш молоді жінки, які

займаються фізичною працею (некваліфікованою і кваліфікова-

ною), вмирають внаслідок розладів, спричинених вживанням ал-

коголю, частіше, ніж представники класу фахівців, але в літньому

віці смертність є вищою серед фахівців» [Harrison, Gardiner, 1999,

p. 1871-1872].

Згідно даних емпіричного дослідження смертності С. Ханса,

91

Медвєдєва Ю. Ю.

[Hans, 1999, р.67-68], вивчення демографічних та психосоціальних

характеристик вагітних жінок, які зловживають психоактивними

речовинами, дозволило встановити, що ці демографічні характе-

ристики корелювали з типом психоактивної речовини. При цьому

автором констатовано, що чорношкірі та бідніші жінки частіше

вживають заборонені психоактивні речовини, особливо кокаїн, а

білі і більш освічені жінки – алкоголь.

Зв’язок між смертністю та бідністю чітко простежується і ста-

тистиці материнської та дитячої смертності, представленій у звітах

ВООЗ. Згідно даних інформаційного бюлетеню ВООЗ №348 (тра-

вень 2012), щодня близько 800 жінок помирають від попереджу-

ваних причин, пов’язаних з вагітністю та пологами. 99% всіх ви-

падків материнської смерті відбувається в країнах, що характери-

зуються низьким рівнем соціально-економічного розвитку[ http://

www.who.int/research/ru/].

За період 1990-2010 рр. глобальний коефіцієнт материн-

ської смертності (тобто, число випадків материнської смерті на

100 000 випадків народження живих дітей) знизився всього лише

на 3,1% на рік. Це далеко від щорічного зниження на 5,5%, необ-

хідного для досягнення ЦТР-5. Висока материнська смертність в

деяких районах світу відображає несправедливість у доступі до

медико-санітарних послуг і підкреслює величезний розрив між ба-

гатими і бідними країнами.

Майже всі випадки материнської смерті (99%) відбувається в

Африці на південь від Сахари і майже одна третина – у Південній

Азії. Коефіцієнт материнської смертності в країнах, що розвива-

ються, становить 240 на 100 000 випадків народження живих дітей

у порівнянні з 16 на 100 000 в розвинених країнах. Між країнами

бідними і заможними країнами відзначаються значні розбіжності у

показниках, при цьому в деяких країнах є вкрай високі коефіцієнти

материнської смертності – 1000 на 100 000 випадків народження

живих дітей і вище. Є також великі розбіжності і всередині країн

між людьми з високим і низьким рівнем доходу і між людьми, що

92

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

живуть у сільських і міських районах[ http://www.who.int/research/

ru/].

Найвищий ризик материнської смерті загрожує дівчатам-під-

літкам у віці до 15 років. Ускладнення під час вагітності та пологів

є основною причиною смерті серед дівчат підліткового віку в біль-

шості країн, що розвиваються. Жінки в країнах, що розвиваються,

мають, в середньому, набагато більше вагітностей в порівнянні з

жінками в розвинених країнах, і їм загрожує більш високий ризик

смерті в зв’язку з вагітністю протягом усього життя: ймовірність

смерті 15-річної дівчини від причини, пов’язаної з материнством,

становить 1 на 3800 в розвинених країнах у порівнянні з 1 на 150 у

країнах, що розвиваються.

Жінки помирають в результаті розвитку ускладнень під час

і після вагітності та пологів. Більшість з цих ускладнень розви-

вається під час вагітності. Інші ускладнення можуть існувати

до вагітності, але посилюватися під час вагітності. Основними

ускладненнями, які призводять до 80% всіх випадків материнської

смерті, є наступні: сильна кровотеча (в основному, післяпологова

кровотеча); інфекції (зазвичай після пологів); високий кров’яний

тиск під час вагітності (передеклампсія і еклампсія); небезпечний

аборт [http://www.who.int/research/ru].

В інших випадках причинами є такі хвороби, як малярія

та ВІЛ/СНІД під час вагітності, або пов’язані з ними проблеми.

Здоров’я матерів і новонароджених дітей є тісно пов’язаним одне з

одним. Щорічно помирає понад трьох мільйонів новонароджених

дітей, і ще 2,6 мільйона дітей народжуються мертвими. Більшос-

ті випадків материнської смерті можна запобігти, так як медичні

методи запобігання ускладнень або їх ведення добре відомі. Всім

жінкам є необхідним доступ до допологового спостереження під

час вагітності, кваліфікованої допомоги під час пологів і допомоги

та підтримки протягом декількох тижнів після пологів. Особливо

важливим є забезпечення присутності кваліфікованих фахівців

охорони здоров’я під час усіх пологів, так як від своєчасної допо-

93

Медвєдєва Ю. Ю.

моги та лікування може залежати життя.

Для запобігання випадків материнської смерті життєво важли-

во також запобігання небажаних і занадто ранніх вагітностей. Усім

жінкам, включаючи дівчат-підлітків, необхідний доступ до служб

планування сім’ї, а також до служб забезпечення безпечного абор-

ту – повною мірою, дозволеною законом, – і якісного догляду після

аборту. Бідні жінки з віддалених районів з найменшою вірогідніс-

тю отримують належну медичну допомогу.

Це особливо вірно по відношенню до регіонів з низькою чи-

сельністю кваліфікованих працівників охорони здоров’я, таких як

Африка на південь від Сахари та Південна Азія. Незважаючи на

підвищення рівнів допологового спостереження в багатьох час-

тинах світу протягом останнього десятиліття, лише 46% жінок в

країнах з низьким доходом отримують кваліфіковану допомогу під

час пологів. Це означає, що мільйони пологів протікають за від-

сутності акушерки, лікаря або підготовленої медсестри. У країнах

з високим рівнем доходу практично всі жінки, щонайменше, чо-

тири рази відвідують жіночу консультацію в допологовий період,

отримують допомогу кваліфікованого медичного працівника під

час пологів і післяпологовий догляд. У країнах з низьким рівнем

доходу тільки більше третини всіх вагітних жінок, щонайменше,

чотири рази відвідують жіночу консультацію в допологовий період

[http://www.who.int/research/ru].

Під час проведення саміту з ЦТР Організації Об’єднаних На-

цій у вересні 2010 року Генеральний секретар ООН Пан Гі Мун

оголосив про «Глобальної стратегії охорони здоров’я жінок і ді-

тей», спрямованої на порятунок життя більш ніж 16 мільйонів жі-

нок і дітей протягом наступних чотирьох років. ВООЗ працює з

партнерами над досягненням цієї мети.

Найчастіше вчені трактують бідність як матеріальну неза-

безпеченість людей, коли доходи людини або сім’ї не дозволяють

підтримувати суспільно необхідне споживання для забезпечення

життєдіяльності, перешкоджаючи нормальному існуванню та роз-

94

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

витку особистості. Масштаби бідності слугують орієнтирами при

формуванні соціальної політики держави. Оцінюють цей феномен

за допомогою показників абсолютної і відносної бідності, її глиби-

ни і гостроти, а так само за допомогою суб’єктивного сприйняття

індивідом свого рівня добробуту та якості життя. В Україні для ви-

мірювання бідності в якості основного використовують показник

абсолютної бідності, заснований на співвіднесення доходів насе-

лення до прожиткового мінімуму.

При цьому слід зазначити, що послуги охорони здоров’я, осві-

ти і соціального обслуговування в прожитковий мінімум не вклю-

чені. Передбачається, що їх мінімальні обсяги надаються населен-

ню безкоштовно установами, що фінансуються з бюджетів різних

рівнів, та з державних позабюджетних фондів. Широке поширення

платності освіти, медичних послуг, різке подорожчання ліків при-

зводять до того, що на задоволення потреб у них громадяни витра-

чають істотну частину сімейних бюджетів.

Позначаються на незадовільному рівні життя населення тра-

диційні диспропорції у розвитку регіонів країн, які перетворюють-

ся з адміністративно-територіальних і географічних відмінностей

в соціальні. Внаслідок цього виникає проблема як для поточної,

так і для перспективної соціальної політики в галузі регулювання

доходів, заробітної плати, рівня споживання та інших показників

рівня життя.

Проблема бідності як чинника смертності пов’язана, з наступ-

ними процесами, обумовленими динамікою рівня життя: з різкою

дестабілізацією громадських структур і трудових відносин з при-

чини зламу тоталітарно-бюрократичної системи; з різкою поляри-

зацією доходів і зубожінням основної маси суспільства.

Найбільший вплив на розмах диференціації доходів справля-

ють перерозподільчі процеси всередині галузей і між ними. Між-

галузева диференціація заробітної плати обумовлена як відміннос-

тями в економічному становищі галузевих груп, що мають різну

економічну значимість, так і конкурентоспроможністю виробленої

95

Медвєдєва Ю. Ю.

продукції; – з втратою трудового і професійного кваліфікаційного

потенціалу у зв’язку із зростанням безробіття; з тенденціями люм-

пенізації та маргіналізації населення, яке не приймає правил гри

ринкової економіки; з депопуляцією населення, що виражається

в зниженні рівня народжуваності та помітному збільшенні смерт-

ності. Соціально-демографічним фактором, що визначає ризик

бідності, є також стан здоров’я населення. Поганий стан здоров’я

збільшує ймовірність бідності і малозабезпеченості, тому що ви-

магає значних витрат на медичне обслуговування та ліки, звужує

можливості ефективної зайнятості. Хороший стан здоров’я є необ-

хідною умовою відносно благополучного рівня життя.

Із старінням рівень життя частини населення падає, зростає

частка бідних і малозабезпечених верств. Це говорить про най-

більш хитке становище і високі ризики бідності внаслідок смерт-

ності для представників старшої вікової групи. Різке зниження

рівня життя після 60 років пов’язано в першу чергу з досягненням

статусу пенсіонера.

Стратегія подолання бідності як чинника смертності має грун-

туватися на комплексному підході, що припускає реалізацію ши-

рокого спектру заходів впливу на різні форми її прояви. Ці заходи

повинні охоплювати наступні напрямки державної соціальної по-

літики:

А) інвестиції в людський капітал країни, що забезпечується

розвитком сектора державних соціальних послуг. Важливо роз-

ширити охоплення і підвищувати доступність цих послуг для

населення, вдосконалювати якість послуг; Б) скорочення низько-

оплачуваної зайнятості та маргінальних робочих місць, реаліза-

ція комплексу заходів щодо створення нових, високооплачуваних

і захищених робочих місць. В) поліпшення умов праці (захист

здоров’я та безпека на виробництві, охорона праці), оскільки про-

фесійні захворювання і травматизм на робочому місці підвищують

ступінь ризику «потрапляння» сім’ї працівника в стан бідності;

Г) посилення взаємозв’язку ринку праці та професійної освіти в

96

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

регіонах; Д) сприяння зайнятості безробітних шляхом залучення

їх у сферу підприємництва та самозайнятості; Є) захист доходів

населення – заробітних плат, пенсій, допомог, стипендій шляхом

встановленням регіональних коефіцієнтів; Ж) встановлення жор-

сткого контролю за розподілом грошових коштів; З) стимулювання

зростання сільськогосподарського виробництва, забезпечення за-

йнятості на сільськогосподарських роботах, розширення сфери за-

йнятості і, отже, зростання доходів. І) оздоровлення способу життя

населення шляхом впровадження програм соціальної гігієни; К)

розвиток наукових досліджень, що стосуються соціально-еконо-

мічних, юридичних, психологічних та інших аспектів міграційних

процесів.

***Алкоголізація, наркотизація та тютюнопаління як чинни-***

***ки смертності.*** Хоча виникнення девіацій відбуваєтьcя протягом

історії людства безвідносно до спільноти, значного поширення

вони зазнають саме в містах. Саме місто є тим середовищем, яке

в соціокультурному відношенні є сприятливим щодо різноманіт-

них форм девіантної поведінки. Девіації ставали предметом до-

сліджень, починаючи від класичних праць Р. Парка і закінчуючи

урбосоціологією радянської та пострадянської доби. [Алексеева,

1999, с. 46-57; Ахиезер, 1995, с.21-28; Глазычев, 1984; Яковенко,

1999, с.90-101; Hosken, 1973; Park, 1926, P. 3-38; Ruppert, 1975. – P.

21-26].

Соціально-статистичні дослідження, що охоплюють досить

тривалі періоди часу (більш ніж сторіччя), переконливо демон-

струють паралелізм зростання психічних і психосоматичних за-

хворювань, інших форм девіантної поведінки і процесів урбані-

зації. Тому в XX ст. стало популярним постулювання причинного

зв’язку між цими двома процесами.

Однак, прямі дослідження впливу факторів міського серед-

овища не дають підстав для подібних висновків. Мабуть, і зміна

патернів соціопатій, і зростання частки міського населення в його

загальній чисельності є проявом дії якогось третього чинника, а

97

Медвєдєва Ю. Ю.

саме – загальноцівілізаційного «зсуву». Люди, які виросли в сіль-

ській місцевості, при переселенні в місто переживають негативні

емоційні стани, обумовлені сприйняттям деяких факторів міського

середовища, зокрема, таких як: складність транспортних комуні-

кацій, побутова забрудненість території, недостатнє озеленення,

дратівливі запахи і т. п. Однак, ці негативні емоційні реакції зга-

сають протягом півроку-року і настає адаптація до урбанізованого

середовища.

Показники рівня психосоматичних захворювань (наприклад,

мозкові інсульти), стану сімейних відносин (розлучення), сексу-

альної поведінки (підліткові вагітності, захворювання, що переда-

ються статевим шляхом), суїцидів, кримінальної злочинності ха-

рактеризують соціальну дезорганізацію територіальних спільнот.

За цими показниками окремі територіальні спільноти є цілком по-

рівнюваними між собою, що дозволяє робити висновки про вплив

територіально-географічного чинника на громадське здоров’я (ма-

кроекологічний аналіз) [Алексеева, 1999, с. 46-47].

З позицій урбосоціології, ще більший інтерес являє аналіз від-

мінностей показників соціальної дезорганізації всередині самих

територіальних спільнот, зокрема, таких, як великі міста. Поді-

бний аналіз виявляє зони міста з високим рівнем, наприклад, хво-

робливості на шизофренію, грабіжницьких нападів, проституції та

ін., які, в зіставленні з соціально-економічними показниками ха-

рактеризують територію і дозволяють робити висновки про вплив

факторів міського середовища на здоров’я членів територіаль-

ної спільноти (мікроекологічний аналіз). З факторів соціального

управління містом, шкідливу вплив яких на здоров’я членів тери-

торіальної спільності є емпірично доведеним, слід назвати дискри-

мінацію окремих груп населення та бюрократизацію [Яковенко,

1999, с.90-101].

Проблема наркотизації та алкоголізації сучасного суспільства

виступає однією з активно досліджуваних різними науками. По-

літологія досліджує різні аспекти наркотизації як однієї з головних

98

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

загроз національній безпеці. Педагогіка розглядає фактори, що

сприяють профілактиці та антинаркотичному та антиалкогольному

вихованню громадян. Психологія орієнтується на дослідження осо-

бливостей психіки наркоманів і алкоголіків і впливу психоактивних

речовин на свідомість людини [Кесельман, Мацкевич, 2002; Мусе-

ибов, 2003]. В економічній науці розглядаються особливості поши-

рення наркотизації з одного сектора наркоринку до іншого, а також

причини економічної ефективності розповсюдження наркотиків. У

медицині досліджуються особливості наркоманії та алкоголізму як

захворювання і способи його лікування [Гундаров, 1995; Нужный,

Пометов, Ковалева, 2003, с. 22-35; Вирганская, 1991, с.18-20].

Алкоголізація і наркотизація в соціологічній літературі роз-

глядаються і в контексті соціальних девіацій, тобто, вводяться в

предметну площину соціології. Соціологічні підходи до вивчення

алкоголізму і наркотизму як чинників смертності можна поділити

на дві групи, які не виключають одна одну: розуміння їх як різно-

видів девіантної танатофільної поведінки та визначення їх як соці-

альної проблеми, що пов’язана із скороченням демографічних по-

казників. Предметом дослідження з цих позицій стають динаміка

наркотизації і алкоголізації суспільства, причини цього процесу,

його соціальні наслідки.

Аналіз соціологічних публікацій 2000-х років з проблем алко-

голізації і наркотизації дозволив поділити соціологічні досліджен-

ня в цій області на основні тематичні блоки: ставлення населен-

ня країни та регіонів до наркоманії та до споживачів наркотиків;

ставлення і причетність молоді до практик вживання наркотичних

засобів, алкогольних напоїв, тютюнопаління; причини прилучення

населення, зокрема, молоді, до практик вживання легальних і не-

легальних наркотиків; фактори наркотизації та алкоголізації (серед

яких особлива увага приділяється соціальному оточенню, моді,

традиціям, ЗМІ); оцінка діяльності силових і медичних і струк-

тур у боротьбі з наркоманією (підкреслюється неефективність їх

методів роботи); алкогольна політика, переваги та недоліки анти-

99

Медвєдєва Ю. Ю.

алкогольних кампаній; культура вживання алкоголю [Халтурина,

Коротаев, 2006; Немцов, 2010; Шереги, Арефьев, 2003; Харченко,

Какорина, Мишнев, 2004; Минко, 2001].

Таким чином, алкоголізація і наркотизація складають предмет

вивчення для соціології як форми соціальних девіацій та істотний

чинник зростання показників смертності у зв’язку із супутністю

алкоголізму та наркотизму іншим соціальним девіаціям, які без-

посередньо призводять до смерті, а саме: до скоєння насильниць-

ких злочинів в стані алкогольного сп’яніння, порушення правил

водіння транспортних засобів та техніки безпеки, статистики ока-

зіональної смертності.

Як причини смертності, зазначені соціальні девіації є мало-

вивченими для соціології. Лише у другій половині 2000-х років, у

зв’язку з підвищенням уваги до демографічних проблем суспіль-

ства, зокрема – до зростання смертності працездатного населен-

ня, окремими дослідниками, зокрема – О. Ареф’євим, Ф. Шереги,

І. Гундаровим, В. Харченко, Е. Лібановою, Д. Халтуріною, В. Ко-

ротаєвим – стали робитися спроби визначити роль алкоголю і нар-

котиків у структурі причин смертності населення [Шереги, Аре-

фьев, 2003; Гундаров, 2001; Харченко, Какорина, Мишнев, 2004;

Халтурина, Коротаев, 2006].

 Вивчення танатогенного аспекту алкоголізації і наркотизації

складає певні утруднення, пов’язані з неточністю і недостатністю

статистичних даних, деякою латентністю цих процесів. Кількість

комплексних досліджень у цій області є, судячи з кількості біблі-

ографії, недостатньою. Не є вивченим цей аспект і стосовно про-

вінційного населення, оскільки переважна кількість емпіричних

досліджень проводилася в великих містах в Україні та РФ – Києві,

Москві, Санкт-Петербурзі. На думку авторки, брак уваги до цієї

теми може бути пов’язаний і з напрямком демографічної політики

в Україні, згідно з якою акцент робиться в основному не на зни-

женні смертності, а на підвищенні народжуваності в країні, що не

є виправданим, оскільки висока смертність молодого населення є

100

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

однією з причин, супутніх низькій народжуваності.

Алкоголізм і наркоманія як хвороба, медичні наслідки нарко-

манії (психози, цирози печінки, передозування наркотичними за-

собами) є лише частиною соціальної етіології смертності. Певна

частина смертності, що не фіксується офіційно як «алкогольна»

або «наркотична», пов’язана зі споживанням алкоголю або нарко-

тиків необов’язково алкоголіками або наркоманами (нещасні ви-

падки, самогубства, дорожньо-транспортні пригоди) і є, на думку

авторки дослідження, наслідком соціальної аномії та супутнього їй

соціального макростресу.

Тому важливим з точки зору логіки дослідження є не стільки

вивчення типів особистостей, які зловживають наркотиками та ал-

коголем, скільки аналіз процесів алкоголізації та наркотизації як

соціально інституціоналізованих практик, як соціальних явищ, що

призводять до соціально негативних наслідків, у тому числі – до

надвисокої смертності працездатного населення.

В Україні, як і в світі в цілому, найбільш поширеною причи-

ною смерті є серцево-судинні захворювання. До них відносяться

ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, цереброваскулярні

порушення та ін.. У більшості випадків ішемічна хвороба серця

розвивається з причини звуження коронарних артерій внаслідок

атеросклерозу. Коронарний атеросклероз буває спричинений де-

кількома факторами – спадковістю, споживанням насичених жи-

рів, високим артеріальним тиском, тютюнопалінням, фізичними

навантаженнями і стресами. У нашій країні щорічно внаслідок

серцево-судинних захворювань помирає близько 500 тис. осіб, від

новоутворень – майже 90 тис. На обліку з приводу цукрового діабе-

ту перебуває близько 1 млн. громадян, але ще близько 2 млн. мають

приховану форму захворювання і розпізнають його або випадково,

або при розвитку серйозних ускладнень [http://www.medtraiding.

ru/kurenie.php].

В Україні, порівняно з розвинутими країнами, значно вищим

є споживання алкогольної та тютюнової продукції, яке неухиль-

101

Медвєдєва Ю. Ю.

но зростає. Це пояснюється низькою вартістю алкогольної та тю-

тюнової продукції в порівнянні з рядом інших розвинених країн.

Згідно з даними ВООЗ, Україна займає 5-е місце серед всіх країн

світу за рівнем вживання алкоголю з показником 15,6 л алкоголь-

ної продукції на людину в рік. Загалом у світі щорічно з причин,

пов’язаних з вживанням алкоголю, вмирає близько 2,5 млн осіб.

Що стосується куріння, то за даними опитування, що проводився

в рамках співпраці уряду України з ВООЗ, в 2010 р. кількість що-

денних курців в Україні склало 10,2 млн чоловік (8,3 млн чоловіків

і 1,9 млн жінок; «Глобальне опитування дорослого населення про

споживання тютюну» (GATS)) [http://www.apteka.ua/article/86214].

Опитування також показало, що «більше половини (53,2%)

щоденних курців викурюють 16 або більше цигарок щодобово.

Серед чоловіків, які курять щодня, майже 60% випалюють 16 або

більше цигарок на добу і 14,1% – більше 20 щодобово. Для порів-

няння – 63,8% жінок, що палять, викурюють в день менше 11 ци-

гарок» [http://www.apteka.ua/article/86214]. Шкідливі звички, такі

як куріння і зловживання алкоголем, головним чином викликають

розвиток серцево-судинних захворювань, які є основною причи-

ною смертності у світі. В цілому структура смертності в Україні є

схожою з такою в розвинених країнах. Але в нашій країні ситуація

з факторами ризику смертності значно відрізняється. У розвине-

них країнах кількість споживання алкогольної та тютюнової про-

дукції є значно нижчою, і тому основною причиною смертності

є неправильне харчування. Крім того, в усьому світі тривожною

залишається ситуація з кількістю людей з ожирінням.

Загалом у світі ожиріння вважається другою за частотністю

летального результату (після куріння) попереджуваною причиною

смертності [http://iformatsiya.ru/category/tabl/page/2/].

В Україні ситуація розвивається аналогічним чином – кіль-

кість людей з цією недугою збільшується. У розвинених країнах

навіть при тому, що держава забезпечує населення лікарськими

засобами, в структурі смертності переважають хронічні неінфек-

102

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

ційні захворювання, а в країнах з низьким рівнем доходу, до яких

відноситься наша держава, навпаки.

Україна в порівнянні з іншими країнами продовжує займати

лідерські позиції за рівнем смертності від серцево-судинних захво-

рювань. Якщо у Великобританії рівень смертності від ішемічної

хвороби серця в 1994-2004 рр. знизився на 42% серед чоловіків

у віці молодше 65 років і на 49% – серед жінок того ж віку, то в

Україні він зріс на 19% в обох популяціях.

Смертність внаслідок серцево-судинних хвороб в Україні ся-

гає 64% і є чи не найвищим показником у світі (для порівняння у

країнах Європи вона складає близько 27%). За статистикою, що-

року в нашій країні реєструють майже 50 тис. випадків інфаркту

міокарда, 100-120 тис. інсультів, понад 3500 випадків вроджених

вад серця [http://www.apteka.ua/article/86214].

Загалом в контексті дослідження тютюнопаління, алкоголіза-

ції та наркотизації як різновидів девіантної поведінки в соціаль-

ній етіології смертності, можна виділити дві основні групи гіпотез

щодо причин високої смертності в Україні:

а) висока смертність є результатом погіршення соціально-еко-

номічної та екологічної ситуації, які призводять до підвищеного

виживання тютюну, алкоголю та наркотиків як засобів зниження

рівня усвідомлення в життєво-небезпечній соцієтальній ситуації;

б) високий рівень споживання алкоголю, тютюну та наркоти-

ків займає місце в етіології смертності у зв’язку із аномією, яка

створює ситуацію соціального макростресу та провакує підвищен-

ня рівня споживання тютюну, алкоголю та наркотиків як засобів

знецінення соціального часу.

Немає сумніву, що дві групи конкуруючих гіпотез можуть

бути як верифікованими, так і фальсифікованими, до чого авторка

обов’язково повернеться в 3-му розділі роботи. Поки що зауважи-

мо, що зростання чисельності споживачів тютюну, алкоголю і нар-

котиків, на нашу думку, є цілком супутнім аномії та соціальному

макростресу, які в цілому утворюють *аномічно-макростресовий*

103

Медвєдєва Ю. Ю.

*соцієтальний стан.*

*Аномічно-макростресовий соцієтальний стан – це такий*

*стан соціальної системи, в якому на тлі всебічної ціннісно-ідео-*

*логічної кризи та зростання невизначеності відбувається скоро-*

*чення часової перспективи та відбувається соціо-темпоральна*

*інфляція – процес знецінення соціального часу. З процесом знеці-*

*нення соціального часу, на нашу думку, і є пов’язаним поширен-*

*ня девіацій та їх інституціалізація, легалізація та легітимація.*

*Девіації, отже, виражають рівень знеціненості та профанова-*

*ності життєвого часу особи на тлі соціально-системної кризи,*

*яка в певному часовому проміжку стає реально-нездоланною і фа-*

*тальною або ж здається такою в силу хронічності застійних та*

*деструкційних соціальних процесів – безробіття, злиднів, аномії,*

*війн, революційних перетворень і т.п.*

Разом з цим, наркоманія, на думку авторки, є соціальною де-

віацією, яка виступає індикатором стійкості населення до соціаль-

но-макростресових навантажень. Дослідження наукових джерел

з проблеми наркоманії дає підстави щодо твердження про те, що

екстремуми глобальних епідемій наркоманії хронологічно збіга-

ються з світовими війнами, технічними і технологічними револю-

ціями та соціальними трансформаціями [див. зокрема: http://www.

unodc.org/unodc/en/world\_drug\_report.html; www.unicef-icdc.org/

publications/pdf/sm2004/sm2004\_russian.pdf].

Цикли глобальних пандемій наркоманії в історії XX ст. слі-

дували одне за одним з періодом, який дорівнював приблизно 25-

30 років. В цілому в світі історично відбулися три наркотичні пан-

демії, які були супутніми трьом історичним зламам, які відповіда-

ли екстремумам соціального макростресу та аномічним процесам

в Європі, Україні та Росії:

А) морфінна («солдатська») наркотична пандемія початку

XX ст., яка слідувала за Першою світовою війною і була соціаль-

но пов’язана із величезними економічними втратами та психічним

виснаженням частини чолловічої популяції, що приймала безпо-

104

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

середню участь у військових діях;

Б) героїнова пандемія середини XX ст. як наслідок Другої сві-

тової війни і наявності покоління людей, які не знайшли собі місця

в суспільстві після глобальної перебудови світу;

В) кокаїнова пандемія кінця XX в., яка співпадає з періодом

сексуальної революції, демографічного переходу в моделях сімей-

но-шлюбних відносин, «відлиги», розвитком нових форм спілку-

вання, становленням сучасних інформаційних технологій.

На думку російської дослідниці Г. Талалаєвої, цикли глобаль-

ної наркоманії за своєю тривалістю і хронологією приблизно збі-

гаються з фазами економічних хвиль Кондратьєва, підтверджуючи

тим самим їх об’єктивні причини та включеність у соціально-еко-

номічне життя суспільства» [http://www.gumer.info/bibliotek\_Buks/

Sociolog/talal/07.php].

Авторка продовжує розвивати цю думку на тлі специфікації її

щодо регіональних чинників та умов життя в РФ. «На рівні облас-

тей і федеральних округів РФ, – пише вона далі, – ритми наркома-

нії прискорюються до циклів з періодом від 10 до 14 років, залеж-

но від масштабів адміністративних територій та їх географічного

розташування щодо транспортних магістралей і транзитних шля-

хів. На рівні суб’єктів федерації тривалість циклів наркоманії ви-

являється порівняною з іншими важливими біосоціальними рит-

мами життєдіяльності соціуму, які характеризуються 10-11-річним

періодом ретенції. До таких ритмів, зокрема, відносяться цикли

дитячої та загальної смертності, поширення інфекційних і неін-

фекційних захворювань (грипу, дифтерії, поворотного тифу, чуми,

малярії, цереброспінального менінгіту), неврожаю зернових куль-

тур, окремих фаз економічних хвиль Кондратьєва, показників зем-

ного магнетизму і сонячної активності, напруги електричного поля

атмосфери в різних ділянках земної кулі і ряду інших.

Далеко не повне перерахування ритмів з вказаною циклічністю

підтверджує нашу думку про те, що циклічність наркоманії в со-

ціумі не є винятком. Навпаки, циклічність наркоманії відображає

105

Медвєдєва Ю. Ю.

загальну закономірність ритмічної організації життя Homo sapiens

в ритмічно змінюваному середовищі. Саме з цієї причини аналіз

ритмічних закономірностей проявів наркоманії в спільноті людей

може бути інструментом біометрії життєстійкості популяцій лю-

дей в техногенному суспільстві. На рівні дрібніших географічних

утворень (окремих населених пунктів і муніципальних утворень)

цикли наркоманії прискорюються в ще більшій мірі, скорочуючись

до періоду, який дорівнює 3-7 років, в залежності від масштабів

населеного пункту.

Примітним є те, що цикли з такою періодичністю також не

є унікальними для феномену наркоманії. Вони є типовими для

життя соціуму» [http://www.gumer.info/bibliotek\_Buks/Sociolog/

talal/07.php]. З міркувань дослідниці випливає декілька важливих

висновків для розуміння соціальної етіології смертності.

По-перше, наркоманія в етіології смертності займає вагоме

місце в періоди радикальних трансформацій, коли відбувається де-

задаптація до релятивізованого середовища і людина втрачає звич-

ні для неї структури життєвого світу [Шюц, 1988].

По-друге, втрата структур життєвого світу призводить і до

загального знецінення життя, що має наслідком різного роду нар-

котичні експериментування з ним та намагання перейти по відно-

шенню до травматичної соціальної реальності у стан своєрідної

«надчасовості». Проживання в цій ілюзорній надчасовості полег-

шує втрату життя в результаті передозування наркотиків, нещас-

них випадків і т.п.

По-третє, саморуйнівна поведінка на певний термін часу стає

легітимованою та узвичаєною, що робить смерть буденним яви-

щем. Узвичаєння смерті, яке синхронізується із іншими явищами

зниження динаміки, спаду, дефіциту та кризи, поглиблює дезадап-

тацію, наслідком чого стає зростання статистики смертності.

Узагальнюючи представлений матеріал, можна зробити висно-

вок, що цикли наркоманії в суспільстві відображають рівень адап-

тації/дезадаптації населення, особливо молоді, до реальних умов

106

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

життя. Адаптація та дезадаптація можуть залежати передусім від

величини часової перспективи, яка може бути окресленою на рівні

ідеологічної спрямованості суспільства та держави. Отже, адап-

тація/дезадаптація є залежними від показників аномії, які, в свою

чергу, визначають показники соціального макростресу і динаміку

споживання тютюну, алкоголю та наркотиків, від яких третинно

залежать статистики смертності.

Водночас, екстремуми споживання тютюну, алкоголю та нар-

котиків в різних когортах населення є індикаторами зростання

схильності до (ауто)деструктивних моделей поведінки в даних

когортах і сигналізують про необхідність прийняття адекватних

заходів щодо стабілізації соціально-демографічної ситуації в сус-

пільстві. Слід зауважити, що з точки зору соціальної демографії

поширення тютюно-, алко- та наркозалежної поведінки має серед-

ньо- і довгострокові соціальні наслідки у вигляді зниження якості

здоров’я батьків, що вживають психоактивні засоби (наркотики),

зниження рівня навченості, соціалізованості та конкурентоспро-

можності наступних генерацій.

Іншими словами, поширення тютюнопаління, алкоголізму та

наркоманії в одному поколінні знижує якість населення відразу

в декількох наступних один за одним поколіннях, що призводить

до загального скорочення тривалості життя, а отже – і зростання

смертності.

В аспекті розвитку транскультуральної демосоціології важ-

ливо підкреслити, що ритми поширення тютюнопаління, алкого-

лізму та наркоманії є різними у чоловічого, жіночого та дитячого

населення різних країн світу.

При цьому принципово важливим є те, що при загальних за-

кономірностях розвитку залежної поведінки в різних суспільствах

форма залежності для всіх видів психотропних засобів – тютюну,

алкоголю, наркотиків – виражає загально-поширену інфляцію со-

ціального часу і схильність різних соціальних когорт до непро-

дуктивних часовитрат. Ці непродуктивні часовитрати можуть бути

107

Медвєдєва Ю. Ю.

пов’язані передусім із кризами релігійно-морального та ідеологіч-

ного рівнів соціально-нормативної регуляції, а отже – «із дефіци-

тарністю автентичного смислопродукування соціальної спільно-

ти» [Романенко, 2006, с.311].

***Девіації харчової поведінки як чинник в структурі смерт-***

***ності Девіації харчової поведінки*** є вагомим чинником зростання

смертності як в індустріально-розвинених та постіндустріальних,

так і в доіндустріальних суспільствах із нестабільною соціально-

політичною ситуацією.

Трьома базовими девіаціями в сфері харчування, які є чинни-

ками зростання смертності в загальносвітовому масштабі, можна

вважати *голод,* *переїдання* та *неправильне харчування. Соціаль-*

*ними чинниками голоду виступають колоніальна залежність та*

*пов’язана з нею бідність, міжплемінні (громадянські) війни та*

*хронічні революційні потрясіння, неурівноваженість клімату при*

*слабких адаптаційних можливостях техніко-економічної систе-*

*ми. В дослідженні харчових девіацій в соціології можна виокреми-*

*ти два базові підходи: соціально-економічний та соціокультурний.*

*Соціально-економічний підхід* (представлений в класичній по-

літекономії, мальтузіанстві, марксизмі) [Валлерстайн, 2004; Маркс,

Энгельс, 1947;] базується на визнанні переважно екзогенних чин-

ників в якості провідних в розвитку харчових девіацій. При цьо-

му самі девіації розглядаються в аспекті неминучого екзогенного

впливу, пов’язаного із політичними, екологічними, економічними

та соціоструктурними обставинами. Прихильники означеного під-

ходу схильні пояснювати погане харчування та інвертовану харчо-

ву поведінку бідністю, війнами, засухами, штучними голодомора-

ми, пандеміями і епізоотіями і т.п.

Розуміючи евристичні можливості означеного підходу, є під-

стави поставитись до виключно екзогенного пояснення харчових

девіацій зовнішніми причинами із певною долею критики.

*Соціокультурний підхід* базується на визнанні того, що голод,

переїдання та неправильне харчування є залежними від дефектів

108

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

культурно-ціннісної надбудови суспільства. Цей підхід базується

на методології структурного функціоналізму та неофункціоналіз-

му [Парсонс, 1998; Alexander, 1982; Луман, 2007], і його евристич-

ний потенціал випливає із розуміння харчових девіацій передусім

як дефекту культури суспільства, органічною складовою якої є

система життєвих цінностей, в більш широкому розумінні – цензу-

ра суспільства, яка містить вищий, середній та нижчий рівні [Рома-

ненко, Святненко, 2013, с.224-226].

При цьому з позиції структурного функціоналізму та неофунк-

ціоналізму, харчові девіації супроводжують відповідний тип ауто-

пейзису, який відповідає суспільству споживання із перенесенням

логіки нерівності із самого суспільства у відносини між суспіль-

ствами, або суспільства, які переживають голод, піддаються соціо-

культурній та цивілізаційній ексклюзії.

Суспільства-ексклюзенти в окресленій логіці є не лише жерт-

вами консьюмеристського егоцентризму суспільств Заходу і США,

оскільки їх бідність є наслідком звикання із станом відкритого або

прихованого голоду. Поширеність голоду в суспільствах із нор-

мальними умовами розвитку сільського господарства є абсурдною,

а отже, голод в них може бути лише штучним явищем, створеним

розвиненими країнами.

У доповіді «Стан справ у зв’язку з відсутністю продовольчої

безпеки у світі – 2012», яка була складена на основі матеріалів

Продовольчої і сільськогосподарської організації ООН (ФАО),

Міжнародного фонду сільськогосподарського розвитку (ІФАД) і

Всесвітньої продовольчої програми (ВПП), на базі вдосконаленої

методології було представлено нові дані щодо кількості населення,

яке страждає від хронічного недоїдання.

В доповіді зокрема відзначено, що домінантний відсоток по-

страждалих від голоду, (їх чисельність складає приблизно 852 млн.

чоловік), мешкає на територіях країн третього світу і складає при-

близно 15% від населення цих країн. 16 млн. голодуючих перебу-

вають на території розвинених країн. Період з 1990 р. по 2012 р.

109

Медвєдєва Ю. Ю.

був відзначений тенденцією до зниження чисельності голодуючих

на 132 млн. осіб (з 18,6% до 12,5% від населення світу і з 23,2% до

14,9% від населення країн, що розвиваються), що робить можли-

вим досягнення Цілей розвитку тисячоліття, якщо для подолання

голоду буде вжито ефективних заходів на глобальному, регіональ-

ному та національному рівнях [http://ru.wfp.org/истории/в-мире-

почти-870-миллионов-человек-страдают-от-хронического-голода-

новый-доклад-по-голоду].

Відсоток недоїдання знизився різкіше з 1990 р. по 2007 р., ніж

це передбачалося раніше згідно з прогнозами. Проте, починаючи з

2007-2008 рр., ефективність подолання голоду істотно знизилася.

Автори доповіді зауважили також, що «в сучасному світі безпре-

цедентних технічних та економічних можливостей можна вважати

повністю неприйнятним той факт, що понад 100 млн. дітей у віці

до п’яти років мають недостатню вагу і тому не в змозі повніс-

тю реалізувати свій людський і соціально-економічний потенціал,

а також той факт, що хронічне недоїдання у дітей призводить до

смерті понад 2,5 млн. дітей щорічно.

У доповіді SOFI 2012 стверджується, що нова методологія не

враховує короткострокові наслідки стрибків цін на продовольство

та інших економічних потрясінь. ФАО також працює над розроб-

кою більш широкого спектру показників, щоб найкращим чином

оцінити якість раціону харчування та інші аспекти продовольчої

безпеки. У доповіді говориться, що, якщо будуть вжиті відповідні

заходи, щоб зупинити тенденцію уповільнення в 2007-2008 рр. і

нагодувати голодуючих, то мета розвитку тисячоліття (МРТ) щодо

зниження удвічі кількості голодуючих до 2015 р. буде цілком до-

сяжною.

«Якщо середнє річне зниження голоду протягом останніх

20 років збережеться до 2015 р., частка голодуючих у країнах, що

розвиваються досягне 12,5%, що все ще вище Цілі розвитку ти-

сячоліття в 11,6%, але набагато ближче до наміченої мети в по-

рівнянні з більш ранніми оцінками», – повідомляється в доповіді

110

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

[http://ru.wfp.org /истории/в-мире-почти-870-миллионов-человек-

страдают-от-хронического-голода-новый-доклад-по-голоду].

 Недоїдання за останні два десятиліття знизилося майже на

30% в Азіатсько-Тихоокеанському регіоні з 739 млн. чоловік до

563 млн. чоловік, в чому, завдяки соціально-економічному про-

гресу в багатьох країнах регіону. Незважаючи на зростання чи-

сельності населення, частка мешканців, які переживають стан

хронічного недоїдання, знизилася в регіоні з 23,7% до 13,9%. В

Латинській Америці і країнах Карибського басейну також було до-

сягнуто зниження кількості голодуючих з 65 млн. (у 1990-1992 рр.)

до 49 млн. у 2010-2012 рр., в той час як кількість осіб, які пере-

живають стан недоїдання, впала з 14,6% до 8,3%. Африканський

континент є континентом голодуючих із зростаючою чисельністю

(з 175 млн. до 239 млн.), прирощення кількості жертв голоду скла-

ло 20 млн. (2008-2012). Відсоток жертв голоду при досягнутому

прогресі зріс протягом 2009-2012 р. з 22,6% до 22,9%, при цьому

жертвою хронічного недоїдання є кожен четвертий мешканець аф-

риканського континенту. Таким чином, доволі скромні результати

і досягнення 2007-2012 р. були практично знецінені і темпи зрос-

тання голоду в Африці відтоді складали 2% на рік. Розвинені регі-

они також спостерігали зростання кількості голодуючих з 13 млн.

У 2004-2006 рр. до 16 млн. в 2010-2012 рр., зупинивши тенден-

цію повільного зниження в попередні роки з 20 мільйонів у 1990-

1992 рр [www.who.int/entity /nutrition/ topics/ emergencies/ru/ – 24k].

Важливим соціоекономічним чинником зниження голоду і не-

доїдання є сільськогосподарське зростання країн третього світу.

У вищецитованій доповіді підкреслюється, що загальне зростан-

ня є необхідним, але не достатнім для стійкого зниження голоду.

Сільськогосподарське зростання є особливо ефективним у зни-

женні голоду і недоїдання в бідних країнах, оскільки більшість

бідних верств населення залежить від сільського господарства та

пов’язаних з ним сфер діяльності. Зростання сільського господар-

ства із залученням дрібних фермерів, особливо жінок, буде най-

111

Медвєдєва Ю. Ю.

більш ефективним для зниження крайньої бідності та голоду, якщо

воно сприятиме створенню робочих місць для бідних.

Сільськогосподарське зростання має не тільки приносити по-

ліпшення бідним верствам населення, але і відбуватись із врахо-

вуванням вимоги до змісту поживних речовин в продуктах хар-

чування, щоб знизити прояви різних форм неправильного харчу-

вання та так званого прихованого голоду як чинника смертності

(прихований голод найчастіше за все стосується невисокого рівня

споживання біологічно-активних речовин при переважанні в ра-

ціоні субститутного, синтетичного та заміщуючого вуглеводного

харчування.

Тому зниження статистики голоду є не тільки питанням збіль-

шення обсягів виробництва життєво-необхідного продовольства,

але і підвищення його якості з точки зору різноманітності, енер-

гетичної складової і соціальної безпеки. В соціальній реальності

зв’язки між економічним зростанням і поліпшенням харчування

бувають дуже слабкими, що є доказом на користь інтегрованого

підходу до розвитку сільського господарства, інфраструктури охо-

рони здоровя і спорту, пропаганди здорового способу життя.

 Економічне зростання, безумовно, є важливим, але не завжди

достатнім або достатньо стрімким. Тому для подолання голоду та

недоїдання є необхідним впровадження систем соціального захис-

ту для набуття можливості найбільш вразливим верствам населен-

ня брати участь в економічному процесі, вкладати і отримувати

вигоди від зростання. Такі заходи, як грошові перекази, ваучери

на продовольство або страхування здоров’я необхідні найбільш

вразливим верствам населення, які часто не можуть скористатися

швидкими перевагами зростання.

Заходи соціального захисту можуть зробити внесок у поліп-

шення поживної складової в раціоні харчування маленьких дітей,

і тому розглядаються як інвестиції в майбутнє, щоб виростити

більш здорове, сильне і освічене покоління. Голод і недоїдання,

таким чином, можна усунути не лише за допомогою ефективних

112

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

заходів соціального захисту в комплексі з загальним економічним

зростанням, але і за допомогою соціотерапії та коригування куль-

турного розвитку країни.

 Крім того, що кожен 8-й мешканець земної кулі переживає

голод, мешканці розвинених країн частіше стикаються з проблема-

ми *неправильного харчування, чергуванням хронічного недоїдання/*

*переїдання і дефіцитом їжи із достатнім вмістом біологічно-*

*активних речовин*, що призводить до ожиріння, надмірної ваги і

пов’язаних з ними неінфекційних захворювань, смертність від

яких, за статистикою ВООЗ, складе до 2020 р. приблизно 1,4 млрд.

чоловік у всьому світі [www.who.int/entity /nutrition/ topics/

emergencies/ru/ – 24k].

На сьогодні в емпіричних дослідженнях представлено значний

обсяг даних про роль раціону харчування у розвитку атеросклеро-

зу як чинника артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця,

інфарктів та інсультів. Науковим фактом є те, що високий рівень

споживання з їжею насичених жирів, транс-жирів, холестерину

і солі і низький рівень споживання фруктів, овочів і риби підви-

щує ризик розвитку серцево-судинних захворювань. Так відомою

для наукової та буденної свідомості є девіація харчової поведінки,

пов’язана із хронічним переїданням внаслідок стресових обста-

вин – булімія. Наслідком булімії є ожиріння, яке виступає, в свою

чергу, чинником ризику розвитку танатогенних серцево-судинних

захворювань, тісно пов’язаним з раціоном харчування і дефіцитар-

ністю/відсутністю фізичної активності.

Ожиріння є хворобою, яка вражає як стабільні в соціально-

економічному відношенні країни (Німеччина, Франція, США, Го-

ландія) , так і ті, які можна визначити як транзитивні суспільства

– країни з їх перехідним суспільним ладом (Україна, Білорусь, РФ)

[Питание и здоровье в Европе, 2002]. У 2008 р. поширеність підви-

щеного рівня загального холестерину крові серед дорослого насе-

лення у світі склала 39% (37% серед чоловіків і 40% серед жінок).

Середнє значення рівня загального холестерину в світі в період з

113

Медвєдєва Ю. Ю.

1980 по 2008 р. змінилося неістотно, збільшившись за 10 років се-

ред чоловіків і жінок менш ніж на 0,1 ммоль/л.

Найвищу поширеність підвищеного рівня холестерину було

зафіксовано в Європейському регіоні ВООЗ (54% для чоловіків і

жінок), другу позицію займають країни Америки (48% серед чо-

ловіків і жінок). Найнижчою є поширеність підвищеного рівня хо-

лестерину в Африканському регіоні ВООЗ і в Регіоні ВООЗ для

країн Південно-Східної Азії (23 і 30%, відповідно). Медична еті-

ологія ожиріння стосується порушення рівноваги між кількістю

одержуваної з їжею енергії і її витратами; при цьому мова ведеться

як про надспоживання холестерину, так і нерівномірне вживання

холестериновмістких продуктів при неурівноваженому харчовому

режимі (при чергуванні переїдання і недоїдання).

На думку А. Робертсона, «окрім популяризації регулярної

фізичної активності як запобіжника в розвитку ожиріння за раху-

нок збільшення витрат енергії, поширеність ожиріння як чинника

смертності серед дорослого населення вдається знизити за раху-

нок нарощування обсягів споживання овочів і фруктів на душу на-

селення» [Robertson, 2004, p.8-9]. За підрахунками Т. Валконена,

приблизно 16 млн. (1,0%) років життя, скоригованих з непрацез-

датності (DALY) і 1,7 млн. (2,8%) випадків смертей в усьому світі

пов’язані з низьким споживанням фруктів і овочів [Valkonen, 2001,

p.185-328].

Кількість харчової солі є важливим показником, який визна-

чає рівень артеріального тиску і серцево-судинний ризик у ціло-

му, оскільки ризик від серцево-судинної смертності підвищується

для осіб, які є схильними до гіпертензії Таким чином, «адекватне

споживання фруктів і овочів знижує ризик смертності від серцево-

судинних захворювань, а часте вживання в їжу висококалорійних

продуктів, зокрема, таких як, напівфабрикати та готових до вжи-

вання страв з високим вмістом жирів і вуглеводів, сприяє розвитку

ожиріння, порівняно з низькокалорійними продуктами» [Mackay,

2004].

114

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

У зв’язку з цим бля багатьох країн постає проблема так зва-

ного прихованого голоду, яка полягає у зниженні доступності

продуктів із біологічно-активними речовинами або ж заміні цих

продуктів різними комерційними сурогатами. Саме тому в США

та Великобританії для нижчих верств ожиріння стає епідемією.

Адже саме ожиріння виявляється детермінованим, з одного боку,

низькою культурою харчування нижчих соціальних груп (в тому

числі – їх піддатливості до комерційної реклами), а з іншого боку

– прихованим голодом, який має соціо-психічне підґрунтя. Замість

споживання здорової їжи представники нижчих соціальних груп

намагаються надолужувати настачу біологічно-активних речовин

баластними жирами та вуглеводами.

За даними А. Аммермана [Ammerman, 2002, р.89-90] близь-

ко 40% чоловіків, 42% жінок та 38% дітей щорічно вмирають від

хвороб, пов’язаних із ожирінням, при цьому всії їх можна відне-

сти до класу С (безробітні, особи без постійної зайнятості, пред-

ставники етнічних меншин латиноамериканського походження).

Серед вищих класів ця статистика є істотно нижчою: 18%, 23%

та 22,7% чоловіків, жінок та дітей відповідно. Остання обставина

не потребує спеціального пояснення: адже тут йдеться не просто

про вищий рівень доступності спортивної інфраструктури, спе-

ціальних валеологічних засобів та дієт, але і також про знижений

рівень соціальної невизначеності, усунення шкідливих звичок, і,

передусім, натуральне харчування. Споживання насичених жирів

зростає по мірі зростання ВНП, тобто мешканці заможних країн

вживають більше холестериновмістких продуктів; з іншого боку,

вживання останніх призводить до зростання статистики смертнос-

ті переважно представників нижчих соціальних груп, в той час як в

країнах із низьким та спадним ВНП показники смертності хвороб,

пов’язаних з ожирінням, є приблизно однаковими як для вищо-

го і середнього, так і нижчого класу (розбіжності в статистичних

даних, за підрахунками М. Езатті, складають відповідно, 30,66%

для розвинених країн та 5,57 для країн із середнім та низьким рів-

115

Медвєдєва Ю. Ю.

нем соціально-економічного розвитку. Сумарна доступність жирів

підвищується із зростанням рівня доходів, при цьому доступність

насичених жирів складає близько 8% у країнах з низьким рівнем

доходу та з рівнем доходу нижче середнього, а в країнах з рівнем

доходу вище середнього та з високим рівнем доходу – 10% [Ezzati,

2004, р.18].

Щорічно в світі не менше 2,8 млн. чол. вмирають від того,

що мають надмірну масу тіла або страждають ожирінням. За

оцінками ВООЗ, на частку цих двох причин припадає приблизно

35800000 років життя, скоригованих за непрацездатністю, тобто,

2,3% загальносвітового показника DALY [Доклад о состоянии

здравоохранения в мире, 2004].

За даними Дж. Рема [Rehm, 2009, p. 959-1108] «на 2008-2009 р.,

приблизно 34% дорослого населення у віці старше 20 років мали

надлишкову масу тіла, а їх індекс маси тіла (ІМТ, відношення ваги

до зростання) дорівнював або перевищував 25 кг/м. (33,6% чолові-

ків і 35% жінок)». За даними на той же рік, 9,8% чоловіків і 13,8%

жінок страждали ожирінням, а їх ІМТ дорівнював або перевищу-

вав 30 кг/м. «Для порівняння, в 1980 р. на ожиріння страждали

4,8% чоловіків і 7,9% жінок Ожиріння являє собою гостру медико-

соціальну проблему як в розвинених країнах, так і в країнах, що

розвиваються» [Rehm, 2009, p. 977].

За даними перспективних епідеміологічних досліджень Л. Сі-

монато, існує зв’язок між надлишковою масою тіла або ожирінням,

з одного боку, і серцево-судинною захворюваністю та смертністю

від серцево-судинних захворювань і загальною смертністю. Ожи-

ріння є тісно пов’язаним з основними чинниками серцево-судин-

ного ризику смертності, зокрема, такими, як гіпертензія, зниження

толерантності до глюкози, цукровий діабет другого типу і дислі-

підемія. Надлишкова маса тіла і ожиріння чинять негативний ме-

таболічний вплив на артеріальний тиск, холестерин, тригліцериди

та інсуліно-резистентність. Зі збільшенням ІМТ стабільно зростає

ризик ішемічної хвороби серця та інфаркту, ішемічного інсульту

116

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

і цукрового діабету другого типу та діабетичної коми. «Для до-

сягнення оптимального стану здоров’я медіанне значення ІМТ для

дорослого населення має перебувати в межах 21-23 кг/м, а метою

для індивідів має бути підтримка ІМТ в межах 18,5-24,9 кг/м»

[Simonato, 1998, p.624-630].

Поширеність підвищеного ІМТ збільшується по мірі зростан-

ня доходу країни, починаючи з рівня доходу, який є вищим за се-

редній. У країнах з високим доходом і доходом вище за середній

поширеність надлишкової маси тіла більше ніж у два рази переви-

щувала показники країн з низьким доходом і доходом нижче се-

реднього. Що стосується ожиріння (як у чоловіків, так і у жінок),

то між країнами з доходом нижче середнього і вище середнього

спостерігається більше ніж потрійна різниця: 7 і 24%, відповід-

но. Підвищення рівня доходу корелює із збільшенням надлишкової

ваги серед немовлят і дітей молодшого віку.

Як відзначає Х. Тройньє, «у країнах з високим рівнем дохо-

ду, таких як Сполучене Королівство та США, кореляція між ожи-

рінням і соціальним статусом є негативною», себто, чим нижчим

є соціальний статус, тим ширшим є поширеність ожиріння серед

відповідної соціальної групи. Зниження підвищеного рівня холес-

терину в сироватці крові зменшує ризик ішемічної хвороби серця.

Автор наводить дані, згідно з якими зниження холестерину в си-

роватці крові на 10% у 40-річних чоловіків знижує ризик розви-

тку ішемічної хвороби серця на 50% протягом п’яти років; таке

ж зниження рівня холестерину в сироватці крові у 70-річних чо-

ловіків здатне знизити ризик розвитку ішемічної хвороби серця в

середньому на 20% протягом п’яти років. Автор додає також, що

поширеність підвищеного рівня холестерину помітно підвищуєть-

ся із зростанням рівня доходу країни. У країнах з низьким рівнем

доходів рівень загального холестерину є підвищеним приблизно у

25% дорослого населення, в той час як у країнах з високим рівнем

доходу – більше ніж у 50% дорослого населення [Treurniet, 2010,

p. 290-295].

117

Медвєдєва Ю. Ю.

Девіації харчової поведінки слід розглядати як важливий чин-

ник статистики смертності в аспекті наявності в кожному суспіль-

стві відкритого або прихованого голоду, переїдання та пов’язаних

із ними серцево-судинних ускладнень, які сприяють зростанню

статистик смертності та є її лідерами. В контексті розглянутого

варто внести уточнення в поняття голоду, який може виявлятись,

в залежності від рівня соціально-економічного розвитку країни та

соціальної групи, як відкритий голод та прихований голод. Відкри-

тий голод є соціальною проблемою країн третього світу (переваж-

но Азії та Африки) і виявляється в нестачі продовольства та не-

можливості самозабезпечення країни (групи країн) сільськогоспо-

дарською продукцією. І хоча статистичні показники смертності по

відкритому голоду є високими, в розвинених країнах є більш по-

ширеним прихований голод, який охоплює представників нижчих

соціальних груп і пов’язаний, на нашу думку, із дефіцитарністю

раціону у вимірі біологічно-активних речовин. Остання спонукає

нижчі класи до вживання синтетичної та сурогатної їжи із висо-

кими вмістом холестерину, барвників та стабілізаторів, що стає,

відповідно, чинником підвищеної захворюваності та смертності.

Зростання статистик ожиріння в країнах із високим, серед-

нім та низьким рівнем національного доходу можна розглядати

в аспекті теорії соціального макростресу, яка дозволяє поєднати

як соціально-економічний, так і соціокультурний підходи в розу-

мінні харчових девіацій. На нашу думку, споживання висококало-

рійних продуктів із підвищеним вмістом холестерину може бути

пов’язаним як із достатньою, так і з недостатньою соціально-еко-

номічною стабільністю суспільства. Більше того, враховуючи те,

що і в розвинених і в країнах які розвиваються, вищі та середні

соціальні групи переживають соціальний макрострес, можна вес-

ти мову про два генералізовані виміри смертності від ожиріння та

супутніх хвороб: *смертність надстабільності* та *смертність не-*

*стабільності*.

*Смертність надстабільності* пов’язана із споживанням хо-

118

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

лестериновмісткої їжи представниками нижчих соціальних груп в

розвинених країнах світу із високим рівнем ВНП (напр., США та

Великобританії). Для цих країн є типовою картина поширеності

ожиріння серед нижчих верств населення, що є пов’язаним із спо-

живанням сурогатної їжи при її високій доступності, а з іншого

боку – із нестачею освіти, яка виступає необхідним чинником інте-

лектуальної пропедевтики здоров’я.

В той же час у країнах із низьким ВНП гіперхолестерінемія та

супутні їй танатогенні серцево-судинні захворювання є поширени-

ми серед представників вищих соціальних груп, що пояснюється

соціальним макростресом у зв’язку із несталістю і доволі хитким

станом соціально-економічноїх стабільності в цих країнах (*смерт-*

*ність нестабільності*). Аналогічні показники стосуються нутрієн-

тів (цукру і солі), споживання яких зростає в умовах соціального

макростресу. Останній, як правило, супроводжує підвищення со-

ціальної тривожності та невизначеності майбутнього, що на орга-

нізмічному рівні спричиняє поведінкові реакції вживання солі та

цукру як засобів підвищення тонусу (за рахунок гіперглікемії та

гіпертензії).

Отже, переважання як першого, так і другого різновиду смерт-

ності є пов’язаним із оцінкою довготривалої або ж короткотрива-

лої часової перспективи суспільства, яка залежить вже не стільки

від соціально-економічних, скільки від релігійних та ідеологічних

чинників функціонування соціальної системи.

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

***смертності.*** На інфекційні захворювання припадає 9% тягаря хво-

роб, виміряного в DALYs, при цьому причиною більше ніж поло-

вини цього тягаря є ВІЛ і туберкульоз. Інфекційні хвороби продо-

вжують зберігати велику значимість з огляду на наступні чинники:

По-перше, має місце значна поширеність туберкульозу і зрос-

тання показників ВІЛ-інфікованості в ряді країн, особливо в Укра-

їні, Росії та Білорусі. По-друге, як і раніше зберігається загроза

для громадського здоров’я, яку представляють, головним чином,

119

Медвєдєва Ю. Ю.

інфекційні хвороби, що можуть набути епідемічного характеру.

По-третє, має місце поява нових хвороб. У Європейському регі-

оні ВООЗ було зареєстровано 34 випадки важкого гострого респі-

раторного синдрому (ВГРС) в 10 країнах. Це свідчить про те, що

у зв’язку з процесами глобалізації торгівлі і пересування людей

перед регіоном постає загроза завезення в нього як нових, так і

старих хвороб. Нові патогенні мікроорганізми будуть з’являтися і

в майбутньому, і вони можуть швидко стати серйозним чинником

зростання смертності за умови посилення соціального макростре-

су в країнах з перехідним соціальним ладом а всіх континентах.

Ризик терористичних актів з використанням біологічних агентів

ще більше погіршує небезпеку, пов’язану з природним виникнен-

ням і розвитком інфекційних хвороб. Фактори, які підсилюють

епідеміологічні ризики і створюють подвійний тягар хвороб, який

несуть деякі країни, складають наступний перелік.

А) *Бідність і недостатнє фінансування у зв’язку з цим дер-*

*жавних служб*, що знижує доступність для населення базових са-

нітарно-гігієнічних послуг, здорової і безпечної їжі та питної води,

а також лікувально-профілактичної допомоги.

Б) *Застарілість законодавчої бази епідеміологічного нагляду.*

У країнах Євр-A системи епіднагляду, як правило, добре розвинені

і включають складні системи звітності, іноді навіть засновані на

Інтернет-мережі. У цих країнах є також зазвичай добре розвине-

ними системи раннього попередження інфекційних захворювань.

Однак, у зв’язку з нещодавно проведеними реформами з децентра-

лізації систем охорони здоров’я, не вся епідеміологічна інформа-

ція потрапляє своєчасно на національний та міжнародний рівні.

Системи епідеміологічного нагляду в більшості нових держав ЄС

являють собою комбінацію систем, характерних для України, Росії

та Білорусі або західноєвропейських країн. Вони добре розроблені

і засновані на міжнародних визначеннях випадків хвороб, однак,

в багатьох країнах існує застаріле національне законодавство з ін-

фекційних хвороб.

120

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

В) *Дисфункції децентралізації систем охорони здоров’я ре ре-*

*зультаті ринкових реформ.* У країнах Євр-B і-C рівень розвитку

систем епідеміологічного нагляду в значній мірі відрізняється. У

деяких країнах використовуються добре розвинені системи, що

поєднують епідеміологічний нагляд за популяцією з епіднагляду

за середовищними детермінантами. Проте, перехід до ринкової

економіки і пов’язані з цим соціальні реформи означають, що ці

системи більше не функціонують і є практично зруйнованими.

Свою ефективність зберігають деякі програми боротьби з інфек-

ційними хворобами, підтримувані на міжнародному рівні.

Країни СНД, мабуть, найбільше постраждали від перехідного

періоду, і їх системи епідеміологічного нагляду майже повністю по-

збавлені необхідної інфраструктури. Там, де системи епідеміоло-

гічного нагляду функціонують, місцеві системи охорони здоров’я

не використовують систематичним чином інформацію, зібрану для

полегшення процесу прийняття рішень, і від них надходить мало

зворотної інформації щодо зібраних даних і спрямованих їм допо-

відей. Крім того, потенціал лабораторних служб у ряді країн також

є дуже обмеженим.

ВІЛ/СНІД швидко стає серйозною загрозою для здоров’я,

економічної стабільності та людського розвитку в багатьох части-

нах Європейського регіону ВООЗ (25). Згідно з оцінкою ВООЗ та

Об’єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС), наприкінці

2010-2011 р. в Європейському регіоні ВООЗ число людей, що жи-

вуть з ВІЛ /СНІДом, досягло 3,88 млн., 2,6 млн. з яких проживають

в Україні, РФ та Білорусії [www.unaids.org/.../20121120\_UNAIDS\_

Global\_Report\_2012\_with\_annex].

Розрахункова поширеність ВІЛ серед дорослих перевищила

1% в трьох країнах – Естонії, Російській Федерації та України. Ці

три країни разом з Латвією входять до числа країн світу з найви-

щими рівнями ВІЛ-інфікованості.

Для епідемії ВІЛ/СНІДу в світі є характерною наявність вели-

ких відмінностей між групами країн. У Західній Європі найбільш

121

Медвєдєва Ю. Ю.

високі показники ВІЛ-інфікування спостерігалися в 1983 р. (серед

чоловіків, що мають секс з чоловіками) і в 1987/1988 рр. (серед

користувачів ін’єкційних наркотиків), після чого настав період

відносного зниження і стабілізації цих показників [www.unaids.

org/.../20121120\_UNAIDS\_Global\_Report\_2012\_with\_annex].

Нажаль, частотність знову діагностованих ВІЛ-інфекцій знову

почала підвищуватися. Частотність інфікування через гетеросек-

суальні контакти істотно зросла в 2002 і 2003 рр., що, головним

чином, стосувалося випадків інфікування, діагностованих у гете-

росексуалів людей, які приїхали з країн з генералізованою епіде-

мією (перш за все, з країн Африки на південь від Сахари), які були

інфіковані в цих країнах.

До числа країн Західної Європи, в яких наголошується таке

підвищення, відносяться Бельгія, Німеччина, Данія, Ірландія, Спо-

лучене Королівство, Швеція і Швейцарія. Чисельність випадків

ВІЛ-інфікування серед чоловіків, що мають секс з чоловіками, та-

кож зросла в країнах Західної Європи в 2002 і 2003 рр. [www.unaids.

org/.../20121120\_UNAIDS\_Global\_Report\_2012\_with\_annex].

Після впровадження і широкого використання високоактивної

антиретровірусноїтерапії (ВААРТ) у цих країнах частота захворю-

вання на СНІД і число смертей віднього різко знизилися в середині/

кінці 1990-х років (29), і вони продовжують знижуватися, хоча і з

помітним вирівнюванням кривої зниження після 1998 р. Нещодавно

відзначене збільшення числа випадків ВІЛ-інфікування та СНІДу в

деяких країнах Західної Європи викликає стурбованість стосовно

уразливості мігрантів, ризикованої поведінки чоловіків, які мають

секс з чоловіками, самозаспокоєння, пов’язаного з появою методів

лікування (зокрема, це відображається у тому, що у зв’язку з можли-

вістю лікування СНІДу люди знову починають вести ризикований

спосіб життя), послаблення підтримки роботи в цьому напрямку з

боку урядів і послаблення профілактичної роботи.

У країнах Центральної та Східної Європи загальні показники

знову діагностованих випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу в останні

122

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

роки були відносно низькими і стабільними. До кінця 2003 р. в

цьому регіоні Європи було зареєстровано близько 21 000 нових

випадків ВІЛ-інфекції. Три чверті всіх випадків мали місце в Ру-

мунії та Польщі. У той же період часу було зареєстровані 12791

випадок СНІДу та 5869 випадків смерті від СНІДу [www.unaids.

org/.../20121120\_UNAIDS\_Global\_Report\_2012\_with\_annex]. Тен-

денції показників знову реєстрованих випадків ВІЛ-інфекції та

смертей від СНІДу в останнє десятиліття стабілізувалися, в той

час як число зареєстрованих випадків СНІДу повільно знижувався

в останні шість років.

Проте, в ряді країн є такі чинники для поширення епідемій

ВІЛ/СНІДу, як низький рівень знань та загальної інформованості,

а також слабко-розвинені лікувально-профілактичні служби.

У країнах Балтії та багатьох країнах СНД понад 80% зареє-

строваних випадків ВІЛ-інфікування припадає на споживачів

ін’єкційних наркотиків. Добре задокументовані епідемії ВІЛ се-

ред СІН були зареєстровані в Білорусі, Латвії, Литві, Казахстані,

Республіці Молдова, Російської Федерації, Україні та Естонії. У

Російській Федерації чисельність нових випадків ВІЛ-інфекції по-

двоювалося кожні 6-12 місяців в період з 1995 по 2011 рр.

 Крім того, в цих країнах спостерігається найвища частота

туберкульозу і туберкульозу із множинною резистентністю до лі-

кування. Коінфекція туберкульоз/ВІЛ пов’язана з більш високою

захворюваністю і смертністю і підвищеним ризиком передачі ТБ

серед населення в цілому. Згідно з наявними оцінками, у 2011 р. в

Російській Федерації ТБ став причиною 35% всіх випадків смер-

ті серед дорослих хворих на СНІД [www.unaids.org/.../20121120\_

UNAIDS\_Global\_Report\_2012\_with\_annex].

Серед інфекційних захворювань провідною причиною смерті

молодих дорослих в Європейському регіоні є туберкульоз. Біль-

шість хворих на туберкульоз – це особи у віці 15-54 років, а пік

цього виду захворюваності припадає на людей віком 45-54 роки.

Захворюваність на туберкульоз серед чоловіків є у три рази ви-

123

Медвєдєва Ю. Ю.

щою, ніж серед жінок. Тенденції цієї епідемії порівняти з тенден-

ціями, які спостерігаються в африканських країнах, найбільш ура-

жених епідемією ВІЛ/СНІДу; чисельність зареєстрованих нових

випадків туберкульозу в зросла з 2 до 8 млн на рік [www.who.int/

mediacentre/factsheets/fs104/ru].

Ситуація в цій області є критичною у всіх державах Балтії,

країнах СНД та Румунії. На ці 16 країн припадає чотири п’ятих

всіх випадків ТБ, зареєстрованих в країнах Європи. Однак тубер-

кульоз становить проблему громадської охорони здоров’я і в інших

країнах з проміжними і низькими показниками захворюваності, де

крива їх зниження вирівнялася в результаті військових дій, грома-

дянських війн і нестабільності або появи груп високого ризику се-

ред іммігрантів та маргіналізованих соціальних спільнот.

Основні фактори, які сприяють поширенню епідемії туберку-

льозу, включають бідність, туберкульоз з множинною лікувальною

стійкістю, коінфекцію ВІЛ /туберкульозу і передачу туберкульозу

серед ув’язнених. Зрозуміло, що остання обставина пов’язана із не-

дореформованістю пенітенціарної системи в країнах Східної Єв-

ропи, як, в свою чергу, супроводує перехідний період і соціальний

макрострес в Україні, Російській Федерації, Білорусі та країнах

Прибалтики.

В резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров’яWHA ви-

знається, що туберкульоз є однією з найважливіших перепрон для

соціально-економічного розвитку і однією з головних причин ви-

падків передчасної смерті і людських страждань в глобальному

масштабі/ Основними бар’єрами на шляху до успішної реалізації

стратегії подолання туберкульозу є недостатність політичного во-

левиявлення в ряді країн, дефіцит фінансових коштів і слабкість

інфраструктури громадської охорони здоров’я [www.who.int/

mediacentre/factsheets/fs104/ru].

ХХI століття характеризується багатьма соціальними про-

блемами, в тому числі – зростанням смертності населення від так

званих соціально-зумовлених хвороб, статистика яких випереджає

124

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

розмір статті смертності від інфекційних хвороб. Нинішній етап

розвитку європейської частини людства загалом і нашого суспіль-

ства зокрема пов’язаний з демографічною кризою, зниженням

тривалості життя, погіршенням психічного стану населення кра-

їни, що викликає стурбованість багатьох вчених і фахівців. Серед

різних захворювань населення ряд хвороб має особливо важливе

соціальне значення. Значимість таких захворювань пов’язана не

тільки і навіть не стільки з їх широким розповсюдженням, скільки

з тією роллю, які ці захворювання відіграють в статистиці смерт-

ності та інвалідизації населення, в економічних збитках для еконо-

міки країни через тимчасову втрату працездатності, інвалідності

та передчасну смерть.

В клінічній психології та патопсихології, психодіагностиці, зо-

крема – в працях К. Леонгарда, В. Шмішека, Р. Кеттела – задовго

до відповідних соціологічних досліджень, було встановлено деякі

емпіричні закономірності розподілу окремих груп захворювань по

соціальних групах (класах). Так, до фізичних (соматичних) захво-

рювань, а з психічних захворювань – шизофренії – є в більшій мірі

схильними представники нижчих класів. Циклофренія (маніакаль-

но-депресивний психоз) частіше зустрічаєтсья в середовищі пред-

ставників вищих класів. Прояви девіантної поведінки, які справля-

ють шкідливий вплив на здоров’я, частіше зустрічаються в «поляр-

них» класах – серед представників «надбагатих» і «декласованих»

соціальних груп [див. у зв’язку з цим: Cтоляренко, 2006, с.88].

У поясненні причин соціальної зумовленості здоров’я в су-

часній соціології володіють лідерством дві теоретичні концепції –

*концепція соціального стресу* і *концепція соціальної селекції.*

*Концепція соціального стресу,* витоки якої перебувають в соці-

ально-економічному вченні марксизму, грунтується на припущен-

ні, що на нижчих щаблях класової ієрархії суспільства складають-

ся більш стресогенні умови існування. Це небезпечні та шкідливі

умови праці, несприятлива екологічна обстановка в місцях про-

живання, найгірше житло і харчування, нестача коштів, недотри-

125

Медвєдєва Ю. Ю.

мання гігієнічних вимог і, нарешті, – низька доступність медичної

допомоги. Перші праці цього напрямку започаткував Ф. Енгельс в

своїй праці «Становище робітничого класу в Англії». В історії со-

ціології можна знайти доволі велику бібліографію і інших класиків

марксизму, в яких репрезентовані подібні ідеї [див. також: Маркс,

Энгельс, т.12, с.189-192; Маркс, Энгельс, т.23, с.473-476; Ленин,

т.23, с.136-137; Ленин, т.40, с.188, 189].

*Концепція соціальної селекції,* основні ідеї якої було розвине-

но в соціал-дарвінізмі Г. Спенсера та У. Самнера та продовжено в

структурному функціоналізмі Т. Парсонса, Е Шілза, постулює, що

місце особи в класово-ієрархічній структурі суспільства є детермі-

нованим її психобіологічними особливостями, що дають їй пере-

ваги в конкурентній боротьбі за владу та ресурси перед іншими

індивідами. При отриманні високого соціального статусу «у спад-

щину» особа, яка не володіє конкурентними перевагами, втрачає

статус, «дрейфуючи» в більш низький соціальний клас [Парсонс,

1998; Спенсер, 2001].

Французькі медики Е. Гюан і А. Дюссер в книзі «Хвороби на-

шого суспільства» ще в 50-х рр. ХХ ст. підняли цю проблему, по-

ставивши питання про причини різких змін громадського здоров’я

та виникнення масових патологій, що дає підстави вести мову про

епідемію соціально-зумовлених захворювань в сучасному світі як

провідний чинник смертності населення [Лисицын, 2002, с.114].

«Хвороби цивілізації» вражають як цілком стабільні в соціально-

економічному відношенні країни, так і країни, економічний стан

яких відзначається перманентною кризовістю.

В літературі з соціології здоров’я наводяться цікаві результа-

ти розтину більше 300 загиблих солдатів американської армії під

час Корейських подій в п’ятдесяті роки у віці 22 років. За життя

вони вважалися абсолютно здоровими. При патолого-анатомічно-

му розтині у 75% з них коронарні судини були враженими атеро-

склеротичними бляшками. У кожного четвертого просвіт артерій

виявився звуженим на 20%, а у кожного десятого – на 50%. Таку

126

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

картину можна спостерігати у жителів країн з високим життєво-

економічним потенціалом. В менш цивілізованих країнах зафіксо-

вано інші випадки. Італійський лікар Ліпічірелла при обстеженні

203 погоничів верблюдів у 1962 р. в Сомалі не виявив у жодного

з них ознак атеросклерозу. При розтині 6500 померлих жителів в

Уганді не було виявлено жодного випадку коронарного атероскле-

розу або інфаркту міокарда [Лисицын, 2002, с.115-116].

 В цілому в розвинених країнах за умови зростання комфорт-

ності життя, а з іншого боку – зменшення рівня фізичної динаміки

за рахунок узручнюючих технічних засобів, формується група *чин-*

*ників* *(факторів) соціального ризику*, які призводять до виникнен-

ня *соціально-зумовлених захворювань.*

*Фактори соціального ризику* – загальна назва факторів зо-

внішнього (природного та соціального) та внутрішнього середови-

ща організму, поведінкових звичок, які, хоча і не є безпосередньою

причиною певної хвороби, але сприяють зростанню імовірності її

виникнення та розвитку, її прогресування і несприятливого резуль-

тату. До цих чинників відносяться:

– гіпокінезія та гіподинамія; – переїдання і пов’язана з ним

надлишкова маса тіла; – психоемоційне перенапруження та гіпо-

релаксія; зловживання алкоголем і тютюнопаління.

З усього перерахованого вище можна зробити висновок, що

«хвороби цивілізації», до яких відносяться в першу чергу хвороби

серцево-судинної системи, онкологічні та алергічні захворювання,

формуються через неможливість людського організму адаптувати-

ся до стрімких змін навколишнього середовища, ритму і способу

життя.

Нині в науковій літературі з соціології медицини [Хабибуллин,

2000; Решетников, 2007; Бовина, 2008; Гурвич, 1999; Журавлева,

2006; Изуткин, 1981; Келле, 2003, с. 50-54; Общественное здоро-

вье и экономика, 2007] прийнято виділяти три основні групи за-

хворювань, які є нехарактерними для людини як біологічного виду

в доіндустріальних суспільствах:

127

Медвєдєва Ю. Ю.

• хвороби цивілізації;

• соціально значущі захворювання;

• соціально-зумовлені захворювання.

*Хвороби цивілізації* – це захворювання, поширені в економічно

розвинених країнах, походження яких пов’язане з досягненнями

науково-технічного прогресу. До них відносяться ішемічна хворо-

ба серця, атеросклероз, гіпертонія, інфаркти, інсульти, злоякісні

новоутворення, алергії, остеохондроз хребта та ін..

*Соціально значущі захворювання* є основною причиною за-

хворюваності, інвалідності та смертності, особливо серед працез-

датної частини населення розвинених країн, Ці хвороби, завдаючи

серйозних економічних збитків за рахунок вибування з виробничо-

го ланцюжка виробників матеріальних благ, сприяють їх загибелі

через хворобу, або ж тому, що суспільство бере на себе тягар ви-

плати постраждалим від цієї хвороби соціальних допомог, якщо

вони стають інвалідами.

*До соціально-значущих захворювань* *відносяться хвороби сис-*

*теми кровообігу, злоякісні новоутворення, травми, отруєння та*

*деякі інші наслідки дії зовнішніх причин, цукровий діабет, тубер-*

*кульоз.*

*Соціально-обумовлені захворювання* формуються під впливом

найближчого оточення людини і пов’язані з соціально-економіч-

ним станом країни проживання, До цієї групи відносяться хвороби

наркологічного профілю, венеричні захворювання, туберкульоз,

вірусний гепатит В та ін..Оскільки соціально зумовлені захворю-

вання є поширеними в одних і тих же групах населення, вони часто

асоціюютьcя (поєднуються) один з одним, що ускладнює перебіг і

ускладнює лікування кожного з них.

Так, згідно даних ВООЗ, біля 3 млн. чоловік є водночас інфі-

кованими збудниками туберкульозу та ВІЛ. Більше як 90% ВІЛ-

інфікованих є наркоманами. Серед захворілих на СНІД близько

70% зловживають алкоголем, 14% страждають на хронічний ал-

коголізм або наркоманію. Якщо в 1991 р. з 531 тисячі хворих на

128

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

венеричні захворювання було виявлено 12 ВІЛ-інфікованих (2,3 на

100 тис.), то в 1999 р. – з 1739900 хворих вже 822 людини були

з ВІЛ-інфекцією (47,2 на 100 тис.), а в 2009 році – 1443 (62,8 на

100 тис. населення) [http://www.who.int/whr/ru/index.html].

Згідно даним ВООЗ, більше 80% випадків смерті від ССЗ у сві-

ті відбувається в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Люди

в країнах з низьким і середнім рівнем доходу в більшій мірі під-

даються впливу факторів ризику, таких як тютюн, які призводять

до розвитку серцево-судинних захворювань і інших неінфекційних

захворювань. Разом з цим, вони часто не можуть користуватися

перевагами програм з профілактики порівняно з жителями еконо-

мічно розвинених країн. [http://www.who.int/whr/ru/index.html].

Люди в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, які страж-

дають від серцево-судинних захворювань та інших неінфекційних

хвороб, мають менший доступ до ефективних медико-санітарних

служб, що відповідають їх потребам (включаючи служби раннього

виявлення). У результаті багато людей в країнах з низьким і серед-

нім рівнем доходу вмирають від серцево-судинних захворювань та

інших неінфекційних хвороб у більш молодому віці, часто в най-

продуктивніші роки життя.

Жертвами соціально-зумовлених захворювань найчастіше ста-

ють представники нижчих соціальних груп в країнах з низьким і

середнім рівнем доходу. На рівні окремих сімей зафіксовано до-

статньо фактичних даних, які свідчать про те, що «серцево-судинні

захворювання і інші неінфекційні захворювання сприяють подаль-

шому зубожінню сімей через катастрофічні витрати на медичну

допомогу і високу частку витрат з коштів сімейного бюджету»

[Журавлева, 2006, с.144-145].

На макроекономічному рівні серцево-судинні захворювання

лягають важким тягарем на економіку країн з низьким і середнім

рівнем доходу. За оцінками, неінфекційні захворювання, включа-

ючи серцево-судинні захворювання і діабет, можуть знижувати

ВВП на 6,77% у країнах з низьким і середнім рівнем доходу, які

129

Медвєдєва Ю. Ю.

переживають швидке економічне зростання, у зв’язку з численни-

ми випадками передчасної смерті [http://www.who.int/mediacentre/

factsheets/fs317/ru/].

Соціальне значення цих захворювань визначається не тільки, а

вірніше не стільки частотою поширення, скільки їхньою вагою. Ці

хвороби займають провідне друге місце серед усіх причин смерті

в більшості економічно розвинених країнах світу, в тому числі і в

Україні.

З 57 мільйонів випадків смерті в усьому світі в 2008 році при-

чиною 36 мільйонів (63%) були неінфекційні захворювання, пере-

важним чином – захворювання серцево-судинної системи, діабет,

онкологічні захворювання і хронічні захворювання органів дихан-

ня. У зв’язку з посиленням наслідків неінфекційних захворювань

на тлі старіння населення ВООЗ прогнозується подальше щорічне

зростання числа випадків смерті від неінфекційних захворювань

в усьому світі [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\_report2010/

ru/index.html].

При цьому найвищий рівень зростання очікується в регіонах

з низьким і середнім рівнями доходів. Хоча зазвичай вважається,

що від неінфекційних захворювань в більшості випадків страждає

населення з високим рівнем доходів, фактичні дані говорять про

інше. Близько 80% випадків смерті від неінфекційних захворювань

реєструється в країнах з низьким і середнім рівнями доходів на-

селення, і в більшості країн вони є найбільш частими причинами

смертності, крім Африки.

За даними Р. Салтмана, в Африці рівень захворюваності на не-

інфекційні захворювання також зростає швидкими темпами і, згід-

но з прогнозами фахівців, «до 2030 році перевершить інфекційну,

гінекологічну та перинатальну захворюваність, а також патології,

пов’язані з харчуванням, в якості причин смертності» [Салтман,

2000, с.86-87].

За даними щодо смертності та захворюваності Н. Шилової

та Н. Ясної, існує підтвердження зростаючого і непропорційного

130

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

впливу епідемії соціально-зумовлених захворювань в суспільствах

з низьким рівнем соціально-економічного розвитку та політичної

стабільності.

«Більше 80% летальних випадків, спричинених серцево-су-

динними захворюваннями і діабетом, і майже 90% випадків смер-

ті, викликаних хронічними обструктивними захворюваннями ле-

генів, – відзначають авторки, – реєструються в країнах з низьким і

середнім рівнем соціально-економічної розвиненості» [Здоровье и

здравоохранение в условиях рыночной экономики, 2000, с.20-21].

Більше двох третин всіх летальних результатів, викликаних

онкологічними захворюваннями, реєструються в країнах з низь-

ким і середнім рівнями доходів населення. Соціально-зумовлені

захворювання також є причиною смертності в більш молодому віці

в країнах з низьким і середнім рівнями доходів населення, де 29%

випадків смерті, спричинених цими захворюваннями, реєструють-

ся серед людей молодше 60 років, в той час як в країнах з високим

рівнем соціально-економічного розвитку цей показник складає

13%. Очікуване відсоткове збільшення поширеності онкологічних

захворювань до 2030 року, в порівнянні з даними 2003 року, є біль-

шим в країнах з низьким (82%) і середньо-низьким (70%) рівнями

доходів населення порівняно з країнами з рівнями доходів насе-

лення вище середнього (58%) і високим рівнем соціально-екло-

номічного розвитку (40%) [http://www.who.int/nmh/publications/

ncd\_report2010/ru/index.html].

На рівні програм боротби із соціально-зумовленими захворю-

ваннями 80% з них вдається запобігти шляхом організації соціаль-

ної пропаганди щодо чотирьох основних поведінкових факторів

ризику: вживання тютюну, низької фізичної активності, зловжи-

вання алкоголем і нездорового харчування. Вплив цих поведін-

кових факторів ризику та інших основних соціально-зумовлених

факторів на глобалізацію неінфекційних захворювань включає та-

кож інфекції канцерогенного ризику.

Майже 6 мільйонів людей вмирають щорічно в результаті як

131

Медвєдєва Ю. Ю.

безпосередньоговживання тютюну, так і пасивного куріння. До

2030 року чисельність курців зросте до 7,5 мільйона, що складе

10% всіх випадків смерті[http://www.who.int/nmh/publications/ncd\_

report2010/ru/index.html].

Згідно з оцінками ВООЗ, куріння є причиною близько 71% ви-

падків раку легенів, 42% хронічних захворювань дихальних шля-

хів і приблизно 10% серцево-судинних захворювань. Тютюнопа-

ління серед чоловіків є найбільш поширеним в країнах з середньо-

низьким рівнем доходів. Показник поширеності тютюнопаління

серед всього населення є найвищим в країнах з середньо-високим

рівнем доходів [http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2013/

ru/; http://www.who.int/fctc/text\_download/ru/index.html].

Щорічна смертність 3,2 мільйонів людей спричинена гіпо-

динамією та гіпокінезією. У людей з недостатньою фізичною

активністю ризик смерті від всіх причин зростає на 20-30%. Ре-

гулярна фізична активність знижує ризик виникнення серцево-

судинних захворювань, включаючи високий кров’яний тиск, діа-

бет, рак грудей і товстої кишки, а також депресії [apps.who.int/iris/

bitstream/10665/42510/3/WHR\_2002\_rus.pdf – 2560k]. Б. Войце-

хович вважає, що «нестача фізичної активності найчастіше спо-

стерігається в країнах з високим рівнем доходів, проте, в даний

час дуже високий рівень гіподинамії також зустрічається в деяких

країнах з середнім рівнем доходів, особливо серед жінок» [Войце-

хович, 2007, с.90].

Смертність 2,3 мільйона людей щороку спричинена зловжи-

ванням алкоголем, що становить приблизно 3,8% всіх випадків

смертності у світі. Причиною більше половини цих випадків є не-

інфекційні захворювання, включаючи рак, серцево-судинні захво-

рювання і цироз печінки [див.: http://www.who.int/cancer/ru/;http://

www.who.int/mediacentre/events/2008/wha61/issues\_paper3/ru/].

Хоча найвищий рівень споживання алкоголю на душу дорослого

населення є зафіксованим в країнах з високим рівнем доходів, він

є майже настільки ж високим в густонаселених країнах з рівнем

132

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

доходів населення вище середнього.

Достатнє вживання фруктів і овочів зменшує ризик виникнен-

ня серцево-судинних захворювань, раку шлунка та колоректально-

го раку. Більшість населення вживають набагато більшу кількість

солі, ніж рекомендує ВООЗ для профілактики розвитку захворю-

вань. Високий рівень споживання солі є важливим фактором ри-

зику розвитку високого кров’яного тиску і серцево-судинних за-

хворювань.

Високий рівень споживання насичених і гідрогенізованих

жирів фахівці ВООЗ пов’язують із захворюваннями серця [http://

www.who.int/features/qa/49/ru/]. Споживання нездорової їжі швид-

ко зростає в країнах з низькою забезпеченістю продовольчими

ресурсами. Наявні дані свідчать, що «вживання жирів в країнах з

середньо-низьким рівнем доходів населення істотно зростає порів-

няно з показниками 1980-х років» [Бовина, 2008, c.44-46].

Згідно з оцінками ВООЗ, підвищений кров’яний тиск є причи-

ною 7,5 мільйона випадків смерті, що складає 12,8% від загальної

кількості. Він є одним з основних факторів ризику розвитку сер-

цево-судинних захворювань. Як констатує О. Решетніков, «рівень

поширеності підвищеного кров’яного тиску у всіх групах населен-

ня приблизно однаковий, разом з тим, він зазвичай є нижчим се-

ред груп населення з високим рівнем доходів» [Решетников, 2007,

с.76-77].

Як мінімум 2,8 мільйона людей щороку помирають через над-

лишкову масу тіла та ожиріння. Разом із зростанням індексу маси

тіла збільшується ризик розвитку захворювань серця, інсульту і

діабету. Підвищений індекс маси тіла також підвищує ризик роз-

витку деяких видів онкологічних захворювань. Надлишкова маса

тіла є найбільш поширеною в країнах з середньо-високим рівнем

доходів, однак, дуже високі рівні є зафіксованими також в деяких

країнах з середньо-низьким рівнем доходів. У Європейському,

Східно-Середземноморському і Американському регіонах ВООЗ

більше 50% жінок мають надмірну масу тіла. Найвищими є показ-

133

Медвєдєва Ю. Ю.

ники поширеності надлишкової маси тіла, які зафіксовано серед

дітей грудного та молодшого віку, в країнах з середньо-високим

рівнем доходів, у той час як найвищі темпи зростання цього показ-

ника зафіксовані в групі з середньо-низьким рівнем доходів [http://

www.who.int/features/qa/49/ru/].

Згідно з оцінками, підвищений рівень холестерину щорічно

призводить до 2,6 мільйона випадків смерті, а також підвищує

ризик захворювань серця та інсульту. Підвищений рівень холесте-

рину є найбільш характерним для країн з високим рівнем доходів

населення.

Мінімум 2 мільйони випадків захворювання на рак на рік, що

становить 18% від загального рівня захворюваності на рак в усьо-

му світі, пов’язують з деякими хронічними інфекціями, причому

ця пропорція є істотно вищою в країнах з низьким рівнем доходів

населення. Головними збудниками цих інфекційних захворювань є

папіломавірус людини, віруси гепатитів В, С і Helicobacter pylori.

У більшості випадків ці інфекційні захворювання можна запобіг-

ти шляхом вакцинації та застосування профілактичних засобів; ці

інфекції піддаються лікуванню. Наприклад, поширення вірусу ге-

патиту C було майже зупинено серед населення з високим рівнем

доходів, чого невдалося досягти в багатьох країнах з низькою за-

безпеченістю ресурсами [http://www.who.int/features/qa/49/ru/].

Епідемія неінфекційних захворювань в більшій мірі зачіпає

осіб з низьким соціальним статусом. Неінфекційні захворювання в

поєднанні з бідністю створюють замкнене коло, в якому бідність є

причиною схильності людей до різних поведінкових факторів ри-

зику, що призводить до неінфекційних захворювань, а виникаючі

внаслідок цього неінфекційні захворювання стають причиною, яка

призводить до подальшого погіршення матеріального становища

сімей із низьким статком.

Зростаючий швидкими темпами рівень неінфекційних захво-

рювань в країнах з низьким і середнім рівнями доходів посилюєть-

ся негативними впливами глобалізації, швидкої непланомерної ур-

134

Смертність в Україні: теоретико-соціологічний аспект

банізації і зростаючим зниженням фізичної активності. Населення

країн, що розвиваються, вживає все більше висококалорійної їжі

і піддається впливу реклами тютюну, алкоголю і фастфуду, на тлі

дедалі більшої доступності цих продуктів.

Уряди багатьох країн є неготовими до таких темпів зростання, і

тому не встигають за постійно зростаючою потребою в програмах,

законодавчих актах, службах та інфраструктурі, які могли б допо-

могти захистити їх населення від неінфекційних захворювань. При

цьому люди з невисоким соціальним і матеріальним становищем

відчувають найбільші утруднення. Представники нижчих соціаль-

но-незахищених верств населення хворіють більше і вмирають ра-

ніше від неінфекційних захворювань, ніж люди з більш високим

соціальним статусом.

Факторами, що визначають рівень вразливості до неінфекцій-

них захворювань, є освіта, професія, рівень доходу, стать і етнічне

походження. Існує сильна кореляція між низкою соціальних скла-

дових, особливо освітою, і поширенням неінфекційних захворю-

вань і факторів ризику.

Оскільки в бідніших країнах більша частина витрат на меди-

ко-санітарну допомогу сплачується пацієнтами за власний кошт,

то вартість лікування неінфекційних захворювань створює істотне

навантаження на сімейний бюджет, особливо для сімей з низьким

рівнем доходів. Лікування діабету, раку, захворювань серцево-су-

динної системи і хронічних респіраторних захворювань може бути

довготривалим і тому високовартісним. Подібні витрати призво-

дять до катастрофічних наслідків для сімейного бюджету та зрос-

тання зубожіння. Витрати сімей на лікування неінфекційних за-

хворювань і на поведінкові фактори ризику, які їх спричиняють,

призводять до зменшення витрат на життєво необхідні потреби,

зокрема, на їжу і житло, а також на основну умову позбавлення від

бідності – освіту. Згідно з оцінками ВООЗ, близько 100 мільйонів

людей щороку переходять в розряд бідних у зв’язку з необхідністю

сплачувати за медичні послуги. Вартість послуг систем охорони

135

Медвєдєва Ю. Ю.

здоров’я з лікування неінфекційних захворювань вже є дуже ви-

сокою і, за прогнозами, буде збільшуватися. Істотні витрати окре-

мих осіб, сімей, підприємств, урядових структур і систем охорони

здоров’я впливають на більшість макроекономічних показників,

передусім – на рівень економічного зростання та ВВП. У зв’язку

з цим захворювання серця, інсульти і діабет щорічно є причинами

багатомільярдного зменшення національного доходу в більшості

самих багатонаселених країн світу [http://www.who.int/features/

qa/49/ru/].