

УДК 314.4:001.8(477)

Л.А. Чепелевська, О.П. Рудницький

## Проблеми надсмертності чоловіків працездатного віку в Україні та світі (огляд літератури)

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета роботи** – аналіз надсмертності чоловіків в Україні з 1965 по 2017 рр. за даними наукових досліджень.

**Методи дослідження:** бібліосемантичний, контент-аналіз.

**Результати.** На підставі даних наукових робіт дослідників в Україні та світі проведено історичний аналіз рівня та тенденцій надсмертності чоловіків працездатного віку в Україні та розвинених країнах світу.

**Висновки.** В Україні спостерігається негативна динаміка смертності чоловіків працездатного віку, значне перевищення смертності чоловіків над смертністю жінок, а також над рівнем смертності чоловіків в країнах світу.

**Ключові слова:** надсмертність чоловіків, працездатний вік, Україна, Європа.

### Вступ

Найгострішою демографічною проблемою сучасної України є висока передчасна смертність чоловічого населення у працездатному віці, рівень якої неухильно зростає і нині майже у 3 рази перевищує показники країн Євросоюзу. Внаслідок прискореного вимирання поколінь чоловіків у віці 16–59 років нині їх смертність у 3–4 рази вища, ніж у жінок, що зазвичай характерно для воєнних часів [3].

Критичний стан з доживанням чоловіків працездатного віку потребує невідкладних заходів на рівні владних структур, спрямованих на подолання кризи смертності. Однак розробка цих заходів соціальної політики вимагає належного науково-інформаційного підґрунтя, побудованого на основі об'єктивного аналізу сучасного стану ситуації та перспектив її розвитку.

**Мета роботи** – аналіз надсмертності чоловіків в Україні з 1965 по 2017 рр. за даними наукових досліджень.

**Методи дослідження** – бібліосемантичний, контент-аналіз.

### Результати дослідження та їх обговорення

Нині доробок науковців у царині вивчення актуальних питань кризи смертності у нашій країні достатній для аналізу даної проблеми. Він міг би бути ще значнішим, якби не засекречення статистики смертності до кінця 80-х років минулого сторіччя. Зі зняттям грифу секретності, став наприкінці 1980-х років можливим аналіз динаміки показників смертності чоловіків у віці 16–59 років, хоч знадобилося чимало часу, щоб переробити величезні масиви інформації, накопичені в архівах статистичного відомства. Власне тільки тоді дослідники змогли отримати досить розгорнуту картину про те, що відбувалося зі смертністю чоловіків у другій половині ХХ століття і особливо за останні 25 років, коли в Україні у мирний час розгорнулася нова криза смертності [11].

На відміну від багатьох соціальних процесів, кількісна сторона яких буває проблемною, динаміка смертності, при наявності вихідної інформації існує, хоч і тривалий час і була недоступна дослідникам, – добре піддається вимірюванню, що дозволяє непогано визначити природу, причини, масштаби і розвиток нинішньої кризи смертності.

Актуальні питання дослідження смертності і тривалості життя населення в цілому і окремих статево-вікових контингентів зокрема, знайшли висвітлення у наукових працях зарубіжних і вітчизняних вчених.

Зусиллями перелічених науковців було досліджено проблему чоловічої надсмертності у працездатному віці. Однак перш ніж перейти до узагальнення основних положень наукових праць з цього питання, потрібно зупинитися на визначенні терміну «надмірна смертність» (надсмертність). Практично всі дослідники цієї проблеми сходяться на такому визначенні цього поняття. Надсмертність населення є відносним поняттям, зміст якого полягає у порівнянні з певною мірою смертності, тобто поєднання кількісних та якісних показників того чи іншого режиму смертності, який обраний. Коли порівнюється смертність чоловіків зі смертністю жінок, мова йде про чоловічу надсмертність. Аналогічно можна порівнювати смертність населення у поточному році з показниками смертності у відносно сприятливий період або з кращими показниками, досягнутими в інших країнах. Таким чином, вимірюючи надсмертність, ми визначаємо масштаби втрат, до яких призвела негативна динаміка процесу вимирання, а разом з тим і джерела, і причини цих втрат, на подолання яких має бути спрямована державна політики [7].

Як відомо, смертність залежить від повікової інтенсивності вимирання чоловіків та структури населення. «Інтенсивна» компонента смертності – це та компонента, обумовлена процесом вимирання, залежна від якості життя та зовнішніх чинників, з одного боку, та генетичних особливостей населення – з іншого. Її умовно можна розділити на дві складові: «ту, яка може бути

усунута» та «неусувну». «Неусувна» складова визначається мінімальним рівнем смертності за найкращих можливих у сучасному світі умов. Надмірна смертність є «усувною», на неї можна впливати, її потрібно звести до мінімуму. Втрати від надмірної смертності можна оцінити як різницю між реальним та гіпотетичним числом смертей за умови збереження того чи іншого сприятливого вікового профілю вимирання чоловіків працездатного віку [15].

Траєкторія динаміки смертності чоловіків віком 16–59 років у минулому столітті, була неоднозначною: періоди зростання її рівня змінювалися періодами зниження. Позитивними змінами відзначаються 17 повоєнних років (1948–1964), протягом яких рівень смертності цього вікового контингенту зменшився у два рази, а його внесок у зростання тривалості життя становив 5 років, або понад 30% від величини загального приросту. Відставання України від країн Західної Європи за показниками смертності чоловіків працездатного віку у середині 1960-х років було мінімальним. Такого значного прогресу у життєздатності чоловічого населення Україна ще не знала. На жаль, зберегти ці позитивні зрушення у процесах вимирання чоловіків у працездатному віці Україна не змогла, і з другої половини 1960-х років ситуація зі смертністю даного контингенту стала поступово погіршуватися на всіх ділянках вікового профілю. Внесок чоловіків трудоактивного віку у зменшення тривалості життя у 1965–1984 рр. становив 2,7 року, або 71,1% від загального скорочення [19].

На тлі країн Західної Європи ситуація в Україні склалася вкрай неблагополучно. Маючи у середині 1960-х років практично однакові із Західно-Європейськими країнами показники смертності чоловіків у віці 16–59 років, через 19 років безнадійно відстала від них.

Це сприймається як парадокс. Однак цей парадокс дістає пояснення, якщо його розглядати у контексті медико-демографічної політичної та соціально-економічної обстановки тих років [9].

Успіхи у боротьбі з «усунутими» причинами смертності досягли в середині 1960-х років своєї межі. З причин смерті виявилися «вибраними» більшість хвороб, які піддаються лікуванню за допомогою антибіотиків, імуно- та хіміотерапії. Домінуючими в структурі причин смерті стали хронічні, важко виліковні недуги, а економічні та соціальні зміни призвели до посилення таких несприятливих чинників, як забруднення довкілля, низький рівень охорони праці, застарілі технології, погіршення адаптованості населення до умов життя, широке розповсюдження гігієнічно нераціональних і навіть шкідливих стереотипів поведінки, а також історично-стереотипне нехтування цінністю людського життя, як на державному, так і на індивідуальному рівнях [5].

Парадокс обвального погіршення ситуації зі смертністю українських чоловіків працездатного віку після 1965 року знаходить пояснення в особливому характері хронічних дегенеративних захворювань та їх зв'язок з екстенсивними шляхами повоєнної модернізації економіки. Між початком і кінцем цих захворювань досить значний період часу. Спочатку ці хвороби

практично завжди мають скритий характер, і в момент появи симптомів, як правило, вже неможливо сподіватися на цілковите повернення здоров'я в норму. Залишається тільки догляд та лікування, які передбачають зміну способу життя, що дозволяє сповільнити розвиток хвороби або призупинити його. Таким чином, підвищення смертності українських чоловіків у працездатному віці є головним чином наслідком подій 10–20-річної давності, які призвели до значного збільшення захворюваності певними хронічними дегенеративними хворобами [6].

Суть проблеми полягає у тому, що шкідливий для здоров'я спосіб життя у першу чергу отримав поширення серед чоловіків, коли вони були молодими. Наслідки такого способу життя привели частину з них до смерті у середньому віці, а інша частина захворіла на серйозні недуги ендогенного походження.

За таких умов серйозні позитивні зрушення у режимі смертності чоловіків віком 16–59 років були можливими тільки при встановленні контролю над основними чинниками ризику та ефективної боротьби з хронічними захворюваннями і зовнішніми причинами смерті. Але ці тривожні зміни в ситуації з доживанням дорослого чоловічого населення не викликали адекватної реакції на державному рівні. Нові завдання, які постали перед українським суспільством не були належним чином оцінені і в Україні розгорнулася затяжна криза смертності населення в цілому і чоловічого населення працездатного віку зокрема [12].

Антиалкогольна кампанія, яка розпочалася у травні 1985 року детермінувала значне але короткочасне зниження смертності чоловіків 16–59 років та продовження тривалості життя. Протягом 1985–1987 рр. рівень смертності цього контингенту чоловічого населення України знизився на 15%, а тривалість життя зросла майже на два роки. Однак переломити негативні тенденції епохи «застою» не вдалося, і з 1988 р. спад рівня смертності припинився. Наприкінці 1980-х років зростання смертності було повільним, але в першій половині 90-х років минулого сторіччя різко прискорилось, що обумовило підвищення чоловічої надсмертності. На той час смертність чоловіків працездатного віку була у 2,7 разу вища, ніж у жінок [1].

Результатом підвищення інтенсивності вимирання населення України під час економічної кризи стало значне скорочення тривалості життя, чия динаміка вирішальною мірою визначалась змінами смертності чоловіків працездатного віку. Сумарний внесок смертності чоловіків у зменшення тривалості життя дорівнював 3,5 року, що становить 81,4% від загальної величини зменшення [18].

Після різкого загострення ситуації зі смертністю чоловіків працездатного віку настав 3-річний період (1986–1989 рр.) незначного її покращення. Скорочення коефіцієнтів їх смертності спостерігалось у вікових групах з максимальними значеннями показників вимирання у першій половині 1990-х років.

Однак закріпити позитивні зміни у динаміці смертності дорослих чоловіків без покращення матеріального благополуччя і підвищення ефективності роботи системи охорони здоров'я не вдалося, і з 1999 р. розпочинається чергове погіршення ситуації зі

смертністю, яке тривало до 2005 р. За період 1999–2005 рр. рівень смертності досліджуваного контингенту підвищився на 7%, а середня тривалість життя зменшилася на 0,5 року [14].

Самий останній період – після 2005 року – характеризується появою певних позитивних тенденцій смертності та тривалості життя чоловіків працездатного віку. Але не можна не враховувати, що це в основному – відновлюване зростання тривалості життя після кризового її падіння у 1990-х роках. Воно призвело до того, що Україна після 2005 р. повернулася на рівень показників смертності дорослих чоловіків, які були досягнуті у докризовий період.

Суттєве загострення ситуації зі смертністю населення України у 90-х роках минулого сторіччя спричинене комплексом факторів, пов'язаних з перехідним періодом до ринкової економіки: 1) погіршенням умов життя і повальним зубожінням населення; 2) кризовим станом довілля; 3) серйозним зниженням якості роботи системи охорони здоров'я; 4) соціально-психологічним стресом та викликаною ним дезадаптацією людності.

Широкомасштабна криза здоров'я і детермінована нею криза смертності за роки незалежності є головним чином кризою дорослого чоловічого населення [13].

Соціально-економічна криза трансформаційного періоду призвела до катастрофічного погіршення стандартів життя. За роки незалежності рівень життя в Україні знизився майже втричі. Нині тільки у декількох Європейських країнах середньодушовий ВВП нижчий, ніж в Україні. Критична ситуація склалася у галузі споживання, суттєво погіршились такі параметри якості життя, як умови та безпека праці й можливості відпочинку.

Виявляє тенденцію до погіршення і стан довілля. Хоча спад виробництва, зупинка низки підприємств сприяли скороченню викидів, однак одночасно зменшилось виділення бюджетних коштів і коштів підприємств на заходи по відтворенню природних ресурсів, охорони навколишнього середовища, почастішали випадки техногенних аварій з серйозними екологічними наслідками. Підсилюють неблагополуччя у довіллі і наслідки аварії на ЧАЕС [2].

Широко визнано, що забруднення навколишнього середовища пагубно впливає на здоров'я людини. Забруднення повітря, води, ґрунтів та харчових продуктів є не тільки причиною виникнення низки хвороб, але також певною мірою й смертності від них. Окрім того, проживання у забрудненому довіллі завдає значної шкоди добробуту населення, оскільки воно створює почуття постійної загрози. У таких умовах заклики відмовитися від шкідливих звичок, що загрожують здоров'ю у віддаленій перспективі, не знаходять позитивної реакції у населення, оскільки загроза здоров'ю існує у сьогоденні, а не у віддаленій перспективі. Тим не менше слід відзначити, що смертність, ймовірно, не є чутким індикатором впливу забруднення довілля на здоров'я людності.

Окрім перелічених чинників свій внесок у поглиблення сучасної кризи смертності вносить занепад системи охорони здоров'я. Розхитана непродуманими реформами, в умовах вкрай незадовільного фінансування

система охорони здоров'я нездатна ефективно протистояти негативним впливам соціально-економічної кризи на здоров'я людей. Погіршення роботи органів охорони здоров'я, платність послуг і дорожнеча ліків стали серйозною соціальною проблемою та вагомим фактором передчасної смертності від захворювань, яким можна запобігти. Через відсутність адекватної і своєчасної медичної допомоги, в умовах надзвичайно низької культури життєзбереження у населення накопичується величезний тягар хронічних патологій, який неминуче стає джерелом значної кількості передчасних смертей у кризові роки [10].

Стосовно ролі медицини в укріпленні життєздатності населення не існує консенсусу. Медицина навряд чи здатна вилікувати більшість локалізацій раку і відвернути патологічні процеси хронічних захворювань, якщо вони вже призвели до морфологічних змін. Однак визнано, що медицина може відігравати набагато більш важливу роль у зниженні смертності, якщо не зводити її значення тільки до застосування певних терапевтичних методів, а розглядати у якості і авторитетного джерела рекомендацій про те, як уникнути тих чи інших шкідливих для здоров'я звичок, не можна заперечувати, що медицині вдається сповільнити поширення хронічних недуг і в багатьох випадках вилікувати гострі ускладнення низки захворювань. Оскільки медицина дозволяє таким чином відстрочити смерть, вона відіграє важливу роль у зниженні смертності.

Підвищення смертності у першій половині 90-х років обумовлено також стресорно-психологічним фактором. Соціально-економічні перетворення 1990-х років призвели до краху радянської системи патерналізму, яка забезпечувала низку соціальних гарантій. В пост-радянський період люди були змушені усвідомити, що держава не зможе більше підтримувати старі гарантії, і вони повинні турбуватися про себе самі. Масова адаптація до нових незвичних умов була неможливою без сильних соціально-психологічних стресів. Головними жертвами синдрому адаптації стало чоловіче населення працездатного віку, на яке ліг основний тягар активного пристосування до нових економічних умов [16].

Причинами надмірної смертності чоловіків у віці 16–59 років є, по-перше, специфічна структура причин смерті, в якій високий рівень смертності ендогенного походження поєднується з не менш значущим рівнем вимирання від екзогенних патологій, причому внесок останніх суттєво посилюється; по-друге, низький середній вік смерті практично від усіх класів причин смерті; по-третє, висока смертність від так званих соціально детермінованих хвороб, жертвами яких є насамперед чоловіки молодого та середнього віку [8].

В середньому 74–75% смертей чоловічого населення працездатного віку відбувається в Україні через хвороби неінфекційного походження. При цьому головну роль відіграють патології системи кровообігу (до 40% усіх смертей у віці 16–59 років). Нині рівень серцево-судинної смертності дорослих чоловіків в Україні більш ніж у 4 рази перевищує відповідний показник країн Західної Європи. Від цих захворювань українці вмирають значно раніше, ніж жителі розвинених країн; їх висока розповсюдженість

є наслідком накопиченого впливу різних чинників, у тому числі стресорно-психологічної природи.

Специфічною особливістю структури причин смерті чоловічого населення віком 16–59 років в Україні є: нижча у порівнянні із розвиненими країнами частка новоутворень, значно вища питома вага від зовнішніх причин смерті, відчутне збільшення внеску інфекційних захворювань, хвороб органів травлення тощо. Ситуація стосовно раку може бути пов'язана як з реально нижчою роллю онкологічної смертності, так і ще більшою мірою із заміщенням новоутворень іншими причинами, від яких вмирають у молодому віці, не доживаючи до віку експозиції даної недуги, а також з недосконалою діагностикою, коли за життя людини рак не був виявлений.

Найвище зростання смертності чоловіків у віці 16–59 років за роки незалежності було характерне для класу інфекційних та паразитарних хвороб (у 4 рази), хвороб органів травлення (у 3 рази), зовнішніх причин (в 1,5 разу), уточнених та невідомих причин смерті (у 5 разів). Саме по цих класах причин смерті спостерігається різка статева нерівність, яка полягає у кількаразовому перевищенні смертності чоловіків над відповідними показниками жінок, особливо у середньому та зрілому віці. Значні масштаби неприродної і насильницької смертності українських чоловіків є однією з головних причин, що перешкоджає їм дожити до старості і померти від хронічних хвороб, пов'язаних із старінням.

Проблема смертності чоловічого населення полягає не лише в істотному зростанні її кількісних індикаторів, але й у несприятливих зрушеннях якісних характеристик. Мова йде про помолодшання смертності від майже всіх основних класів причин смерті. Якщо в країнах Західної Європи смерті від більшості причин концентруються у старшому віці, то в Україні за останню чверть сторіччя вік смерті від інфекційних захворювань знизився на 6 років, хвороб органів травлення – на 10 років, захворювань органів дихання – на 7 років, хвороб системи кровообігу – на 2 роки.

Ще один з важливих аспектів проблеми смертності чоловіків працездатного віку стало стрімке поширення так званих патологій з соціальним «корінням»: хвороб, пов'язаних із зловживанням алкоголем, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу. Їх розповсюдження відображає масштаби соціальної деградації, маргіналізації населення і низхідної соціальної мобільності. За існуючими оцінками у 2013 р. із кожної сотні 20-річних чоловіків 34 особи помирали до досягнення пенсійного віку, з них 14 – від алкозалежних хвороб. Слід відзначити, що значна частина смертей чоловіків віком 16–59 років обумовлена комбінованим впливом алкоголю та інших причин смерті, де алкоголь був не єдиним, але дотичним чинником смерті. Відчутних втрат чоловічому населенню у працездатному віці завдають також епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу.

Ретельний аналіз на підставі наявних у науковому обігу праць стосовно смертності чоловічого населення працездатного віку в Україні свідчить, що проблема доживання цього контингенту людності – де проблема передчасного вимирання від чинників, безпосередньо не пов'язаних з віком та постаріння організму, а від причин,

яким можна запобігти. Водночас це проблема вибору поведінки, проблема способу та якості життя, якості життєдіяльності населення. Є підстави вважати, що сформований в Україні «консервативний» режим смертності є проявом соціальної незрілості, неготовності суспільства до засвоєння сучасної культури життєзберігаючої поведінки. Змінюючи спосіб життя, можна певним чином поліпшити стан здоров'я і знизити ризик захворіти та вмерти передчасно.

Надмірна смертність населення у віці 16–59 років в Україні помітно скорочує середню тривалість життя, зменшуючи період трудової діяльності. Демоекономічні наслідки полягають не лише у зростаючих витратах системи охорони здоров'я на лікування багатьох хронічних захворювань. Висока передчасна смертність дорослих чоловіків позначається як на життєвому рівні господарств через втрату годувальника сім'ї, так і на макроекономічному рівні через скорочення обсягів робочої сили та збільшення демоекономічного навантаження на трудоактивне населення. За орієнтовними розрахунками економічні збитки внаслідок передчасної смертності чоловіків віком 16–59 років становила у 2013 р. в Україні понад 50 млрд гривень. Абсолютну кількість втрачених років потенційного життя чоловіків працездатного віку можна також представити як втрачений внаслідок передчасної смертності трудовий внесок впродовж 40 років майже 60 тис. осіб, тобто населення 60-тисячного провінційного міста. Тому зменшення смертності чоловіків у працездатному віці є не лише значним резервом підвищення тривалості життя, але й резервом економічної розбудови. Резерви подовження тривалості життя чоловіків у віці 16–59 років є доволі значними. Для їх реалізації необхідне насамперед визначення цільових груп, тобто груп підвищеного ризику, характеристики яких є найбільш несприятливими і негативно позначаються на показниках життєздатності чоловічого населення віком 16–59 років, а також оцінці ролі окремих причин смерті у формуванні існуючого режиму доживання населення [17].

Аналіз можливостей подовження середньої тривалості життя в Україні дає підстави стверджувати, що максимально підвищити рівень дожиття чоловіків 16–59 років можливо шляхом скорочення їх надсмертності. Максимальні резерви подовження тривалості життя закладені у зниженні смертності чоловіків віком 45–60 років. Зокрема скорочення смертності цього вікового контингенту дає приріст тривалості життя на 1,5 року. Резерви подовження у перспективі тривалості життя для вікового контингенту чоловіків у віці 16–59 років тісно пов'язані з позитивними зрушеннями у структурі причин смерті та наближенням вікового і нозологічного профілю вимирання до сучасного режиму смертності у розвинених країнах. Йдеться, по-перше, про скорочення смертності та послаблення внеску захворювань екзогенної етіології (інфекційних захворювань, хвороб органів травлення, дихання, зовнішніх причин) насамперед серед чоловіків молодших вікових груп у працездатному віці. По-друге, витіснення захворювань системи кровообігу та раку у більш пізні вікові групи, що дасть змогу помітно підвищити показники дожиття чоловічого населення.

Резерви, пов'язані із скороченням смертності дорослих чоловіків більшою мірою піддаються впливу медико-санітарних заходів. Резерви, обумовлені відсуненням смертей від хвороб системи кровообігу та раку у старшій віковій групі, окрім медицини залежать від зміни поведінки дорослих чоловіків та запобігання хронізації та загострення хвороб. Якби можна було повністю ліквідувати смертність від інфекційних захворювань, патологій органів дихання і органів травлення, то чоловіки у 2013 р. отримали б при народженні «додатково» майже 3 роки життя.

Попри посилення впливу екзогенних причин найбільш значущими у контексті пошуку резервів подовження тривалості життя є хвороби системи кровообігу, що посідають одне з провідних місць у структурі захворюваності і є головною причиною інвалідності та смертності чоловіків у віці 16–59 років. Як відомо, збільшення частки серцево-судинних захворювань призводить до позитивних зрушень у динаміці тривалості життя, оскільки від цього класу причин смерті вмирають переважно у старшому віці. В Україні у 2013 р. середній вік смерті від хвороб системи кровообігу становив для чоловіків 70 років і скоротився порівняно з 1991 р. на 3,5 року.

При прогнозуванні смертності чоловічого населення працездатного віку в Україні виходять здебільшого з того, що цілеспрямована політика по зменшенню надмірного їх вимирання може досить швидко привести до позитивних результатів, аж до досягнення найближчим часом рівнів країн Східної Європи. А найбільш оптимістичні прогнозні оцінки виходять із можливості зростання тривалості життя цієї категорії населення впродовж двох з половиною десятиліть до сучасних показників країн Західної Європи [4].

Така перспектива видається нереалістичною з декількох причин. По-перше, протягом 70-х – першої половини 80-х років втрати тривалості життя у чоловіків Східної Європи були суттєво менші, ніж в Україні. По-друге, період соціально-економічних реформ у східноєвропейських державах був не тривалим і не позначився ні на тенденціях, ні на структурі смертності, що дає підстави говорити про спадкоємство трендів еволюційного та реформаційного періодів.

Аналіз соціально-економічної ситуації у Східній Європі свідчить, що тут реформаційний період доволі короткий і не вніс принципово нових тенденцій в еволюційні траєкторії смертності періоду 1970–80-х років.

В Україні про тяжкість тенденцій смертності у період до і після 1985 р. не дозволяють говорити наступні факти. Відбулося зростання смертності чоловіків віком 16–59 років у 1985–2013 рр. порівняно з періодом 1965–1984 рр. на 25%. На порядок денний повернулися взяті практично під контроль в минулі роки (до 1985 р.) переважно екзогенні хвороби (туберкульоз, пневмонія), а також насильницькі причини.

На етапі соціально-економічних реформ окреслюється головний процес, який визначає облік цього етапу режиму доживання дорослих чоловіків в Україні – це істотна соціальна диференціація населення, в ході якої відбулася стрімка маргіналізація українського

суспільства. Причому, з одного боку, суттєво різноманітним став склад маргінальних груп, з іншого – колосально зросла їх чисельність. Окрім традиційно приналежних до маргінальних прошарків осіб БОМП і ув'язнених, в їх число попала значна кількість безробітних з великим стажем та інші [20].

За чверть віку періоду реформ встиг сформуватися значний прошарок населення, який живе на грані або за межею бідності, зі всіма витікаючими звідси звичками і чинниками ризику. Гіпотеза маргіналізації населення України (в основному чоловіків) включає в себе як невід'ємну складову більшості гіпотез, що претендують на пояснення зростання надмірної смертності дорослих чоловіків в Україні і алкоголізацію і зловживання тютюнопалінням, і неправильним харчуванням, і відчуженістю від охорони здоров'я, і емоційно-психологічним стресом, якого просто не могло не бути у переважній більшості жителів України за рахунок яких і здійснювалися реформи перехідного періоду. Маргіналізація українського населення в першу чергу зачепила людей, чия молодість припала на період реформ, вони не мали ні соціальної, ні економічної основи, тому всі негативні процеси зачепили їх максимально. Власне тому групою ризику у 90-ті роки виявилось чоловіче населення молодшого працездатного віку, що не могло не позначитися на їх смертності. У даному випадку віковий градієнт смертності чоловіків у працездатному віці виступає як її соціальний градієнт.

З врахуванням механізмів соціальної маргіналізації, яка визначала підвищення смертності українських чоловіків у віці 16–59 років у період реформ, відбувався процес соціального відбору, у результаті якого групи підвищеного ризику смертності у молодому віці продовжували прискорено вимирати. У підсумку до старшого віку доживають переважно соціально адаптовані особи з властивими їм більш низькими ризиками смертності.

Прогноз зниження надсмертності і подовження тривалості життя чоловіків працездатного віку буде у даному випадку визначатися співвідношеннями між маргінальними і соціально-адаптованими групами населення. Аж до нинішнього часу загальний курс державної соціальної політики дає вагомий підстави константувати, що масштаби маргінальних груп, як мінімум, не стануть зменшуватися. Що стосується об'явлених державних проектів у царині охорони здоров'я, то вони направлені, перш за все, на соціально адаптоване доросле чоловіче населення, тоді як проблеми маргінальних груп, очевидно, будуть вирішуватися з допомогою механізмів соціального відбору.

Прогнози смертності населення України, особливо на тривалу перспективу, при наявних тенденціях розвитку суспільства і соціальної системи в Україні видаються досить песимістичними при здійснюваних державою напрямках реформ (платна освіта і охорона здоров'я, стопроцентна оплата житлово-комунального сектору) Україна матиме всі прикмети, характерні для відносинах сировинних економік при архаїчних соціальних відносинах і висока якість життя (і, відповідно, здоров'я) для дуже вузької верстви населення і мінімальні можливості для перспективи більшості населення. Альтернатива такої

перспективі звичайно існує, але її реалізація можлива тільки при змінах у концепції державної політики: переважання цінностей людського розвитку над економічним зростанням, відмова від ідеології затрат у соціальній сфері на користь стратегії соціальних інвестицій; втілення принципу соціальної солідарності в реальне життя держави та громадських інститутів.

При цьому слід виходити з того, що ніде в світі зниження смертності чоловічого населення працездатного віку (як і всіх інших статево-вікових груп людуності) не відбулося само собою.

### Висновки

Успіхи Заходу у підвищенні тривалості дорослого чоловічого населення потребували мобілізації величезних матеріальних ресурсів, включаючи витрати на охорону

здоров'я, охорону довкілля, пропаганду здорового способу життя, розвиток наукових досліджень; одночасно були переглянуті законодавчі акти, пов'язані з охороною здоров'я. Але крім того, різко підвищилася активність самого населення, спрямована на оздоровлення способу життя і довкілля, змінилася масова поведінка людей, що впливає на збереження їх здоров'я. В кінцевому рахунку, змінився весь соціальний клімат, в якому проходить повсякденне життя людей.

### Перспективи подальших досліджень

В подальшому необхідно проводити поглиблений аналіз надсмертності чоловіків в Україні з урахуванням аналізу наукових джерел і даних Державної служби статистики України.

### Література

1. *Войтенко В.П.* Смертність і тривалість життя: аналіз та прогноз. – К.: Здоров'я, 1990. – 165 с.
2. *Гладун О.М.* Нариси з демографічної історії України ХХ століття. – К., 2018. – 224 с.
3. *Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки і складові, напрями протидії / за ред. В. Стешенко.* – К., 2001. – 560 с.
4. *Демографічні перспективи України до 2026 року / В. Стешенко, О. Рудницький, О. Хомра, А. Стефановський.* – К.: Ін-т економіки, 1999. – 60 с.
5. *Корчак-Чепурковський Ю.А.* Таблицы доживаемости и средней продолжительности жизни для населения Украинской ССР за 1958-1959 годы. – Институт экономики НАН Украины. – Киев, 1996. – 78 с.
6. *Курило І.* Деякі демографічні передумови формування економічної активності та соціальної стратифікації населення України: [Демографія і процеси відтворення] / І. Курило // Україна: аспекти праці. – 2003. – № 8. – С. 19–25.
7. *Левчук Н.М.* Асоціальні явища в Україні у демографічному вимірі. – К., 2001. – 492 с.
8. *Лехан В.М.* Обізнаність організаторів охорони здоров'я щодо ефективності поєднання медичних послуг та послуг громадського здоров'я / В.М. Лехан, Л.О. Гриценко, Л.В. Крячкова // Матеріали наук.-практ. конф. з Міжнародною участю до Всесвітнього дня здоров'я 2018 р., який присвячено загальному охопленню послугами охорони здоров'я та 70-річчю ВООЗ і проводиться під гаслом: «Загальне охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди» (Київ, 05–06 квітня 2018 р.). – Київ, 2018. – С. 32–35.
9. *Лібанова Е.М.* Низька тривалість життя населення – основний прояв тотальної демографічної кризи в Україні / Е.М. Лібанова // Журн. АМН України. – 2007. – № 13 (3). – С. 411–447.
10. *Лібанова Е.М.* Продолжительность жизни населения (Опыт комплексного регионального исследования) / Э.М. Либанова // Академия наук Украины. Совет по изучению производственных сил Украины. – Київ: Наукова думка, 1991. – 200 с.
11. *Людський розвиток в Україні: можливості та напрями соціальних інвестицій: Колективна науково-аналітична монографія / За ред. Е.М. Лібанової.* – К.: Ін-т демократії та соц. досліджень НАН України, 2006. – 356 с.
12. *Пирожков С.І.* Сучасна демографічна ситуація в Україні: проблеми, перспективи, шляхи вирішення (науково-аналітична доповідь) / С.І. Пирожков // Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України. – Київ, 2007. – 72 с.
13. *Пирожков С.І.* Демографічний і трудовий потенціал / С.І. Пирожков // Вибрані наукові праці. Т.1. – К., 2008. – 933 с.
14. *Рудницький О. П.* Демографічні втрати пострадянських держав після розпаду СРСР / О. П. Рудницький // Формування ринкової економіки. Збірник наукових праць. – Т. І. – К., 2006.
15. *Рудницький Е. П.* Методические проблемы изучения продолжительности жизни населения Украины / Е. П. Рудницкий // Демографические исследования. – 1990. – Вып. 14. – С. 44-50.
16. *Рудницький О. П.* Причини смерті населення / О. П. Рудницький // Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки і складові, напрями протидії. – К., 2001. – С. 333-350.
17. *Рудницький О. П.* Підвищення смертності та зниження середньої тривалості життя / О. П. Рудницький // Демографічна криза в Україні. Проблеми дослідження, витоки і складові, напрями протидії. – К., 2001. – С. 320-332.
18. *Слабкий Г.О.* Сучасні та прогнозні тенденції смертності населення України / Г.О. Слабкий, Л.А. Чепелевська, О.В. Любінець. – Київ, 2010. – 179 с.

19. *Чепелевська Л.А.* Регіональні особливості смертності населення України за основними причинами смерті в динаміці за 10 років (1995-2004 рр.) / Л.А. Чепелевська, Г.І. Баторшина, О.В. Любінець // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 4. – С. 5–12.
20. <http://lektsii.com/1-177105.html> – електронний ресурс.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.09.2018 р.

### Проблемы сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста в Украине и мире (обзор литературы)

*Л.А. Чепелевская, А.П. Рудницкий*  
ГУ «Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель работы** – анализ сверхсмертности мужчин в Украине с 1965 по 2017 гг. по данным научных публикаций.

**Методы исследования:** библиосемантический, контент-анализ.

**Результаты.** На основании данных научных работ исследователей в Украине и мире проведено исторический анализ уровня и тенденций сверхсмертности мужчин трудоспособного возраста в Украине и развитых странах мира.

**Выводы.** В Украине наблюдается негативная динамика смертности мужчин трудоспособного возраста, значительное превышение смертности мужчин над смертностью женщин, а также над уровнем смертности мужчин в развитых странах мира.

**Ключевые слова:** сверхсмертность мужчин, трудоспособный возраст, Украина, Европа.

### Problems of super-mortality of men of working age in Ukraine and in the world (literature review)

*L.A. Chepelevska, O.P. Rudnitsky*  
State Enterprise “Ukrainian Institute of Strategic Studies of the Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv

**The purpose of the work** is to analyze the man's super-mortality in Ukraine from 1965 to 2017, according to researches data.

**Methods of research:** bibliosemantic, content analysis

**Results.** On the basis of the research data, researchers in Ukraine and the world conducted a historical analysis of the level and trends of the death rate of men of working age in Ukraine and developed countries of the world.

**Conclusions.** Ukraine has a negative dynamics in the mortality rate of men of working age, a significant excess of men mortality over women's mortality and men's mortality rates in countries around the world.

**Key words:** super-mortality of men, working age, Ukraine, Europe.

### Відомості про авторів

**Чепелевська Людмила Андріївна** – д.мед.н., професор, зав. відділом медико-демографічних досліджень ДУ „Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України”, пров. Волго-Донський 3., м. Київ, 02099, Україна.

**Рудницький Омелян Павлович** – ст.н.с. відділу медико-демографічних досліджень ДУ „Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України”, пров. Волго-Донський 3, м. Київ, 02099, Україна.