

**ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ, УПРАВЛІННЯ,
ПРАВА ТА ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ
КАФЕДРА ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ**

Освітньо-професійна програма Зв'язки з громадськістю
Спеціальність 281 Публічне управління та адміністрування
Ступінь вищої освіти Магістр

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач кафедри

Тамара ЛОЗИНСЬКА

11 грудня 2023 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **«Публічна політика в сфері суїцидальної превенції серед
дорослого населення України»**

виконав здобувач вищої освіти заочної форми навчання

НАТОЧИЙ Максим Олександрович

Керівник кваліфікаційної роботи

Ірина ШУПТА

Полтава – 2023 року

ВСТУП

Актуальність. Проблема суїцидальної поведінки населення має світові масштаби. Багато зарубіжних держав приділяють профілактиці суїцидів своїх громадян особливу увагу. У зв'язку з цим можна говорити про існування цілої низки превентивних заходів, які пройшли апробацію і довели свою ефективність. Усі види заходів, спрямованих на попередження суїцидальної поведінки громадян, класифікуються за різними підставами. Тема публічної політики в сфері суїцидальної превенції серед дорослого населення України наразі є надзвичайно актуальною. Самогубство є одвічною проблемою людства, до якої може бути схильна будь-яка людина у будь-який час. Безумовно, це надзвичайно складна проблема, причини якої вмістили в себе і соціальні, і економічні, психологічні, культуральні, релігійні та медичні фактори ризику. Зауважимо, що самогубства – це не виключно медична або психологічна проблема. Щороку, як констатує Всесвітня організація охорони здоров'я, більш ніж 800 000 людей у світі помирають від самогубства, а це означає що хтось лишає себе життя кожні 40 секунд. Самогубство є другою причиною смерті серед молоді віком від 15 до 24 років. Щодо України, то показник самогубств становить більше ніж 20 осіб на кожні 100 тис. населення.

Аналіз наукової літератури з проблеми дослідження. Теоретичні та методичні засади публічної політики в сфері суїцидальної превенції серед дорослого населення України відображено у працях як українських дослідників. Хоча сама ця проблема тримається в полі зору й зарубіжних вчених [54-55; 58-60]. Проблемою змісту й структури даного феномену «суїциду» займалися такі вітчизняні дослідники, як Бачериков А. М. [3]; Громико О. В., Семенова Д.С. [8]; Димитрова Л. М., Кіхтан Г. О. [10]; Жданова І. В., Шиліна А. А. [12]; Карамушка Л.М., Дзюба Т.М. [15]; Лінський І. В., Бачериков А. М., Лакинський Р. В., Матузок Е. Г., Ткаченко Т. В., Сітенко Л. М. [6]; Мась Н. М., Сторожук Н.А.,

Сальнікова О. Ф. [23]; Стасько О. Г., Бондаревська Л.Л., Франчук О.Ф. [36]; Сокурєнко В. В. [37]; Кошетар У. П. [19]; Кузьо О. Б., Кузьо Ю. З. [20]; Мартинова Л. [22]; Олійник А. [27]; Осєтрова О. О. [29]; Рапаєва М. В. [32-33]; Тогобицька В. Д. [42]; Шкуро В. В. [48].

Проте на сьогодні саме в публічному управлінні ця проблема недостатньо висвітлена.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Тема проведеного дослідження, пов'язана з проблематикою і є складовою частиною науково дослідної роботи за темою: «Формування ефективної системи публічного управління в Україні» (№ державної реєстрації 017U003104, 2017-2026 рр.).

Метою роботи є науково-теоретичне обґрунтування напрямів публічної політики в сфері суїцидальної превенції серед дорослого населення України.

Для досягнення поставленої **мети** було поставлено такі **завдання**:

- здійснити теоретичний екскурс до історії та стану проблеми суїцидів в сучасних дослідженнях, а саме: представити опис того, яким було ставлення до самогубства в історії та сучасності;
- здійснити аналіз стану проблеми суїцидальної поведінки серед працездатного населення закордоном та в Україні, зокрема: виклики та пріоритетні завдання в умовах сьогодення збереження ментального здоров'я нації: світові тенденції суїцидальної поведінки серед населення; аналіз суїцидальної поведінки серед дорослого населення України як загрози національної безпеки;
- накреслити основні напрями публічної політики в сфері суїцидальної превенції серед дорослого населення України через опис стратегічних векторів у сфері охорони здоров'я, спрямованих на суїцидальну превенцію серед дорослого населення України, а також напрями індивідуальної суїцидальної превенції: кращі практики та міжнародний досвід.

Об'єктом дослідження є процес формування публічної політики в

сфері суїцидальної превенції серед дорослого населення України.

Предмет дослідження виступають сукупність методологічних, методичних і прикладних питань удосконалення організації сучасної бібліотеки як ресурс розвитку культурного простору громади.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених завдань було застосовано наступні методи дослідження: *теоретичні*: аналіз літератури, систематизація, класифікація, узагальнення отриманих результатів, порівняння теоретичних та експериментальних даних дослідження, аналіз документів: вибірка, систематизація даних, формування висновків; *емпіричні*, такі як спостереження, порівняння; комплексні, серед яких абстрагування, аналіз і синтез, індукція та дедукція; теоретичні – сходження від абстрактного до конкретного.

Елементи наукової новизни полягають в наступному :

вперше : проаналізовано феномен «суїциду» в публічному

управлінні та адмініструванні, сформульовані основні напрями публічної політики в сфері суїцидальної превенції серед дорослого населення України через опис стратегічних векторів у сфері охорони здоров'я, спрямованих на суїцидальну превенцію серед дорослого населення України, а також напрями індивідуальної суїцидальної превенції: кращі практики та міжнародний досвід;

дістали подальшого розвитку: методики та технології, що забезпечують напрями формування публічної політики в сфері суїцидальної превенції серед дорослого населення України.

Практичне значення одержаних результатів. Опрацьовані в кваліфікаційній роботі теоретичні положення, висновки і пропозиції щодо публічної політики в сфері суїцидальної превенції серед дорослого населення України формують основу для аналізу та вирішення сучасних проблем ефективного управління в органах місцевого самоврядування.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження за темою кваліфікаційної роботи оприлюднені у формі доповіді «Досвід

Австралії щодо профілактики суїцидальної поведінки серед дорослого населення» на V Міжнародній студентській науковій конференції «Діджиталізація науки як виклик сьогодення» м. Суми, Україна (8 грудня 2023р., м. Суми, Україна) [25], а також це була публікація на тему: «Самогубство серед населення планети у цифрах», оприлюднена в збірнику матеріалів наукових досліджень молодих учених кафедри публічного управління та адміністрування «ТЕРИТОРІЯ НАУКИ» (2023 р. Частина II) [26; С.30-31].

Структура випускної кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота, зміст якої викладено на 70 сторінках, складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 74 найменувань. Робота ілюстрована 12 рисунками, містить 10 таблиць та додатки.

РОЗДІЛ 1

ІСТОРІЯ ТА СТАН ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДІВ В СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ

1.1. Ставлення до самогубства в історії та сучасності

Самогубство є ровесником людства та його захворювань розвитку. Щодо терміну «суїцид» (від латинського «sui»-сам, «caedere»-вбивати), то він був введений в науковий вжиток у 1635 р. британським лікарем і філософом Томасом Брайоном, проте майже до XVIII сторіччя цей термін не використовували [36; С. 45].

У будь-якому суспільстві в певний історичний є певна схильність до самогубства. Ставлення до самогубства змінювалося під впливом взаємозалежних факторів релігії, закону та моралі. Те, що сприймається з огидою в одному суспільстві, може бути природним для іншого. Жертовні смерті», чи «альтруїстичні» за Е. Дюркгеймом, є можливими в будь-якому суспільстві, і рівень його розвитку не слугує захисним фактором. Розраховане на масовий вплив, ритуальне самогубство є театральним, набуває індивідуального забарвлення [11; С. 256].

Естетичної наповненості було достатньо, щоб оспівувати самогубство в піснях, міфах, писати п'єси, романи. Приклади самогубства у фольклорі несуть сліди ідей реінкарнації. Як атрибут життя пращурів (III тисячоліття д.е.), суїцид – це частина ритуалу: слуги відправлялися за померлим господарем, благочестивих вдів спалювали, старі вбивали себе, щоб не стати тягарем в сім'ї (традиція деяких малих народів Півночі існує і по сьогодні). Проте нема письмових джерел «скелі предків» (порівняємо: перська цар-птаха Семург, яка прожила 700 років, зростивши сина, кидається у вогонь). Вікінг теж не очікує «сорому» старості чи тяжкої хвороби (поранення). Обравших смерть очікувало вічне блаженство. Було і є: самогубство бажаніше, ніж полон.

Історія залишила своє ставлення (схвалювання чи осуд) до самогубства як відбивок в Стародавньому Єгипті, землях Ізраїлю, античній Греції та Римові, Індії, Китаї та Японії, мусульманських та християнських країнах.

Так, у Римській імперії смерть описувалася як акт звільнення, в якому вбачали перевагу людини над богами. Тому для мудреця самогубство могло бути цілком виправданим. Чималу роль в розповсюдженості суїциду в Римській імперії відігравав звичай, згідно якому посадові особи, які в чомусь завинили, могли «спокутувати провину». В такому випадку судове переслідування їх сім'ям вжене заражувало.

У Стародавній Русі до прийняття християнства, слов'янки добровільно спалювалися на багатті разом із трупами чоловіків- жива вдова безчестила сімейство. Лише за часів Петра I у Військовому та Морському Артикулі з'явився суворий припис, що стосувався самовбивць: «Якщо себе вб'є, то мертве тіло прив'язати до коня, тягнучи вулицям, за ноги підвісити, щоб, дивлячись на це, інші такого беззаконня над собою вчиняти не відважувалися». У християнстві суїцид вважали важким і страшним гріхом, таких людей забороняли хоронити на кладовищі, а тих, які вижили після спроби самогубства, засуджували до тяжкої каторги. Християни вважали самогубство шляхом відмови людини від долі, що була обрана Богом. Людина, обираючи самогубство в прямому та переносному значенні, вибирає шлях, протилежний життю, тобто смерть. Здійснюючи суїцид, особа декларує свою незгоду з Божим порядком та промислом у світі. [20; С. 279]. Так, у європейській міфології знаходимо описи перетворення самовбивць на вампірів, темних і кровожерливих істот. Наприклад, у Франції, ставлення до самогубств було навіть агресивним і лякаючим – тіла самовбивць несли на носилках обличчям донизу, потім вішали, а через деякий час згодовували тваринам. Водночас в Англії було введено штраф і кримінальну відповідальність за спробу покінчити життя самогубством, а відмінили лише в 1961 році [36; С. 48].

Релігійна приналежність є надзвичайно важливою в прийнятті

суїцидального рішення. Умовно можна поділити релігії на антисуїцидальні, де моральні та психологічні заборони на шляху до суїциду є дуже жорсткими, і релігії, що не вважають самогубство абсолютним злом. Наприклад, в ісламі самогубство заборонялося Кораном і вважалося найтяжчим гріхом. Правовірні мусульмани вірять, що доля, накреслена Аллахом, буде визначати все їх життя, і вони озобов'язані терпляче зносити всі удари долі.

Впродовж плину часу ставлення до самогубства дуже змінилося, майже неможливо точно сказати, яким саме воно стало. Так, із збільшенням частоти смертей, унаслідок суїциду, збільшувався й науковий інтерес до цього феномену. Наприклад, у 70-х роках ХХ століття соціологи довели існування цілих епідемій самогубств, ці випадки мали схожі мотиви. Зокрема перша така епідемія сталася в Європі, після виходу в світ ще в ХVІІІ столітті роману Іоганна Вольфганга фон Гете «Страждання юного Вертера». І ніхто навіть гадки не мав, що роман, який приніс славу й популярність автору, зможе призвести до такого летального фіналу – масових самогубств серед тогочасної молоді.

Справа в тому, що на останніх сторінках роману головний герой стріляє собі в голову. Причиною самогубства стала любовна трагедія та несила перенести сильний душевний біль. Соціологи стверджують, що через високу емоційну напругу та співчуття читачів до героя цього роману, в багатьох із них зріс інтерес, навіть почуття пристрасі до смерті. Тому в багатьох країнах цю книгу заборонили, а феномен назвали на честь головного героя роману: «ефект» чи «синдром Вертера» (в англomовній літературі можна зустріти назву «*coruscating suicides*») [5; С. 177]. Хоча подібна історія відбулася в 1774 р., коли з-поміж молодих людей у Німеччині прокотилася хвиля суїциду. І лише через сто років потому цей феномен досліджував американський соціолог Девід Філліпс. Саме Філліпс звернув увагу на взаємозв'язок між смертями та виходом у світ роману Гете «Страждання юного Вертера». Це підштовхнуло соціолога кожні наступні сім

років вивчати, як корелювала кількість овідомлень про випадки суїциду з кількістю самогубств серед потенційних глядачів. Д. Філіпс виявив, що впродовж двох місяців після кожної гучної публікації про суїцид, в середньому самогубства здійснювали на 58 осіб більше, ніж зазвичай.

І якщо раніше ключову роль в існуванні суїциду вбачали релігії та культурі, то на даний час головну роль відіграє Інтернет та засоби масової інформації (сюди також можна віднести кінематограф і літературу).

Період другої половини XX століття і початок XXI століття – це період постсучасності. Цей перехідний етап можна охарактеризувати змінами ціннісних орієнтирів і традицій, напрацьованих людством упродовж століть. Насамперед, помітним стало перенесення акцентів з общинноколективістської орієнтації на значущість особи, її прав та обов'язків, що зумовило появу моральноетичних проблем нового гатунку. Головним джерелом специфічних для сьогодення етичних проблем, з-поміж яких чільне місце займають «біоетичні», є безпрецедентний розвиток науки, техніки і технологій. Етичні проблеми зумовлені втручанням сучасної науки в глибинні біологічні процеси [19; С. 32]. Це стосується пересадки органів, клонування, самогубства, евтаназія тощо.

Щодо терміну «біоетика», то з'явився він 60-70 роках XX століття, однак філософська традиція його формування, котра була закладена ще античні часи, набула деяких відмінностей у тематиці, методах розвитку теорії та практики залежних від культурних, філософських, релігійних звичаїв різних країн та в різних мовних системах. Головні ж проблеми біоетики стосуються насамперед взаємовідносин лікаря й хворого. Безумовно, середньовічна, а також епоха Відродження знаходилась під впливом принципів Гіппократа. Проте в минулому столітті відбулися зміни, які вимагали контролю за виконанням етичних норм у взаємовідносинах лікаря й хворого стали, що по суті стало чи не головною умовою існування кожної окремої людини і людства взагалі. А підставою стали численні факти щодо експериментів на людях, примусової стерилізації, представлені на

Нюрнберзькому процесі (1945-1946 рр.). Саме вони довели, що совість кожного лікаря не може вважатися гарантією недоторканості життя людини. Саме цей призвело до ліквідації застосування принципу гіппократовського патерналізму. Перед суспільство постало завдання – сформулювати нові гарантії: міжнародні декларації та угоди, виконання яких контролювалося з боку новостворених етичних комітетів [19]. Так, у 1948 р. було створена Всесвітню Декларацію Прав Людини, по суті перший крок в розвитку біоетики було зроблено.

Багатоаспектні уявлення про предмет біоетики представлені у виданій в США та Англії чотиритомній «Енциклопедії біоетики». У 80-90-х рр. XX ст. біоетична проблематика стала предметом ґрунтовного філософсько-світоглядного осмислення у вітчизняних концепціях, у роботах українських і російських філософів науки. Базовий принципом біоетики: «Не нашкодь!», є, по суті, принцип життєствердження, який передбачає відмову від життєвідмови, котра є однією з його конкретизацій. «Не нашкодь!» означає діяти так, щоб стверджувати життя та відмовитися в своєму житті та житті інших людей, пацієнтів і колег, членів сім'ї тощо. Особливо важливою ця проблема є в діяльності едологів: працівників сфери медицини, педагогів і психологів, соціальних працівників тощо. Допомога іншим, професійна та непрофесійна (волонтерська) едологічна діяльність вимагає від людини неординарних здібностей не лише в розумінні себе та світу, проте й в ставленні – до тих складних життєвих ситуацій, з якими вона зіштовхується в своєму житті, житті оточуючих його людей, включаючи пацієнтів. Допомагаючи самому собі, а також іншим, людина розвиває та обмінюється з людьми ресурсами власної особистості, мимоволі транслює своє ставлення до себе та світу, свою схильність так чи інакше вести себе в тяжких життєвих ситуаціях: розвиватися та стверджувати життя, його цінність, здавалося навіть всупереч обставинам, коли можна зневіритися та заперечувати цінність свого життя та життя оточуючих.

Розрізнять евтаназію: вбивство (умертвіння) через співчуття,

добровільна активна евтаназія, самогубство за допомогою лікаря.

Лікувальна етика традиційно виокремлює: активну та пасивну евтаназію, позитивну та негативну, пряму та непряму евтаназію. Взагалі евтаназія на сучасному етапі не є безпроблемною процедурою внаслідок дірок внаслідок прогалин в законодавчих актах і морально-етичного аспекту. Однозначності в цьому питанні нема. Піонером з-поміж держав в галузі легалізації добровільної смерті стали Нідерланди. Згідно закону, вступившему в силу 1 квітня 2002 р., смертельна процедура може бути застосована до хворих, яким вже виповнилося 12 років і здійснена лише за вимогою пацієнта, якщо буде доведено, що його страждання нестерпні та шанси на ви здоровлення відсутні. Пр цьому обов'язково необхідне повторна згода самого пацієнта. Рішення уповноважені виносити як мінімум два лікарі, а у випадку сумнівів справа розглядається прокуратурою. Лікарі також потрапляють під контроль спеціальних комісій із експертів з медицини, права та етики. На противагу законодавству Нідерландів, в Швейцарії процедура евтаназії чітко не прописана, однак в ньому вказано, що «допомога в самогубстві не суперечить закону, якщо мова йдеться про термінальну стадію тяжкої хвороби, і розцінюється як гуманний акт».

Така країна, як Люксембург є третьою державою в Європі, що легалізувала активну евтаназію, прийнявши в 2008 році Закон «Про евтаназію та допомогу в самогубстві». Положення цього також мають критерії належної обережності для законної евтаназії та допомоги в самогубстві. Окрім того, європейською державою, що легалізувала евтаназію є Іспанія. Так, у червні 2021 року набув чинності Закон «Про регулювання евтаназії», який дозволяє вчинення медичним персоналом дій, які активно та безпосередньо спричиняють смерть людини, шляхом введення смертельної ін'єкції, або призначення її таким чином, щоб людина могла самостійно вводити її в медичному центрі або вдома [45]. Проте, допомога при смерті все ще заборонена в багатьох

країнах, зокрема у Франції, Німеччині, Польщі й в Україні, і критикується з чотирьох основних причин:

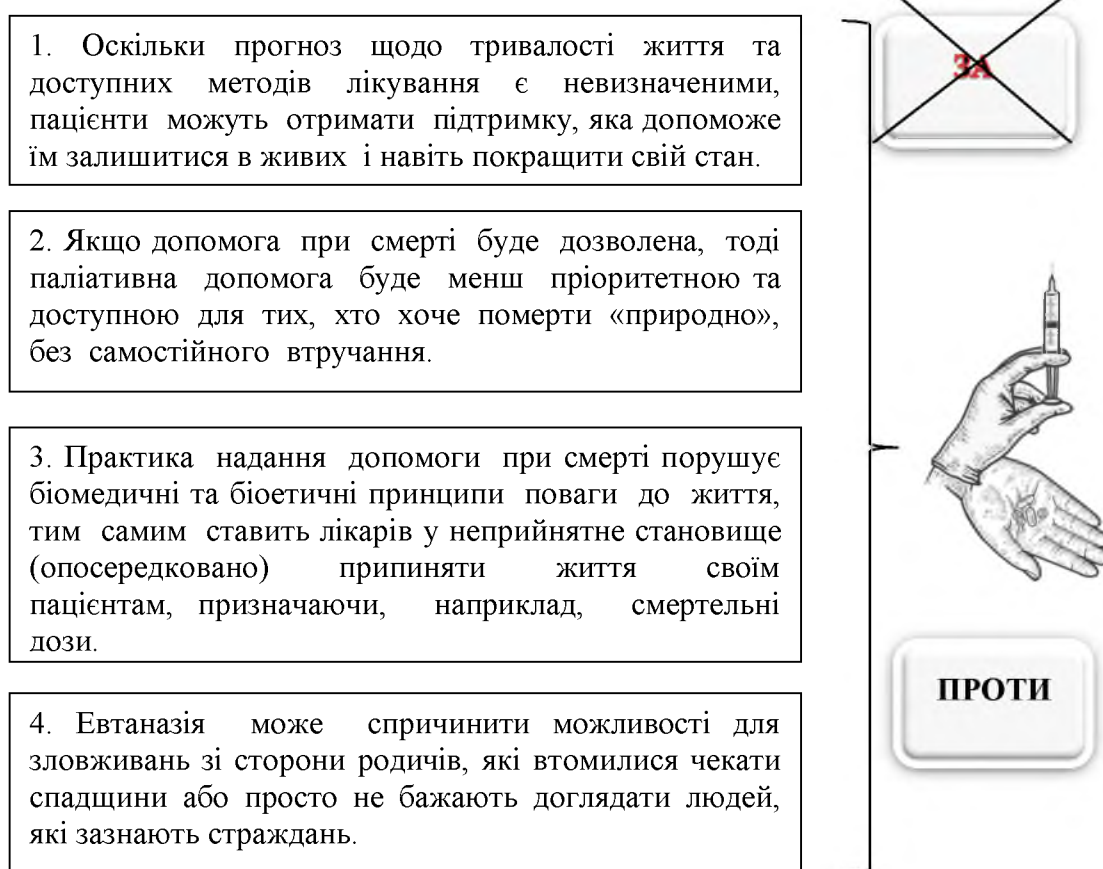


Рис. 1.1. Причини заборони евтаназії в багатьох європейських країнах

Щодо України, то цього терміну Цивільний кодекс України чітко не містить, однак в ч.4 ст. 281 є пряма вказівка на заборону задовольняти прохання особи про припинення її життя [47, С. 6]. Окрім того ч. 3 ст. 52 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлює заборону здійснення евтаназії медиками: «медичним працівникам забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань» [13].

1.2. Основні теоретичні підходи до аналізу суїцидальної поведінки

В останні десятиріччя увага дослідників різних галузей науки, таких як етика, криміналістика, культурологія, медицина, соціологія, педагогіка, політологія, психологія психіатрія та право, філологія, філософія в багатьох країнах світу прикута навколо проблеми самогубства [19, Кутова, 38-39, 46, 48]. Цієї проблеми почали торкатися в своїх дослідженнях і фахівці в галузі публічного управління та адміністрування. Щороку від самогубств гинуть особи різного віку, статі, професій, освітнього та культурного рівня. Зростання кількості суїцидів та спроб самогубства, що характерне для більшості країн світу, негативно впливає на стан економіки, громадського порядку, моральних і духовних підвалинах.

Самогубство є однією з найгостріших проблем сучасного суспільства. Вони займають провідне місце серед причин працездатного населення та зберігають тенденцію до зростання. Завершені самогубства здійснюються в світі з частотою щонайменше 16,7 на 100 000 населення. Саме суїцидальні дії є чотирнадцятою причиною смерті (за кількістю померлих) і складають приблизно 1,5 % від усіх смертей у світі [69]. Серед основних причин смерті серед молоді віком від 15 до 29 років самогубства займають четверту після дорожньо-транспортних, туберкульозу та міжособистісного насильства [61].

Порушення моральних внутрішніх обмежень на позбавлення себе життя, фактично зникнення суспільних табу на самогубство, технократизація та дезінтеграція суспільства, а також зростання алкоголізму, наркоманії, а також посилення психосоціальних, економічних, екологічних та інших факторів призвели до того, що в другій половині XX століття почалося різке зростання числа суїцидальних випадків по всьому світові. Не дарма на початку XX століття відомий юрист А. Ф. Коні наголошував, що випадки самогубства перестали бути одиничними, а стали цілим громадським явищем, що заслуговує на пильне вивчення та обмірковувану боротьбу з ним. Саме тому в 1910 р. у м. Відні (Австрія) відбулась перша наукова

конференція, присвячена вивченню феномена суїциду. Починаючи з 1949 р Всесвітня організація охорони здоров'я стала регулярно публікувати відомості про самогубства в різних країнах світу,. Щодо України, то перші публікації про число самогубств у хроніці ВОЗ з'явилися лише початку 1980-х рр., а з 60-х років XX століття це явище стає дедалі відчутною проблемою в різних країнах світу. На даний час в наукових джерелах частіше за все застосовується термін «суїцидальна поведінка» (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Тлумачення понять, «суїцид» «суїцидальна поведінка»

Автор (ри)	Тлумачення	Джерело
У. П. Кошетар	Самогубство – одна з вічних проблем людства, оскільки існує як явище практично стільки ж, скільки існує на Землі людина. Самогубство, суїцид – виключно людський поведінковий акт самоусунення з життя. Е.Дюркгейм, автор першої фундаментальної соціологічної праці, присвяченій самогубству (1897 р.), визначає суїцид, як усвідомлений вчинок постраждалого, наслідками якого є передбачений і очікуваний смертельний результат зазначеного індивіда	[19]
І. Л.Зубрицька-Макота, О.Л. Христук	Самогубство (суїцид) – це крайній вид автоагресії, навмисне самопозбавлення життя	[14]
Н. Г. Старинець	Суїцидальна поведінка має багатофакторну природу, у якій соціально-психологічні фактори є вагомими	[39]
О.Б. Кузьо, Ю.З. Кузьо	Існує велика кількість визначень терміна «суїцид» у різних науках, однак, по суті, їх значення можна звести до наступної дефініції: суїцид – це свідомий акт навмисного позбавлення себе життя, який здійснюється людиною у стані сильного душевного переживання або внаслідок психічного захворювання.	[20]
А. Олійник	Самогубство є своєрідним варіантом відповіді на кризу існування. Як вже зазначалося вище, самогубство як явище індивідуальне існувало в усі історичні часи, але іноді воно стає явищем соціальним, коли створюється для нього сприятлива суспільна атмосфера.	[27]

Хоча науковці вживають також і терміни «суїцид», «самогубство». На нашу думку, поняття «самогубство» є вужчим. Самогубство (суїцид) – це акт позбавлення себе життя, під час якого людина діє навмисно, цілеспрямовано й свідомо. Натомість суїцидальна поведінка – це всі прояви суїцидальної активності – думки, наміри, висловлювання, погрози, суїцидальні спроби,

замахи на самогубство.

Споріднені з поняттям «суїцидальна поведінка» є також і наступні поняття: «суїцидальні замах», «суїцидальні спроби», «суїцидальні прояви», «аномічні самогубства», «фрустрація», «евтаназія».

На розвиток суїцидальної поведінки впливає низка факторів, серед яких: стать, вік, місце проживання, професія, сімейний становище, стан здоров'я тощо. Помітним є вплив економічних і соціальних факторів на рівень суїцидальної активності населення. Варто звернути увагу на те, що психологічна криза є основним проявом соціально психологічної дезадаптації особистості, що переживається в умовах конфлікту під час різних життєвих ситуацій, що є центральним пунктом переходу від передсуїциду в суїцид.

Щодо кризи, то вона виникає при неможливості подолати різноманітні життєві перепони та проблеми, формуванні неадекватного оцінювання подій на основі попереднього життєвого досвіду та особистісних особливостей. Відмічається два найбільш типових варіанти розвитку психологічних кризових станів (рис. 1.2):

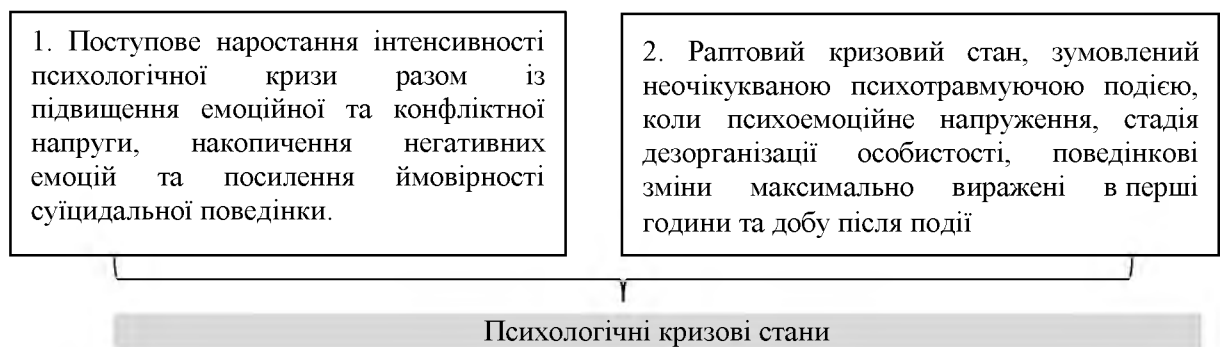


Рис. 1.2. Два найбільш типових варіанти розвитку психологічних кризових станів

Психологічні фактори ризику включають почуття безнадійності, нездатності знайти вихід із ситуації, що склалася, гостра тривога та думки про те, що смерть буде позбавленням від душевних мук. Ненависть до себе, почуття провини та втрата смаку до життя можуть поглибити схильність до

суїциду. Зауважимо, що думки про самогубство, наявність плану та засобів щодо його здійснення потребують серйозної уваги.

В деяких дослідження знаходимо ознаки різноманітних психічних і наркологічних розладів у молодих осіб, які намагалися реалізувати суїцидальну спробу, зокрема при: шизофренії, депресії, розладах особистості, зловживання наркотичними та психоактивними речовинами. Існують певні особливості особистості, які сприяють формуванню суїцидальної поведінки, такі як збудливість, сенситивність, емоційна нестійкість, котрі в деяких індивідів досягають рівня акцентуації.

Найбільш важливими є також і соціально-психологічні фактори, конфлікти з сім'єю, завищена самооцінка та егоїзм, характерні для незрілої особистості, що входять в протиріччя з матеріальною залежністю від батьків.

Крім того, виокремлюють додаткові (не характерні для дорослих) фактори ризику розвитку суїцидальної поведінки для дітей і підлітків: ендокринна перебудова організму, специфічна вікова реакція на алкоголь, дисгармонійний розвиток (акселерація, інфантилізм, асинхронія), неправильне виховання.

Самогубство, разом із алкогольною та іншими залежностями, є моделлю само руйнівної поведінки та відносяться до соціальних девіацій. Тому особливу увагу слід звернути на самогубства хворих на алкоголізм і наркоманію, також суїцидам, скоєним в момент алкоголізації чи наркотизації. Ризик суїцидів є дуже високим у хворих на алкоголізм. Це захворювання має відношення до 25-30 % самогубств серед молодих людей його відсоток може сягати й вище – до 50 %. Тривале зловживання алкоголем сприяє посиленню депресії, почуттю провини та психічного болю, що часто є передвісниками суїциду. В США приблизно $\frac{1}{4}$ всіх самогубць – це люди, які зловживають алкоголем. Зауважимо, що хоча основною проблемою був і залишається алкоголь, однак за останнє десятиліття в США суттєво зросла також і кількість людей, в яких є залежність від медичних препаратів, – переважно антидепресантів, що також підштовхує до

суїцидальної поведінки. За словами керівника фонду допомоги юристам Hazelden Betty Ford Foundation Патріка Крілла, проблема досягла масштабів епідемії й безглуздо припускати, що юристи, професія яких перебуває в групі ризику, коли мова заходить про залежність, залишилися осторонь[16].

Подібна взаємозалежність між різними видами девіантної поведінки прослідковується також і в інших країнах. Так, у 2021 р. Український інститут майбутнього провів масштабне соціологічне опитування (опитано 2400 респондентів face-to-face) з питань наркотичної та алкогольної залежності в Україні. Саме отримані результати дослідження підтвердили, чому Український інститут майбутнього одним із своїх пріоритетів вважає роботу над низкою законопроектів, що допомогли б вирішити проблему наркотичної залежності в країні.

Так, першим запитанням дослідження було наступне: «Чи є серед членів вашої родини, родичів, друзів, сусідів або колег по роботі особи з залежністю?». «Є з наркотичною залежністю», – відповіли 5% респондентів, «з алкогольною та наркотичною залежністю» – ще 5%. Отже, приблизно 10% українців зазначають, що в їхньому близькому оточенні є люди, які мають наркотичну, а також алкогольну залежність. Зауважимо, що спеціально не запитували: «Чи вживаєте ви особисто наркотики?», оскільки відповідь на це питання ніхто не дав би. [24].

Сім'я є одним із найважливіших соціальних оточень, що забезпечує людині основи емоційної безпеки, соціальну, а також в низку випадків фінансову підтримку. Саме тому сприятливі стосунки в сім'ї є одним із найважливіших факторів попередження суїцидальної поведінки. В сімейних людей, як правило, спостерігається найнижчий рівень суїцидальності, тоді як і розлучених чи вдівців (вдів) рівень суїцидів підвищується в два-три рази [4]. Хоча в сім'ї при вихованні до сих пір домінує стереотип стосовно того, що хлопчики на відміну від дівчаток не можуть поділитися своїми почуттями, що закладає причини при формуванні депресивних думок. Як зазначає Мара Грунау, виконавчий директор канадського Центру

профілактики самогубств: «мами зазвичай більше розмовляють зі своїми дочками, ніж синами, вони більше діляться з ними почуттями і таким чином краще вчать їх розпізнавати емоції». Фахівець також наголошує на тому, що самотність є ще одним важливим чинником формування суїцидальної поведінки, коли успішний професіонал, зробивши кар'єру коштом інших речей у житті, може опинитися на вершині піраміди зовсім один [Шумахер].

В різних зарубіжних джерелах низка авторів наголошують на ролі сімейних втрат, невдалому шлюбі, що в кінцевому рахунку призвів до розпаду сім'ї, в генезі суїцидальної передиспозиції. Розрізняють такі типи неблагополучних сімей з найбільшим ризиком розвитку суїциду: дезінтегрована, дисгармонійна, консервативна, закрита, руйнівна сім'я, сім'я, де суїцид чи спробу до самогубства вчиняли батьки, сім'я з паталогічною залежністю батьків і дітей, сім'я, з психопаталогічними порушеннями в членів родини [28].

У більшості країн суїцидальні спроби превалюють у молодих жінок, що пов'язано з більшою вираженістю інтернальності агресії у жінок, ніж у чоловіків, зокрема в інтрапсихічних та інтерперсональних конфліктах. Факторами суїцидального ризику в жінок частіше за все виступають соціальне неблагополуччя, дитячі нещастя, дефекти соціалізації, схильність до стресу, зловживання алкоголем, сімейні конфлікти, фізичне та психологічне насильство. Суїцидонебезпека в декілька разів збільшується саме в комбінуванні цих факторів.

Ще один важливий фактор, котрий суттєво збільшує число суїцидів, це суспільство диктаторського спрямування з обмеженням свободи особистості, жорсткою регламентацією її поведінки. Недарма дослідники знаходять підтвердження, що в ізольованих від зовнішнього світу організаціях з жорстким контролем показник самогубства є вкрай високим. Це перш за все – армія, тюрма, дитячі будинки та колонії. Так, наприклад, 9 лютого 2019 року двоє засуджених під час етапування потягом у вагоні «столипін»,

не бажаючи відбувати покарання у Бердянській виправній колонії, перерізали собі вени», – розповів правозахисник Олег Цвілий [43].

Варто зауважити, що з віком ймовірність добровільного відходу від життя зростає: люди віком від 7 років і старше скоюють самогубства втричі частіше, ніж молодь віком від 15 до 24 років, хоча останні роки саме в молодіжній групі фіксують тривожне зростання суїцидів по всьому світові. Чоловіки частіше, ніж жінки помирають внаслідок суїциду (середньому на одне самогубство жінки припадає три самогубства чоловіків), хоча суїцидальна поведінка частіше за все проявляється саме в жінок [71].

Спроби пояснити зростанні кількості самогубств лише соціально-економічними труднощами не завжди є виправданими. Життя показує, що високий рівень суїцидів відзначається як економічно розвинених країнах, в той же час низький – в країнах з відносно невисоким рівнем економічного розвитку. Так, наприклад в Японії за 2022 рік зареєстровано 21881 самогубства, відзначено, що вперше за 13 років зросла кількість суїцидів серед чоловіків і рекордне число серед учнів початкової, середньої та старшої школи [41]. Аналіз статистичних даних показує, що рівень суїцидів певною мірою залежить від інтенсивності низки соціальних процесів, що призводять до дезадаптації цілі категорії населення. Економічне пояснення причин самогубства дав у свій час такий дослідник, як В. Херлбарт, який досліджував самовбивства в США в 1902–1925 роках. Крива коливань показників бізнесу та крива самогубств в США були в ці роки синхронним, періоди застою економіки супроводжувалися зростанням, а періоди її процвітання – зменшенням показників суїцидів. Розвал економіки, зростання безробіття, тривалі затримки зарплати, зростання інфляції є одним із факторів зростання суїцидальної поведінки.

Поряд із суїцидогенними існують антисуїцидальні фактори, тобто установки та переживання, перешкоджають реалізації суїцидальних намірів. Антисуїцидальні фактори складаються в певну систему, куди входять: інтенсивна емоційна прихильність до значущих близьких; батьківські

обов'язки; виражене почуття обов'язку, обов'язковість; концентрація уваги на стані власного здоров'я, острах заподіяння собі фізичного страждання чи збитку; залежність від суспільної думки та прагнення уникнути з боку оточуючих; уявлення про ганебність, гріховність суїциду; уявлення про невикористані життєві можливості; наявність творчих планів, тенденцій, задумів; наявність естетичних критеріїв в мисленні (небажанні виглядати некрасивим навіть після смерті). Численні дослідження вказують на причинно-наслідковий зв'язок між релігійними чинниками, що визначають формування культури та етносу, і суїцидальною поведінкою. При цьому в багатьох роботах вказується значна роль релігії як одного з провідних чинників, що стримують суїцидальну активність, наприклад в християнстві, класичному Ісламі. Натомість діаметрально протилежним ставленням до самогубства є в індуїзмі, що проявляється в учінні про реінкарнацію. Зауважимо також, що статистичні дані щодо ризику самогубств серед релігійних товариств світу суперечливі. Так, учені зазначають, що в євреїв і протестантів ризик суїциду є вищим, ніж у католиків [58], тому знижена потенційна небезпека самогубства в Південних регіонах Європи (Італії, Іспанії) пов'язана з впливом католицизму. Однак у той же час, є відомості, що серед католиків і протестантів Ірландії рівень суїцидів однаковий, а в католицьких країнах Австрії та Угорщині – дуже високий [58].

Одним із факторів стримування числа самогубств в історії людства виступають релігійні заборони, типові для авраамістичних релігій (християнство, іудаїзм, іслам). Релігійні заборони споконвіку не підлягали обговоренню чи піддаватися сумнівам. Те зростання рівня самогубств, що спостерігається в останній час, певною мірою можна пояснити релігійною байдужістю. Згідно теорії Е. Дюркгейма [11], коли вся мережа соціальних стосунків добре інтегрована, існує високий ступінь соціального зчеплення; люди відчують себе необхідними складовими частинами суспільства, в них відсутнє почуття соціальної ізоляції. Культурні цінності приймаються та поділяються всіма членами суспільства. І, навпаки, суспільство з низьким

рівнем зчеплення та ті, хто не використовує загально визнані культурні цінності, становить потужний генератор самогубств, незалежно від економічних умов і стану психічного та фізичного здоров'я його членів.

Висновки до розділу 1

Самогубства є серйозною проблемою, що торкається всіх регіонів світу. Але, за статистикою, найбільше людей добровільно розлучаються з життям в Африці. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розпочала кампанію із запобігання самогубствам на континенті. На даний час проблемою дослідження самогубства займаються вчені з різних країн, які представляють різні галузі наукових знань. Варто зауважити, самогубство, як і алкогольна чи інші залежності, є моделлю саморуйнівної поведінки та відносяться до соціальних девіацій. Кожні 40 секунд у світі відбувається самогубство. Щороку рахунки з життям зводять близько 800 тисяч осіб. За даними ВООЗ, 79 % суїцидів припадають на країни з низьким і середнім рівнем доходу. Для скоєння самогубства найчастіше використовують пестициди, насамперед – у сільськогосподарських районах бідних країн. На другому місці серед способів зведення рахунків із життям – повішення, на третьому – самогубство за допомогою вогнепальної зброї.

Щодо самого поняття «суїцид», то він має давню історію. Кожна країна в світі в залежності від власного історичного, культурологічного, релігійного шляху напрацювала досвід і ставлення до нього. Класичне суспільство несе в собі превентивну модель захисту від суїцидальних тенденцій одновірців, у зв'язку зі своєю згуртованістю та консолідацією. Проте релігійні догми (уявлення про гріх, можливість досягти «Царства Небесного» через самопожертву) можуть бути чинниками суїцидального ризику. Особливу небезпеку в цьому випадку становлять релігійні деструктивні організації, секти, в яких самогубства реєструються із загрозливою частотою.

Тісно із поняттям «суїцид» пов'язане поняття «евтаназія», що активно обговорюється, і не лише серед науковців, Воно набуло актуальності тоді, коли на порядку денному постали важливі питання біоетики. У роботі здійснено спробу встановити спільні та відмінні риси таких понять, як «суїцид», «самогубство», а також споріднених з поняттям «суїцидальна поведінка» поняття: «суїцидальні замах», «суїцидальні спроби», «суїцидальні прояви», «аномічні самогубства», «фрустрація», «евтаназія».

У представленому розділі автор намагається встановити причини, що штовхають людей до самогубства, фактори, що впливають на почастищення самогубств та фактори стримування числа самогубств. Звертається увагу на той факт, що статистика самогубств також має відмінності. Наприклад, у деяких країнах, де релігія негативно ставиться до них, факти самогубства замовчуються.

РОЗДІЛ 2

СТАН ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД ПРАЦЕЗДАТНОГО НАСЕЛЕННЯ ЗАКОРДОНОМ ТА В УКРАЇНІ

2.1. Збереження ментального здоров'я нації – виклики та пріоритетні завдання в умовах сьогодення

Цінність ментального здоров'я на сьогодні ще не до кінця усвідомлена. Однак без сумніву це залишається тема номер один, як на порядку денному для України, що живе в умовах повномасштабної російської агресії, так і для світу, який за останні роки пережив чимало катастроф, збройних конфліктів локального та міжнародного значення. Восени 2023 року в Києві відбувся третій Саміт перших леді та джентльменів, що мав тему: «Ментальне здоров'я: стійкість та крихкість майбутнього». Столиця України стала міжнародною платформою, що об'єднала перших осіб світу та сприяла діалогу та ефективній протидії глобальним гуманітарним викликам шляхом застосування інструментів м'якої сили, партнерства, публічної дипломатії. Місія Саміту – це посилення «м'якої сили» перших леді та джентльменів у розв'язанні глобальних проблем людства, а серед обговорюваних тем на Саміті були наступні [22]:

1. Сила і слабкість визнавати виклики у сфері ментального здоров'я відкрито, без стигматизації цих проблем.
2. Вплив війни на ментальне здоров'я.
3. Необхідність надання найвищого пріоритету проектам у сфері популяризації підтримки ментального здоров'я, зокрема: підвищення помітності проблеми у суспільстві, промоція грамотності у сфері ментального здоров'я, боротьба зі стигматизацією тощо.
4. Основні кроки для збереження ментального здоров'я сьогоденішніх підлітків, молодих осіб, які через п'ятнадцять років

визначатимуть майбутнє людства.

Коли ми говоримо про ідеальний стан ментального здоров'я людини, то ми маємо на увазі здатність людини повноцінно радіти життю, керувати власними емоціями та продуктивно працювати, вибудовувати стосунки з соціумом. Поняття «ментальне здоров'я» тісно пов'язане з терміном «психологічне здоров'я», коли мова ведеться про душевне благополуччя людини в прямому сенсі цього слова. Згідно визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Здоров'я – стан повного фізичного, душевного й соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань і фізичних дефектів», а отже психічне здоров'я – це не тільки відсутність психічних розладів чи паталогій [30].

Щодо терміну «психічне здоров'я», то воно було введено ВООЗ у 1979 році. На думку чималої кількості авторів [Амосов; Коцан], психічне здоров'я є інтегральною характеристикою повноцінності психічного функціонування індивіда, що охоплює розуміння природи і механізмів його підтримання. Натомість в інших визначеннях підкреслюється, що психічне здоров'я – це відносно стійкий стан буття, в якому індивід достатньо задоволений собою і відчуває інтерес до життя і самореалізації [15]. А от у таких країнах, як США та Великобританії (і в цілому в англомовних публікаціях) словосполучення «mental health» позначає успішність виконання психічних функцій, результатом яких стає продуктивна діяльність, встановлення стосунків з іншими людьми та здатність адаптуватися до змін і долати неприємності [53; 68].

Тлумачення поняття психічне здоров'я різними авторами наведено за допомогою даних таблиці 2.1. Щодо збірного терміну «психічне здоров'я та психосоціальна підтримка» (ПЗПСП), то він використовується і в Керівництві Міжвідомчого постійного комітету (МПК) з ПЗПСП в умовах надзвичайної ситуації для опису «будь-якого типу місцевої або зовнішньої підтримки, спрямованої на захист або сприяння

психосоціальному добробуту та/або попередження чи лікування психічного розладу» [57].

Таблиця 2.1

Тлумачення поняття психічне здоров'я різними авторами

Автор	Визначення	Джерело
Гребняк М. П., Агаркова О. В., Нагорний І. М.	Як дефініцію індивідуального психічного здоров'я запропоновано такий стан психіки індивідуума, який характеризується цільністю та узгодженістю усіх психічних функцій організму, за безпечуючи почуття суб'єктивної психічної комфортності, здатності до цілеспрямованої осмисленої діяльності та оптимальне виконання соціальних функцій, адекватних загальнолюдським цінностям і етнокультурним особливостям групи.»	[7]
Стасько О.Г., Бондаревська Л.Л.,	«Психічне здоров'я суб'єкта – це стан психологічного благополуччя, що передбачає відсутність хворобливих психічних явищ, співвідноситься з переживанням	[37]
Яценко Т. С.	«...психічне здоров'я пов'язане із станом душевного благополуччя, який у свою чергу передбачає знижений рівень тривожності, напруженості, почуття психологічної загрози від присутніх, відсутність смутку, страху. Психічно здоровій людині властиві внутрішній спокій, рішучість, відкритий погляд, постійна ввічливість, відсутність метушливості і вампіризму, тверезість розуму і послідовність поведінки. Це ознаки психіки людини, котра змогла розв'язати свої особистісні проблеми, тобто позбутися стабілізованої внутрішньої суперечливості і набути врівноваженості. Психічно здорова особистість захищена достатньо глибоким самоусвідомленням, вона володіє власним емоційним станом і поведінкою. Психічне здоров'я присутнє тоді, коли людина діє адекватно до мети досягнути реального результату, і не лише правильно його прогнозує, а й застосовує адекватні засоби до його досягнення.»	[50]

А от Глобальна гуманітарна система використовує термін ПЗПСР для об'єднання широкого кола виконавців, залучених до заходів реагування на надзвичайні ситуації, такі як війна проти України, в тому числі осіб, які працюють із біологічними та соціокультурними підходами у сфері охорони здоров'я, соціальних послуг, освіти та на рівні громади, а також для того, щоб «наголосити на потребі у різноманітних, взаємодоповнюючих підходах щодо надання належної підтримки» [57].

На думку Савчин М. В., з-поміж складових складових психічного та особистісного здоров'я вирізняють: духовність особистості; самоактуалізованість; індивідуальність, поєднану із загальнолюдськими здатностями; соціальна інтегрованість та ін. [35].

Кожного року відзначається Всесвітній день психічного здоров'я. Так, 10 жовтня 203 року Всесвітній день психічного здоров'я пройшов під девізом: «Психічне здоров'я доступне всім». Це означає, що ніхто не повинен залишитися без доступу до інформації, можливості попросити про допомогу й бути почутим. Незалежно від статусу та рівня життя людини, нікому не може бути відмовлено в психіатричній допомозі і підтримці. Цьогоріч ВООЗ провела глобальну акцію, присвячену проблемі року. Зокрема в режимі онлайн-трансляції працівники ВООЗ звітували про роботу медичних працівників з різними психічними захворюваннями в усьому світі. Слово було надано найкращим експертам з питань психічного здоров'я, відомі люди будуть ділилися своїм досвідом про те, як вони подолали депресію.

Окрім того, під егідою ВООЗ проведено перший в історії кінофестиваль під назвою «Здоров'я для всіх», а однією з номінацій цього заходу став найкращий фільм про психічне здоров'я. В різних документах ВООЗ, в Конституції України, Основах законодавства про охорону здоров'я говориться про те, що суспільство та влада несуть відповідальність за збереження генофонду, фізичне благополуччя своїх громадян, рівень здоров'я, в тому числі й психічного.

За останні роки серед фахівців сфери психічного здоров'я багатьох країн світу зросла занепокоєність масштабами психічної патології, значної поширеності її та перманентним збільшенням медико-соціальних наслідків психічних розладів (коморбідності, суїцидів, порушень соціального функціонування), відповідно, зростанням обсягів витрат суспільства та держави для утримання ситуації [17].

Згідно даних численнях епідеміологічних досліджень, проведених в більшості західних країн, кожна сьома людина страждає на шизофренію або

є схильною до алкоголізму та затяжних депресій, що призводить до злочинів та самогубств. Водночас для більшості людей характерними є психічні розлади, коли вони як пацієнти не отримують належної медичної допомоги. За даними ВООЗ, в світі депресією страждають понад 264 млн. людей, біполярним розладом – 45 млн., деменцією – 50 млн. (офіційно зареєстровані випадки). Депресія стала однією з найпоширеніших у світі причин втрати працездатності.

В Україні також маємо можна познайомитися з катастрофічними статистичними даними, адже понад 1,5 млн. мешканців нашої країни страждає від психічних захворювань, а понад 2 мільйонів щороку звертаються за допомогою до фахівців психіатрії та більшість з них госпіталізуються. Нервові розлади різного характеру та різного ступеня важкості – це проблема кожного третього українця. До того ж, наша країна посідає 1-ше місце за кількістю психічних розладів в Європі.

Зазначимо, що станом на 2022 рік майже 60% населення світу працювало, а отже всі працівники мають право на безпечне і здорове середовище на робочому місці.

Безумовно, що робота може бути захисним фактором для психічного здоров'я, проте й може сприяти потенційній шкоді. У всьому світі працівники, сім'ї, підприємства та цілі економіки відчують вплив психічних розладів незалежно від того, були вони спричинені роботою чи ні.

Можна спостерігати нерозривні зв'язки між психічним здоров'ям і роботою, а водячи з цього необхідно окреслити обов'язки роботодавців і права й обов'язки працівників, а також визначити стратегії, за допомогою яких зацікавлені сторони можуть наступні речі (рис. 2.1).

На жаль, у період з 2014р. по 2016 р. спостерігалася негативна картина відсутності в Україні ефективної системи надання реабілітаційних послуг особам, які пройшли випробування війною – державні лікувальні та реабілітаційні установи були неготові до розв'язання проблем, що раптово виникли, особливо щодо психічного здоров'я.

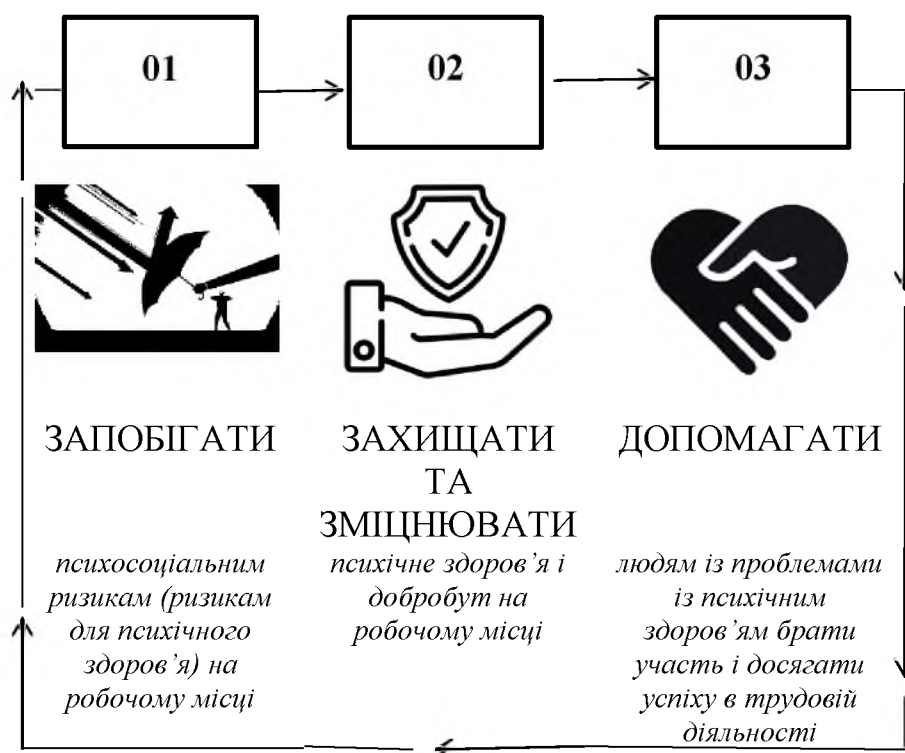


Рис. 2.1. Можливості зацікавлених сторін щодо збереження психічного здоров'я працездатного населення

Від тоді, як в Україні почалася надзвичайна ситуація люди в Україні, українські біженці зазнали впливу багатьох екстремальних стресових чинників, зокрема: раптові зміни в повсякденному житті та планах, насильство, фізичні травми і хвороби, переїзд і розлука або втрата близьких, втрата домівок, речей і доходу, порушення режиму навчання, а в деяких регіонах – це й відсутність доступу до достатньої кількості їжі та води, а також до критичних послуг, таких як послуги з охорони здоров'я, соціального забезпечення, безпеки та правового захисту.

Щодо дітей, то в несприятливих умовах, в надзвичайних ситуаціях, такі як піддання насильству і переміщенню, а також припинення звичної діяльності вдома і в школі, це може зумовити порушення когнітивного, емоційного, соціального та фізичного розвитку.

Викликають занепокоєння й люди з раніше існуючими психічними розладами, які залежать від державних закладів охорони психічного здоров'я та соціальних служб і мереж підтримки. Вони стикаються з додатковим ризиком залишитися без догляду через переїзд медичних та соціальних працівників. Більше, окрім триваючого стресового середовища та травматичних подій, із якими стикається загальне населення, зустрічаємо повідомлення про дефіцит психотропних препаратів, що може призвести до підвищеного ризику рецидиву у людей із хронічними психічними розладами. Вкрай вразливими є ті, хто живе в закладах тривалого перебування. Деякі з таких закладів були пошкоджені або зруйновані обстрілами, і людям, які там проживали, довелося переїхати до інших установ всередині країни чи за її межами.

Отримавши досвід в інших надзвичайних ситуаціях, можна констатувати, що війна проти України матиме як безпосередній, так і опосередкований вплив на психічне здоров'я та добробут населення. Так, за глобальними оцінками ВООЗ, кожна п'ята людина (22%), яка проживає в районі, що постраждав від конфлікту в будь-який час впродовж останніх десяти років, має певну форму психічного розладу (легка депресія чи тривожність аж до психозу), і майже кожна десята людина (9%) живе в умовах помірного чи важкого психічного розладу [65]. Застосування цих оцінок до населення України (43,7 мільйони) [62] означало б, що 9,6 мільйонів людей можуть мати психічні розлади, а 3,9 мільйони осіб можуть мати середні або важкі розлади. Щодо Полтавщини, то наприклад в обласному закладі з надання психіатричної допомоги на рік лікують удвічі більше пацієнтів, ніж до початку повномасштабної війни. Із початком повномасштабного вторгнення лікарня надала допомогу стаціонарну близько 3 тисячам внутрішньо переміщених осіб. До числа цих людей увійшли мешканці Сумської, Харківської, Херсонської, Запорізької областей.

2.2. Світові тенденції суїцидальної поведінки серед населення

Щодо терміну «суїцид» (від латинського «sui»-сам, «caedere»-вбивати), то він був уведений в науковий обіг ще у 1635 р. британським лікарем та філософом Томасом Брайоном, проте майже до XVIII сторіччя цей термін не використовували. Як свідчать дані ВООЗ, то внаслідок суїциду щорічно гине приблизно один мільйон осіб, серед яких: щороку від 10 до 20 мільйонів осіб в світі вчиняють суїцидальні спроби; за останні шістдесят років частота суїцидів у світі збільшилась на 60 %; від самогубств гине людей більше, ніж у всіх разом узятих збройних конфліктах; самогубства здійснюється вдвічі більше, ніж вбивства (рис. 2.2).

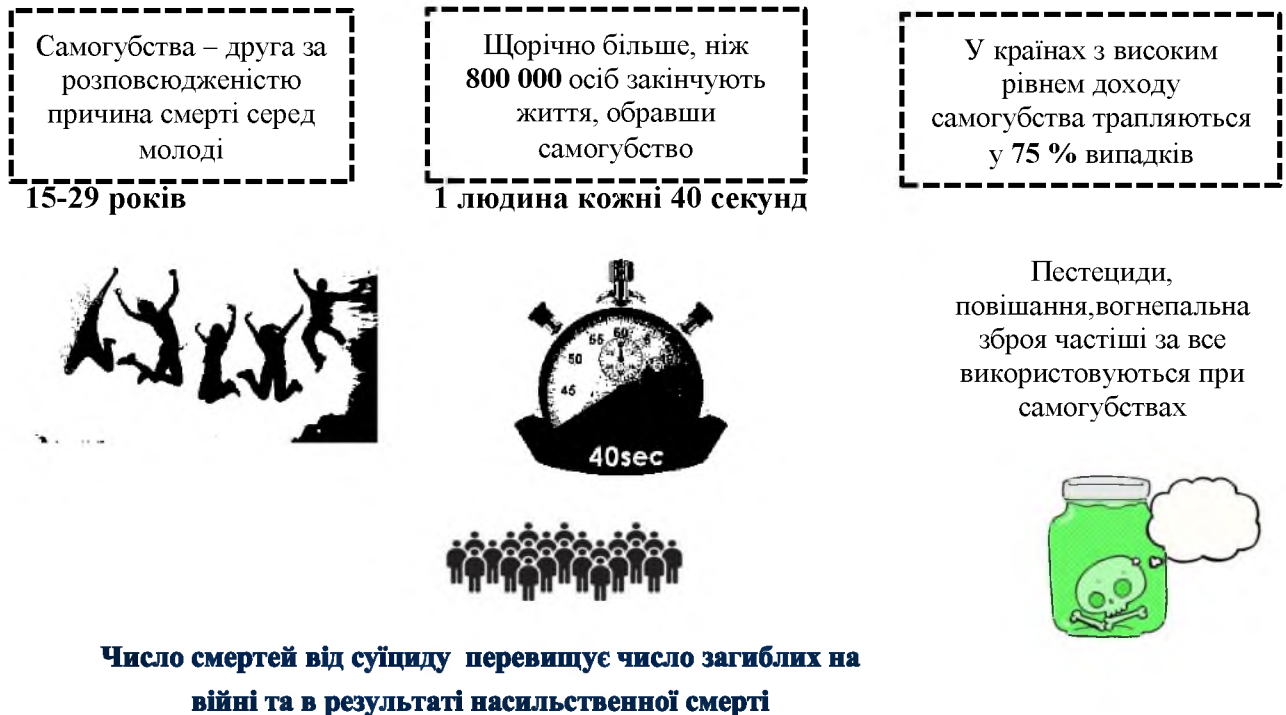


Рис. 2.2. Самогубства в цифрах

Найвищі показники самогубств відзначаються в країнах з високим рівнем доходу, в яких серед молодих людей суїцид займає другий рядок у списку основних причин смерті.

Проблема самогубства не втрачає своєї актуальності в більшості країн світу. Згідно даних ВООЗ у 2022 р. 79 % суїцидів припадало на країни з

низьким і середнім рівнем доходу. У країнах Африки більше всього реєструвалися самогубства, а менше всього – в регіоні Східного Середземномор'я. Як вважають експерти ВООЗ, попри те, що в цілому показники суїцидів суттєво скоротилися, проте в регіоні Північної та Південної Америки число самогубств у період з 2000 по 2019 роки зросло на 17 %. На Європейський регіон припадає 140 тисяч самогубств, зокрема пострадянські країни, такі як:

Росія, Литва, Білорусія, Україна, Латвія. Наприклад, у 2016 р. рівень смертності в Росії складав 31,0 (2 місце в рейтингу) а в 2019 р. – 26,5 (4 місце). У той же час у Литві: 2016р. – 31,9 (1 місце) та 25,7 (5 місце) у 2019 р.; Білорусія – 26,2 у 2016 р. (5 місце) та 21,4 (10 місце) в 2019 р.; в Україні в 2016 р. – 22,4 (8 місце) та 18,5 (15 місце) – в 2019 р., у Латвії в 2016 р. – 21,2 (9 місце), а в 2019 р. посіла 17 місце (рівень смертності становив 17,2).

Щодо країн Західної Європи, то найбільше число суїцидів станом на 2016 р. було зафіксовано в таких країнах, як Бельгія, Угорщина, Словенія, Франція та Швейцарія. У 2019 р. – Бельгію, Фінляндію, Угорщину, Польщу та Словенію (звіт *Suicide in the world* було випущено в 2019 р.) [69].

Варто зауважити, що зменшення смертності через самогубство на 15 % до 2023 року є одним із пріоритетів «Тринадцятої загальної програми на 2019–2023 рр.» [22]. Щодо ВООЗ, то нею регулярно складається рейтинг країн світу за рівнем самогубств (порівняльний аналіз статистичних даних про число самогубств на душу населення в країнах світу).

До уваги береться суїцидальний показник, згідно якого ВООЗ виокремлює три групи країн (рис. 2.3).

Не може не турбувати ситуація зі зростанням самогубств серед молоді.

На думку зарубіжних дослідників, велика кількість самогубств серед молоді зумовлена, перш за все, соціальними причинами, відчуженістю людей і безжалісною боротьбою за виживання.



Рис. 2.3. Три групи країн світу за різним суїцидальним показником [69].

Слід розмежовувати такі поняття, як «суїцид», «суїцидальність», «суїцидальна спроба» та «парасуїцид» табл. 2.2):

Таблиця 2.2

Розмежування понять, пов'язаних із суїцидальною поведінкою

Поняття	Тлумачення поняття
1. Суїцид	(Від латинського <i>sui caedere</i> – вбивати себе) навмисне позбавлення себе життя.
3. Суїцидальність	Поняття та дії індивідів, спрямовані на позбавлення себе життя, включаючи думки, вчинки чи наміри.
4. Суїцидальна спроба	Не завершене смертельним результатом дія чи підготовка, спрямовані на позбавлення себе життя. Суїцидальні дії можуть бути незавершеними, перерваними чи невдалими.
5. Парасуїцид	Потенційно загрозливі для життя само пошкодження, які робляться без наміру позбавити себе життя. Оскільки така поведінка не є суїцидальною по суті, деякі автори використовують терміни «навмисні самопошкодження», «намисне заподіяння собі шкоди» або «несуїцидальні самопошкодження» (НССП).

Нажаль, навіть високий рівень життя в західних країнах не позбавляє від глибини соціальних потрясінь (табл. 2.3). Наприклад, в США самогубства стоять на третьому місці серед причин смертей у молодих людей, у той час в Іспанії – це четверте місце серед причин смерті. За частотою спроб «лідерами» є Фінляндія, Швейцарія, Ісландія та Австрія, а от Греція та Італія мають низькі показники. Так само ці країни посідають останні місця і в рейтингу країн світу за рівнем самогубств (табл. 2.4), зокрема Італія посідала

в 2021 р. 152 місце (114 – в 2019 р.), а Греція – 157 місце (158 – 2019 р.).

Таблиця 2.3

Вибірка з рейтингу найбільш розвинених країн світу за рівнем самогубств за даними ВООЗ за 2021 р. [72]

Країна	Місце в рейтингу	Місце в топ-рейтингу десяти найрозвиненіших країн світу	Рівень самогубств
1. Південна Корея	13	10	21.16
2. США	32	1	14.51
3. Індія	42	6	12.91
4. Японія	50	3	12.24
5. Канада	68	9	10.34
6. Франція	76	7	9.65
7. Німеччина	94	4	8.27
8. Велика Британія	117	5	6.88
9. Китай	122	2	6.67
10. Італія	152	8	4.33

Натомість «лідерами» є Гренландія та країни Південної Африки.

Таблиця 2.4

Десятка «лідерів» – країн світу за рівнем самогубств за даними ВООЗ за 2021 р. [55]

Місце	Країна	Розташування	Рівень самогубств
1	Гренландія	Гренландія – державне утворення в північній частині Атлантичного океану, що розташоване на однойменному острові та прилеглих островах.	~90.00
2	Лесото	Королівство Лесото — держава-анклав в Південній Африці, оточена територією Південно-Африканської Республіки.	72.40
3	Гайана	Кооперативна Республіка Гайана – держава в Південній Африці.	40.85
4	Свазіленд	Королівство Есватіні (Свазіленд) – держава в Південній Африці.	40.46
5	Кірібаті	Держава, розташована на групі малих островів в екваторіальній частині Тихого океану.	30.56
6	Мікронезія	Федеративні Штати Мікронезії – держава в західній частині Тихого океану, розташоване на Каролінських островах.	28.99
7	Сурінам	Республіка Сурінам – держава в Південній Африці.	25.89
8	Зімбабве	Республіка Зімбабве – в Південній Африці.	23.63
9	Південна Африка	Південно-Африканська Республіка – держава в Південній Африці.	23.49
10	Мозамбік	Республіка Мозамбік – держава в Південно-Східній Африці.	23.19

Руйнування вікових суспільних інститутів, традиційних життєвих орієнтирів, склавшихся понять і норм моралі, нестабільність, моральний та ідеологічний вакуум, що утворився внаслідок розпаду багатьох соціальних правил і порушення табу, посилення тенденцій до споживання, індивідуалізм, відчуженість людей, комерціалізація телебачення – потужного засобу впливу та багато інших факторів, які сприяли небаченому злету злочинності, насильства, соціальної напруженості, наркоманії та як наслідок – зростання по всьому світові кількості самогубств. Для молоді зберігається така ж пропорція, як і для дорослого населення: на три самогубства серед чоловіків припадає приблизно одне жіноче.

Таким чином, суїцидальні спроби частіше за все скоюють молоді дівчата, а самогубства – юнаки. У глобальному сенсі існує зростання спроб і самогубств серед підлітків. Так, згідно повідомлень іспанського національного інституту статистики з 80-х років XX століття зросла кількість завершених самогубств в юнаків, так і суїцидальних спроб у молодих дівчат. Відомо, що з віком кількість самогубств збільшується. У сільській місцевості зареєстровано більшу кількість їх випадків, ніж у місті. Вважається, що шлюб може попередити суїцид, принаймні, тенденція о цього спостерігається в Іспанії, особливо це стосується чоловіків. Що ж стосується пори року, то відомо, що найгіршою порою року є весна, в на жінках і осінь відображається доволі негативно.

Особливе занепокоєння викликають країни Африки. Так, шість із десяти країн із найвищим рівнем самогубств у світі знаходяться в Африці. За даними, що наводять фахівці ВООЗ, на 100 тис. жителів регіону припадає одинадцять випадків суїциду. Цей показник вищий за середньосвітовий (дев'ять випадків на 100 тис. населення). Дослідження показують, що в Африці одна з 20 спроб самогубства виявилася завершеною. З-поміж причин за даними африканського відділення ВООЗ, ситуація, котра частково склалася, пов'язана з обмеженістю засобів, доступних для лікування та профілактики факторів ризику, до яких насамперед належать психічні

розлади. Так, на даний час від цієї недуги страждають 116 млн африканців, однак, на охорону психічного здоров'я в регіоні в середньому уряди виділяють менше ніж 50 центів на людину на рік. А кількість лікарів психіатрів є такою, що на півмільйона жителів регіону припадає лише один фахівець. Тобто це в сто разів нижче за рекомендацію ВООЗ. Окрім того, фахівці в галузі психічного здоров'я працюють головним чином у міських центрах, а в більшості первинних медичних закладів лікарів-психіатрів просто немає» [73].

Як зазначила глава бюро ВООЗ в Африці Матшидисо Моеті: «Кількість хронічних захворювань та неінфекційних захворювань, таких як психічні розлади, які можуть призвести до самогубства, в Африці постійно зростає. Для вирішення проблеми в охорону здоров'я потрібно вкладати більше коштів» [73].

На думку фахівців ВООЗ до основних заходів із попередження самогубств у світі слід віднести: обмеження доступу до засобів самогубств, у тому числі – до пестицидів та вогнепальної зброї; робота зі ЗМІ, зокрема проведення майстер-класів з відповідального висвітлення проблеми суїцидів, робота з підлітками, підтримка розвитку соціально-емоційних навичок у цій віковій групі; розробка програм, які дозволять медичним фахівцям виявляти суїцидальні тенденції у людей на ранній стадії та надавати їм необхідну психоемоційну підтримку.

2.3. Суїцидальна поведінка серед дорослого населення України як загроза національної безпеки

Психологічне здоров'я є проблемою національної безпеки. Ця проблема є на стільки безсумнівною, на скільки ж неоднозначною. Національна безпека, як «захищеність життєво важливих інтересів людини і громадянина, суспільства і держави, за якої забезпечуються сталий розвиток

суспільства», та її основні об'єкти – «людина і громадянин – їхні конституційні права і свободи; суспільство – його духовні, моральноетичні, культурні, історичні, інтелектуальні та матеріальні цінності, інформаційне і навколишнє природне середовище і природні ресурси; держава – її конституційний лад, суверенітет, територіальна цілісність і недоторканність [13]. Підтримуємо думку І. І. Галецької, яка говорить, що: «Психологічне здоров'я є запорукою суб'єктності особи у питаннях, які стосуються національної безпеки, основою для розвитку всіх сфер суспільного життя, визначає потенціал спільноти та її здатність до активної причетності до конструктивного розвитку соціальноекономічної системи. Специфіка сенсожиттєвих орієнтацій особи, як один із головних компонентів психологічного здоров'я, визначатиме структуру та організацію ціннісних орієнтирів суспільства, водночас – детермінує загальне тло і настрої щодо векторів перспективного розвитку»

Існує така галузь знань, заснована на стикові педагогіки, психології, соціології, кримінології та етнографії як віктимологія (від лат. *victimae* – жертва та грец. *logos* – поняття, вчення), що вивчає різноманітні категорії людей – жертв несприятливих умов соціалізації. На жаль, ситуація в нашій країні ще більше збільшила чисельність жертв несприятливих умов соціалізації. Так, наша країна а ще до повномасштабної війни займала перші місця за темпами скорочення населення, і на сьогодні звучать ще більш песимістичні прогнози щодо майбутнього. Зокрема видання *Wall Street Journal*, посилаючись на демографічні дані, писало, що рівень народжуваності в Україні може впасти до найнижчого у світі. Так, коефіцієнт народжуваності ще на початку 2022 р. знизився до 1,2, тоді як для підтримки чисельності населення потрібно мінімум 2,1. Окрім того, в Україні, за словами соціологині Елли Лібанової, висока передчасна смертність та масштабний відтік громадян за кордон. Сукупність цих факторів веде до того, що в найближчому майбутньому українців буде максимум 35 мільйонів, а не 52, як при здобутті незалежності. «Слово і діло»

зібрало різні прогнози щодо чисельності населення України [52 мільйони]. Соціологиня зазначила: «У 2023 році Україну очікує «катастрофічне падіння народжуваності». Навряд чи в повоєнний період українці захочуть масово народжувати дітей» [9]. Серед науковців першою спробою дати повнішу характеристику групи потенційних суїцидентів була спроба Б. Кеннеді (1977), який вказав декілька критеріїв ризику [8]: 1. Самотні чоловіки (розлучені і такі, що не мають близьких друзів) старші за 40 років. 2. Особи, що живуть одні. 3. Алкоголіки. 4. Люди, що пережили велику втрату. 5. Люди похилого віку, що мають соматичні захворювання

Прогнози щодо чисельності населення України є невтішними, про що говорять як в ООН, так і погоджуються в Національній академії наук України, Інституті демографії та соціальних досліджень імені Михайла Птухи Національної академії наук України (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Прогнози щодо чисельності населення України, 2030-2100 рр.

Рік оприлюднення прогнозу	Організація, що здійснила прогноз	Період, на коли прогнозують		
		2030 р.	2050 р.	2100 р.
2019	Організація об'єднаних націй	40,9 млн.	35,2 млн.	24,4 млн.
2021	Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. Птухи НАН		29-30 млн.	
	Національна академія наук України			22 млн.
2022	Організація об'єднаних націй		29,4 млн.	
2023	Інститут демографії та соціальних досліджень імені М. Птухи НАН	24-32 млн.	26-35 млн.	

Коли Україна здобула незалежність, то кількість населення (за різними оцінками) становило 51,5-51,7 мільйонів осіб. А станом на 2020 р. (за оцінкою уряду) в нашій країні проживало трохи більше, ніж 37 млн. осіб, не враховуючи окуповані території. За даними Інституту демографії та соціальних досліджень НАН України на початку 2023 р., в Україні налічувалося десь приблизно від 28 до 34 млн. осіб (у межах країни станом на 1 січня 2022 р.).

Керуючись даними World Population Prospects, що здійснили в 2019 р. ООН, населення України становило 43,99 млн. осіб. Прогнози припускали, що до 2030 р. населення зменшиться до 40,9 млн., до 2050-го – до 35,2 млн. (Україна потрапила до списку країн, населення яких на цей момент скоротиться найзначніше), до 2100 р. – до 24,4 млн.

В українському Інституті демографії та соціологічних досліджень в 2021 р. дали більш песимістичний прогноз на 2050 рік – 29-30 млн. осіб: «Ще до 2014 р. ми давали оцінку на 2050-й – 36 млн. Зараз, я думаю, варто говорити десь про 29-30 млн», – зазначила керівниця інституту – соціологиня Е. Лібанова [9].

Прийнято вважати, що у випадках, коли в державі співвідношення суїцидентів на 100000 населення сягає 20, то проблема набуває статусу національного лиха й потребує негайного реагування всіх гілок влади, які відповідають за соціальну політику держави.

Щодо України, то впродовж 1996-2000рр. спостерігався найбільший пік самогубств, саме тоді на 100 тис. населення припадало щороку близько 30 самогубств. Вже починаючи з 2000 р. суїцидальні настрої в українців почали йти на спад. Так, на той час фіксувалося до 20 випадків суїциду на 100 тис. населення (середній рівень) [51]. Керуючись даними аналізу смертності населення та розподілу померлих від зовнішніх причин у побуті, в тому числі випадків завершених суїцидальних спроб в Україні, помітною була невиразна тенденція до зростання загального рівня суїцидів у період з 2010 р. [45].

Розглянемо більш детально статистику за роками. У 2009 р. у порівнянні з 2008 р. було відзначено збільшення кількості самогубств: на 2,7 %, або на 259 випадків до 9717 випадків; в перерахунку на 100 тис. населення – на 5 %. Щодо 2010 р., то кількість самогубств зменшилась до 9,5 тисяч. Далі помітною є тенденція до зростання : за 2011 р. було скоєно 19,6 на 100 тис. населення, за 2012 р. – 19,8, в т.ч. в містах –16,0 та в селах – 28,4. Зауважимо, що смертність від зовнішніх причин, в т. ч. самогубства, в селах була в 1,4 рази вищою, чим в містах.

Як заважає Хаустова О. О. [45], помітним є нерівномірний регіональний розподіл за рівнем суїцидів та інших причин смертності у побуті. Так, за 2012 р. смертність у побуті в селах Кіровоградської та Сумської областей перевищувала середній показник по Україні, а от в селах Західного регіону смертність у побуті була меншою, ніж у середньому по містах України. Сумну пальму першості з-поміж міст України отримало місто Севастополь, а також міста Луганської, Донецької областей та АР Крим.

Згідно за офіційними даними в Україні впродовж останніх десяти років рейтинг суїцидів також був навколо 20 осіб на 100 тис. населення [70]. Втім, Сокурєнко В. В. (2018 р.) [38] здійснив аналіз відносного показника – коефіцієнту самогубств населення, старшого за 14 років – та підкреслив, що реальним показником учинення самогубств в Україні за період 2012–2016 рр. можна вважати 36,1 осіб на 100 тис. населення, старшого за 14 років. Варто зазначити, що донедавна об'єктивні статистичні дані щодо смертності внаслідок самогубств в Україні у відкритому доступі були фрагментарними або відсутніми за окремі роки, а щодо наукових публікацій, то вони стосувалися насамперед вивчення розповсюдженості завершених самогубств серед окремих груп хворих на конкретний психічний або соматичний розлад, чи специфічних професійних груп населення. Лише восени 2021 р. Державна служба статистики України та Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи Національної Академії Наук України [10] виклали на своєму електронному ресурсі повну інформацію про кількість смертей та їх причини в Україні та у кожній окремій області країни протягом досить тривалого періоду – з 2005 по 2021 рік (див. табл. 2.5), що зробило можливим проведення чималої кількості досліджень, у тому числі й нашого.

Якщо переглянути рейтинг топ-10 країн із найбільшою кількістю самогубств, то вона є такою: 1) Лесото – 72,4 на 100 тис.; 2) Гаяна – 40,3; 3) Есватіні – 29,4; 4) Південна Корея – 28,6; 5) Федеративні Штати Мікронезії – 28,2; 6) Литва – 26,1; 7) Сурінам – 25,4; 8) Росія – 25,1;

9) Південна Африка – 23,5; 10) Україна – 21,6.

Тобто Україна посіла десяте місце, що не може не засмучувати, особливо зважаючи на те, що повноцінно з 2014 р. триває війна на сході, а лютого 2022 р. на всій території України. Ще в 2018 р. тодішній головний військовий прокурор Анатолій Матіос заявив, що за перші чотири роки війни жертвами суїциду стали 554 військовослужбовці, але Міністерство оборони ці цифри не підтвердило, за іншими неперевіреними даними 2018 року, кількість самогубств перевищувала 1000. Досить часто в приватних розмовах із журналістами військові зазначають, що будь-які офіційні цифри майже напевно занижені, поскільки самогубства просто не реєструють.

В межах нашого дослідження було поставлено завдання – познайомитися, чи висвітлюється проблема суїцидів на офіційному сайті Міністерства оборони України та елементи суїцидальної превенції. Так, на офіційному сайті Міністерства оборони України є вкладинка «Діяльність», де представлено як один із напрямів – психологічне забезпечення в ЗСУ. Саме там представлено:

Таблиця 2.6

Документ (ти)	Елемент суїцидальної превенції
1	2
1. Пам'ятка	–
2. Методичка для психолога	–
3. Правила першої методичної допомоги.	–
4. Музичні твори для зниження емоційної напруги (*.zip)	
5. Пам'ятка психологу щодо організації психологічного супроводження військовослужбовців під час виконання завдань за призначенням	Ознаки суїцидальної поведінки та надання допомоги особам з суїцидальними тенденціями
6. Організація направлення учасників антитерористичної операції на психологічну реабілітацію	
7. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу ЗСУ (методичні рекомендації)	Методика оцінки адаптаційних здібностей особистості (багаторівневий особовий опитувальник «Адаптивність-200»), де фіксуються дані щодо суїцидального ризику
8. Методичні рекомендації з організації психологічного вивчення військовослужбовців, призваних за мобілізацією, у навчальних центрах	Методика оцінки адаптаційних здібностей особистості (багаторівневий особовий

Продовж. табл. 2.6

1	2
(частинах) Збройних Сил України	опитувальник «Адаптивність - 200»), де фіксуються дані щодо суїцидального ризику
9. Методичні рекомендації щодо організації та проведення професійно-психологічного відбору громадян України, які приписуються до призовних дільниць	—
10. Методичні рекомендації з організації професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України	Методика оцінки адаптаційних здібностей особистості (багаторівневий особовий опитувальник «Адаптивність-200»), де фіксуються дані щодо суїцидального ризику
11. Пам'ятка військовослужбовцю під час підготовки до бою та в бою	Рекомендації з протидії впливу стресу
12. Порадник переможцю	
13. Формування психологічної готовності військовослужбовців до виконання завдань антитерористичної операції	Декілька рекомендацій військовому психологу з профілактики і терапії БПТ у бою

Уповноважений президента України у справах ветеранів Вадим Свириденко зазначав, що офіційно скоєні самогубства обліковуються тільки щодо чинних військовослужбовців, які перебувають у лавах Збройних сил України (ЗСУ). Поянення можна дізнатися у військових психіатрів, які безпосередньо надають допомогу бійцям АТО. Так вони пояснюють, що існують дві окремі групи пацієнтів, які мають схильність до суїциду: військовослужбовці, які ще перебувають у зоні бойових дій, й ті, кого вже демобілізували. Згідно з чинним законодавством, після завершення служби у ЗСУ військові переходять у статус цивільних осіб, відповідно отримувати допомогу у військових шпиталях вони вже не мають права.

Тобто після демобілізації колишній військовий у разі виникнення проявів ПТСР звертається до цивільної психіатричної лікарні. У випадку, коли він не отримує відповідну допомогу та накладає на себе руки, тоді цей випадок навряд чи буде кваліфікований як суїцид ветерана бойових дій.

18 вересня 2014 року голова парламентського комітету з питань охорони здоров'я Ольга Богомолець говорила про те, що понад 100 ветеранів

Антитерористичної операції на Донбасі (АТО) наклали на себе руки з 2014 р.

Зважаючи на почастищення випадків та загострення цієї проблеми в Україні створили реєстр суїцидів серед військовослужбовців і ветеранів АТО. Головними ознаками в цих випадках були наступні: особам, які вчинили самогубство в більшості не було 30 років; більшість з них наклали на себе руки в стані алкогольного сп'яніння, більшість – за допомогою вогнепальної зброї; більшість не мали роботи. Розуміємо, що ветерани – це вразлива категорія працездатного населення, а стан психічного здоров'я військовослужбовців значно гірший, ніж серед решти населення – тривожні, великі депресивні розлади трапляються серед військових удвічі частіше проти цивільних. Військові більше вдаються до речовин, що змінюють психічний стан: зловживання алкоголем серед них трапляється у 2,3 рази частіше. Водночас в армії чоловіки більше схильні до такого зловживання, ніж жінки. Натомість в жінок виражені тривожні розлади, ПТСР та розлади настрою. Військові, які брали участь в активних бойових діях, майже в сім разів частіше мають ПТСР, набагато більше зловживають алкоголем та іншими речовинами, ніж решта військових. Як зазначає П. В. Будьонний, головний лікар Лисичанської обласної психіатричної лікарні: «у період бойових дій значно зменшилася частка парасуїцидів, обумовлених мотивом «заклик, крик про допомогу» – як у чоловіків, так і у жінок. Натомість у хворих обох статей стрімко зросла питома вага суїцидальних думок через можливість призову: понад 9 разів у чоловіків і майже у 5 разів у жінок» [4].

Тим часом можна констатувати, що забезпечення Збройних Сил України психологами є недостатнім, 29 % штату є недоукомплектовано. Щодо освіти, то всього лише 62 % офіцерів-психологів мають профільну освіту. Щодо кадрового забезпечення ЗСУ, то на 400–500 військовослужбовців працює 1 психолог. До прикладу, в армії Ізраїлю встановлений норматив військових психологів та соціальних працівників – 1 фахівець на 70–90 осіб [4].

Психологиня Звенислава Кечур зауважує, що чоловіки є менш схильними звертатися по допомогу до психотерапевта, ніж жінки. В цілому гендерні особливості відображені також у статистиці суїцидів. Так, завершених суїцидів у чоловіків трапляється втричі більше, ніж серед жінок, натомість незавершених – навпаки, втричі більше серед жінок. Тобто, демонстративні спроби суїциду є більш притаманними для жінок. На думку З. Кечур, це не завжди усвідомлені спроби. Помітною в цих суїцидальних спробах демонстрація якогось драйву, ніби в грі з самим Богом – гра з життям, гра з вогнем, ходіння по лезу. «Я бачила пацієнток, які робили спроби суїциду не з метою піти з життя, а з метою «виграти» – привернути увагу і любов близьких, настояти на своєму, помститися кривдникам тощо. Такі пацієнти загалом не можуть жити більш-менш спокійним життям, бо навіть коротке благополуччя викликає у них тривогу», – поділилася спостереженнями психологиня [21]. Так само, як і військовослужбовці вразливими є працівник органів правопорядку. Зумовлено це тим, що внаслідок суїциду гине більше працівників поліції, ніж під час виконання службових обов'язків [23].

На нашу думку, другою вразливою групою серед працездатного населення є ті, хто перебуває в місцях позбавлення волі. Зауважимо, що високий ризик самогубства можна спостерігати в «проблемних» засуджених та ув'язнених протягом перших 24 годин або перших 4-х місяців перебування в установах ДКВС України [34]. Знову ж таки маємо проблеми щодо статистичних даних. В групі ризику перебувають особи, які піддалися різним формам насильства (економічне, психологічне, сексуальне, фізичне) переважно це жінки. Так, згідно інформації ПРООН, від фізичного домашнього насильства в Україні страждає близько 2 мільйонів людей. На Міжнародному форумі UNFPA «Україна на шляху до подолання домашнього та гендерно зумовленого насильства» було наголошено, що кожна п'ята жінка в Україні потерпала від насильства. І хоча від цього також страждають

діти, чоловіки, люди похилого віку, проте 90% постраждалих від насильства складають саме жінки [44].

Не може не бентежити, що в Україні зростає кількість самогубств серед молоді. Поширеними є суїцидальні наміри, молодь невдоволена життям та має позитивне бачення смерті. Упродовж 2021-2022 р.р. громадська організація «Аналітичний центр Cedoss» і дослідницька агенція Info Sapiens за ініціативи, а також технічної та організаційної підтримки Представництва Фонду ООН у галузі народонаселення в Україні, Програми розвитку ООН в Україні та Міністерства молоді та спорту України, за фінансової підтримки МЗС Данії провели масштабне дослідження серед молоді в Україні [56]. Так щодо проблеми психічного здоров'я (поганий настрій, пригніченість, депресія, тривога, почуття самотності) показник зріс удвічі (11% - 2021 р. та 22 %- 2022 р.)

Висновки до розділу 2

Самогубство – це серйозна проблема системи охорони здоров'я, яка має далекосяжні соціальні, емоційні та економічні наслідки. Згідно з оцінками, нині у світі щорічно відбувається понад 700 000 самогубств, і ми знаємо, що кожне самогубство має глибокий вплив на багатьох людей. На даний час відбувається посилення механізмів державного регулювання. Проблема суїцидальної поведінки громадян змушує державу реагувати на неї, створювати механізми протидії їй. Саме тому боротьба із суїцидами та спробами їх вчинити має виходити насамперед чергу від держави, вона має бути зацікавлена у протидії суїцидальному впливу на громадян. Ефективність суїцидального попередження багато в чому залежатиме від професіоналізму тих фахівців, які безпосередньо займаються профілактикою суїцидальної поведінки. І як зазначається в літературі, у теперішній період зростає необхідність у підготовці кадрів міжнародного рівня, які відповідають закордонним стандартам. Цьому аспекту держава також має

приділити особливу увагу, оскільки без підготовлених, висококваліфікованих фахівців буде проблематично здійснювати дійсно ефективне попередження суїцидів у суспільстві. Проблема попередження суїцидальних спроб – це питання збереження ментального здоров'я нації. У роботі проаналізовано виклики та пріоритетні завдання в умовах сьогодення. Окрім того, автор зверта увагу на те, що проблема самогубства не втрачає своєї актуальності в більшості країн світу, розкриваючи світові тенденції суїцидальної поведінки серед населення, котрі є, на жаль, не оптимістичними. Про це говорять і вибірка з рейтингу найбільш розвинених країн світу за рівнем самогубств за даними ВООЗ за 2021, а також дані рейтингу «П'ятрика «лідерів» – країн світу за рівнем самогубств за даними ВООЗ за 2021 рік». Хоча кількість суїцидів у світі за двадцять років скоротилася 36 %, проте вони, як і раніше, є однією з головних причин смерті у світі. Унаслідок самогубств щорічно помирає більше людей, ніж від ВІЛ, малярії та раку грудей. Суїциди забирають більше людських життів, ніж війни та вбивства.

Суїцидальна поведінка серед дорослого населення України, на нашу думку, є загрозою національної безпеки. Вихід із негативної ситуації в країні та в Збройних силах через нестримне зростання числа самогубств, на нашу думку, потребує не лише покращення політичних, матеріальних та соціальних умов, проте й переорієнтації загальнолюдського світогляду в сторону гуманістичних моральних цінностей як у межах окремої особистості, так і у масштабі суспільства в цілому.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПРЕВЕНЦІЇ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

5.1. Стратегічні вектори в сфері охорони здоров'я, спрямовані на суїцидальну превенцію серед дорослого населення України

Як вже зазначалося в попередніх розділах, Суїцидальна поведінка представляє собою найскладніший соціальний феномен, що вимагає особливої уваги вчених та системного соціально-психологічного вивчення. Відомо, що кількість та рівень самогубств є одним із найоб'єктивніших індикаторів соціального громадського психічного здоров'я (за визначенням ВООЗ). Всесвітня організація охорони здоров'я занепокоєна тим, що за За останні 60 років частота суїцидів у світі збільшилася на 60%, 2010 р. склавши 16 випадків на 100 тис. населення. У зв'язку із ситуацією, що склалася, Всесвітня організація охорони здоров'я включила профілактику суїцидів до числа п'яти найбільш пріоритетних завдань в галузі охорони громадського психічного здоров'я у XXI столітті. На нашу думку, насамперед слід визначити такі сфери соціальної та медичної уваги, при впливі на які можливе зниження суїцидальної активності (рис. 3.1).

Насамперед слід звернути увагу на неповнолітніх, які представляють групу ризику. Насамперед тому, що в США та європейських країнах вік 15 – 19 років називають «піком молодості» – це перший із двох вікових періодів (крім похилого віку 60–75 років) із найбільшою частотою самогубств. В нашій країні, як і пострадянських країнах цей період називають піком парасуїцидів, тобто незавершених суїцидів.

Слід звернути увагу на практику впровадження суїцидальних служб. Більшими чи меншими відмінностями суїцидологічні служби стали

відкриватися у 90-х мм. минулого століття. Вони мають переважно трирівневу структуру.

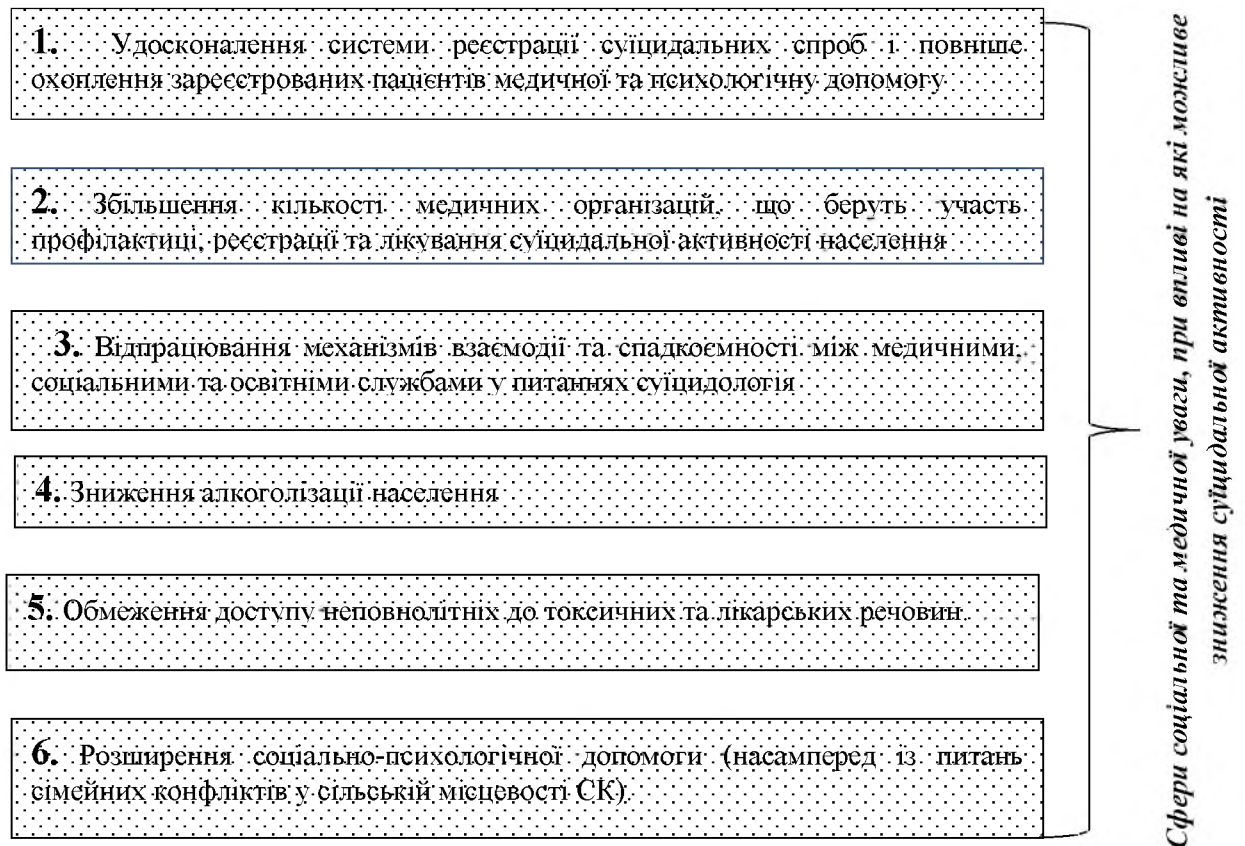


Рис. 3.1. Сфери соціальної та медичної уваги, при впливі на які можливе зниження суїцидальної активності, проєкт 2024 р.

Деякі суїцидологічні служби виділені або вбудовані до психіатричної служби залежно від регіональних можливостей. Багато хто з них організовувався за моделлю антикризової суїцидологічної служби. Паралельно розроблялася освітня програма розпізнавання депресій (РАДЕП) у рамках грантової підтримки Всесвітньої психіатричної асоціації (ВПА) та Глобальної Женевської Ініціативи. Програма РАДЕП ґрунтується на чотирьох освітніх модулях ВПА та Міжнародного комітету з профілактики депресій (ПТД). Ці видатні програми у 2002 р. були перекладені різними мовами апробовані як навчальні програми у 14 містах, в т.ч. й України для лікарів різних спеціальностей. Однак, повноцінна робота з превенції суїциду тільки починається. Так почалася підготовка підготовка лікарів за програмою

mhGAP, яка розроблена BOOЗ і впроваджується за підтримки МОЗ. Саме медичні працівники первинної медичної допомоги, які бажають отримати поглиблені знання за програмою mhGAP та відпрацювати навички ведення психічних розладів, можуть пройти очний тренінг від BOOЗ та партнерів. Для цього потрібно заповнити онлайн-форму за посиланням (рис. 3.2).

Форма - запит на тренінг mhGAP для медичних працівників первинної ланки

Ця форма заповнюється **індивідуально** кожним працівником первинної ланки, хто бажає пройти навчання офлайн на тренінгу mhGAP

Iryna.shupliak@pda.u.edu.ua [Змінити обліковий запис](#)

Ім'я й фото з вашого облікового запису Google буде записано, коли ви завантажите файли та надішлете цю форму. У відповідь не буде включено вашу електронну адресу.

До будь-яких завантажених файлів буде надано доступ за межами організації, якій вони належать.

Зірочка (*) указує, що запитання обов'язкове

На якому рівні надання медичної допомоги ви працюєте? *

☐ Первинний

☐ Спеціалізований

☐ Інше: _____

Назва закладу *

Ваша відповідь: _____

ЄДРПОУ *

(код ЄДРПОУ легко знайти чи перевірити скориставшись пошуковиком Google. Наприклад ввівши: "ЦПМСД Краснопільської сільської ради ЄДРПОУ")

Рис. 3.2. Скрін-шот форми запити на тренінг mhGAP для медичних працівників первинної ланки, 2023 р.

Хоча ця програма діє з 2000-х років (BOOЗ розробила програму під загальною назвою mhGAP action program (mental health gap action program) – Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я, яка складається з декількох інструментів). Метою цієї програми є покриття 75% всіх закладів «первинки», щоб хоча б по декілька спеціалістів медичних закладів пройшли курс mhGAP.

Однак, масштабування навчання почалося лише в межах

Всеукраїнської програми ментального здоров'я за ініціативи першої леді Олени Зеленської. Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я, що складається з інструментів. До неї належать (табл. 3.1):

Таблиця 3.1

Пропоновані інструменти Програма дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я, проєкт 2024 р.

Інструменти	Мета інструменту
1. Керівництво mhGAP (mhGAP – IG), версія 1.0 (2010) та версія 2.0 (2016)	Керівництво ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я.
2. mhGAP – IG версія 1.0 mhGAP – IG версія 2.0 (перекладене українською мовою).	
3. Посібник mhGAP-ГУМ з надання допомоги в умовах гуманітарних надзвичайних станів (mhGAP-HIG, 2015)	Посібник з втручань для спеціального використання в гуманітарних ситуаціях (перекладений українською мовою).
4. Центр доказових ресурсів BOOЗ mhGAP (WHO Evidence Resource Center mhGAP (2009	Інформаційний центр доказових рекомендацій для сфери психічного та неврологічного здоров'я.
5. Керівництво mhGAP, версія 2.0, онлайн додаток (2017).	Керівництво ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я.
6. Керівництво mhGAP, версія 2.0, онлайн додаток (2017).	
7. Керівництво по проведенню навчань mhGAP (2017).	

Щодо повного списку ресурсів BOOЗ mhGAP, із посиланнями, можна знайти онлайн за посиланням. За результатами опрацювання заявок буде проведено планування проведення очних тренінгів у різних регіонах України. Щодо можливості взяти участь у тренінгу медичні працівники, які заповнили онлайн-форму, будуть повідомлені додатково.

Варто звернути увагу на те, що в Україні діє також і національна, професійна лінія з питань профілактики самогубств та підтримки психічного здоров'я, тобто Гаряча лінія, що працює 24 години на день, 7 днів на тиждень. Зауважимо, що наша країна занадто часто втрачає людей до самогубств, і цю проблему потрібно вирішити ще до того, як вона загостриться. Тому Lifeline Ukraine була створена насамперед для надання допомоги ветеранам ЗС України та членам їх сімей, а на даний час гаряча

лінія обслуговує всіх жителів України будь-якою мовою, яку вони обрали.

Цей проєкт став можливим завдяки Програмі реінтеграції ветеранів, яку реалізує IREX та Lifeline Ukraine за підтримки Державного департаменту США. Щодо Lifeline Ukraine, то його заснування стало можливим завдяки Полу Найланду, ірландському письменнику, коментатору та 16-річним жителем України. Даля цей проєкт був ініційований за підтримки Міністерства охорони здоров'я України та виконуючої обов'язки міністра охорони здоров'я Уляни Супрун і почав користуватися підтримкою Міністерств у справах ветеранів та Міністерства соціальної політики.

На нашу думку, одним із найбільш трудомістких процесів у всій системі медико-психологічної та медико-соціальної допомоги населенню є саме суїцидологічна допомога. При цьому слід зазначити, що організаційні форми попередження суїцидів і роботи із суїцидентами багато в чому залежать від культурно-історичних, етнічних, соціально-економічних умов країни. В світі найбільшого поширення набули різні телефонні служби та суїцидологічні центри. Треба зазначити, що різні автори дають різні відгуки про ефективність вищезазначених служб. Одні наводять низьку ефективність, посиляючись на відсутність позитивних результатів і методологічні труднощі, інші відзначають досить високу ефективність і демонструють факти, що підтверджують ефективність телефонних служб і центрів, при цьому в деяких дослідженнях наводяться дані порівняння частоти суїцидів у штатах та округах із телефонними центрами та за відсутність таких.

Ми, як і низка вчених, схилиємося до думки, дотримуються, що роботи з профілактики суїцидів і ведення суїцидентів є не суто медичними, а повинні включати й інші суспільні сфери. Ще в 1913 р. Сікорський І.А. зазначав, що крім методів лікарської допомоги, найкращим і найвірнішим засобом проти прагнення до самогубства є діяльна любов до людства, співчуття, співчуття, співчуття, співчуття. Дійсно, мають рацію ті, хто стверджує, що система превентивних стратегічних заходів щодо самогубств має носити міжвідомчий характер або виходити від урядових органів загалом, оскільки в їхній

реалізації беруть участь не тільки медичні установи, а й широке коло відомств. У свій час Бехтерев В.М. (1911 р.) сформулював багаторівневу програму профілактики суїцидів, у якій було передбачено взаємодію державних і громадських психологічних заходів, спрямованих на оздоровлення соціальної сфери, а також на нейтралізацію чинників, що провокують розвиток суїцидальної поведінки.

Сучасна міжвідомча невідкладна антикризова соціально-психологічна (суїцидологічна) служба повинна ґрунтуватися на принципах мультидисциплінарності: кризових соціально-психологічних проблемах, що виникають у жителів; ранньому розпізнаванні психічних і поведінкових розладів та адекватної в цих випадках психіатричної, соматичної, психологічної та соціальних формах втручання в умовах інформованої згоди у відповідних службах. На нашу думку, міжвідомча організація служби дозволяє здійснювати профілактику затяжних кризових станів, депресій і суїцидальної поведінки за рахунок їхнього більш раннього виявлення і психотерапевтичного втручання. Так, наприклад, на рівні Полтавської області можна створити Міжвідомчу робочу групу із взаємодії з метою запобігання соціально-стресовим розладам, кризовим станам і суїцидальній поведінці серед населення Полтавської області. До складу групи слід включити представників Департаменту охорони здоров'я, Департаменту соціального захисту населення, Департамент освіти і науки, Департаменту культури і туризму, Служби у справах дітей, Управління молоді і спорту та ін. (рис. 3.3).

Результатом роботи повинно стати створення єдиного паспорта служб, що надають кризову допомогу населенню міста Полтави та Полтавської області, завдяки чому стало б можливим обговорення питання алгоритму дії консультантів «Телефонів довіри» у складних кризових і суїцидогенних ситуаціях, реагування МНС і поліції, взаємодії консультантів різних служб під час надання допомоги, питання навчання фахівців, які надають кризову допомогу, розроблення єдиного кодифікатора звернень на «Телефон довіри»,

створення єдиної бази та системи обліку суїцидів і суїцидальних спроб. З метою підвищення ефективності суїцидологічної допомоги та зниження частоти самогубств у Полтавській області пропонується модель суїцидологічної служби, що містить Обласний Центр психічного здоров'я як основну та організаційно-методичну ланку, що міститиме у своєму складі суїцидологічний кабінет і кризовий стаціонар; спеціалізовані підрозділи в психіатричних установах найбільших міст області (Полтава, Кременчук); телефони довіри; кабінети соціально-психологічної допомоги; суїцидологічні бригади у складі Мобільних медичних установ; суїцидологічні бригади у складі Мобільних лікарських установ; суїцидологічні бригади. Звертаємо увагу, що всі види суїцидологічної допомоги мають базуватися на етнокультуральному підході, що враховує національні особливості суїцидальної поведінки представників слов'янських народів.

Звертаючись до понять превенції суїцидальної поведінки, слід звернути увагу на базові поняття та різні організаційні схеми профілактики самогубств. Всесвітня організація охорони здоров'я розробила програми соціальної превенції суїцидів (1992, 1998, 2000,). Ці програми включають в себе: підвищення якості послуг охорони здоров'я, поліпшення діагностики психічних захворювань, зловживання і залежність від психоактивних речовин, розпізнавання та оцінювання психосоціальних чинників стресу. Ці заходи мають бути спрямовані на всі верстви населення. На увагу заслуговують кілька національних програм суїцидальної превенції, які успішно функціонують у різних країнах, зокрема у Швеції, Норвегії, Франції, Англії. В Україні такої програми немає. Слід підкреслити, що попередження самогубств у населенні давно вийшло за рамки відомчих, психіатричних можливостей і локальних заходів. Цю проблему необхідно вирішувати шляхом побудови системи, що об'єднає заходи медичного, психологічного, соціального, правового та педагогічного характеру.

Слід підкреслити, що попередження самогубств у населенні давно вийшло за рамки відомчих, психіатричних можливостей і локальних заходів.



Рис. 3.3. Місце Міжвідомчої невідкладної антикризової соціально-психологічної (суїцидологічної) служби (на прикладі Полтавської області), серед структурних підрозділів Полтавської ОВА, проєкт 2024 р.

Цю проблему необхідно вирішувати шляхом побудови системи, що об'єднає заходи медичного, психологічного, соціального, правового та

педагогічного характеру. На нашу думку, за змістом профілактичні заходи поділяються на такі, що продемонстровані на рисунку 3.3: *спеціалізовані психіатричні* (власне суїцидологічні); *психологічні* – корекційні, які спрямовані на зміну особистісних установок, підвищення рівня психологічної захищеності, активацію антисуїцидальних чинників; *загальномедичні* – лікувальні заходи, які спрямовані на усунення соматичних наслідків після суїцидальних спроб; *соціальні заходи*, змістом яких є зміни соціального статусу, соціально-економічних умов життя потенційних суїцидентів; *інформаційно-навчальні програми* для популяризації знань про особливості та причини суїцидальної поведінки, а також створення спеціальних програм для студентів медичних ВНЗ, лікарів загально медичної практики; інформаційно-коригувальні заходи, які спрямовані на формування здорового способу життя, неприпустимість передчасного відходу з життя, інформування населення про існування телефонів довіри, кабінетів соціально-психологічної допомоги (КСПП) при поліклініках тощо.



Рис. 3.4. Поділ рекомендованих профілактичних заходів за змістом, проєкт 2024 р.

Структурно, основою попередження самогубств є їхня первинна

профілактика (рис. 3.5). Схиляємося до думки авторів [], що особливу увагу в структурі первинної профілактики необхідно звертати на своєчасне виявлення та лікування хворих з афективною патологією, а також алкоголізмом. Крім того, існують роботи, які свідчать про необхідність звернення особливої уваги на проблемах осіб похилого віку, а також молоді та самотніх осіб



Рис. 3.5. Пропоновані елементи попередження суїциду, проєкт 2024 р.

Метою вторинної профілактики є запобігання суїцидальним діям, зняття гострої кризи. Купірування та запобігання летальним наслідкам суїцидальної поведінки досягається кризовим втручанням, забезпеченням підтримки, мобілізацією енергії з боку оточуючих, спільним виробленням конструктивних планів. Відповідно, «Швидка допомога», реаніматологічні та токсикологічні центри та інші загальномедичні структури забезпечують попередження летального результату – це говорить про доцільність розташування кризових центрів у структурі клінік загального профілю, або великих лікарень і медичних центрів.

Третинна профілактика передбачає усунення наслідків суїцидальної поведінки, а також попередження. Крім того, однією з цілей третинної профілактики є реабілітація людей, які переживають втрату близького внаслідок суїциду, і при цьому задіяні заклади системи охорони здоров'я та соціального обслуговування. Зарубіжні дослідження пропонують довготривалі превентивні програми в національних масштабах, що сприяють зниженню кількості суїцидів шляхом діагностики суїцидальних інтенцій у

людей, планування ресурсів регулювання суїцидальної кризи, а також розроблення низки процедур, які мають довготривалий характер, для осіб, які здійснювали суїцидальні спроби, а також родичів, близьких людей, які вчинили суїцид, у тому числі з летальним результатом. Керуючись рекомендаціями ВООЗ серед належних втручань, спрямованих на систему охорони здоров'я та соціальні фактори ризику в Україні, варто звернути увагу на наступні (табл. 3.2):

Таблиця 3. 2

Належні втручання щодо попередження самогубств, спрямовані на систему охорони здоров'я та соціальні фактори ризику в Україні

Напрями	Заходи	Показники ефективності
1	2	3
1. Стратегії охорони психічного здоров'я	1. Зміцнювати ефективне лідерство та керівництво в галузі охорони психічного здоров'я. 2. Забезпечити на первинному рівні комплексну, інтегровану та чуйно реагуючу на зміни медико-санітарну та соціальну допомогу. 3. Впроваджувати стратегії зміцнення психічного здоров'я та профілактики в галузі психічного здоров'я. 4. Зміцнювати інформаційні системи, базу фактичних даних і дослідження в галузі психічного здоров'я.	<i>Частота самовбивств та її зниження є цільовим орієнтиром плану дій</i>
2. Стратегії скорочення шкідливого алкоголю	1. Лідерство, поінформованість та та прихильність. 2. Відповідні заходи служб охорони здоров'я. 3. Дії нарівні місцевих громад. 4. Політика та контрзаходи по відношенню до керування транспортними засобами в стані алкогольного сп'яніння. 5. Доступність алкогольних напоїв. 6. Маркетинг алкогольних напоїв. 7. Цінова політика. 8. Скорочення негативних наслідків від вживання алкоголю та алкогольного сп'яніння. 9. Скорочення впливу на здоров'я населення алкогольних напоїв, вироблених незаконно чи неорганізованим сектором. 10. Моніторинг та епіднадзор.	
3. Доступ до послуг медичної допомоги	Реалізація політики та практики підвищення грамотності населення у питаннях охорони здоров'я силами систем та закладів охорони здоров'я, насамперед центрів здоров'я у місцевих	

Продовж. табл. 3. 2

1	2	3
	спільнотах, зокрема широке інформування населення про доступні послуги, уміння медичного персоналу розмовляти з пацієнтами і допомагати їм орієнтуватися в системі.	
4. Обмеження доступу до засобів вчинення самовбивств	1. Обмеження доступу до ядохімікатів. 2. Обмеження доступу до вогнепальної зброї. 3. Структурні заходи, ускладнюючі доступ в небезпечні зони (мости, залізничні шляхи). 4. Обмеження доступу до фармацевтичних препаратів.	Частота самовбивств та її зниження є ціловим орієнтиром плану дій
5. Відповідальне ставлення ЗМІ	1. Уникати докладних суїцидальних описів дій, не надавати їм сенсаційного та гламурного характеру. 2. Використовувати належні мовні засоби, мінімізувати рівень кидкості повідомлень про самогубства, уникати надмірних спрощень. 3. Просвітлювати аудиторію з проблем самогубств та можливих методів надання допомоги, а також надавати інформацію про те, куди за нею звертатися.	
6. Підвищення поінформованості з питань психічного здоров'я, розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин, і самовбивств	Ефективні інформаційно-просвітницькі кампанії з питань психічного здоров'я повинні бути зосереджені не більше, ніж на одному-двох видах психічного розладу та використовувати різні способи подачі інформації (наприклад, телебачення, друк, інтернет-сайти, соціальні мережі, плакати), щоб краще донести пропаговані ідеї, адаптуючи їх зміст для різних аудиторій, поєднуючи кілька стратегій та організовуючи на місцевому рівні програми, призначені для конкретних верств населення.	

Джерело: [складено за рекомендаціями ВООЗ]

Серед індикаторів оцінювання успіхів в розробці стратегії слід використовувати : відсоток зниження частоти самогубств; кількість успішних втручань, спрямованих на попередження самогубств; зниження кількості госпіталізацій з приводу суїцидальних спроб.

Якщо Україна буде керуватися Планом дій ВООЗ в галузі психічного здоров'я на 2013–2020 гг. (1), то зможе досягти 10 %-го скорочення частоти самогубств.

3.2. Напрями індивідуальної суїцидальної превенції: кращі практики та міжнародний досвід

Значущість програм суїцидальної превенції не викликають сумнівів у сучасних дослідників, як займаються проблемою самогубств. Існуючі підходи щодо цієї проблеми відображають прихильність того чи іншого автора до тієї чи іншої наукової школи чи певної теоретичної моделі самогубства і вказують основні фактори, що розглядаються в якості суїцидальних ризиків. Стратегії суїцидальної превенції поділяються на програми профілактики самогубств в системі охорони здоров'я та в структурі розвитку громадського (соціального) здоров'я. Превентивні ж аспекти суїцидальної поведінки умовно можна поділити на : первинну, вторинну та третинну профілактику. При цьому основними групами факторів суїцидального ризику розглядаються : індивідуальні чи ситуативні, групові чи сімейні та соціальні фактори психічного здоров'я в суспільстві.

Всесвітня організація охорони здоров'я ООН розробляє проекти стратегій з попередження самогубств. Існують національні програми суїцидальної превенції. Суїцидальні превентивні заходи можуть здійснюватися в рамках системи охорони здоров'я або спрямовуватися на суспільство в цілому. Перспективи суїцидальної превенції в системі охорони здоров'я включають мету та стратегії досягнення, а також об'єкти впливу (групи-мішені). Стратегічною метою виступають: підвищення якості послуг охорони здоров'я, покращення діагностики психічних захворювань, таких як депресія; психози; зловживання та залежність від алкоголю та наркотиків; розпізнавання та оцінювання психосоціальних факторів стресу; зміни ставлення працівників охорони здоров'я до превенції самогубств і психічних захворювань; адекватне лікування, спостереження та реабілітація психічно хворих, суїцидентів та ін. Групами-мішенями, об'єктами впливу є пацієнти, родичі суїцидентів, медичний персонал, політичні діячі та керівники.

Щодо перспектив суїцидальної превенції в системі охорони здоров'я,

то вони також можуть включати стратегії досягнення та впливу на групи-мішені. Метою є реалізація стратегій :

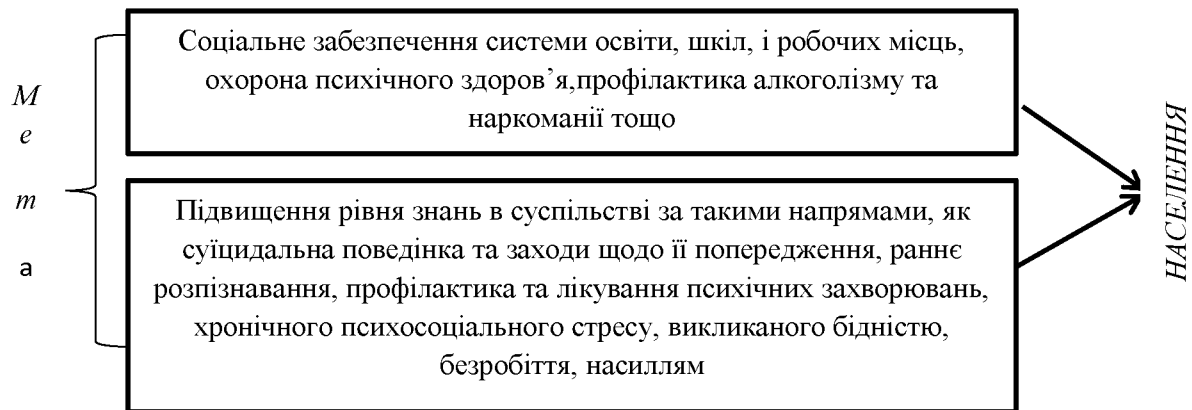


Рис. 3. 6. Мета та об'єкт реалізації стратегій досягнення та впливу на групи-мішені, проєкт 2024 р.

Під час аналізу, описаного в другому розділі, щодо дослідження психічних захворювань, діяльності щодо попередження самогубств було виявлено, що в інших країнах орієнтуються на певні групи ризику. При цьому користуються трьох факторною стратегією суїцидальної превенції, спрямованої на суспільство в цілому, що складається з наступних заходів: ідентифікація груп ризику; підвищення якості діагностики та лікування суїцидальних пацієнтів, включаючи тих, хто мав суїцидальну спробу; забезпечення оптимальної реабілітації осіб, які мали спроби вчинити самогубство.

На даний час адекватне лікування психічних захворювань в психіатричних закладах і лікарями загального профілю є одним із перевірених та випробуваних напрямів зниження суїцидального ризику. Сучасне суспільство розвивається за шляхом, який надає людині дедалі більшої відповідальності за власне життя та розвиток особистості, в тому числі й передбачає майже необмежений доступ до знань завдяки інтенсивному розвитку інформаційних технологій. Водночас багато людей перебувають в ізоляції та не мають достатньо підтримки у найближчого

оточення. Програма буде ефективною за умови, коли вона в соціальному та культурному плані адаптована до потреб людини.

На сьогодні назріла об'єктивна необхідність зміни ставлення до суїцидальної особистості та підвищення рівня знань щодо попередження самогубств і психічних розладів у цілому. В багатьох країнах зусилля, спрямовані на суспільство, зосереджені передусім на дітях і підлітках, оскільки вплинути на позицію дорослих і літніх людей дуже складно, а молодь є більш сприйнятливою. Програми, спрямовані на розповсюдження знань про психічне здоров'я, психічні захворювання та суїцид, прагнуть розвіяти страх і нерозуміння, пов'язані із суїцидом.

Суїцидальна превенція, спрямована на суспільство, повинна містити заходи впливу на навколишнє середовище, включаючи обмеження доступу до небезпечних засобів здійснення самогубства (зброї, токсичних ліків та ядохімікатів), а також різноманітні стратегії в сфері зайнятості, дозвілля, будівництва житла, доступності алкоголю, розробка законодавства в галузі охорони здоров'я, заходи з протидії стресу та «синдрому професійного вигорання», що можуть призвести до самогубства.

Наступним напрямком суїцидальної превенції в суспільстві є діяльність національних та міжнародних мереж, які займаються дослідженнями, членами яких є професійні та непрофесійні особи. Наприклад, у Швеції загальнонаціональну програму суїцидальної превенції координує Національний центр дослідження суїцидів і профілактики психічних захворювань, що веде спостереження за цією роботою регіонах. Регіональні зусилля, адаптовані до місцевих традицій та умов, здійснюються регіональними системами допомоги (мережами), що включають на добровільній основі професіоналів і непрофесіоналів.

А в низці країн створені бази даних, які дозволяють провести моніторинг та виявити тенденції та моделі суїцидальних спроб і завершених самогубств, їх соціально-демографічних і психіатричних характеристик, а також видів лікування. Безперечно, що застосування накопиченого достатній

досвіду суїцидальної превенції закордоном, може бути ускладнено через відсутність чітких клінічних критеріїв суїцидального ризику, так як вони переважно використовуються для діагностики суїцидонебезпечних станів, а дослідження щодо розробки диференційованої програми психотерапії осіб, які переживають суїцидонебезпечну кризу, на жаль, в нашій країні не проводився.

Пропонуємо принципово нову програму диференційованої кризової психотерапії, що спрямована на купірування суїцидонебезпечних станів та їх профілактику. Особливості програми та методи кризової терапії наведено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Особливості програми диференційованої кризової психотерапії та методи кризової терапії, проєкт 2024 р.

Особливості програми	Методи кризової терапії		
	1 метод	2 метод	3 метод
1. Безвідкладний характер допомоги, пов'язаний, по-перше, з наявністю життєво важливої для пацієнта проблеми, що вимагає негайного втручання психотерапевта в ситуацію, і, по-друге, з вираженою потребою пацієнта в емпатійній підтримці на перших порах – в керівництві його поведінкою.	кризова підтримка	кризове втручання	підвищення рівня адаптації, необхідне для розв'язання ситуації
2. Націленість на виявлення та корекцію не адаптивних установок, що призводять до розвитку суїцидальних переживань та сприяючих рецидиву суїцидонебезпечної кризи.			
3. Пошук і тренінг не випробовуваних пацієнтом способів розв'язання актуального міжособистісного конфлікту, що підвищують рівень соціально-психологічної адаптації, стимулюють зростання особистості та витривалість індивіда до майбутніх криз.			

Дана програма повинна застосовуватися диференційовано, в залежності від актуальності суїцидальних переживань та типу рекцій. Гострота суїцидальних переживань, як правило, найбільш виражена при звертанні

пацієнта за допомогою, а в подальшому актуальність суїцидальних тенденцій знижується. Методи кризової терапії повинні застосовуватися поетапно (рис. 3.7):

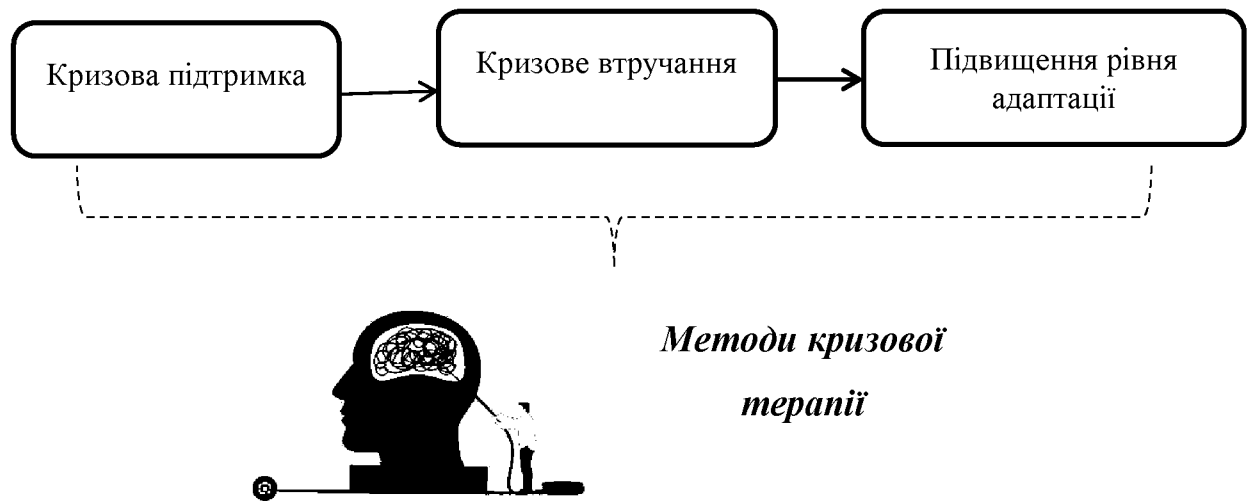


Рис. 3.7. Етапи застосування методів кризової терапії, проєкт 2024 р.

Останнім часом відбулася низка змін у розумінні суїцидальної поведінки. При цьому суїцидальна поведінка розуміється як безперервний процес, в основі якого лежить схильність до подібної поведінки. Тому виявлення біологічних предикторів суїцидальної поведінки дозволить точніше локалізувати групи підвищеного ризику суїциду ще до початку перших ознак суїцидальної поведінки та використовувати отриману інформацію для більш точного фокусування превентивних програм. Враховуючи останні розробки та питання, що залишилися без відповідей, Наприклад, вже були зроблені спроби створення інтегративної моделі суїцидальної поведінки, що базується на двох основних принципах:

- 1) суїцидальна поведінка, як і будь-який процес, має свою динаміку етапності;
- 2) настання кожного етапу відповідає вплив певних груп факторів – детермінантів суїцидального процесу.

У рамках згаданої вище моделі виділяють чотири групи факторів виникнення та розвитку суїцидальної поведінки: біологічні, клінічні,

соціальні та особистісно-психологічні. Саме інтегративна модель дасть змогу диференціювати профілактичні підходи до запобігання суїцидам. Було розроблено основні напрями диференційованої профілактики суїцидальної поведінки, які включають у себе чотири рівні: універсальний, селективний, антикризовий та індикативний.

Універсальна профілактика спрямована на попередження виникнення суїцидальної поведінки та орієнтована на загальну популяцію. Пропонуємо до застосування такі форми універсальної профілактики:

- активна диференційована просвітницька робота з різними віковими та соціально-професійними групами населення стосовно чинників виникнення суїцидальної поведінки та захисних факторів;
- проведення диференційованих освітніх програм для різних груп населення;
- формування мотивації та установок на ведення здорового способу життя.

Щодо селективної профілактики має вибіркового характер і орієнтується на активне виявлення осіб, які належать до групи суїцидального ризику, та надання їм адекватної профілактичної допомоги. Антикризова профілактика здійснюється в пресуїцидальному та найближчому постсуїцидальному періодах і спрямована на запобігання реалізації суїцидальних намірів і купірування суїцидальних намірів в осіб, які вчинили незавершене самогубство. Індикативна профілактика проводиться у віддаленому постсуїцидальному періоді та має тривалість не менше 1 року. Метою індикативної профілактики є попередження рецидивів суїциду. Деякі автори зазначають, що 3-х річне катамнестичне спостереження за суїцидентами, які пройшли програму диференційованої профілактики суїцидальної поведінки, засвідчує відсутність повторних суїцидальних дій у 92,7% із них, що говорить про високу ефективність запропонованої моделі. Вчені, досліджуючи самогубство, як багатофакторне явище, і визначаючи низку чинників, пропонують організаційну схему профілактики суїцидальної

поведінки, що включає три складові профілактичної роботи: медичну, інформаційну та громадську .

Суть схеми полягає в тому, що проводиться моніторинг стану природи і суспільства, потім, інформація обробляється і надається для аналізу в наукові установи, що розробляють наукову концепцію й дають практичні рекомендації установам охорони здоров'я. У закладах охорони здоров'я формуються групи високого ризику суїцидальної поведінки, з якими проводять профілактичну роботу, психотерапевтичні сесії, медикаментозну підтримку в разі потреби. При цьому приділяється увага засобам масової інформації, освітнім і релігійним організаціям, до завдань яких належить формування громадської думки, що негативно репрезентує всі варіанти аутодеструктивної поведінки та не допускає романтичного ореолу навколо них. Автори ще раз наголошують на факті того, що радикально вплинути на рівень самогубств у суспільстві можна лише шляхом активної узгодженої діяльності багатьох структур, які здатні проводити профілактику на тих стадіях суїцидального процесу, коли його результату ще можна запобігти.

Іншим прикладом є Австралія, де суїцидальна поведінка в усіх вікових групах є також важливою проблемою для громадської охорони здоров'я, відображена в національній стратегії запобігання самогубствам із застосуванням таких новітніх підходів, як інтернет-діагностика та консультування молоді з груп ризику, співпраці низки програм та ініціатив. Так, в Австралія є однією з перших у світі, де впроваджено (1995 р.) державну Програму попередження СП молодих [66-67], багаторічний законодавчо закріплений національний пріоритет [66], що відображено в рівні її фінансування. Сьогодні Програма включає 49 проєктів, дев'ять – звернені до молодих [66-67]. Загальна програма посилює резерви життєстійкості учнів; виборчі – спрямовані на психологічну підтримку біженців, аборигенів. Можливо, програми сприяють зниженню рівня суїцидів [60], особливо в групах людей похилого віку та молоді [59].

Серед прикладів національних програм, що діють в Австралії:

1. Науково-дослідний центр запобігання самогубствам (Centre of Research Excellence in Suicide Prevention: (<http://www.blackdoginstitute.org.au/public/research/crespsuicideprevention.cfm>) розвиває науково доказові методи, включно з інтернет-програмами.

2. Науково-дослідницький центр для молоді (Young and Well Cooperative Research Centre: [http:// www.youngandwellcrc.org.au](http://www.youngandwellcrc.org.au)) – підтримує профілактичні програми для молодих із залученням соціальних мереж [66].

3. Розроблено Клінічні керівництва для онлайн-консультування та профілактичної роботи в соціальних мережах [74].

4. Державна Служба підтримки вільного простору в школі (<http://www.headspace.org.au>) підтримує після самогубства учня його однокласників (перша у світі ініціатива такого роду), втілюючи зміст поственції, що знижує ризик психічної травми та СП в оточенні суїцидента [66]. Веб-сайт програми полегшує ранню діагностику та виявлення учнів групи ризику через навчання персоналу шкіл, підтримку при безпосередньому консультуванні.

Науково доведений підхід необхідний для уніфікованої оцінки ефективності часом розрізнених складових Програми та лікувально-профілактичних методів [63], але недостатньо розвинений у країні [67]. Тяжко судити, що «працює», а що ні в профілактиці СП молодих [66-67], у клінічних вибірках [66-67], учнів загалом [67]. Однак, у клінічній вибірці молодих КБТ дає змогу дезактуалізувати суїцидальні думки [66]; навчальні програми підвищують пильність персоналу і підтримку учнів групи ризику СП [78, 66-67].

Піонерський підхід в Австралії – онлайн тестування – дає змогу зменшити симптоми депресії та тривоги [64]. Є також й ефект від інтернет-втручань у дорослих суїцидентів у Нідерландах [66-67], аналогічне проходить в Австралії. Перспективним є залучення молодих людей з урахуванням їхнього інтересу до інтернету [54]. Є перші дані про ефект веб-сайту в малій вибірці студентів, що є обнадійливим моментом. Втручання

(Reframe-IT) з опорою на КБТ, безпечний і ефективний метод, проходить перевірку в австралійському РКД. Необхідні ширші (популяційні) дослідження новітньої технології.

Висновки до розділу 3

Таким чином, на підставі наведених літературних даних, можна зробити висновок про те, що незважаючи на численні дослідження у сфері профілактичної роботи щодо суїцидальної поведінки, а також моделей і схем організації суїцидологічної допомоги, немає універсальної схеми, яка показувала б себе максимально ефективною. Залишається відкритим питання «регіоналізації» моделей і схем надання допомоги та організації профілактичної роботи, з огляду на особливості поширеності, динаміки, факторіального складу щодо кожної конкретної області, республіки або краю. Виходячи з усього вищевикладеного, актуальним є вивчення регіональних особливостей суїцидальної поведінки населення та розробка напрямів оптимізації роботи суїцидологічної служби з уточненням особливостей кожного регіону. Стратегічні вектори в сфері охорони здоров'я, спрямовані на суїцидальну превенцію серед дорослого населення України, що почали активно впроваджуватися завдяки підтримці ВООЗ та МОЗ України.

Індивідуальна кризова соціально-психологічна допомога в разі суїцидального ризику є невід'ємною частиною суїцидальної превенції. Наголошуємо, що запропонована суїцидальна превенція як комплекс заходів, може здійснюватися в системі охорони здоров'я або суспільстві в цілому, при цьому групами-мішенями суїцидальної превенції можуть виступати як окремі пацієнти та пацієнтки, родичі суїцидентів, так і певні категорії населення. Суїцидальна превенція повинна включати: ідентифікацію груп ризику, підвищення рівня діагностики та лікування пацієнтів, схильних до суїциду. Запропонована суїцидальна превенція повинна містити три

взаємозалежні методики – кризова підтримка, кризове втручання, а також підвищення рівня адаптації.

ВИСНОВКИ

Загострена ситуація із суїцидальним настроєм у суспільстві зобов'язує державу протистояти цьому явищу цьому явищу. Залежно від масштабності превентивного антисуїцидального заходу автор виокремлює такі рівні попередження суїциду: превенція, здійснювана на державному і міждержавному рівні; превенція, здійснювана на рівні соціальних груп; превенція, здійснювана на рівні соціальних груп; превенція, здійснювана на індивідуальному рівні. Антисуїцидальна превенція, що реалізується на державному і міждержавному рівні, має два ключові напрями: по-перше, безпосередньо профілактика самогубств та інших видів суїцидальної поведінки громадян; по-друге, адаптація та реабілітація як самих суїцидентів, так і їхніх близьких, родичів, друзів. Превенція, здійснювана на рівні соціальних груп, передбачає проведення суїцидальної профілактики на рівні соціальних інститутів або громадських об'єднань. Індивідуальна превенція будується на спеціалізованій профілактичній роботі з окремою особою, схильною до самогубства, а також із найближчим оточенням такої особи. У кваліфікаційній роботі висвітлюються основні профілактичні антисуїцидальні заходи, що реалізуються на кожному з трьох рівнів.

Здійснивши глибокий аналіз теоретичного підґрунтя історії та стану проблеми суїцидів в сучасних дослідженнях, керуючись даними аналізу проблеми суїцидальної поведінки серед працездатного населення закордоном та Україні, можна зробити такі висновки:

1. Некрофільні тенденції сучасного світу, падіння рівня зацікавленості духовними цінностями (глобальна криза бездуховності), моральний занепад суспільства, шалений ритм життя, відсутність чітких перспектив життя призводять до зростання чисельності людей різного віку, особливо молодих, охоплених почуттям абсурдності існування та духовної порожнечі. В такому світі У сучасному світі, коли все підпорядковано шаленому ритму життя, людині дуже складно швидко орієнтуватися, знайти

своє місце в житті. Тому суїцид стає найлегшим способом розправитися з усіма проблемами разом. Цей шлях найчастіше обирають слабкі люди, з нестійким психічним станом. Суїцид, усвідомлене позбавлення себе життя, у багатьох випадках є результатом тяжких душевних депресій, викликаних почуттям безпорадності, безнадійності та марності. Тільки іноді схильність до самогубства може бути симптомом душевного розладу.

2. Проблема суїциду є не новою для сучасної науки. В різні історичні часи людство по – різному її оцінювали. Відомості про самогубства з'являються з відомостями про виникнення людської цивілізації. В історії людства самогубство оцінювалося по-різному: від різкого осуду до визнання гідним способом відходу з життя. У різні історичні епохи в різних суспільствах, а іноді й у різних верствах одного суспільства самогубству давали протилежні моральні оцінки. По-різному оцінювалося самогубство і правом. Ставлення до цього акту перебувало залежно від філософських, релігійних, правових і наукових світоглядів.

3. Самогубства – серйозна проблема, яка стосується всіх регіонів світу. Суїцид – це проблема, що лякає своєю актуальністю в наш час, який сприяє стресам і депресіям. Це Біда, якій важко запобігти. Сучасне суспільство перебуває у стані безпрецедентної інтенсифікації соціальних відносин, що проявляється як на глобальному, так і на індивідуальному рівні. Зростання динаміки соціальних контактів, збільшення темпу життя – усе це призводить до підвищення включеності окремих людей у соціальну структуру, а також до посилення навантаження на них з боку суспільства. У наші дні суїцидальну поведінку не розглядають як однозначно патологічну, у більшості випадків це поведінка психічно нормальної людини, водночас поширена точка зору на суїцид як на крайню форму саморуйнівної поведінки.

4. Суїцид представляє серйозна загрозу для суспільства. Ця проблема, щорічно призводить до понад 700 000 смертей у всьому світі. Стрімкий зростання випадків депресії, тривожності та ізоляції, спричинений пандемією

COVID-19, а в Україні – ще й і війною – зробили цю проблему актуальною в усьому світі і в нашій країні, зокрема. Хоча Всесвітній день запобігання самогубствам або Всесвітній день запобігання відзначається по всій планеті щорічно, починаючи з 2003 року, 10 вересня, з метою сприяння діяльності щодо запобігання самогубств у всьому світі. Саме з ініціативи Міжнародної асоціації по запобіганню самогубствам (МАПС) при активній підтримці Всесвітньої організації охорони здоров'я та під патронажем Організації Об'єднаних Націй почали проводити Всесвітній день запобігання самогубствам. Ця проблема торкається багатьох країн, хоча серед країн є й «п'ятірка «лідерів» - країн за рівнем самогубств (Гренландія, Лесото, Гайана, Свазіленд, Кірібаті).

Від самогубства не можуть вберегти ні економічний потенціал, ні розвиток НТП. Високий рівень життя в західних країнах не позбавляє від глибини соціальних потрясінь. У країнах з високим рівнем доходу самогубства трапляються у 75 % випадків. Щорічно більше, ніж 800 000 осіб закінчують життя, обравши самогубство. Самогубства – це друга за розповсюдженістю причина смерті серед молоді.

4. В Україні впродовж 1996-2000рр. спостерігався найбільший пік самогубств (на 100 тис. населення припадало щороку близько 30 самогубств). Починаючи з 2000 р. суїцидальні настрої в українців почали йти на спад. Проте якщо ми звернемося до рейтингу топ-10 країн із найбільшою кількістю самогубств, то Україна посідає 10 місце (21,6- індекс смертності). На жаль, ситуація в країні лише погіршує стан проблеми. Зростає рівень самогубств серед військовослужбовців. Невтішними є прогнози щодо демографічної ситуації в країні на майбутнє. Так, фахівці українського Інституту демографії та соціологічних досліджень в 2021 р. дали песимістичний прогноз щодо чисельності населення на 2050 рік – 29-30 млн. осіб.